



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΗΝ
ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΞΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΜΕ
ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

Διπλωματική εργασία της

Καλαθά Ευαγγελίας

Τριμελής Επιτροπή:

Επιβλέπων: Σούλης Σπυρίδων-Γεώργιος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Π.Τ.Δ.Ε Ιωαννίνων

Μέλος: Μορφίδη Ελένη, Επίκουρη Καθηγήτρια , Π.Τ.Δ.Ε Ιωαννίνων

Μέλος : Νικολάου Σουζάνα-Μαρία, Επίκουρη Καθηγήτρια , Π.Τ.Δ.Ε Ιωαννίνων

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2018

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα ήθελα σε αυτό το σημείο να ευχαριστήσω θερμά, τους καθηγητές μου, κ.Σούλη Σπυρίδωνα-Γεώργιο, την κ.Μορφίδη Ελένη και την κ.Νικολάου Σουζάνα-Μαρία. Στη συνέχεια, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συλλόγους ατόμων με αναπηρία αλλά και τα μεμονωμένα άτομα που συμμετείχαν στο δείγμα της έρευνας, καθώς και ανθρώπους οι οποίοι με βοήθησαν να έρθω σε επαφή με άτομα με αναπηρία. Τέλος, ευχαριστώ την οικογένειά μου για τη στήριξη και την υπομονή τους.

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Περιγραφικά στοιχεία είδους αναπηρίας και ύπαρξης χόμπι.....	85
Πίνακας 2: Επίδραση του χόμπι στην κοινωνική στήριξη ατόμων με αναπηρία.....	86
Πίνακας 3: Επίδραση του χόμπι στην κοινωνική στήριξη ατόμων με αναπηρία - Έλεγχος ισότητας των διασπορών σε όλους τους υπό εξέταση πληθυσμούς.....	86
Πίνακας 4: Επίδραση της ύπαρξης χόμπι στην κοινωνική στήριξη των ατόμων.....	87
Πίνακας 5: Έλεγχος της αυτοεκτίμησης στα άτομα με αναπηρία.....	87
Πίνακας 6: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία.....	88
Πίνακας 7: Έλεγχος καταλληλότητας μοντέλου ANOVA, μεταβλητές που επηρεάζουν το αίσθημα της ευτυχίας.....	89
Πίνακας 8: Επίδραση αίσθησης της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση του δείγματος.....	89
Πίνακας 9: Πολλαπλές συγκρίσεις της επίδρασης του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση.....	90
Πίνακας 10: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση - Ομογενοποιημένα σύνολα.....	91
Πίνακας 11: Πολλαπλές Συγκρίσεις - Έλεγχος αισθήματος ευτυχίας στα άτομα με αναπηρία.....	92
Πίνακας 12: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία - Ομογενοποιημένα σύνολα.....	93
Πίνακας 13: Έλεγχος είδους αναπηρίας	93

Πίνακας 14: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία.....	94
Πίνακας 15: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία - Έλεγχος ισότητας των διασπορών σε όλους τους υπό εξέταση πληθυσμούς.....	94
Πίνακας 16: Έλεγχος καταλληλότητας μοντέλου ANOVA - Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία.....	95
Πίνακας 17: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία.....	95
Πίνακας 18: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία - Ομογενοποιημένα σύνολα.....	96
Πίνακας 19: Έλεγχος της αυτοεκτίμησης των ατόμων με αναπηρία.....	97
Πίνακας 20: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία.....	97
Πίνακας 21: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία - Έλεγχος ισότητας των διασπορών σε όλους τους υπό εξέταση πληθυσμούς.....	98
Πίνακας 22: Έλεγχος καταλληλότητας μοντέλου ANOVA - Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία.....	98
Πίνακας 23: Έλεγχος της αυτοεκτίμησης των ατόμων με αναπηρία.....	99
Πίνακας 24: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία.....	100

Πίνακας 25: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία - Έλεγχος ισότητας των διασπορών σε όλους τους υπό εξέταση πληθυσμούς.....	101
Πίνακας 26: Έλεγχος καταλληλότητας μοντέλου ANOVA - Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία.....	101
Πίνακας 27: Πολλαπλές συγκρίσεις - Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία.....	102
Πίνακας 28: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία- Ομογενοποιημένα σύνολα.....	103
Πίνακας 29: Επίδραση του αισθήματος της κατάθλιψης στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία.....	105
Πίνακας 30: Επίδραση του αισθήματος της κατάθλιψης στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία.....	109
Πίνακας 31: Επίδραση του αισθήματος της κατάθλιψης στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία.....	110
Πίνακας 32: Επίδραση του αισθήματος της κατάθλιψης στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία.....	110
Πίνακας 33: Επίδραση του χόμπι στην ύπαρξη άγχους των ατόμων με αναπηρία.....	112
Πίνακας 34: Επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης στη αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία	113
Πίνακας 35: Έλεγχος του άγχους των ατόμων με αναπηρία.....	114
Πίνακας 36: Έλεγχος του άγχους των ατόμων με αναπηρία.....	114
Πίνακας 37: Έλεγχος του άγχους των ατόμων με αναπηρία – χ^2 Tests	115

Πίνακας 38: Έλεγχος της κοινωνικής στήριξης που λαμβάνουν τα άτομα με αναπηρία.....	116
Πίνακας 39: Έλεγχος της κοινωνικής στήριξης - Έλεγχος ισότητας των διασπορών σε όλους τους υπό εξέταση πληθυσμούς.....	116
Πίνακας 40: Έλεγχος της κοινωνικής στήριξης – Πίνακας ANOVA.....	116
Πίνακας 41: Επίδραση κοινωνικής στήριξης στην αυτοεκτίμηση.....	118
Πίνακας 42: Κοινωνική υποστήριξη-Test of Homogeneity Variances.....	118
Πίνακας 43: Έλεγχος κοινωνικής στήριξης.....	118
Πίνακας 44: Επίδραση κοινωνικής στήριξης στο άγχος των ατόμων του δείγματος.....	119
Πίνακας 45: Κοινωνική υποστήριξη-Test of Homogeneity Variances	119
Πίνακας 46: Κοινωνική στήριξη.....	119

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη.....	9
Abstract.....	9
Πρόλογος.....	11
Εισαγωγή.....	13
Κεφάλαιο 1: Οριοθέτηση αναπηριών.....	15
1.1 Προσδιορισμός της έννοιας «αναπηρία».....	15
1.2 Κινητική αναπηρία.....	15
1.3 Ακουστική αναπηρία.....	17
1.4 Οπτική αναπηρία.....	20
Κεφάλαιο 2: Οριοθέτηση της έννοιας κοινωνική υποστήριξη.....	22
2.1 Προσδιορισμός της έννοιας «κοινωνική υποστήριξη».....	22
2.2 Διαστάσεις και κατηγοριοποιήσεις της κοινωνικής υποστήριξης.....	24
2.3 Χαρακτηριστικά κοινωνικής υποστήριξης.....	28
2.4 Κοινωνική υποστήριξη και στρες.....	29
2.5 Κοινωνική υποστήριξη ατόμων με αναπηρία.....	29
Κεφάλαιο 3: Οριοθέτηση της έννοιας του άγχους.....	31
3.1 Προσδιορισμός της έννοιας «άγχος».....	31
3.2 Άγχος και τύποι φοβιών.....	33
3.3 Αίτια του άγχους.....	33
3.4 Παράγοντες που συμβάλλουν στο άγχος των ατόμων με και χωρίς αναπηρία.....	34
3.5 Αποτελέσματα άγχους.....	39
3.6 Αποτελέσματα άγχους σε άτομα με αναπηρία.....	40
3.7 Στρατηγικές αντιμετώπισης άγχους.....	42
Κεφάλαιο 4: Οριοθέτηση της έννοιας αυτοεκτίμηση.....	44
4.1 Προσδιορισμός της έννοιας «αυτοεκτίμηση».....	44
4.2 Χαρακτηριστικά ατόμων με υψηλή και χαμηλή αυτοεκτίμηση.....	47
4.3 Αυτοεκτίμηση και άγχος	49

4.4 Αυτοεκτίμηση και κοινωνική υποστήριξη και αποδοχή.....	50
4.5 Αυτοεκτίμηση και άτομα με αναπηρία.....	52
Κεφάλαιο 5: Ενδεικτικές σχετικές έρευνες οι οποίες έχουν αναφερθεί στη κοινωνική υποστήριξη, στην αυτοεκτίμηση και το άγχος των ατόμων με και χωρίς αναπηρία γενικότερα.....	54
Κεφάλαιο 6: Εμπειρική μελέτη.....	69
6.1 Εισαγωγή.....	69
6.2 Σκοπός έρευνας.....	69
6.3 Δείγμα.....	71
6.4 Ερευνητικά εργαλεία.....	80
6.4.1 Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης (Σύντομη Μορφή) - Short Form Social Support Questionnaire, (SSQ-6), (Προσαρμογή: Καφέτσος, 2000)	80
6.4.2 Κλίμακα άγχους του Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory-STAI, Spielberger, 1970) (Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό: Λιάκος & Γιαννίτση, 1984)	81
6.4.3 Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg, Rosenberg Self-Esteem Scale-RSES (Rosenberg, 1965) (Προσαρμογή: Τσαγκαράκης, Καφέτσος & Σταλίκας, 2012).....	82
6.5 Επιλογή δείγματος-Συλλογή ερευνητικών δεδομένων.....	83
6.6 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων.....	84
6.7 Αποτελέσματα.....	84
6.7.1 Διερεύνηση του αριθμού των ατόμων που υποστηρίζουν κοινωνικά και ψυχολογικά τα άτομα με αναπηρία και της συσχέτισης της ύπαρξης κάποιου χόμπι και της συσχέτισης του βαθμού ικανοποίησης που λαμβάνουν από τα άτομα που υποστηρίζουν τους ερωτώμενους.....	85
6.7.2 Διερεύνηση του αισθήματος της ευτυχίας σε σχέση με την αυτοεκτίμηση των ατόμων με και χωρίς αναπηρία.....	87
6.7.3 Συσχέτιση της αυτοεκτίμησης με την αίσθηση υποφοράς από κατάθλιψη των ατόμων με και χωρίς αναπηρία.....	104
6.7.4 Συσχέτιση του άγχους με την ύπαρξη κάποιου χόμπι στα άτομα με και χωρίς αναπηρία.....	111
6.7.5 Συσχέτιση της αυτοεκτίμησης με την επαγγελματική κατάσταση των ατόμων με και χωρίς αναπηρία.....	112
6.7.6 Διαφοροποίηση του άγχους ανάλογα με το είδος αναπηρία του	

ατόμου.....	113
6.7.7 Διαφοροποίηση της κοινωνικής υποστήριξης που δέχονται τα άτομα ανάλογα με το είδος της αναπηρίας τους.....	115
6.7.8 Διερεύνηση της συσχέτισης κοινωνικής υποστήριξης και αυτοεκτίμησης.....	117
6.7.9 Διερεύνηση της συσχέτισης κοινωνικής υποστήριξης και άγχους.....	118
Κεφάλαιο 7: Συζήτηση.....	120
7.1 Η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στο άγχος και την αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία.....	121
7.2 Κοινωνική υποστήριξη στα άτομα με αναπηρία: η επίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών.....	122
7.3 Αυτοεκτίμηση στα άτομα με αναπηρία: η επίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών.....	123
7.4 Άγχος στα άτομα με αναπηρία: η επίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών.....	124
7.5 Περιορισμοί της έρευνας-Προτάσεις εκπαιδευτικής παρέμβασης.....	125
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	129
Παράρτημα Ι.....	136
Παράρτημα ΙΙ.....	146

Περίληψη

Η παρούσα ερευνητική μελέτη έχει ως σκοπό να διερευνήσει την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην αυτοεκτίμηση και τη διαχείριση του άγχους ενήλικων ατόμων με αναπηρία. Πιο συγκεκριμένα, πραγματεύεται το βαθμό της κοινωνικής υποστήριξης που δέχονται τα άτομα με αναπηρία από το κοινωνικό τους περιβάλλον και τι αντίκτυπο έχει αυτή, στην ψυχολογική τους κατάσταση και στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται και εκτιμούν τον εαυτό τους. Ειδικότερα, το εργαλείο της έρευνας είναι ερωτηματολόγιο που χωρίζεται σε τρία μέρη. Στο πρώτο επιχειρείται να εξετασθεί η μέτρηση της κοινωνικής υποστήριξης, δηλαδή ο αριθμός των ατόμων που υποστηρίζουν ψυχολογικά το άτομο με αναπηρία και η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης από την παρεχόμενη υποστήριξη. Το δεύτερο, σχετίζεται με το άγχος το οποίο διαχωρίζεται ως κατάσταση και ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Το τρίτο, περιλαμβάνει το βαθμό αυτοεκτίμησης, την αυτοεικόνα και την αίσθηση προσωπικής αξίας του ατόμου. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS. Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε ότι η κοινωνική υποστήριξη επιδρά θετικά στην αυτοεκτίμηση του ατόμου αλλά και στη μείωση του άγχους του. Τα αποτελέσματα μπορούν να αξιοποιηθούν για την ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαιδευτικής παρέμβασης για τα άτομα με αναπηρία.

Λέξεις κλειδιά: κοινωνική υποστήριξη, άγχος, αυτοεκτίμηση, ενήλικες με αναπηρία.

ABSTRACT

This research study aims to explore the impact of social support on anxiety management and the self-esteem of adults with disabilities. More specifically, it deals with the degree of social support that people with disabilities receive from their social environment and what impact this has on their psychological situation and the way they perceive and appreciate themselves. In particular, the research tool is a questionnaire divided into three parts. The first attempts to examine the measurement of social support, i.e the number of people who mentally support the disabled person and the measurement of the degree of satisfaction with the support provided. The second is related to anxiety which is distinguished as a condition and as a characteristic of the personality. The third, includes the degree of self-esteem, the self-

image and the sense of personal value of the individual. The data was processed using the SPSS statistical packet. Statistical analysis has shown that social support has a positive influence on the individual's self-esteem as well as the reduction in his anxiety. The results can be used to develop educational intervention programs for people with disabilities.

Key words: social support, anxiety, self-esteem, adults with disabilities.

Πρόλογος

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης την οποία λαμβάνουν άτομα με αναπηρίες όπως είναι η σωματική, η ακουστική, η οπτική, από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον. Ακόμη, περιλαμβάνει, κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη έχει αντίκτυπο είτε θετικό είτε αρνητικό, στην αυτοεκτίμησή τους. Επιπλέον, παρατίθεται πώς οι δύο αυτές παράμετροι, σχετίζονται με το άγχος, την ενίσχυση ή αποδυνάμωσή του και γενικότερα τη διαχείρισή του.

Αρχικά, στο πρώτο μέρος οριοθετείται η έννοια της αναπηρίας. Αναφέρονται και οι δύο πλευρές που διαχωρίζουν την αναπηρία ως έννοια και αυτές είναι το ιατρικό και το κοινωνικό μοντέλο. Στη συνέχεια προσδιορίζονται καθένα ξεχωριστά, τα είδη των αναπηριών, δηλαδή η σωματική, η ακουστική και η οπτική αναπηρία όπου δίνονται ορισμοί, αναλύονται ως προς τα αίτια και της συνέπειες στο άτομο. Με άλλα λόγια δίνεται η εικόνα κάθε μιας από τις προαναφερόμενες αναπηρίες ώστε να προσδιοριστούν και να κατανοηθούν σε βάθος.

Έπειτα, καθορίζεται η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης, της υποστήριξης δηλαδή που λαμβάνουν τα ενήλικα άτομα με αναπηρία από το κοινωνικό τους περιβάλλον. Παρατίθενται επιπρόσθετα, έρευνες της διεθνούς βιβλιογραφίας, όπου δείχνουν πόσα άτομα έχουν και νιώθουν να έχουν κοντά τους σε διάφορες καταστάσεις τα άτομα με αναπηρία κατά μέσο όρο. Τέλος, αποτυπώνεται και ο βαθμός ικανοποίησής τους από τη βοήθεια που λαμβάνουν και ποια άτομα συγκεκριμένα αισθάνονται πιο κοντά, είτε είναι οι φίλοι, είτε οι συγγενείς, είτε οι γονείς.

Επιπλέον, αναλύεται η έννοια της αυτοεκτίμησης, παρατίθενται παράγοντες προσδιορισμού της, αίτια, αποτελέσματα και χαρακτηριστικά ατόμων με υψηλή και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Δίνονται ωστόσο και έρευνες της διεθνούς βιβλιογραφίας ως προς το πώς αισθάνονται γενικά τα άτομα με αναπηρία, αν έχουν δηλαδή υψηλή ή χαμηλή αυτοεκτίμηση σε γενικότερα πλαίσια.

Ακόμη, έμφαση δίνεται στον προσδιορισμό της έννοιας άγχους, τα αίτια, τους παράγοντες άγχους, τον τρόπο αντιμετώπισης και διαχείρισής του αλλά επίσης συμπεριλαμβάνονται και έρευνες ως προς τα επίπεδα άγχους ατόμων με αναπηρία διεθνώς.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, δίνονται ο σκοπός και οι στόχοι της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα, αναφέρεται το δείγμα και τα χαρακτηριστικά του και τα

ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν. Επιπλέον, αναλύονται και ερμηνεύονται τα αποτελέσματα τα οποία αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο SPSS. Στη συνέχεια, ακολουθούν τα συμπεράσματα και η συζήτηση γύρω από την οποία προσπαθούν να ερμηνευθούν τα στατιστικώς σημαντικότερα αποτελέσματα που προέκυψαν. Η εργασία ολοκληρώνεται με τους περιορισμούς της έρευνας, προτάσεις για εκπαιδευτική παρέμβαση και παρατίθενται παραρτήματα με όλα τα εργαλεία αξιολόγησης και καταλόγους πινάκων αποτελεσμάτων.

Εισαγωγή

Είναι γεγονός ότι είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ένας και μοναδικός όρος για την αναπηρία, καθώς η προσπάθεια του ορισμού της έχει να κάνει με διάφορες κοινωνικοπολιτισμικές καταστάσεις, έχει να κάνει με το άτομο, την αναπηρία που φέρει και γενικότερα ένα τέτοιο εγχείρημα επιφέρει δυσκολίες ως προς τη διατύπωση. Έτσι λοιπόν, θα παρατεθούν τα δύο βασικά μοντέλα για την αναπηρία ώστε να κατανοηθεί καλύτερα εννοιολογικά αλλά και να παρουσιαστούν όλες οι απόψεις που την αφορούν.

Είναι φανερό ότι στις αρχές του 20ού αιώνα και μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1960, κυριαρχούσε το ιατρικό μοντέλο προσέγγισης της αναπηρίας, το οποίο προσεγγίζει την αναπηρία ως μία πραγματικότητα αντικειμενική και το άτομο με αναπηρία ως αντικείμενο της επιστήμης χωρίς κοινωνικοπολιτική-πολιτισμική ταυτότητα και ιστορικό παρελθόν. Επομένως, έχει να κάνει με δυσλειτουργία στο σώμα, σωματική αδυναμία και είναι ζήτημα καθαρά και μόνο του κάθε ατόμου το οποίο φέρει την αναπηρία. Τα άτομα με αναπηρία συνεπώς θεωρούνται ότι δεν είναι ικανά λόγω της κατάστασης του σώματός τους να θεωρηθούν ως «φυσιολογικά» και «κανονικά». Η υιοθέτηση του ιατρικού μοντέλου προσέγγισης της αναπηρίας, οδήγησε τα άτομα σε περιθωριοποίηση, καθώς δεν μπορούσαν να έχουν άποψη για τα ιατρικά θέματα που αφορούσαν τους ίδιους, δεν ακουγόταν η άποψή τους, αφού αντιμετωπίζονταν σαν αντικείμενο που πρέπει να γιατρευτεί. Όσον αφορά την κοινωνία, απομονώθηκαν από αυτή καθώς ακόμα και οι θεσμοί έβαζαν τα άτομα με αναπηρία σε ιδρύματα και τους αφαιρούσαν κάθε ανθρώπινο δικαίωμα για συμμετοχή και συναναστροφή με το κοινωνικό σύνολο. Έτσι λοιπόν, ακόμα και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, θεωρούσε το άτομο με αναπηρία μη φυσιολογικό, έδινε έμφαση στα μειονεκτήματά του και επομένως η κοινωνική τους υπόσταση ήταν σχεδόν ανύπαρκτη και επηρέασε θεσμικά και πολιτικά και θέματα εκπαίδευσης, στην οποία είχαν περιορισμένη πρόσβαση. Αντίθετα, το κοινωνικό μοντέλο προσέγγισης της αναπηρίας αλλάζει τελείως οπτική γωνία για την αναπηρία και τα άτομα με αναπηρία. Αναδείχθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1980, ασκώντας κριτική στο ιατρικό μοντέλο που κυριαρχούσε μέχρι τότε. Οι πιο σημαντικές διαφορές του με το ιατρικό μοντέλο είναι ότι αντιμετωπίζει την αναπηρία σαν κοινωνικό πρόβλημα, δηλαδή ότι οι αιτίες του εντοπίζονται στην κοινωνία και στην κοινωνική καταπίεση που υφίσταται το άτομο. Επιπλέον, δίνει έμφαση στην κοινωνική δράση η οποία

απαιτείται να γίνει μαζικά ώστε να βοηθηθεί το άτομο με αναπηρία από όλους κι όχι να αφεθεί στη μοίρα του ή να απομονωθεί και να περιθωριοποιηθεί. Επιπλέον, τονίζεται ότι το άτομο έχει τη δυνατότητα και το ίδιο να βοηθήσει τον εαυτό του, καθώς δεν είναι έρμαιο των άλλων και τελείως βασισμένο στη βοήθεια των άλλων, η οποία ναι μεν είναι σημαντική αλλά χωρίς τη ίδια τη θέληση του ατόμου και τη βοήθεια στον εαυτό του δεν θα μπορέσει να επέλθει εξέλιξη. Ακόμη, ενώ το ιατρικό μοντέλο βασίζεται στην εξειδίκευση από μη ανάπηρα άτομα, το κοινωνικό μοντέλο επικεντρώνεται στην πείρα/εμπειρία των ατόμων με αναπηρία ώστε να βοηθήσει ο ένας τον άλλο, κατανοώντας καλύτερα από καθέναν το ζητήματα που καλείται να αντιμετωπίσει. Η συλλογικότητα λοιπόν, παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στο κοινωνικό μοντέλο προσέγγισης της αναπηρίας. Το κοινωνικό μοντέλο λοιπόν, και η μεγάλη αλλαγή που συνέβη, προήλθε από τα ίδια τα άτομα με αναπηρία τα οποία θεωρούν ότι η κοινωνία εγκαθιστά και «δημιουργεί» την αναπηρία τους, τη μη λειτουργικότητά τους, με τις απόψεις και τις προκαταλήψεις της. Οι ίδιοι θεωρούν ότι μπορούν να προσφέρουν πολλά, αρκεί η κοινωνία να είναι έτοιμη να το δεχτεί. Έτσι λοιπόν, τα άτομα με αναπηρία ισχυρίζονται ότι εάν η κοινωνία σταματήσει να τοποθετεί εμπόδια στην εξέλιξη και την ανάπτυξη των δυνατοτήτων των ατόμων με αναπηρία θα μπορέσουν οι ίδιοι να προσφέρουν σ' αυτή. Αντί λοιπόν, να δίνεται έμφαση στον ιατρικό τομέα, θα πρέπει να γίνει ο κόσμος, η πραγματικότητα, πιο προσιτή για όλους, είτε με ράμπες είτε με άλλα μέσα τα οποία βοηθούν τα άτομα με αναπηρία να λειτουργούν και να ζουν όπως όλοι οι υπόλοιποι χωρίς να τους θέτονται περιορισμοί και ουσιαστικά να μην τους δίνεται η ευκαιρία να εκφράσουν τη δημιουργικότητά τους. Επιπλέον, στο κοινωνικό μοντέλο φάνηκε και η κατάργηση ουσιαστικά της λέξης διαφορετικότητα, η οποία είναι μια κοινωνική κατασκευή, ενισχύει την προκατάληψη και τα στερεότυπα και δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται καθώς δίνει μια απόσταση στα άτομα με αναπηρία από το κοινωνικό σύνολο (Ζώνιου-Σιδέρη κ.συν., 2012).

Κεφάλαιο 1: Οριοθέτηση αναπηριών

1.1 Προσδιορισμός της έννοιας «αναπηρία»

Η παρούσα εργασία λοιπόν, έχει ως βασικό αντικείμενο τα άτομα με αναπηρία και συγκεκριμένα τους ενήλικες με κινητική, οπτική και ακουστική αναπηρία. Γι' αυτό το λόγο, καλό είναι να δοθεί αρχικά ο ορισμός ή οι ορισμοί της αναπηρίας, για την καλύτερη κατανόηση του περιεχομένου της εργασίας.

«Η αναπηρία αποτελεί ατομικό πρόβλημα, που έχει όμως αναχθεί σε κοινωνικό, στο βαθμό που το Κράτος αναλαμβάνει μέρος των δαπανών για την οικονομική στήριξη, την παροχή υπηρεσιών υγείας και κάθε άλλης μορφής φροντίδας στους αναπήρους» (Στεργίου, 1999, σ.3, όπως αναφέρεται στο Nagi, 1979). Έτσι λοιπόν, οι ευθύνες θα πρέπει αν αποδίδονται και σε όλους τους φορείς του Κράτους, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τους πολίτες τους και θα πρέπει να εξασφαλίζουν, ό,τι καλύτερο μπορούν για όλους χωρίς εξαιρέσεις και ανισότητες. Επιπλέον η αναπηρία έχει θεωρηθεί ότι είναι μία έννοια η οποία έχει δημιουργηθεί, έχει φτιαχτεί από τον άνθρωπο, δεν προϋπήρχε. Επομένως, καταλαβαίνουμε ότι η κοινωνία κατασκευάζει, δημιουργεί καταστάσεις, ανισότητες, αντιλήψεις, σύμφωνα με τα συμφέροντά της στα οποία δεν περιλαμβάνει τα άτομα με αναπηρία, καθώς είναι άτομα περιθωριοποιημένα και αδικημένα (Στεργίου, 1999).

1.2 Κινητική αναπηρία

Γίνεται φανερό, ότι με τα χρόνια οι κινητικές αναπηρίες ερευνώνται και εξετάζονται όλο και περισσότερο και κυρίως ως προς τις αναπτυξιακές δεξιότητες των ατόμων. Παρατηρείται λοιπόν, ότι είναι δύσκολη η έρευνα και η ερμηνεία τους, καθώς δεν έχουν δοθεί απαντήσεις οι οποίες να μπορούν να περιγράψουν με ακρίβεια όλα τα ζητήματα που προκύπτουν από τις κινητικές αναπηρίες (Hodapp, 2005).

«Με το χαρακτηρισμό «κινητικές αναπηρίες» εννοούνται οι νευρολογικές μειονεξίες, τα ορθοπεδικά ή μυο-σκελετικά προβλήματα» (Παπάνης, Γιαβρίμης & Βίκη, 2007, σ.63).

Είναι γεγονός, ότι ένα από τα βασικότερα ζητήματα των ατόμων με κινητική αναπηρία, είναι ότι πάνω από το 60% , παρουσιάζει συνήθως και νοητική αναπηρία. Αυτό συμβαίνει σε πολύ μεγάλο ποσοστό της κινητικής αναπηρίας και γι' αυτό το λόγο εξετάζεται συνήθως μαζί με την νοητική. Ακόμη, εκτός από τη νοητική

αναπηρία παρατηρούνται και περιπτώσεις στραβισμού (πάνω από το 50%), επιληπτικές κρίσεις (το 30-40%), ψυχικές διαταραχές αλλά και προβλήματα ακοής και όρασης. Ο συνδυασμός λοιπόν της κινητικής αναπηρίας με μία ή και παραπάνω από μία από τις αναπηρίες και διαταραχές που προαναφέρθηκαν, καθιστά τη μελέτη και την κατανόηση της ακόμα πιο δύσκολη και περίπλοκη. Στη συνέχεια, δυσκολία παρουσιάζει και ο τρόπος κατηγοριοποίησης της κινητικής αναπηρίας. Έτσι λοιπόν, μία μορφή κατηγοριοποίησης της κινητικής αναπηρίας έχει ως εξής: υπάρχει η τετραπληγία η οποία σχετίζεται με αναπηρία στα τέσσερα άκρα του σώματος, η διπληγία στην οποία υπάρχει κυρίως ζήτημα στα πόδια και η ημιπληγία στην οποία η μία μεριά έχει μεγαλύτερη ανεπάρκεια από την άλλη. Ακόμη, μία άλλη μορφή κατηγοριοποίησης είναι η ταξινόμηση των κινητικών αναπηριών ανάλογα με τις δυσλειτουργίες που εμφανίζουν τα άτομα. Έτσι έχουμε τη η εγκεφαλική παράλυση η οποία προσβάλλει τον εγκέφαλο και οφείλεται σε διάφορα αίτια όπως κληρονομικά, τον πρόωρο τοκετό κτλπ. Επιπλέον, υπάρχουν οι νευρολογικές μειονεξίες εκτός από την εγκεφαλική παράλυση, όπως η δισχιδής ράχη, η οποία προσβάλλει την σπονδυλική στήλη και προκαλεί διάφορα προβλήματα στο άτομο. Τέλος, η υδροκεφαλία και η μυελομηνιγγοκήλη είναι δυσκολίες που συχνά συνδέονται με τη δισχιδή ράχη, προσβάλλουν τον εκέφαλο και το νωτιαίο μυελό αντίστοιχα και η μυελομηνιγγοκήλη επιπλέον, το έντερο, την ουροδόχο κύστη και τα πόδια (Hodapp, 2005).

Η κινητική αναπηρία περιλαμβάνει ακόμα, ορθοπεδικές ή μυοσκελετικές αναπηρίες όπως τη μυϊκή δυστροφία, φλεγμονή των αρθρώσεων (αρθρίτις) ή το να χαθεί κάποιο μέρος του σώματος. Οι πιο διαδεδομένες ορθοπεδικές ή μυοσκελετικές αναπηρίες είναι η μυϊκή δυστροφία στην οποία οι μύες αδυνατούν και η πολυομυελίτιδα η οποία έχει επιπτώσεις στο νευρικό σύστημα του ατόμου, τα νεύρα, τον εγκέφαλο, τον νωτιαίο μυελό προκαλώντας κινητικά θέματα και παράλυση. Τέλος, υπάρχουν και οι μετατραυματικές κακώσεις ύστερα από τροχαία ατυχήματα με τραγικές συνέπειες παράλυσης και κινητικών ζητημάτων (Παπάνης κ.συν., 2007).

1.3 Ακουστική αναπηρία

Η ακοή είναι ένα γνώρισμα απαραίτητο για τον άνθρωπο, καθώς συνδέεται άμεσα με την ομιλία, την επικοινωνία με το γύρω περιβάλλον και την καλύτερη αντίληψη των πραγμάτων (Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, 2004).

Σύμφωνα με τη συμφωνία των διευθυντών των Κωφών σχολείων της Αμερικής, οι Κουρμπέτης & Χατζοπούλου (2010) υποστηρίζουν ότι:

«Κωφό είναι το άτομο, το οποίο εξαιτίας της απώλειας της ακοής του- ο βαθμός απώλειας της ακοής είναι συνήθως μεγαλύτερος από 70 dB (decibel) στις βασικές και στις υψηλές συχνότητες-, παρεμποδίζεται στην κατανόηση της ομιλίας μέσω του ακουστικού καναλιού, χρησιμοποιώντας ή μη ακουστικά βαρηκοΐας ή άλλα τεχνικά βοηθήματα». (σ.28)

Στη συνέχεια, βαρήκοο είναι το άτομο, στο οποίο ο βαθμός απώλειας ακοής κυμαίνεται συνήθως στα 25-69 dB σε όλες τις συχνότητες και έχει τη δυνατότητα για ομιλία και επικοινωνία με τους γύρω του αλλά έχει μια δυσκολία στο να κατανοήσει την ομιλία είτε φοράει ακουστικά βαρηκοΐας είτε όχι, είτε άλλα τεχνικά βοηθήματα. Έτσι λοιπόν, καταλαβαίνουμε ότι τα άτομα με κώφωση, μπορούν να έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες και στη γλώσσα μόνο μέσω του αισθητηρίου της όρασης ενώ οι βαρήκοοι έχουν πρόσβαση μέσω της ακοής με αρκετό βαθμό δυσκολίας, ανάλογα βέβαια με την περίπτωση τους αν είναι περισσότερο ή λιγότερο ακούοντα άτομα. Επομένως, άτομα με κώφωση δεν μπορούν να αντιληφθούν τον ήχο σε απόσταση 1,5 με 2 μέτρα. Υπάρχουν κάποιες υποκατηγορίες, κάποιοι όροι που αφορούν την ηλικία εμφάνισης της ακουστικής απώλειας οι οποίοι σχετίζονται με τη γλωσσική ανάπτυξη του ατόμου και αυτοί είναι ο όρος προγλωσσικά άτομο με κώφωση. Η υποκατηγορία αυτή αφορά παιδιά ηλικίας έως 3 ετών τα οποία είτε γεννήθηκαν με κάποιο πρόβλημα ακουστικό είτε εμφανίστηκε πριν από την ανάπτυξη της γλώσσας που μιλούν (ομιλούμενη ή νοηματική). Η δεύτερη υποκατηγορία είναι το μεταγλωσσικά Κωφό άτομο και εδώ αναφέρονται άτομα μετά την ηλικία των 3 ετών όπου η ακουστική βλάβη έκανε την εμφάνισή της αφού το άτομο είχε κατακτήσει φυσικά την ομιλούμενη γλώσσα. Όσον αφορά τον χώρο της ιατρικής, οι σχετικοί επιστήμονες παραπλανούν συχνά με τους όρους που χρησιμοποιούν. Για παράδειγμα για να ορίσουν ένα άτομο με κώφωση μπορεί να γράφουν στην διάγνωση πάρα πολύ μεγάλου βαθμού νευροαισθητήρια βαρηκοΐα αμφοτερόπλευρη. Αυτό όμως μπορεί συχνά να προκαλέσει σύγχυση στους μη ειδικούς παιδαγωγούς ή στους γονείς των

ατόμων. Έτσι λοιπόν συγκεντρώνουμε κάποιους όρους που οι Κουρμπέτης & Χατζοπούλου (2010) υποστηρίζουν ότι:

«χρησιμοποιούνται στις ιατρικές γνωματεύσεις από την ιατρική κοινότητα. Αυτοί είναι ως προς τον βαθμό της απώλειας της ακοής, α) η φυσιολογική ακοή (0-15 dB), β) πολύ μικρού βαθμού βαρηκοΐα (15-25 dB), γ) μικρού βαθμού βαρηκοΐα (25-40 dB) δ) μετρίου βαθμού βαρηκοΐα (40-55 dB), ε) μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα (55-70 dB) στ) πολύ μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα (70-90 dB) ζ) πάρα πολύ μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα (90-110 dB)». (σ31) Επιπλέον, ως προς τη φύση της παθολογίας του αυτιού, χωρίζονται σε τρεις όρους, την νευροαισθητήρια βαρηκοΐα, τη βαρηκοΐα αγωγιμότητας και τη βαρηκοΐα μεικτού τύπου. Στην πρώτη, ο όρος δηλώνει ότι το πρόβλημα εντοπίζεται στο εσωτερικό αυτί, το κοχλιακό νεύρο, την κεντρική ακουστική οδός και τον ακουστικό φλοιό. Στη δεύτερη κατηγορία, βρίσκεται στο έξω αυτί ή στο μέσο. Στην Τρίτη υπάρχουν μαζί η βαρηκοΐα αγωγιμότητας και νευροαισθητήρια βαρηκοΐα. Τέλος ως προς το όργανο που παρουσιάζει την παθολογία έχουμε τους εξής όρους, αμφοτερόπλευρη βαρηκοΐα όπου το άτομο έχει βαρηκοΐα και από τα δύο του αυτιά και η μονόπλευρη βαρηκοΐα όπου το άτομο έχει βαρηκοΐα μόνο στο ένα από τα δύο αυτιά του (Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010).

Σύμφωνα με μία άλλη ταξινόμηση διαφορετικών συγγραφέων, τα άτομα με προβλήματα ακοής διακρίνονται σε τέσσερα επίπεδα όσον αφορά την ένταξή τους στο σχολικό περιβάλλον, ανάλογα με το βαθμό της ακουστικής τους απώλειας. Το πρώτο επίπεδο λοιπόν, περιλαμβάνει τα άτομα με ακουστική ικανότητα 35-54 dB τα οποία δεν πηγαίνουν σε ειδικό σχολείο και δεν χρειάζονται ιδιαίτερη βοήθεια στη μάθηση. Στο δεύτερο επίπεδο, βρίσκονται οι μαθητές με ακουστική ικανότητα 55-69 dB οι οποίοι ανάλογα το άτομο πηγαίνουν πολλές φορές σε ειδικό σχολείο. Χρειάζονται συχνά βελτίωση όσον αφορά την ακοή τους, τη γλώσσα την έκφρασή τους στον προφορικό λόγο. Στη συνέχεια, το τρίτο επίπεδο περιλαμβάνει άτομα με ακουστική ικανότητα 70-89 dB τα οποία συνήθως μπαίνουν σε ειδικό τμήμα/σχολείο και χρειάζονται συχνά βοήθεια όσον αφορά την ακοή τους, τη γλώσσα την έκφρασή. Τέλος, στο τέταρτο επίπεδο είναι τα άτομα με ακουστική ικανότητα 90 dB και πάνω τα οποία έχουν ανάγκη να μουν σε ειδικό τμήμα/σχολείο και να τους βοηθήσουν οι ειδικοί στην ακοή την ομιλία, την εκπαίδευση και την έκφραση στη γλώσσα, τον προφορικό λόγο. Συνοψίζοντας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι υπάρχουν τρεις κατηγορίες ατόμων με προβλήματα ακοής. Τα άτομα με κώφωση που δεν έχουν καθόλου πρόσβαση σε ήχους και για να εκπαιδευτούν και να επικοινωνήσουν πρέπει

να διαβάσουν τα χείλη, είτε με χειρονομίες είτε μαθαίνοντας να γράφουν. Η δεύτερη είναι τα άτομα με βαρηκοΐα όπου η ως ένα βαθμό ακουστική απώλεια έχει επιπτώσεις στην μάθησή τους και τέλος, τα άτομα με αλαλία η οποία αποτελεί συνέπεια της κώφωσης και χαρακτηρίζεται ως κωφαλαλία. Η τρίτη θα μπορούσε να συγχωνευτεί και με την πρώτη κατηγορία απλά στην τρίτη έχουμε και απόλυτη αλαλία ενώ στην πρώτη υπάρχει περίπτωση το άτομο να αναπτύξει κάποιου είδους ομιλούμενη γλώσσα (Δελλασούδας, 2005).

Από την άλλη, πολλά και ποικίλα μπορεί να είναι τα αίτια της παιδικής βαρηκοΐας ή κώφωσης όπως αρχικά υποστηρίζουν οι Κουρμπέτης & Χατζοπούλου (2010)

«προγενετικά, περιγενετικά ή μεταγενετικά, η κληρονομικότητα, η ερυθρά, αν νοσήσει η μητέρα κατά την εγκυμοσύνη, ο κυτταρομεγαλιός, 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 την γέννηση του παιδιού, η χρήση ωτοτοξικών φαρμάκων, παθήσεις μη κληρονομικές και τέλος περιπτώσεις τραυματισμών». (σ.38) Το πιο σημαντικό αίτιο είναι η κληρονομικότητα όπου μπορεί να φτάνει μέχρι το 50% με 60% των περιπτώσεων της νευροαισθητήριας πολύ μεγάλου βαθμού βαρηκοΐας κατά την παιδική ηλικία. Είναι λοιπόν δεδομένο και δυστυχώς το συχνότερο των περιπτώσεων ότι οι γονείς που έχουν παιδιά με προβλήματα ακοής δεν μαθαίνουν ποτέ γιατί το παιδί του έδειξε ότι έχει κώφωση ή βαρηκοΐα. Είναι αναμενόμενο να σκεφτούμε λοιπόν, ότι λόγω της αιτίας της κληρονομικότητας τα παιδιά με κώφωση θα έχουν και Κωφούς γονείς ή τουλάχιστον ένας από τους δύο θα είναι Κωφοί. Αυτό όμως δεν συμβαίνει. Το 90% των παιδιών με κώφωση έχουν ακούοντες γονείς ενώ μόνο το 10% έχουν κάποιο από το γονιό τους ή και τους δύο Κωφούς. Αυτό εξηγείται λόγω κάποιων μεταλλάξεων γονιδίων τα οποία μένουν υπολειπόμενα στα άτομα. Έτσι λοιπόν υπάρχουν κάποια άτομα που φέρουν υπολειπόμενα γονίδια τα οποία ευθύνονται για την κώφωση αλλά δεν εμφανίζουν κώφωση, είναι ακούοντα άτομα τα οποία είναι πιθανόν να φέρουν στη ζωή άτομα με κώφωση. Κατά την πρώιμη παιδική ηλικία, αυτή είναι η πιο συχνή αιτιολογία κώφωσης, δηλαδή τα υπολειπόμενα γονίδια που φέρουν ευθύνη για την εμφάνιση κώφωσης (Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010).

Συνοψίζοντας λοιπόν, τα αίτια που συναντώνται περισσότερο στην κώφωση είναι τα κληρονομικά αίτια, όπου μαζί με την κώφωση μπορεί να συνυπάρχει και

κάποια άλλη μειονεξία, όπως εγκεφαλικές δυσλειτουργίες, διαβήτης κ.ά (Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, 2004)

1.4 Οπτική αναπηρία

Ως τύφλωση θεωρείται μία κατάσταση, η οποία οδηγεί το άτομο στον αποπροσανατολισμό σε σχέση με το πού βρίσκεται και στη δυσκολία εύρεσης επαγγέλματος. «Στο Νόμο 958/79 (τεύχος α', ΦΕΚ 191) ορίζεται ότι ως τυφλό «...νοείται παν πρόσωπον το οποίον, στερείται παντελώς της αντιλήψεως του φωτός ή του οποίου, η οπτική οξύτης, είναι μικροτέρα του ενός εικοστού της φυσιολογικής τοιαύτης» (Παπάνης κ.συν., 2007, σ.44).

Είναι γεγονός ότι για τα άτομα με τύφλωση υπάρχει μεγάλη δυσκολία στην επικοινωνία με τους γύρω, με το κοινωνικό δίκτυο. Βέβαια όσον αφορά την επαγγελματική αποκατάσταση, που προαναφέρθηκε, οι καταστάσεις και η τεχνολογία έχει βοηθήσει σημαντικά, τα άτομα με τύφλωση, να προοδεύσουν σε αυτό τον τομέα. Παρ' όλα αυτά είναι σημαντικό να υπάρχει κοινωνική υποστήριξη του ατόμου με τύφλωση όσο το δυνατό γρηγορότερα, από την εμφάνιση της αναπηρίας, ώστε να έχει τη δυνατότητα το άτομο να προσαρμοστεί πιο εύκολα στο περιβάλλον, προσπαθώντας να το κατανοήσει. Στη συνέχεια, παρατηρείται ότι τα άτομα με τύφλωση αντιμετωπίζουν δυσκολία στη νοητική ανάπτυξη αλλά η συμβολική τους σκέψη επιτυγχάνεται. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα, εξαιτίας ακριβώς της αναπηρίας τους, μπορούν να γίνουν πιο δημιουργικοί με καλλιτεχνικές τάσεις, εφόσον η φαντασία κατέχει πρωτεύοντα ρόλο στη ζωή τους (Παπάνης κ.συν., 2007).

Τα άτομα με τύφλωση επιπλέον, διαφέρουν σημαντικά στην ανάπτυξή τους σε σχέση με τα άτομα χωρίς κάποιο πρόβλημα όρασης. Ιδιαίτερα στη γλωσσική ανάπτυξη υπάρχει μία αισθητή καθυστέρηση. Τα άτομα με εκ γενετής τύφλωση, δυσκολεύονται στην κατανόηση εννοιών και συγκεκριμένων λέξεων καθώς δεν έχουν δει ποτέ για ποιο αντικείμενο αναφερόμαστε. Επιπλέον, παρουσιάζουν μία καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λεξιλογίου και της γραμματικής. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι στερούνται κατανόησης ή παρουσιάζουν κάποια νοητική καθυστέρηση, απλώς δεν αναπτύσσουν γλωσσικές ικανότητες τόσο γρήγορα όσο θα έκαναν κάποια άτομα χωρίς τύφλωση. Στη συνέχεια, το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει ένα άτομο με τύφλωση παρουσιάζει ιδιαίτερη σημασία, από κάθε άλλη μάλιστα περίπτωση αναπηρίας. Αποτελεί με άλλα λόγια, απαραίτητο προαπαιτούμενο να μεγαλώσει το

άτομο σε ένα περιβάλλον με θετική διάθεση, θετική σκέψη και ενέργεια, το οποίο θα ενθαρρύνει το άτομο με τύφλωση να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες, να εκφράζεται ελεύθερα, να ακολουθεί τα όνειρά του, τις ικανότητες και τις δεξιότητες που διαθέτει. Ένα υποστηρικτικό και θερμό περιβάλλον δηλαδή. Επιπλέον, ο κοινωνικός περίγυρος του ατόμου και ιδιαίτερα η οικογένειά του, θα πρέπει να φροντίζουν να εξασκείται το άτομο σε ακουστικά ερεθίσματα, στην αφή αλλά σε άλλες διεργασίες οι οποίες εξάπτουν τη φαντασία και ενισχύουν τη δημιουργικότητα. Έτσι, το ίδιο το άτομο θα μάθει, ακούγοντας πολλές περιγραφές από τους οικείους του, να φαντάζεται και να κατανοεί καλύτερα τα αντικείμενα και τον κόσμο γύρω του μέσω διάφορων τεχνοτροπιών. Γίνεται φανερό τέλος, ότι τα άτομα με τύφλωση προσπαθούν να αναπληρώσουν τη χαμένη αίσθησή τους μέσα από άλλες χρησιμοποιώντας τεχνοτροπίες. Έτσι και το περιβάλλον προσπαθεί μέσω εξισορροπήσεων να βοηθήσει το άτομο σ' αυτή του την προσπάθεια, αλλά και να καταφέρουν να αλληλεπιδράσουν, να επικοινωνήσουν καλύτερα μαζί τους (Hodapp, 2005).

Όσον αφορά την αυτοεκτίμηση, και την εικόνα που έχει για τον εαυτό του το άτομο με τύφλωση, φαίνεται ότι δεν κατανοεί πλήρως την εικόνα του εαυτού του, ούτε αισθάνεται την αντανάκλαση που έχει στους άλλους. Επομένως γίνεται φανερό ότι τα άτομα με τύφλωση, προσπαθούν με κινήσεις του σώματος να αναπληρώσουν τη χαμένη όραση. Βέβαια, οι κινήσεις αυτές μπορούν να ερμηνευθούν και ως άγχος, ως αντίδραση σε διάφορες καταστάσεις που μπορεί να τους προκαλούν ψυχολογική πίεση. Επιπλέον, σχετικά με τη γλωσσική ανάπτυξη του ατόμου με τύφλωση, διαπιστώνεται και μέσα από έρευνες μία κάμψη της ανάπτυξης και μία δυσκολία στην κατάκτησή της. Έτσι λοιπόν, όταν ένα άτομο με τύφλωση καλείται να κατανοήσει κάποιο ειδικό αντικείμενο, παρουσιάζει δυσκολία καθώς δεν έχει δει ποτέ το αντικείμενο για το οποίο γίνεται λόγος κι έτσι όλη η διαδικασία κατανόησης και κατάκτησης της έννοιας πηγαίνει βήματα προς τα πίσω. Από την άλλη, τα αίτια της τύφλωσης διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, στα κληρονομικά και στα επίκτητα αίτια. Τα κληρονομικά αίτια, μπορεί να περιλαμβάνουν παραλλαγή κάποιου φαινομένου το οποίο να συνέβαινε στην οικογένεια του ατόμου, όπως παραδείγματος χάρη, μία διαταραχή στο οπτικό νεύρο. Αντίθετα, τα επίκτητα αίτια, μπορεί να είναι ασθένειες κατά την κύηση αλλά και διάφοροι άλλοι παράγοντες. Όσον αφορά την αγωγή του ατόμου με τύφλωση παρατηρείται ότι δίνεται μεγάλη έμφαση στη διαχείριση του χώρου, του χρόνου, στην ανάπτυξη και ενίσχυση της φαντασίας, της δημιουργικότητας και της ευχαρίστησης. Επιπλέον, το άτομο με τύφλωση θα πρέπει

να αποκτήσει την αίσθηση του προσανατολισμού αλλά και να ενισχύσει την αισθησιοκινητική του νοημοσύνη, κάτι στο οποίο η αγωγή και η εκπαίδευση, δίνει μεγάλη βάση. Έτσι λοιπόν, παρατηρείται και η μεγάλη βοήθεια και εξέλιξη της τεχνολογίας και των ηλεκτρονικών υπολογιστών, όπου βοηθούν στην αντιμετώπιση αυτή της αναπηρίας, στην καλύτερη διευκόλυνση για το άτομο, στην ενίσχυση της μάθησης και της αγωγής όπως παραδείγματος χάρη, με τη γραφή braille. Αρκετά από τα σχολεία πλέον, διαθέτουν και τα κατάλληλα μέσα και την υποδομή η οποία επιτρέπει στα άτομα με τύφλωση να έχουν μία πιο ποιοτική εκπαίδευση και καθημερινότητα στο σχολικό χώρο αλλά και όχι μόνο (Παπάνης κ.συν., 2007).

Κεφάλαιο 2: Οριοθέτηση της έννοιας κοινωνική υποστήριξη

2.1 Προσδιορισμός της έννοιας «κοινωνική υποστήριξη»

«Ο Leavy (1983) ορίζει την κοινωνική υποστήριξη ως τη διαθεσιμότητα των αρωγών σχέσεων και την ποιότητα των σχέσεων αυτών» (Αντωνίου, 2006, σ.140). Η κοινωνική υποστήριξη παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική διάθεση και πίεση του ατόμου, και μαζί με άλλους παράγοντες έχει τη δυνατότητα να μειώσει το πιθανό άγχος και στρες που αισθάνεται το άτομο. Ακόμα και στην εργασία του, το άτομο όταν υποστηρίζεται ψυχολογικά και έμπρακτα από το κοινωνικό του περιβάλλον, φαίνεται ότι έχει θετικά αποτελέσματα στη ζωή και την καθημερινότητά του (Αντωνίου, 2006).

Η Νικολάου (2011) υποστηρίζει ότι:

«Σύμφωνα με τον Thompson (1995), η κοινωνική στήριξη αποτελείται από κοινωνικές σχέσεις, που δίνουν ή μπορούν να δώσουν υλικές και διαπροσωπικές απολαβές που έχουν σημασία για τον αποδέκτη. Τέτοιες απολαβές μπορούν να αφορούν συμβουλευτική, πρόσβαση σε πληροφορίες και υπηρεσίες, μοίρασμα ευθυνών και κατάκτηση δεξιοτήτων». (σ.49)

Η κοινωνική υποστήριξη όπως φαίνεται από πολλές πρόσφατες έρευνες, έχει απασχολήσει πολύ τον τελευταίο καιρό την βιβλιογραφία. Αυτό συμβαίνει καθώς συνδέεται στενά με διάφορους τομείς της καθημερινής ζωής και είναι καθοριστικός παράγοντας πολλών διεργασιών. Παραδείγματος χάρη, έχει γίνει γνωστό ότι

συνδέεται πολύ στενά με το άγχος, την κατάθλιψη, την ποιότητα ζωής και τη καλύτερη διαχείριση της υγείας όσον αφορά διατροφικά πρότυπα και συνήθειες που έχουν άμεσο αντίκτυπο στην υγεία του ατόμου. Όλα αυτά συνάδουν στο γεγονός ότι η κοινωνική υποστήριξη έχει αποφέρει θετικά αποτελέσματα στους ανθρώπους στους οποίους βέβαια, παρέχεται και έγκαιρα και με την κατάλληλη μορφή για την κάθε περίπτωση που εξετάζεται. Η κοινωνική υποστήριξη όμως, όπως και οι περισσότερες έννοιες, δεν μπορεί να αποδοθεί με ένα μονάχα ορισμό. Αυτό συμβαίνει, διότι ανάλογα με την έρευνα και τη πτυχή, που θέλει ο ερευνητής να διερευνήσει, η έννοια παίρνει άλλη όψη. Γι' αυτό και στην συγκεκριμένη έρευνα θα δοθεί πάνω από ένα ορισμούς, ώστε να κατανοηθεί σε βάθος και να αναλυθούν τα μέρη της και η ουσία της για το άτομο. Η κοινωνική υποστήριξη λοιπόν, είναι μία επικοινωνιακή διαδικασία η οποία εκφράζεται με λέξεις ή και όχι και έχει ως στόχο τη παροχή βοήθειας στο άτομο ώστε να βελτιωθεί η ψυχολογική του κατάσταση, διάθεση, αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση (Ποντισίδης & Μπελλάλη, 2015).

Σύμφωνα με έρευνες έχει αποδειχτεί ότι η κοινωνική υποστήριξη συμβάλλει στην καλύτερη ψυχολογική και σωματική υγεία, ανεβάζει δηλαδή την ψυχολογική διάθεση και προκαλείται στο άτομο ψυχολογική ευημερία. Μεγάλο ρόλο επιπλέον, διαδραματίζει, το είδος της κοινωνικής υποστήριξης που παρέχεται και η ικανοποίηση που θεωρεί το άτομο ότι λαμβάνει από τον κοινωνικό του περίγυρο, από τα άτομα που βρίσκονται γύρω του, κάτι πολύ σημαντικό καθώς είναι ένας παράγοντας ο οποίος προβλέπει την ευημερία και την καλή ψυχολογική κατάσταση του ατόμου (Kafetsios, Sideridis, 2006).

Τελικά, ένα σημαντικό κομμάτι της κοινωνικής και συναισθηματικής υποστήριξης, είναι να δοθεί στο άτομο να καταλάβει ότι η διαφορετικότητα μπορεί να ερμηνευθεί και θετικά, ότι πρέπει να υπάρχει αποδοχή του εαυτού όπως είναι γιατί μόνο έτσι θα μπορέσει να προχωρήσει παρακάτω, να δημιουργήσει κοινωνικές σχέσεις, να αποκτήσει καλύτερη διάθεση και υψηλή αυτοεκτίμηση. Το άτομο λοιπόν, θα πρέπει να θέσει στόχους, να αρχίσει να βλέπει τη ζωή με θετική και ρεαλιστική ματιά και σταματήσει να αποδίδει ευθύνες. Αντίθετα να αρχίσει να κάνει πράξεις. Σ' αυτές τις επιθυμητές συμπεριφορές, πολύ σημαντικό ρόλο παίζουν οι γονείς, η οικογένεια, οι οποίοι δεν θα πρέπει να στραφούν στα δύο άκρα, δηλαδή της άρνησης και της αποφυγής ή της υπερπροστατευτικότητας. Αντιθέτως, καλό είναι να κρατήσουν τις ισορροπίες, να δείξουν ότι είναι δίπλα στο άτομο με κινητική αναπηρία, στις επιλογές του και να το καθοδηγήσουν στο σωστό μονοπάτι και στο

κυνήγι των ονείρων και των δεξιοτήτων του. Το ίδιο θα πρέπει να κάνει βέβαια και η κοινωνία η οποία δυστυχώς ακόμα και σήμερα αποθαρρύνει τα άτομα με αναπηρία, τα οποία παλεύουν για μια ανέλπιστα αλλαγή νοοτροπίας και αντίδρασης στην αναπηρία και στη διαφορετικότητα (Παπάνης κ.συν., 2007).

2.2 Διαστάσεις και κατηγοριοποιήσεις της κοινωνικής υποστήριξης

«Σύμφωνα με τον House (1981), η κοινωνική υποστήριξη περιλαμβάνει τέσσερις διαστάσεις: α) παρέχει άμεση βοήθεια (οργανική υποστήριξη), β) δείχνει προσοχή και κατανόηση (συναισθηματική υποστήριξη), γ) παρέχει χρήσιμες πληροφορίες (ενημερωτική υποστήριξη) και δ) παρέχει ανατροφοδότηση, που μπορεί να ενισχύσει τον αυτοσεβασμό (υποστήριξη αξιολόγησης)» (Αντωνίου, 2006, σ.140). Το κάθε άτομο βέβαια διαφέρει στον τρόπο με τον οποίο αναζητά την κοινωνική υποστήριξη, στο μέγεθος της κοινωνικής υποστήριξης που χρειάζονται ή που θέλουν να έχουν αλλά και στο πόση και τι είδους κοινωνική υποστήριξη, πιστεύουν ότι δέχονται από τους γύρω τους (Αντωνίου, 2006).

Παρατηρείται στη συνέχεια, ο διαχωρισμός της κοινωνικής υποστήριξης σε κατηγορίες. Οι δύο βασικότερες είναι η αντικειμενική και η δευτέρα είναι η αντιλαμβανόμενη ή υποκειμενική κοινωνική υποστήριξη. Η αντικειμενική κοινωνική υποστήριξη έχει να κάνει με την υποστήριξη που δέχεται κάποιος έμπρακτα, στην καθημερινή του ζωή. Αντίθετα, η αντιλαμβανόμενη ή υποκειμενική κοινωνική υποστήριξη, σχετίζεται με το κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη είναι διαθέσιμη είτε αυτό σημαίνει το κατά πόσο την αποζητά και την έχει ανάγκη το άτομο, είτε το κατά πόσο του προσφέρεται γενικότερα και είναι διαθέσιμη για το κάθε άτομο την κάθε στιγμή. Επομένως η τελευταία κατηγορία κοινωνικής υποστήριξης, μπορεί να έχει είτε θετικές είτε αρνητικές εκβάσεις στο άτομο. Σχετικά με τις μορφές της κοινωνικής υποστήριξης, οι Schaefer et al (1981), αναφέρονται σε πέντε τύπους: α) τη συναισθηματική υποστήριξη, β) την υποστήριξη σε επίπεδο εκτίμησης, γ) την υποστήριξη από το κοινωνικό δίκτυο, δ) την υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης και δ) την έμπρακτη/υλική/πρακτική υποστήριξη. Η συναισθηματική υποστήριξη είναι η κατά κύριο λόγο πιο γνωστή μορφή της κοινωνικής υποστήριξης και η περισσότερο αναφερόμενη σε έρευνες. Ως συναισθηματική υποστήριξη εννοείται η υποστήριξη η οποία καλύπτει συναισθηματικά το άτομο όταν τη χρειάζεται και

παρέχει μία ασφάλεια και σιγουριά, πάντα όσον αφορά το συναισθηματικό επίπεδο. Στη συνέχεια, η στήριξη σε επίπεδο εκτίμησης, έχει να κάνει με την αύξηση και την ενδυνάμωση της αυτοεκτίμησης, της αυτοαντίληψης αλλά και της αυτοπεποίθησης, οι οποίες παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου, το οποίο θα πρέπει να υπολογίζει τις συγκεκριμένες έννοιες καθώς αυτό θα το βοηθήσει να ανελιχθεί, ψυχολογικά και ουσιαστικά, να αναλάβει δράση σε στρεσογόνες καταστάσεις και να μπορέσει ανταπεξέλθει σε ό,τι προκύψει στο μέλλον, χωρίς φόβο και άγχος. Επιπλέον, η υποστήριξη σε επίπεδο κοινωνικού δικτύου, σχετίζεται με την άποψη του ατόμου για το κατά πόσο διαθέσιμο είναι το κοινωνικό δίκτυο, δηλαδή ο κοινωνικός περίγυρος στο να στηρίζει και να βοηθήσει το άτομο σε πιθανές δυσκολίες, αλλά και κατά πόσο υπάρχει ένα τέτοιο περιβάλλον γύρω του. Ακόμη, η κοινωνική υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης σχετίζεται με τις πληροφορίες οι οποίες είναι διαθέσιμες και προσβάσιμες στο άτομο, ή του προσφέρονται από άλλα άτομα τα οποία έχουν πρόσβαση σε αυτές τις πληροφορίες τις οποίες ενδιαφέρεται το άτομο να αντλήσει υλικό και γνώσεις. Τέλος, η έμπρακτη στήριξη, είναι η υποστήριξη η οποία δίνεται έμπρακτα, καθημερινά, σε πραγματικό και ουσιαστικό επίπεδο και σε καθημερινές ανάγκες και δυσκολίες που πιθανώς προκύπτουν. Για παράδειγμα η μεταφορά ενός ατόμου που έχει ανάγκη να πάει στη δουλειά του ή στο νοσοκομείο κλπ. Επιπρόσθετα υπάρχουν και κάποιες άλλες κατηγοριοποιήσεις της κοινωνικής υποστήριξης οι οποίες έχουν να κάνουν με άλλες μορφές και ερμηνείες της έννοιας που εξετάζουμε. Η πρώτη είναι η λειτουργική κοινωνική υποστήριξη, η οποία περιλαμβάνει στο σύνολό της κάποιες και από τις προηγούμενες κατηγορίες όπως η συναισθηματική υποστήριξη, η υποστήριξη της πληροφόρησης, η υποστήριξη σε επίπεδο εκτίμησης αλλά και άλλα είδη όπως οικονομική στήριξη και στήριξη ερμηνείας και νοήματος η οποία βοηθά στη κατανόηση μιας αγχογόνου κατάστασης. Η λειτουργική λοιπόν, είναι μία καθ' όλα έμπρακτη κοινωνική υποστήριξη εφόσον περιλαμβάνει και τις παραπάνω κατηγορίες, η οποία χρειάζεται την ισχυρή παρουσία του κοινωνικού περιβάλλοντος του ατόμου ώστε να αποδειχθεί χρήσιμη για το άτομο. Στη συνέχεια, η δεύτερη κατηγορία είναι η δομική κοινωνική υποστήριξη ή αλλιώς κοινωνική ένταξη/ενσωμάτωση. Η συγκεκριμένη κατηγορία, σχετίζεται με τα γνωρίσματα του κοινωνικού περιβάλλοντος και με τη σχέση του με το τελευταίο. Είναι αναγκαίο και εξαιρετικά σημαντικό να υπολογιστεί σ' αυτή την κατηγοριοποίηση, το μέγεθος των ατόμων οι οποίοι βρίσκονται δίπλα στο άτομο που έχει την ανάγκη και τη στήριξή τους.

Επιπλέον, η εμπλοκή του ατόμου σε διάφορες δραστηριότητες και ομάδες αλλά και η ύπαρξη κάποιου συντρόφου παίζουν παράλληλα σημαντικό ρόλο ως προς την υποστήριξη η οποία μπορεί να του παρέχεται πιο εύκολα και πιο ουσιαστικά. Ειδικότερα το θέμα του συντρόφου, σύμφωνα με έρευνες έχει φανεί καθοριστικής σημασίας στη μείωση του άγχους, στη αύξηση της αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης του ατόμου, καθώς υπάρχει ένα άτομο το οποίο είναι πάντα δίπλα του και το στηρίζει σε όλες τις δύσκολες συνθήκες αλλά και τις αποφάσεις που ενδέχεται να χρειαστεί να πάρει το άτομο στη ζωή του. Από την άλλη, υπάρχουν και κάποιες ακόμα κατηγοριοποιήσεις, διαφορετικής μορφής για την κοινωνική υποστήριξη. Αρχικά, υπάρχει η τυπική και η άτυπη κοινωνική υποστήριξη. Έτσι λοιπόν, το άτομο βασίζεται στις κοινωνικές σχέσεις, τις άτυπες αλλά και τις τυπικές από τις οποίες ευελπιστεί να πάρει όλα αυτά που χρειάζεται ώστε να διαχειριστεί και να έρθει αντιμέτωπος με καταστάσεις οι οποίες του προκαλούν ψυχολογική πίεση. Επομένως, η τυπική κοινωνική υποστήριξη, περιλαμβάνει διάφορες υπηρεσίες, παραδείγματος χάρη υπηρεσίες υγείας, στις οποίες θα βασιστεί σε μια δύσκολη στιγμή, ενώ η άτυπη κοινωνική υποστήριξη, σχετίζεται με άτομα του στενού οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος, ανθρώπους με τους οποίους εργάζεται μαζί το άτομο, παραδείγματος χάρη, ομάδες στις οποίες ανήκει σε διάφορα χόμπι με τα οποία ασχολείται κλπ. Τέλος, η τελευταία κατηγοριοποίηση που αναφέρουν μερικοί ερευνητές, είναι η μη ορατή κοινωνική υποστήριξη. Η συγκεκριμένη υποστήριξη, δίνεται στο άτομο χωρίς να την αντιλαμβάνεται, χωρίς να γνωρίζει ότι τη δέχεται. Είναι ίσως και η πιο σημαντική κατηγορία υποστήριξης, καθώς το άτομο δεν χρειάζεται να αντιμετωπίσει αρκετές από τις ανασφάλειες που τον διακατέχουν όταν γνωρίζει την κοινωνική υποστήριξη την οποία δέχεται. Έγινε λοιπόν, κατανοητό ότι η οριοθέτηση της κοινωνικής υποστήριξης, ο προσδιορισμός της έννοιας είναι δύσκολο να γίνει μόνο με έναν ορισμό. Γι' αυτό το λόγο παρατέθηκαν και οι παραπάνω κατηγοριοποιήσεις οι οποίες βοηθούν στην καλύτερη κατανόηση και καλύτερη ολοκλήρωση του προσδιορισμού της έννοιας κοινωνική υποστήριξη. Έτσι λοιπόν, στο μεγαλύτερο μέρος των παραπάνω κατηγοριοποιήσεων, φάνηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη επιδρά θετικά στο άτομο, στην υγεία του και κυρίως στην ψυχολογική του ανέλιξη και ευημερία. Επιπλέον, είναι πλέον γεγονός ότι η κοινωνική υποστήριξη, στις περισσότερες μορφές της, βοηθά το άτομο να έχει αυτοπεποίθηση και επομένως καλή διάθεση, να αντιμετωπίζει τις πιέσεις και τις δυσκολίες, να αθλείται και προσέχει τον τρόπο διατροφής του. Όλα αυτά συνάδουν στη μείωση των ασθενειών και των

θανάτων. Είναι επομένως, ένα φάρμακο για την ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου. Από την άλλη, θα πρέπει να τονιστεί ότι κάθε κατηγορία και τύπος κοινωνικής υποστήριξης δεν είναι ο κατάλληλος για το κάθε άτομο. Θα πρέπει να δίνεται προσοχή σε αυτό το κομμάτι, καθώς πολλές φορές για κάποια άτομα μόνο ένας τύπος κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά. Για παράδειγμα κάποιο άτομο μπορεί να έχει ανάγκη τη μη ορατή κοινωνική υποστήριξη. Στη συνέχεια, μπορείς κάποιο άτομο να έχει ανάγκη την έμπρακτη υποστήριξη, να του παρασχεθεί εκείνη τη στιγμή κάποιο φαγητό ή μετακίνηση ή οτιδήποτε άλλο και αντί αυτού να του δοθεί υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης. Σε αυτή την περίπτωση το άτομο απογοητεύεται και πιέζεται ακόμη περισσότερο ψυχολογικά καθώς συνειδητοποιεί ότι ούτε η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να τον βοηθήσει, κάτι που δεν ισχύει καθώς δεν του είχε δοθεί στην κατάλληλη μορφή της. Τέλος, υπάρχει και η περίπτωση, κάποιο άτομο να δεχθεί αρνητική κοινωνική υποστήριξη. Αυτό συμβαίνει στην περίπτωση που παροτρύνεται το άτομο να ακολουθήσει ένα είδος συμπεριφοράς, η οποία βλάπτει την υγεία του σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο. Όπως παραδείγματος χάρη, αν παρακινείται στη χρήση αλκοόλ, ουσιών, τσιγάρου κλπ, αυτό θα έχει μεγάλες και οδυνηρές επιπτώσεις στο ίδιο το άτομο. Έτσι λοιπόν, το κοινωνικό περιβάλλον, μπορεί το ίδιο να προκαλέσει ψυχολογική πίεση και δυσαρέσκεια στο άτομο (Ποντισίδης & Μπελλάλη, 2015)

2.3 Χαρακτηριστικά κοινωνικής υποστήριξης

Υπάρχουν τρία βασικά χαρακτηριστικά της κοινωνικής υποστήριξης τα οποία διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην εφαρμογή της και είναι η «επίδραση, η ενίσχυση και η επιβεβαίωση». Αρχικά, η επίδραση, έχει να κάνει με το ενδιαφέρον, τα θετικά συναισθήματα, την αγάπη, το σεβασμό και την αλληλεγγύη, έννοιες δηλαδή που είναι πολύ σημαντικές για το ψυχολογικό κομμάτι του ατόμου. Στη συνέχεια, η ενίσχυση, σχετίζεται με τα υλικά αγαθά και την έμπρακτη, χειροπιαστή υποστήριξη, όπως είναι η παροχή χρημάτων όταν υπάρχει ανάγκη, η παροχή δεδομένων, χρόνου αλλά και τα δικαιώματα τα οποία εντάσσονται στην ενίσχυση. Η ενίσχυση αναφέρεται στα υλικά στοιχεία της υποστήριξης, όπως τα χρήματα, οι πληροφορίες, ο χρόνος και τα δικαιώματα. Τέλος, η επιβεβαίωση, αφορά τις απόψεις και την

συμφωνία ενός ατόμου για κάποια πράξη ή για κάποιο άλλο άτομο, ή για κάποιο γεγονός. Η κοινωνική υποστήριξη επομένως είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τον κοινωνικό περίγυρο, το κοινωνικό περιβάλλον, από το οποίο μπορεί να ανελιχθεί και να εκφραστεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο για το άτομο που το χρειάζεται, αν βέβαια κάνει αυτή την επιλογή το κοινωνικό περιβάλλον. Επιπλέον η κοινωνική υποστήριξη όπως γίνεται γνωστό, επιδρά θετικά στην ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, καθώς όχι μόνο το βοηθά να ξεπερνά τις δυσκολίες αλλά και να αποτρέπει καταστάσεις που του δημιουργούν άγχος και πίεση και πολλά άλλα ψυχοσωματικά προβλήματα. Ειδικότερα στη διαχείριση του θυμού και της κατάθλιψης η κοινωνική υποστήριξη είναι γνωστό ότι λειτουργεί ως καταλύτης. Ακόμη, το ίδιο συμβαίνει και στην υγεία γενικότερα, ώστε να διατηρείται σε καλά επίπεδα. Αντίθετα αν δεν υπάρχει κοινωνική υποστήριξη προς το άτομο τα αποτελέσματα είναι πολύ αρνητικά προς αυτό με θλιβερές συνέπειες, ακόμα και την επιδείνωση της θνησιμότητας. Τέλος, στην κοινωνική υποστήριξη είναι γνωστό ότι φέρνουν σημαντικές επιπτώσεις, η θρησκεία, ο πολιτισμός και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και της κλινικής υγείας του ατόμου (Υφαντής κ.συν., 2017).

2.4 Κοινωνική υποστήριξη και στρες

Είναι γεγονός ότι η κοινωνική υποστήριξη συχνά, αναφέρεται και θεωρείται ως ένας σημαντικός παράγοντας αντιμετώπισης του στρες, του άγχους, των φοβιών και των ανησυχιών ενός ατόμου. Έτσι λοιπόν, ακολουθούν κάποιες από τις βασικότερες ενέργειες που μπορεί να κάνει το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου που αισθάνεται πιεσμένο. Πρώτον, η κατανόηση στο πρόβλημα και η προσπάθεια να μπουν στη θέση του άλλου. Η ενέργεια αυτή βοηθά αρκετά το άτομο με στρες. Επιπλέον, η προσφορά πληροφοριών, όλων των ειδών, ακόμα και συμβουλών, αν ζητηθούν, τρόπων διόρθωσης λαθών και επίλυσης ζητημάτων, είναι σημαντικές ενέργειες κοινωνικής υποστήριξης και αρκετά αποτελεσματικές. Επιπρόσθετα, το κοινωνικό περιβάλλον, μπορεί να βοηθήσει το άτομο να ανακαθορίσει τη ζωή του, την κατάστασή του, με άλλους τρόπους, πιο αποτελεσματικούς ως προς τη μείωση του στρες. Ακόμα και η βοήθεια, προσφέροντας υλικά αγαθά είναι σημαντική αλλά και ο διάλογος με επιχειρήματα και λόγο που εμπνέει εμπιστοσύνη, μπορούν να

κερδίσουν το άτομο, ώστε να μπορέσει να ανοιχτεί, να μιλήσει για το πρόβλημά του, να ζητήσει βοήθεια κι έτσι χωρίς να το αρνείται και να το αποφεύγει, να μπορέσει τελικά να το διαχειριστεί. Βέβαια καλό είναι να τονιστεί σ' αυτό το σημείο, ότι το άτομο δεν θα πρέπει να βασίζεται αποκλειστικά στην κοινωνική υποστήριξη την οποία λαμβάνει, καθώς όταν συμβαίνει αυτό, επαναπαύεται, δεν προσπαθεί σκληρά αλλά και απομακρύνει σε τελική ανάλυση τους φίλους και συγγενείς από κοντά του, αφού το στρες με όλες του τις εκφάνσεις δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα, γενικότερα μια αρνητική και νευρική ατμόσφαιρα η οποία απωθεί τον καθένα (Αντωνίου, 2006).

2.5 Κοινωνική στήριξη ατόμων με αναπηρία

Είναι γεγονός, όπως έχει τονιστεί και παραπάνω, ότι η κοινωνική υποστήριξη διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη ζωή ενός ατόμου γενικά. Ειδικότερα, στα άτομα με αναπηρία, τα οποία χρειάζονται ακόμα περισσότερο, την αγάπη, τη στήριξη και τη βοήθεια των γύρω τους, η έννοια παίρνει μία άλλη διάσταση. Είναι φανερό, ότι η κοινωνική υποστήριξη όπως και η αυτοεκτίμηση, σχετίζονται με την αποδοχή της αναπηρίας αλλά και την προσαρμοστικότητα στο περιβάλλον. Φαίνεται ότι πολλά άτομα τα οποία δέχονται κοινωνική στήριξη κυρίως από το στενό οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον, παρουσιάζουν θετικά στοιχεία αποδοχής της αναπηρίας, θετικής διάθεσης και αυτοπεποίθησης. Η κοινωνική υποστήριξη είναι η στήριξη δηλαδή που δέχεται το άτομο από τους γύρω τους οποίους το ίδιο θεωρεί σημαντικούς για τη ζωή του, με το δικό του υποκειμενικό κριτήριο. Είναι πολύ σημαντικό τα άτομα αυτά να βρίσκονται γύρω από το άτομο με αναπηρία καθώς θα το βοηθήσουν να ξεπεράσει τις αναστολές του ως προς την αποδοχή της αναπηρίας και φυσικά να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες μαζί με ανθρώπους που το νοιάζονται και το καθοδηγούν. Στη συνέχεια, τα άτομα που βρίσκονται στο υποστηρικτικό περίγυρο του ατόμου με αναπηρία, καθορίζουν παράλληλα και τη γνώμη που σχηματίζει το ίδιο το άτομο για τον εαυτό του καθώς βλέπουν μέσα από τα μάτια τους. Έτσι, όταν ο περίγυρος, είναι υποστηρικτικός στις επιλογές που κάνει το άτομο με αναπηρία, όταν τον αποδέχονται όπως είναι, τον ενθαρρύνουν, προσπερνούν το κομμάτι της αναπηρίας και βλέπουν στο μέλλον το άτομο, τότε και το ίδιο, αποκτά αυτοπεποίθηση, αρχίζει να βλέπει πιο θετικά, όπως και οι γύρω του, τον εαυτό του κι

έτσι προχωρά μπροστά κάνοντας ξανά όνειρα για το μέλλον. Από την άλλη, παρατηρείται συχνά και η αντίθετη ροπή. Δηλαδή, ο κοινωνικός περίγυρος να αποδοκιμάζει το άτομο με αναπηρία, να κλείνει τις πόρτες τις οποίες χτυπά, να μην δίνει ευκαιρίες για κοινωνικοποίηση και ισότητα σε όλους τους τομείς και ουσιαστικά να μην αποδέχεται το άτομο αυτό. Έτσι λοιπόν, το άτομο με αναπηρία, αρχίζει να τείνει προς την απαισιοδοξία, την άρνηση, τη μη αποδοχή του εαυτού του και την μείωση της αυτοπεποίθησης. Καταλαβαίνουμε λοιπόν, ότι είναι πολύ σημαντικό και επηρεάζει τα άτομα γύρω η γνώμη και η στάση που κρατά ο κοινωνικός περίγυρος ο οποίος έχει πολύ μεγαλύτερη δύναμη στο άτομο απ' όσο μπορεί να φαίνεται. Έτσι, πρέπει να στηρίζει το άτομο με αναπηρία και να το βοηθήσει να προχωρήσει με το πρόβλημά του όσο πιο ψηλά γίνεται (Κλεφτάρας, 2009).

Είναι φανερό λοιπόν, ότι η κοινωνική στήριξη παίζει μεγάλο ρόλο στα άτομα με αναπηρία, καθώς μέσω αυτής έχουν την δυνατότητα να εξελιχθούν εκπαιδευτικά, να θέσουν προσωπικούς και επαγγελματικούς στόχους, να αισθανθούν τη φροντίδα και την αγάπη από τους γύρω τους και να καταφέρουν τελικά να μάθουν να αντιμετωπίζουν ζητήματα που προκύπτουν και να διαχειρίζονται την αναπηρία τους. Έτσι λοιπόν, η κατάλληλη κοινωνική υποστήριξη για το κάθε άτομο, μπορεί να επιφέρει πολύ θετικά αποτελέσματα στο ίδιο, μπορεί να διευκολύνει την καθημερινή του ζωή, να ανεβάσει την αυτοεκτίμησή του και να δώσει μια ώθηση, ένα κίνητρο για περισσότερη ενεργοποίηση και ενεργητική στάση ζωής (Νικολάου, 2011).

Κεφάλαιο 3: Οριοθέτηση της έννοιας του άγχους

3.1 Προσδιορισμός της έννοιας «άγχος»

Με τον όρο «άγχος» εννοούμε σύμφωνα με τους Μητρούση, Τραυλός, Κούκια & Ζυγά (2013):

«τη δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμα και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα». (σ.23)

«Αισθήματα έντασης, φόβου, νευρικότητας, ανησυχίας -καθώς και αλλαγές της φυσιολογίας και της συμπεριφοράς, όπως η τρεμούλα, η ταχυπαλμία και η ζαλάδα- είναι, συχνά, συμπτώματα άγχους» (Σπιλμπεργκερ, 1982, σ.15) Από την άλλη, η «H.Selye ορίζει το στρες ως την αντίδραση του οργανισμού στην προσπάθεια προσαρμογής του προς κάθε αλλαγή που συμβαίνει στο εσωτερικό ή εξωτερικό περιβάλλον» (Διαμαντίδης, 2008, σ.28).

Η Kennerley (2009) υποστηρίζει ότι:

«Η ανησυχία, ο φόβος και το άγχος εμφανίζονται συχνά σε όλους μας. Δεν προκαλούν σωματικές ή ψυχολογικές βλάβες και στις περισσότερες περιπτώσεις θεωρούνται αισθήματα εύλογα και ζωτικά για την επιβίωση. Πρόκειται για φυσιολογικές αντιδράσεις σε αγχογόνες ή σε επικίνδυνες καταστάσεις, και θεωρούνται παθολογικές μόνο στις περιπτώσεις όπου είναι υπερβολικές ή/και εμφανίζονται σε συνθήκες που δεν τις δικαιολογούν».(σ.37) Για παράδειγμα αν περνούσε κάποιος το δρόμο και έβλεπε ένα λεωφορείο να έρχεται πάνω του έτοιμο να τον χτυπήσει και αισθανθεί άγχος τότε είναι φυσιολογικό. Το υπερβολικό θα ήταν να κάθεσαι σε ένα πάρκο, να ακούει ένα λεωφορείο να περνά από το γειτονικό δρόμο και να αγχώνεται γι' αυτό (Kennerley,2009).

Από την άλλη, το στρες και ο ορισμός του έχουν απασχολήσει αρκετά τους ερευνητές τα τελευταία χρόνια. Γι' αυτό και έχουν δοθεί ορισμοί από διάφορες επιστημονικές απόψεις. Αρχικά, από επιδημιολογική άποψη το στρες είναι ένας παράγοντας επικίνδυνος για το άτομο και βρίσκεται στο περιβάλλον στο οποίο ζει και αλληλεπιδρά. Από βιολογική άποψη, είναι ουσιαστικά μία απάντηση που δίνεται σε ένα έναυσμα, σε ένα ερέθισμα και αποβαίνει σε κάποιες συνέπειες είτε σε βάθος χρόνου, είτε εκείνη τη στιγμή. Στη συνέχεια, η ψυχολογική άποψη, είναι μια δύσκολη κατάσταση που ζει και δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει καθώς έρχεται σε επαφή μαζί της συνεχώς στην καθημερινότητά του (Αγγελόπουλος & Αλεβίζος, 2008).

Όσον αφορά το στρες καλό θα ήταν να προσδιοριστεί ο όρος ώστε να φανούν και οι διαφορές του με το άγχος. Το στρες ορίζεται σαν συναίσθημα, μία πράξη στην οποία ανταποκρίνεται το άτομο λόγω ενός κινδύνου που θεωρεί ότι υπάρχει γύρω του. Στο στρες εντοπίζονται πέντε βασικά στοιχεία τα οποία δίνουν την εικόνα της κατάστασης του στρες. Αρχικά, κάτι σημαντικό για το άτομο, όπως μία αξία, η αυτοεκτίμηση για παράδειγμα, γίνεται ξαφνικά απειλούμενο και το άτομο αισθάνεται ότι απειλείται η αυτοεκτίμησή του. Αυτό είναι δυνατό να συμβεί αν κάποιο άτομο απολυθεί από την εργασία του για παράδειγμα. Επίσης, η απειλή της αξίας που

νιώθει, μπορεί να έχει να κάνει με την υγεία του, σωματική και ψυχολογική, με κάποιο κοντινό του πρόσωπο ή αντικείμενο κ.ά. Στη συνέχεια, το δεύτερο από τα στοιχεία, έχει να κάνει με την προστασίας της αξίας που αναφέρθηκε στο πρώτο στοιχείο ή με την κατάκτηση της αξίας αυτής και της διατήρησής της. Όταν βέβαια το άτομο έχει επέλθει στη κατάσταση όπου πιστεύει ότι τίποτα δεν μπορεί να αλλάξει και πάνω απ' όλα δεν μπορεί να κάνει κάτι το ίδιο το άτομο ώστε να την προστατέψει, τότε ξεφεύγει από την κατάσταση του στρες και φθάνει στην κατάθλιψη, στην παραίτηση και την απογοήτευση. Το τρίτο στοιχείο, έχει να κάνει με την έλλειψη σιγουριάς και αυτοπεποίθησης από το άτομο. Όταν έρχεται η στιγμή να αντιμετωπίσει την απειλή που θεωρεί ότι του παρουσιάζεται, τότε ανήμπορος, αβέβαιος, μη γνωρίζοντας τι ακριβώς πρέπει να κάνει ή ακόμα και να γνωρίζει διστάζει λόγω του μεγάλου στρες που τον καταλαμβάνει κι έτσι μένει στάσιμος και αυξάνεται η ψυχολογική πίεση. Επιπλέον, στην κατάσταση του στρες κυριαρχεί ο στοιχείο της σύγκρουσης. Αυτό σημαίνει, ότι το άτομο αμφιταλαντεύεται μέσα του, παλεύει με το «πρέπει», την άρνηση και ανημποριά του, να αντιμετωπίσει αυτή την κατάσταση η οποία του προκαλεί μεγάλο στρες, άγχος και πίεση. Το πέμπτο στοιχείο που συμπληρώνει το σύνολο του στρες σχετίζεται με τα συναισθήματα και τις συναισθηματικές αντιδράσεις οι οποίες συνδυάζονται με το στρες πολλές φορές. Τέτοια συναισθήματα μπορεί να είναι ο θυμός, η ενοχή, το πένθος. Στις συναισθηματικές αντιδράσεις περιλαμβάνονται η επιτάχυνση της αναπνοής, του καρδιακού παλμού, η εμμονή σε κάποια άποψη, η δυσκολία στη συγκέντρωση κ.ά. (Αντωνίου, 2006).

3.2 Άγχος και τύποι φοβιών

«Ο φόβος είναι ένα συχνό φαινόμενο, αλλά μπορεί να γίνει παθολογικός-φοβία- όταν είναι υπερβολικά έντονος ή/και όταν οδηγεί σε αποφυγές που χειροτερεύουν την ποιότητα ζωής. Ορισμένοι έντονοι φόβοι είναι απολύτως υγιείς και δεν επιδεινώνουν το επίπεδο ζωής» (Kennerley, 2009, σ.75-76). Όταν οι φοβίες διατηρούνται και το άτομο υπερεκτιμά τον κίνδυνο τότε παρουσιάζονται πολλών ειδών ανησυχίες και φοβίες οι οποίες χωρίζονται σε τρεις κύριες κατηγορίες: «τις ειδικές φοβίες, την κοινωνική φοβία και την αγοραφοβία». Παρακάτω αναφέρονται ονομαστικά οι τύποι φοβιών. Στις απλές φοβίες συμπεριλαμβάνονται η

μελισσοφοβία, η αιματοφοβία, η αραχνοφοβία, η βροντοφοβία, η εμετοφοβία, η υδροφοβία, η οφιδοφοβία, η ορνιθοφοβία, η ζωοφοβία. Στις κοινωνικές φοβίες συμπεριλαμβάνεται η φοβία στην ομιλία σε κοινό, οι κοινωνικές συναναστροφές. Τέλος, συχνές φοβίες είναι η αγοραφοβία, ο πανικός, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η οποία έχει να κάνει με το συνεχόμενο άγχος και τη σωματική και νοητική δυσφορία, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, που σημαίνει εμμονή με πράξεις, εικόνες και σκέψεις οι οποίες θεωρεί το άτομο ότι τον ανακουφίζουν από το άγχος που έχει. Ακόμη, τα προβλήματα σωματικής υγείας (προβλήματα γαστρεντερικά και ύπνου) και η υποχονδρίαση, το σύνδρομο της εργασιακής εξουθένωσης και η διαταραχή μετά από μετατραυματική ψυχολογική πίεση (Kennerley, 2009).

3.3 Αίτια άγχους

Το άγχος εμφανίζεται καθ' όλη τη διάρκεια ζωής του ατόμου και δεν θεωρείται ότι απειλεί τη ζωή με την εμφάνισή του. Το άγχος μπορεί να οριστεί ως μια ανισορροπία μεταξύ των παραγόντων κινδύνου και προστασίας. Παράγοντες κινδύνου αποτελούν εκείνοι που επιφέρουν αρνητικά αποτελέσματα για το άτομο και το κοινωνικό σύστημα, ενώ παράγοντες προστασίας χαρακτηρίζονται τα θετικά αποτελέσματα (Karasek & Theorell, 1990, McCarthy, Lambert, O'Donnell, & Melendres, 2009). Το άγχος εμφανίζεται εξαιτίας ενός συνόλου παραγόντων όπως είναι οι απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, οι ευθύνες, οι συναναστροφές με τους άλλους, η άποψη του ατόμου για τον εαυτό του αλλά και για το πώς πρέπει να ανταποκρίνεται στις κοινωνικές νόρμες κ.ο.κ. Όταν λοιπόν το άτομο αγχώνεται σε βαθμό που το άγχος αποβαίνει παραγωγικό και δημιουργικό, δίνει το έναυσμα και την ώθηση στο άτομο ώστε να κινητοποιηθεί και να δράσει στις εκάστοτε συνθήκες. Από την άλλη βέβαια, αν κάποιος αγχώνεται σε υπερβολικό βαθμό, αυτό θα του δημιουργήσει σοβαρά προβλήματα, συνήθως ψυχικά αλλά και σωματικά (Μητρούση κ.συν., 2013).

Επιπλέον, το άγχος οφείλεται πολλές φορές στην έλλειψη πόρων και πρώτης ύλης στο χώρο εργασίας αλλά και στην έλλειψη χρόνου για τη διευθέτηση καθημερινών ζητημάτων. Έτσι βλέπουμε ότι οι παράγοντες που δημιουργούν το άγχος ποικίλουν και συγκεντρώνονται σε τρία βασικά επίπεδα: α) στο επίπεδο της

οργάνωσης, β) στο διαπροσωπικό επίπεδο και γ) στο προσωπικό επίπεδο. Έχει παρατηρηθεί μάλιστα ότι η συχνή κατάσταση άγχους μπορεί να οδηγήσει και στην εξάντληση. Η εξάντληση μπορεί να είναι συναισθηματική αλλά και σωματική και συνδέεται με τη δυσαρέσκεια στο χώρο εργασίας και μπορεί να επιφέρει αρνητικές συνέπειες όπως κατάθλιψη, μειωμένη επαγγελματική λειτουργία κ.ά. (Platsidou & Agaliotis, 2008).

3.4 Παράγοντες που συμβάλλουν στο άγχος των ατόμων με και χωρίς αναπηρία

Η ψυχολογική πίεση λοιπόν, διαιωνίζεται και σ' αυτό συμβάλλουν και οι σωματικές και οι ψυχολογικές αλλαγές. Με άλλα λόγια, αν κάποιος μόλις αγγωθεί, αισθανθεί πόνο στο στήθος, θα πιστέψει ότι παθαίνει καρδιακή προσβολή. Θα σκεφθεί δηλαδή το χειρότερο, το υπερβολικό και έτσι θα εντείνει περισσότερο το άγχος του. Στις ψυχολογικές αλλαγές επιπλέον, παρατηρείται ότι το άτομο υπερτιμά τον κίνδυνο, δημιουργεί προκαταλήψεις και εμμονές και παραποιεί τη σκέψη του. Συχνά συναντώνται η καταστροφική σκέψη, η διπολική σκέψη, η μεγιστοποίηση, η υπεργενίκευση, ο αποκλεισμός του θετικού, η εστίαση της προσοχής. Αρχικά, η «καταστροφική σκέψη», σημαίνει ότι το άτομο σκέφτεται πάντοτε το χειρότερο ως πιθανή έκβαση των πραγμάτων, την καταστροφή. Έτσι λοιπόν, μπορεί να το κοιτάζει κάποιος συνάδελφος στη δουλειά και να θεωρήσει ότι τον μισεί και θέλει το κακό του. Αυτή η υπερβολή στη σκέψη είναι αρκετή για να δημιουργήσει μεγάλο άγχος στο άτομο. Επιπλέον, οποιοδήποτε πόνο ή ενόχληση αισθανθεί στο σώμα και στο κεφάλι του το άτομο, θεωρεί αυτόματα ότι είναι καταστροφικό για την υγεία του και την πορεία της ζωής του. Στη συνέχεια, με τη «διπολική σκέψη», εννοούμε ότι το άτομο σκέφτεται με όρους όπως το «όλα ή τίποτα». Για παράδειγμα, μπορεί να θεωρεί ότι όλοι τον κατηγορούν χρησιμοποιώντας μια μικρή αφορμή, όπως μία αρνητική κριτική που μπορεί να του ασκήθηκε. Επίσης, η τελειοθηρία, βρίσκεται έντονα μέσα στα άτομα που έχουν διπολική σκέψη καθώς θεωρούν πως ό,τι δεν είναι τέλει, είναι και απαράδεκτο, είναι μία αποτυχία και γι αυτό, αυτή η τελειομανία που τους διακατέχει, προκαλεί μία συνεχή απογοήτευση καθώς θεωρούν ότι τίποτα δε κάνουν σωστά. Αυτό βέβαια είναι φυσικό, εφόσον κανένας άνθρωπος δεν είναι τέλειος. Επιπλέον, η «μεγιστοποίηση», είναι μία διαδικασία σκέψης, η οποία κάνει το

άτομο να μεγεθύνει το πρόβλημα, να υπεργενικεύει καταστάσεις, χωρίς να γνωρίζει πλήρως τα δεδομένα κι έτσι να βγάζει συμπεράσματα που δεν ισχύουν ή να τα αλλοιώνει. Η ψυχολογική πίεση μεγαλώνει και δημιουργεί καθημερινά προβλήματα και όλες οι καταστάσεις φαντάζουν άλυτες και αρνητικές. Επίσης, «ο αποκλεισμός του θετικού» σημαίνει ότι το άτομο δεν εστιάζει ποτέ στο θετικό στοιχείο, είτε είναι του χαρακτήρα του, είτε της συμπεριφοράς του και δίνει βάση πάντα στο ένα αρνητικό στοιχείο που ίσως διαθέτει. Για παράδειγμα, ένας μαθητής που είναι καλός σε όλα τα μαθήματα και οι βαθμοί του είναι άριστοι, θα εστιάσει στο ένα και μοναδικό μάθημα που δεν πήγε και τόσο καλά και θα απασχολεί τη σκέψη του με αυτό. Αυτός λοιπόν, ο τρόπος σκέψης, μεγαλώνει την ψυχολογική πίεση, κάνει το άτομο απαισιόδοξο, πεσιμιστή και μειώνει σημαντικά την αυτοπεποίθησή του. «Η εστίαση της προσοχής» επιπρόσθετα, οδηγεί το άτομο να εστιάζει την προσοχή του και να σκέφτεται συνεχώς αυτό το άτομο ή την κατάσταση που τον φοβίζει και τον αγχώνει. Αυτό μπορεί να συμβαίνει είτε γιατί το άτομο αναζητά αυτό που τον φοβίζει, είτε γιατί οτιδήποτε γύρω του το συνδέει με το φόβο του και έτσι αγχώνεται, προσηλώνεται στο αντικείμενο του φόβου του, μη μπορώντας να ξεφύγει από αυτό. Τέλος, οι «αλλαγές της διάθεσης», μπορεί να συνδέονται πολλές φορές με την ψυχολογική πίεση και το άτομο να δυσκολεύεται την αντιμετώπισή της. Όταν το άτομο βιώνει ένα συνεχές άγχος από το οποίο δεν μπορεί να ξεφύγει, του δημιουργείται το αίσθημα της απελπισίας, της δυστυχίας. Επίσης, η νευρικότητα είναι μια κατάσταση στη διάθεση του ατόμου που δεν βοηθάει όταν το άτομο είναι αγχώδης και ψυχολογικά πιεσμένο. Έτσι λοιπόν, όλες οι προκαταλήψεις της σκέψης που προαναφέραμε μπορεί να αποβούν θετικές αν κάποιος τις σκεφτεί σε μια στιγμή της ζωής του, καθώς μπορεί να προλάβουν άσχημες καταστάσεις. Αλλά όταν η προκατάληψη έχει γίνει συνήθεια και τρόπος καθημερινής σκέψης για ό,τι συμβαίνει στη ζωή του ατόμου, τότε μπορεί να αποβεί μοιραίο για την ψυχολογική κατάστασή του και το άγχος του, αφού μ' αυτό τον τρόπο συσσωρεύει την αρνητική ενέργεια και σκέψη, εντείνει το άγχος του και μειώνει μια χαλαρή και ευτυχισμένη καθημερινότητα. Οι συμπεριφορικοί παράγοντες που οδηγούν στην ένταση της ψυχολογικής πίεσης είναι κατά κύριο λόγο συμπεριφορές, οι οποίες όταν το άτομο αγχώνεται οδηγούν στη φυγή ή την αποφυγή. Η αποφυγή και η διαφυγή είναι συχνό αποτέλεσμα συμπεριφοράς σε κατάσταση άγχους. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να είναι χρήσιμη και αναγκαία, όταν δηλαδή ο φόβος είναι πραγματικός. Όταν όμως είναι φανταστικός, τότε ενώ το άτομο νομίζει ότι γλιτώνει, ουσιαστικά, εντείνει το

πρόβλημα, το μεγαλώνει και δεν προσπαθεί να το καταπολεμήσει στη ρίζα του ώστε να απαλλαγεί μόνιμα από αυτό. Επιπλέον, πολλές φορές τα άτομα που αγχώνονται υπερβολικά, καταφεύγουν, στο αλκοόλ, το οποίο δε βοηθάει ουσιαστικά, καθώς όταν περνάει η περίοδος της χαλάρωσης η οποία είναι μικρή, στη συνέχεια η ψυχολογική πίεση εμφανίζεται και πάλι. Το ίδιο συμβαίνει και με την κατανάλωση τροφίμων και ποτών που περιέχουν καφεΐνη. Ακόμη, τα αγχώδη άτομα ζητούν συνεχώς καθησυχαστικές διαβεβαιώσεις οι οποίες μπορεί προσωρινά να τους ανακουφίζουν, αλλά ποτέ δεν τους ευχαριστούν μόνιμα καθώς το πρόβλημα, το άγχος και ο φόβος συνεχίζουν και παραμένουν χωρίς να δίνεται μία οριστική λύση. Στη συνέχεια, εκτός από τους σωματικούς, τους ψυχολογικούς και τους συμπεριφορικούς παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση ψυχολογικής πίεσης, οι οποίοι βέβαια συνδέονται άμεσα με τις ενέργειες του ατόμου, υπάρχουν και οι κοινωνικοί παράγοντες. Οι κοινωνικοί παράγοντες έχουν να κάνουν με τις συμπεριφορές των γύρω και τις κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες ενδεχομένως βρίσκεται το αγχώδες άτομο. Αυτές οι καταστάσεις οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν άγχος στο άτομο είναι για παράδειγμα, πίεση στο περιβάλλον της εργασίας του, οικονομικά ή οικογενειακά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει, μία πιθανή ανεργία που ταλαιπωρεί χρόνια το άτομο και πολλά άλλα. Επιπλέον, η συμπεριφορά των ανθρώπων που βρίσκονται στο άμεσο περίγυρο του ατόμου, όπως η συνεχής κριτική, η απειλητική συμπεριφορά και η πίεση που μπορεί να ασκείται καθημερινά στο άτομο συμβάλλουν ακόμα περισσότερο στο άγχος του ατόμου. Από την άλλη, υπάρχουν και κάποιοι παράγοντες, οι λεγόμενοι «παράγοντες κινδύνου», οι οποίοι σχετίζονται με το άγχος και απαντούν στα ερωτήματα των ατόμων οι οποίοι αναρωτιούνται γιατί συμβαίνει σε αυτούς, να είναι τόσο αγχώδεις και επιρρεπείς στο άγχος και όχι τόσο ανθεκτικοί όσο κάποιοι άλλοι. Οι παράγοντες κινδύνου λοιπόν, σχετίζονται με την προσωπικότητα, την οικογένεια, το ψυχολογικό στυλ, την κοινωνική στήριξη που λαμβάνει το άτομο. Όταν λέμε «προσωπικότητα» εννοούμε ότι υπάρχουν κάποια άτομα τα οποία θεωρούνται από τους ειδικούς ότι έχουν εκ φύσεως αυξημένη πιθανότητα για νευρικότητα, άγχος και φοβίες. Αυτό αμφισβητείται από πολλούς αλλά άλλοι το υποστηρίζουν και θεωρούν επίσης ότι τα άτομα αυτά μπορούν να αλλάξουν τη διάθεση και τη συμπεριφορά τους αν το θέλουν. Αρκεί να το κάνουν ώστε να μειώσουν τη ψυχολογική τους πίεση. Ως προς το «οικογενειακό ιστορικό», είναι φυσικό τα παιδιά καθώς γεννιούνται και για τα πρώτα χρόνια της ζωής τους, να αναπτύσσουν κάποιες φοβίες και άγχη. Για παράδειγμα, αν ένα παιδί φοβάται στην

όψη ενός φιδιού, ή αν είναι κοντά σε ένα γκρεμό και φοβάται μήπως πέσει, τότε αυτό ωφελεί το ίδιο καθώς και την οικογένειά του, αφού θα φωνάζει όταν φοβηθεί και θα καταλάβουν οι γονείς του ότι βρίσκεται απέναντι σε κίνδυνο. Όταν όμως το άγχος και ο φόβος συνεχίζουν όταν το άτομο ενηλικιώνεται, αυτό μπορεί να συμβαίνει λόγω παράδοσης της οικογένειας, λόγω κληρονομικότητας δηλαδή, σύμφωνα με έρευνες, και καλό είναι ακόμα και σε αυτή την περίπτωση να προσπαθήσουν να ξεπεραστούν. Επιπλέον, τα «αγχогόνα γεγονότα της ζωής» είναι ένας από τους «παράγοντες κινδύνου» για την εμφάνιση περισσότερου άγχους. Αυτά, μπορεί να είναι είτε συγκεκριμένα γεγονότα, όπως ο φόβος τροχαίου ατυχήματος, είτε συνεχή όπως προβλήματα υγείας χρόνων. Οι διαταραχές άγχους συνδέονται με την «απειλή» που μπορεί να αισθανθεί το άτομο, όταν πλησιάζει μία κατάσταση ή περίοδος η οποία του ασκεί μεγάλη ψυχολογική πίεση, απ' ότι όταν τελειώσει αυτή η περίοδος και νιώσει περισσότερη ασφάλεια. Επίσης, εκτός από δυσάρεστα γεγονότα, ακόμα και κάποια ευχάριστα δημιουργούν άγχος και ψυχολογική πίεση όπως είναι η προετοιμασία ενός γάμου ή μιας μετακόμισης. Τέλος, εμπειρίες που βίωσε το άτομο στην παιδική του ηλικία μπορεί να αποτελέσουν έναυσμα άγχους στην τωρινή καθημερινότητά του. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η ψυχολογική διάθεση, «το ψυχολογικό στιλ» παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στο άγχος και το φόβο. Αν κάποιος σκέφτεται συνεχώς προκατειλημμένα είναι πολύ πιο πιθανό να του εμφανιστούν προβλήματα. Ο τρόπος σκέψης και αντίληψης του ίδιου του εαυτού του ατόμου αλλά και του κόσμου γύρω επηρεάζει την ψυχολογία του ατόμου και καθορίζει σημαντικά τα επίπεδα άγχους. Το «στιλ και οι δεξιότητες αντιμετώπισης» είναι ένας ακόμα «παράγοντας κινδύνου» όταν οι τρόποι αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται δεν ωφελούν ευεργετικά το άτομο. Το αλκοόλ με άλλα λόγια και η χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι μία εύκολη λύση αποφυγής του άγχους και του προβλήματος αλλά καθόλου αποτελεσματική και ωφέλιμη για την ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου. Τέλος, η «κοινωνική υποστήριξη» είναι ένας παράγοντας που παίζει καθοριστικό ρόλο στην ψυχολογική διάθεση του ατόμου. Όταν το άτομο δεν λαμβάνει αρκετή κοινωνική υποστήριξη από το περιβάλλον, από το περιβάλλον της εργασίας του, ή ακόμα χειρότερα όταν δεν έχει κάποιον στον οποίο μπορεί να μιλήσει, τον οποίο να εμπιστεύεται, τότε γίνεται πιο ευάλωτος. Έτσι λοιπόν, είναι σημαντική έστω και η ύπαρξη ενός και μόνο ατόμου στη ζωή κάποιου, το οποίο να μπορεί να εμπιστευθεί και του εκμυστηρευτεί τα προβλήματα και τις φοβίες του. Έτσι το άτομο μετριάζει το άγχος του. Ακόμη, το καλύτερο είναι να υπάρχει κοινωνική υποστήριξη και από το στενό περιβάλλον του

ατόμου αλλά και από το λιγότερο στενό ώστε να υπάρχει μία ισορροπία η οποία βοηθά στη μείωση της ψυχολογικής πίεσης και των ανησυχιών του ατόμου (Kennerley, 2009).

Το στρες όπως και το άγχος παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην υγεία και ιδιαίτερα στην ψυχολογική υγεία και διάθεση του ατόμου. Ιδιαίτερα, το στρες στην καθημερινότητα, στην εργασία, στην οποία το άτομο περνά ένα μεγάλο κομμάτι της ημέρας του, επιβαρύνει ψυχολογικά, ακόμα περισσότερο το άτομο. Σύμφωνα με έρευνες, υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά τα οποία επηρεάζουν το άτομο και συμβάλλουν στο στρες που το ταλαιπωρεί. Κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες είναι η προσωπικότητα και ο τρόπος ζωής του ατόμου, το πώς διαχειρίζεται το στρες, η ηλικία, το φύλο, οι συμπεριφορές, η εκπαίδευση, οι προηγούμενες εμπειρίες, η αντίληψη που έχει για τον έλεγχο, ο βαθμός κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνει από την οικογένεια, το φιλικό περιβάλλον και γενικότερα τον περίγυρό του. Ένα άτομο στη συνέχεια, το οποίο φοβάται, ανησυχεί και αγχώνεται με μία συγκεκριμένη κατάσταση, με κάποιο άλλο άτομο ή του προκαλεί άγχος το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται βιώνει το μέγεθος του στρες εξαιτίας κάποιων παραγόντων. Οι τελευταίοι συνοψίζονται στους εξής: αρχικά, στη σημασία της αξίας, δηλαδή κατά πόσο σημαντική είναι για το κάθε άτομο. Δεύτερον, στο βαθμό της απειλής από την οποία προκαλείται το στρες. Επιπλέον, η διάρκεια και η χρονικότητα της απειλής παίζουν σημαντικό ρόλο καθώς η επανάληψη της ίδια κατάστασης στρες, για παράδειγμα στον καθημερινό εργασιακό χώρο και η μεγάλη διάρκειά του καθιστούν ακόμα πιο δύσκολη την αντιμετώπισή του. Ακόμη, τα συμπτώματα που επιφέρει το στρες όσο μεγαλύτερα και σοβαρότερα είναι τόσο συχνότερα μπορεί να προκαλέσουν ουσιαστικά προβλήματα υγείας στο άτομο. Η αυτοεκτίμηση και η αυτοαποτελεσματικότητα, είναι δύο έννοιες καίριες ως προς την εμφάνιση του στρες, καθώς όσο περισσότερο υπάρχουν στο άτομο σε μεγάλο βαθμό και σε ουσιαστική υπόσταση, τόσο το άτομο κινδυνεύει όλο και λιγότερο να βρίσκεται σε κατάσταση ψυχολογικής πίεσης. Επίσης, η ψυχοσύνθεση, αποτελεί ισχυρό παράγοντα στρες, δηλαδή το κατά πόσο εύλωτο είναι το άτομο αλλά και το σύστημα αξιών, δηλαδή οι προτεραιότητες και οι στόχοι που θέτει το άτομο. Όταν για παράδειγμα, είναι υψηλοί, τότε αισθάνεται συνεχώς στρες και απειλή αφού ποτέ δεν φθάνει στο σημείο να είναι ικανοποιημένος με την κατάστασή στην οποία βρίσκεται και αναζητά πάντοτε αυτό που κατά το δικό του σύστημα αξιών είναι το ιδανικό (Αντωνίου, 2006).

3.5 Αποτελέσματα άγχους

Πολλές μπορεί να είναι οι αλλαγές που επιφέρει το άγχος στον άνθρωπο. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να είναι σωματικές, ψυχολογικές είτε συμπεριφορικές. Όσον αφορά τις σωματικές αλλαγές υπάρχει συχνά η αυξημένη μυϊκή τάση, οι αλλαγές στην αναπνοή, η υψηλή αρτηριακή πίεση, η εφίδρωση, δυσκολίες στην πεπτική λειτουργία, η ένταση των μυών, η κοφτή αναπνοή, η ταχυκαρδία, ο ιδρώτας κ.ά. Όσον αφορά τις ψυχολογικές αλλαγές, συνήθως όταν ένα άτομο έχει άγχος αντιδρά έντονα, είναι πιο ευέξαπτος και εκνευρισμένος. Σ' αυτό συμβάλλουν οι σκέψεις και οι καταστάσεις που βιώνει οι οποίες τον κάνουν να μην μπορεί να ηρεμήσει και να ξεσπά το άγχος στην καθημερινότητα και στον κοινωνικό του περίγυρο. Επιπλέον, το άγχος δημιουργεί συνήθως και μία διαύγεια στην ψυχολογία και τη σκέψη του ατόμου, καθώς όταν αγχώνεται κανείς έχει τη δυνατότητα να σκέφτεται πιο καθαρά ώστε πάνω στη στιγμή της κρίσης, να συγκεντρωθεί και να βρει τη λύση που ψάχνει. Σχετικά με τις συμπεριφορικές αλλαγές, υπάρχουν δύο ειδών συμπεριφορές που μπορεί να ακολουθήσει κάποιος όταν αγχώνεται σε μία κατάσταση. Αυτή της φυγής ή της μάχης. Μπορεί δηλαδή ή να αποφύγει τη αντιμετώπιση της κατάστασης και να συνεχίζει να αγχώνεται ή να προσπαθήσει να βρει λύσει, να αντιμετωπίσει αυτό που του συμβαίνει. Υπάρχει ωστόσο και η χρόνια ψυχολογική πίεση. Εδώ σε αντίθεση με τα προηγούμενα παραδείγματα όπου το άγχος που δημιουργούνταν κρατούσε εκείνη τη στιγμή για τη συγκεκριμένη κατάσταση ή πρόβλημα, το άγχος συσσωρεύεται και αντί να το αντιμετωπίζει το άτομο εκείνη τη στιγμή, αρχίζει να κάμπτει η απόδοσή του, το άγχος γίνεται υπερβολικό και το άτομο αρχίζει να έχει προβλήματα. Έτσι λοιπόν, οι ψυχολογικές, σωματικές και συμπεριφορικές αλλαγές εντείνονται όταν το άτομο βρίσκεται σε χρόνια ψυχολογική πίεση. Στις σωματικές αλλαγές, υπάρχει περισσότερος πόνος στο κεφάλι, τους ώμους, το στομάχι, την κοιλιακή χώρα, το στήθος, την καρδιά, την αναπνοή και σε άλλα σημεία. Στις ψυχολογικές αλλαγές, παρατηρείται να δημιουργείται ένας συνεχόμενος αρνητικός τρόπος σκέψης, το άτομο πιστεύει ότι όλα του πάνε στραβά, ανησυχεί συνεχώς και χωρίς αιτία, φοβάται και έχει στο νου του πάντοτε το χειρότερο που θα μπορούσε να συμβεί. Στις συμπεριφορικές αλλαγές επίσης, το άτομο γίνεται ακόμη πιο νευρικό, ανήσυχο κι βιαστικό. Αποφεύγει την αντιμετώπιση καταστάσεων κι έτσι εντείνει το πρόβλημα αλλά μειώνει και παράλληλα την αυτοπεποίθησή του. Τέλος, όποιο και αν είναι το

αίτιο που προκαλεί το άγχος είτε πραγματικό είτε φανταστικό, το άτομο συνεχίζει να βρίσκεται σε μια ατέρμονη διαδικασία ανησυχίας, φόβου και άγχους όπου συντηρεί το πρόβλημα να το αναπαράγει συνεχώς (Kennerley, 2009).

3.6 Αποτελέσματα άγχους σε άτομα με αναπηρία

Είναι φανερό ότι πολλές οικογένειες με μέλη άτομα με αναπηρία, αντιμετωπίζουν συχνά φαινόμενα άγχους και στρες στην καθημερινότητά τους, σε πολύ μεγάλο βαθμό, μεγαλύτερο θα λέγαμε απ' ότι οικογένειες χωρίς κάποιο μέλος να έχει κάποια αναπηρία. Όσον αφορά την κινητική αναπηρία, φαίνεται μέσα από έρευνες, ότι όταν η κινητική αναπηρία συνοδεύεται από κάποια άλλη αναπηρία ή διαταραχή ή κάποιο συνοδό πρόβλημα, τότε το άγχος μεγαλώνει όλο και περισσότερο και κυριαρχεί στο κλίμα της οικογένειας. Επιπλέον, υπάρχουν και κάποια δημογραφικά στοιχεία τα οποία παίζουν καθοριστικό ρόλο στην αύξηση του άγχους στη οικογένεια. Αυτά είναι, η ύπαρξη ενός μόνο γονέα στην οικογένεια, η οικογένεια με άγαμους γονείς ή οικογένεια σε πολύ κακή οικονομική κατάσταση και η κυριαρχία της μητέρας στην οικογένεια όταν δεν έχει υψηλή μόρφωση. Όλα αυτά επηρεάζουν και λειτουργούν αρνητικά όσον αφορά το άγχος και το στρες που δημιουργείται σε μια οικογένεια. Ακόμη, η οικονομική επιβάρυνση που προκαλούν διάφορες κατηγορίες της κινητικής αναπηρίας, οι οποίες συχνά επιφέρουν επιτακτική ανάγκη αγορών και υπηρεσιών για το άτομο με κινητική αναπηρία και η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη, κυρίως από τους αρμόδιους φορείς, προκαλεί ακόμη μεγαλύτερο άγχος και στρες. Εφόσον οι οικογένειες δεν μπορούν εύκολα να ανταπεξέλθουν στις οικονομικές απαιτήσεις του προβλήματος του μέλους της, ζούνε καθημερινά πιεστικές ψυχολογικά καταστάσεις, από τις οποίες είναι αδύνατο να ξεφύγουν και τις κατευνάζουν χωρίς την κατάλληλη υποστήριξη. Βέβαια, παρατηρείται ευτυχώς σημαντική κοινωνική υποστήριξη η οποία μειώνει το άγχος από στενούς συγγενείς και φίλους της οικογένειας. Ο σύζυγος επιπρόσθετα, φαίνεται να επιδρά σημαντικά στην ψυχολογική διάθεση και την αναθάρρηση της μητέρας ατόμου με κινητικές αναπηρίες. Από την άλλη, υπάρχει περίπτωση οι οικογένειες και ιδιαίτερα οι μητέρες ατόμων με κινητικές αναπηρίες να αντιδρούν είτε θετικά είτε αρνητικά. Οι θετικές αντιδράσεις έχουν να κάνουν με την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης από

διάφορα σημεία και άτομα και προσπάθεια αντιμετώπισης του προβλήματος. Η αρνητική αντίδραση σχετίζεται με την παντελή άρνηση και μη αποδοχή της αναπηρίας, ιδιαίτερα στην περίπτωση της δισχιδούς ράχης, με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση, άγχος και κατάθλιψη (Hodapp, 2005).

Οι αντιδράσεις που παρουσιάζουν συνήθως τα άτομα με κινητική αναπηρία ποικίλουν. Αρχικά, είτε προσπαθούν να αντισταθμίσουν την αναπηρία, να την παραβλέψουν και να κινηθούν προς την επίτευξη στόχων, είτε από την άλλη κυριαρχεί η απαισιοδοξία, η άρνηση, η μη αποδοχή όπως συμβαίνει και στις άλλες αναπηρίες και τελικά η πίεση, η άσχημη ψυχολογική κατάσταση, το άγχος και η κατάθλιψη. Με άλλα λόγια, στην πρώτη περίπτωση όπου το άτομο προσπαθεί να ξεπεράσει το πρόβλημά του, κινείται πιο δημιουργικά, ασχολείται με δραστηριότητες οι οποίες παραβλέπουν το κινητικό πρόβλημα, αναλαμβάνει υποχρεώσεις, πρωτοβουλίες και προσπαθεί να αδράξει την καθημερινότητα στο έπακρο. Από την άλλη, το άτομο με κινητική αναπηρία, που βλέπει και θέλει να βλέπει αρνητικά, την κατάσταση στην οποία βρίσκεται, αντιμετωπίζει τα πάντα με άρνηση, κακεντρέχεια, αντικοινωνικότητα, απαισιοδοξία, πεσιμισμό και αναπτύσσει σπάνια κοινωνικές σχέσεις. Τα άτομα αυτά, τείνουν να δικαιολογούν συνέχεια τον εαυτό τους, να αποδίδουν αλλού τις ευθύνες και συχνά να «ρίχνουν το φταίξιμο» για την αποτυχία τους πάνω στην αναπηρία, σαν να είναι ζωντανός οργανισμός που τους κρατάει στάσιμους και «δεμένους» σε είναι σημείο, σε μια κατάσταση. Επιπλέον, η τελευταία κατηγορία, ατόμων με κινητικά προβλήματα, εξαιτίας της απαισιοδοξίας που τους διακατέχει, τείνουν να βλέπουν τους ανθρώπους γύρω του και το ενδιαφέρον τους ως λύπηση και να είναι καχύποπτοι, έτσι ώστε να υψώνουν τοίχους και να μην αφήνουν κανέναν να τους πλησιάσει, ακόμα και αν υπάρχουν οι καλύτερες προθέσεις. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα, τα άτομα με κινητική αναπηρία που διαθέτουν αδέρφια χωρίς αναπηρία, αναπτύσσουν υπερευαισθησίες, αισθάνονται συνεχώς αδικημένοι και η αυτοεκτίμησή τους βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα καθώς τείνουν να συγκρίνονται συνεχώς με τα αδέρφια τους. Όσον αφορά τις συναισθηματικές αντιδράσεις των ατόμων με κώφωση, παρατηρείται ότι συχνά τα άτομα με κώφωση τείνουν να απομονώνονται ιδιαίτερα όταν βρίσκονται σε μικρότερες και πιο ευαίσθητες ηλικίας, δηλαδή κυριαρχεί ο φόβος και το άγχος. Δεν είναι κοινωνικά άτομα στο μεγαλύτερο ποσοστό, καθώς φοβούνται να πλησιάσουν ομάδες ακουόντων ατόμων αφού θα νιώσουν διαφορετικοί και παράξενοι. Η αυτοπεποίθηση και η

αυτοεκτίμησή τους επομένως, βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα όταν ειδικά συναναστρέφονται με ακούοντα άτομα. Γι' αυτό το λόγο επιλέγουν και τα Κωφά αλλά και τα βαρήκοα άτομα να βρίσκονται στο στενό κύκλο των ατόμων με προβλήματα ακοής όπου νιώθουν και πιο ασφαλείς, μπορούν να είναι ο πραγματικός εαυτός τους κι έτσι η αυτοεκτίμηση κι η ψυχολογική διάθεση ανεβαίνει και πάλι σε υψηλά επίπεδα (Παπάνης κ.συν., 2007).

3.7 Στρατηγικές αντιμετώπισης άγχους

Είναι γεγονός ότι ο φόβος και το άγχος πρέπει να καταπολεμηθούν ώστε το άτομο να μπορέσει να ανασάνει και να βελτιώσει την καθημερινότητα του. Κάποιες από τις τεχνικές με τις οποίες μπορούμε να το πετύχουμε αυτό είναι: «η εκπαίδευση στην αναγνώριση της ψυχολογικής πίεσης, οι τεχνικές διαχείρισης των σωματικών αισθητηριακών αισθημάτων δηλαδή του ελέγχου της αναπνοής και η συστηματική χαλάρωση. Οι τεχνικές διαχείρισης των ψυχολογικών συμπτωμάτων, δηλαδή της απόσπασης προσοχής και της πρόκλησης των ανήσυχων σκέψεων, οι τεχνικές αντιμετώπισης των προβλημάτων συμπεριφοράς, δηλαδή η σταδιακή έκθεση στο φόβο, οι στρατηγικές λύσης προβλημάτων, η εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά, ο προγραμματισμός δραστηριοτήτων, η ρύθμιση του ύπνου. Τέλος, οι τεχνικές πρόληψης της υποτροπής, δηλαδή, ο σχεδιασμός προγραμμάτων δράσης και η αντιμετώπιση των πισωγυρισμάτων» (Kennerley, 2009, σ.104).

Σημαντικό κομμάτι λοιπόν, στην προσπάθεια αντιμετώπισης του άγχους, των φοβιών και των ανησυχιών είναι η υπομονή και η σωστή διαχείριση των τεχνικών. Οι στρατηγικές αυτοβοήθειας είναι πολύ σημαντικές και έχουν βοηθήσει αρκετά άτομα αρκεί να χρησιμοποιηθούν με τον κατάλληλο τρόπο από τους ενδιαφερόμενους. Για παράδειγμα, θα πρέπει οπωσδήποτε να είναι ρεαλιστικοί, δηλαδή να μπορούν να εκτελεστούν από οικονομική άποψη και άποψη χρόνου, καθώς κάποιος που φοβάται τα αεροπλάνα και δεν διαθέτει το οικονομικό υπόβαθρο να κάνει μαθήματα πιλότου, θα πρέπει να στραφεί σε άλλου είδους τεχνικές οι οποίες είναι κατάλληλες και ρεαλιστικές για τη δική του κατάσταση (Kennerley, 2009).

Από την άλλη, είναι φανερό, ειδικά στην εποχή μας, ότι διάφορες ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπως είναι τα άτομα με αναπηρία, οι πρόσφυγες και οι

μετανάστες, πλήττονται από μεγάλο άγχος, στρες και ανησυχίες. Είναι λογικό και επόμενο, καθώς οι πρόσφυγες λόγω των δυσκολιών στη μετανάστευση, στην αλλαγή περιβάλλοντος, στην αλλαγή ομιλούμενης γλώσσας, συνηθειών, κουλτούρας και γενικότερα τρόπου ζωής, αντιμετωπίζουν καθημερινά στρεσογόνες καταστάσεις, οι οποίες αυξάνουν το άγχος και την ψυχολογική πίεση. Έτσι λοιπόν, πολλοί πρόσφυγες με σκοπό να αντιμετωπίσουν το άγχος, καταφεύγουν σε γρήγορες λύσεις όπως είναι η χρήση ουσιών, καθώς παρατηρείται αυξημένη σε αυτή την κοινωνική ομάδα. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε βέβαια τις δύσκολες καταστάσεις τις οποίες αντιμετωπίζει αυτή η κοινωνική ομάδα, όπως είναι η ανασφάλεια του αποχωρισμού με συγγενικά και φιλικά πρόσωπα, ο αποχωρισμός αντικειμένων αγάπης αλλά και του οικείου χώρου του ατόμου που μεταναστεύει. Το επιπολιτιστικό στρες επομένως, είναι συχνό φαινόμενο, καθώς δημιουργεί προστριβές και εντείνει το πρόβλημα των μεταναστών. Επομένως, ως ένα βαθμό είναι κατανοητό το μεγάλο στρες αλλά θα πρέπει να παράσχετε ισχυρή ψυχολογική στήριξη ώστε να αποφευχθούν οι λύσεις που δίνουν οι ίδιοι στο άγχος τους όπως είναι η χρήση ουσιών που προαναφέραμε (Ντάλλα κ. συν., 2010).

Υπάρχουν κάποια προγράμματα με τα οποία το άτομο έχει τη δυνατότητα να μάθει να διαχειρίζεται το στρες και το άγχος του. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν είτε τεχνικές, είτε δραστηριότητες οι οποίες είναι γνωστικού και συμπεριφοριστικού χαρακτήρα όπως τεχνικές χαλάρωσης, η αυτοπαρατήρηση, ο διαλογισμός, η άσκηση, η διαχείριση του χρόνου και η μείωση της αυταρχικότητας κ.ά. Όσον αφορά την αντιμετώπιση του στρες, αν λοιπόν, κατανοήσει πλέον το άτομο ότι αισθάνεται στρες, τότε θα πρέπει να προσπαθήσει να το αντιμετωπίσει. Υπάρχουν δύο τύποι αντιμετώπισης του στρες. Η αντιμετώπιση που εστιάζει στο συναίσθημα και η αντιμετώπιση που εστιάζει στη δράση ή την αιτία. Όσον αφορά, την πρώτη, το άτομο προσπαθεί κατά κύριο λόγο να αντιμετωπίσει το στρες του, προσπαθώντας να αποφύγει το γεγονός που του το προκαλεί. Σ' αυτή την αντιμετώπιση επίσης, περιλαμβάνεται η άσκηση, η οποία συνήθως φέρνει χαλάρωση και αλλαγή περιβάλλοντος από το οποίο προσπαθεί να ξεφύγει το άτομο. Ακόμη, με την απόσπαση της προσοχής, από την στρεσογόνα κατάσταση το άτομο προσπαθεί να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του και τέλος, όπως έχουμε προαναφέρει συχνά η χρήση ναρκωτικών ουσιών και το αλκοόλ, είναι μία εύκολη λύση ως προς την προσωρινή ανακούφιση του στρες. Σε αυτές τις περιπτώσεις δίνεται πολλές φορές φαρμακευτική αγωγή, είτε ώστε να αποφευχθούν τα ναρκωτικά, είτε διότι το απαιτεί η κατάσταση

του ατόμου. Η αντιμετώπιση η οποία δίνει βάση στη δράση ή στην αιτία, αφορά αρχικά, την επικέντρωση του ατόμου στην ψυχολογία του, στις ψυχολογικές διεργασίες που βιώνει και προσπαθεί να παλέψει είτε μόνος του, είτε με τη βοήθεια κάποιου ειδικού, ψυχολόγου ή ψυχιάτρου, στους δαίμονές του και όλα αυτά που του προκαλούν ψυχολογική πίεση. Στη συνέχεια, η αντιμετώπιση η οποία βασίζεται στα αίτια, επικεντρώνεται στο λάθος τρόπο σκέψης του ατόμου, στις υπερβολικές και βιαστικές απόψεις που έχει για το πρόβλημά του οι οποίες τον κάνουν να νομίζει πως επέρχεται η καταστροφή. Καθοριστικό ρόλο παίζουν και οι αξίες του ατόμου σ' αυτό τον τρόπο αντιμετώπισης και φυσικά η αυτοεκτίμηση η οποία και πάλι συνδέεται ως ένα μεγάλο κομμάτι στην πηγή του γενικότερου προβλήματος του άγχους (Αντωνίου, 2006).

Κεφάλαιο 4: Οριοθέτηση της έννοιας αυτοεκτίμηση

4.1 Προσδιορισμός της έννοιας «αυτοεκτίμηση»

Ο όρος αυτοεκτίμηση, έχει μελετηθεί ανά τις δεκαετίες, ίσως περισσότερο από κάθε άλλον όρο, αλλά και πάλι διατηρεί μία δυσκολία στον τρόπο ορισμού και απόδοσή της. Είναι λοιπόν, δύσκολο να προσδιοριστεί ως έννοια, καθώς συχνά συγχέεται και με άλλες παρόμοιες έννοιες όπως αυτή της αυτοαντίληψης, της αυτοεικόνας και πολλών άλλων. Ξεκινώντας τον προσδιορισμό της έννοιας αυτοεκτίμηση, θα λέγαμε ότι αυτοεκτίμηση είναι πώς αισθάνεται κάποιος για τον εαυτό του, σε γενικά πλαίσια. Όπως υποστηρίζει η θεωρία, δύσκολα κάποιος αλλάζει τη γνώμη που έχει για τον εαυτό του, την αντίληψη και την αίσθησή του. Επιπλέον, πολλοί ερευνητές, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, παρουσιάζουν την ύπαρξη της αυτοεκτίμησης ως απαραίτητη και καθοριστική για τον καθένα, ο οποίος είναι μοναδικός σε ολόκληρο τον κόσμο. Ακόμη υπάρχει και η αντίληψη, ότι η αυτοεκτίμηση έχει να κάνει με το συναίσθημα και κυρίως αυτό της αγάπης προς τον ίδιο τον εαυτό του ανθρώπου. Υπάρχει μάλιστα διαφωνία σχετικά με τον αν η αυτοεκτίμηση έχει γνωστικό ή συναισθηματικό χαρακτήρα, κάτι που πρέπει να διασαφηνιστεί καθώς είναι καθοριστικής σημασίας λόγω των τρόπων εξέλιξης και μετατροπής της. Αρχικά, σύμφωνα με τη συναισθηματική άποψη της αυτοεκτίμησης, μόλις γεννιέται το άτομο αρχίζει να παίρνει ερεθίσματα και να διαμορφώνει την

άποψη για τον εαυτό του, σύμφωνα βέβαια και με τις απόψεις και αξίες του γύρω περιβάλλοντος. Τα άτομα τα οποία έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, σημαίνει ότι το Υπερεγώ τους είναι πολύ δυνατό και τους ενδιαφέρει πολύ η γνώμη των άλλων αλλά παράλληλα βρίσκονται πιθανόν και σε ένα περιβάλλον το οποίο είναι υψηλών απαιτήσεων και δεν τους βοηθά στην αύξηση της αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησής τους. Από την άλλη, όταν ένα άτομο έχει υψηλή αυτοεκτίμηση, δεν επηρεάζεται τόσο από τη συμπεριφορά και τη γνώμη των άλλων κι έτσι ο συναισθηματικός του κόσμος μένει σχεδόν αλώβητος. Στη συνέχεια, σύμφωνα με τη γνωσιακή άποψη της αυτοεκτίμησης, έχει να κάνει με τη λογική και την εγκεφαλική λειτουργία. Έτσι η αυτοεκτίμηση, ξεκινά από την επεξεργασία στον εγκέφαλο και ύστερα περνά στο συναίσθημα. Όταν ένα άτομο πιστεύει στον εαυτό του και εκφράζει θετικές απόψεις για τον ίδιο τότε θεωρείται ότι έχει υψηλή αυτοεκτίμηση. Στην αντίθετη περίπτωση, όταν δηλαδή η λογική του, του λέει ότι σύμφωνα με τη ζωή που κάνει και τα δεδομένα της πραγματικότητας, δεν πληροί κάποια χαρακτηριστικά ώστε να έχει αυτοπεποίθηση, τότε και η αυτοεκτίμηση αυτομάτως θεωρείται χαμηλή. Υπάρχουν κάποιες δραστηριότητες οι οποίες επηρεάζουν πολύ περισσότερο την αυτοεκτίμηση του ατόμου σε σχέση με άλλες. Οι πρώτες είναι οι «κεντρικές» καθώς η σημασία τους είναι καίρια για την πρόοδο της αυτοεκτίμησης. Αντίθετα, άλλες δραστηριότητες είναι δευτερευούσης σημασίας και επηρεάζουν μεν την αυτοεκτίμηση, αλλά όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό όσο οι κεντρικής σημασίας ενέργειες. Για παράδειγμα, η εργασία του ατόμου, είναι μία από τις κεντρικές βασικές ενέργειες επηρεασμού της αυτοπεποίθησης, ενώ η γνώση μια μαθηματικής έννοιας συγκαταλέγεται στις δευτερεύουσες. Τέλος υπάρχει και η «περιστασιακή» αυτοεκτίμηση, η οποία έχει να κάνει με το πώς αντιλαμβάνεται το άτομο καθημερινά γεγονότα και κατά πόσο επηρεάζεται η αυτοεκτίμησή του από αυτά, καθώς μεταβάλλεται ανάλογα με το περιστατικό. Αντίθετα, η αυτοαντίληψη σχετίζεται με τη γνωστική διάσταση δηλαδή το ποιος είμαι, ενώ η αυτοεκτίμηση με την αξιολογική- συναισθηματική πλευρά δηλαδή πώς αισθάνομαι για αυτό που είμαι κι είναι ένα μέρος της αυτοαντίληψης. Η αυτοεκτίμηση περιέχει δύο διαστάσεις όπου η πρώτη είναι η αξία, δηλαδή το αίσθημα σεβασμού για τον εαυτό, ενώ το δεύτερο είναι η ικανότητα, με άλλα λόγια το συναίσθημα ότι οι δραστηριότητες κάποιου ατόμου είναι ικανοποιητικές και σε μεγάλο βαθμό με επιτυχία. Στη συνέχεια, η αυτοεκτίμηση, σύμφωνα με κάποιους ερευνητές μπορεί να θεωρηθεί ότι περιέχει τρεις διαστάσεις. Αυτές είναι η αυτοεκτίμηση ως συνέπεια, η αυτοεκτίμηση ως κίνητρο και η αυτοεκτίμηση ως

λειτουργία αμυντική για το άτομο. Η πρώτη, πραγματεύεται των σύνολο των ενεργειών που κάνει το άτομο για να ανεβάσει την αυτοεκτίμησή του. Η δεύτερη διάσταση, αναφέρεται στις κινήσεις και πράξεις των ατόμων οι οποίες τείνουν προς εκείνες που θα τους αποφέρουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση. Τέλος, η τρίτη διάσταση, αυτή των μηχανισμών άμυνας, αφορά δυσάρεστες καταστάσεις και αρνητικά αποτελέσματα τα οποία προσπαθεί το άτομο μέσω της αυτοεκτίμησης, να τα μετριάσει και να τα εξομαλύνει. Ακολουθούν κάποιες ενδεχόμενες προϋποθέσεις ως προς την συμβολή της υψηλής και θετικής αυτοεκτίμησης. Αρχικά, ένα υγιές και γεμάτο αγάπη περιβάλλον από την αρχή της γέννησης του ατόμου, είναι πολλή σημαντικά στοιχεία. Η αγάπη, η στοργή, η τρυφερότητα αλλά και τα υλικά αγαθά που συμβάλλουν στην επιβίωση, παίζουν καίριο ρόλο στη διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης. Επιπλέον, σημαντικό είναι να επισημαίνονται και να αναγνωρίζονται τα χαρακτηριστικά εκείνα της προσωπικότητας, των φιλοδοξιών και ονείρων του ατόμου που τον καθιστούν μοναδικό. Ακόμα, σημαντικό είναι να προασπίζει το άτομο τη διαφορετικότητά του μέσα σ' ένα κόσμο με τη λογική της μάζας αλλά και να θέτει προσεκτικά όρια, να αποσαφηνίζει τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματά του. Θα πρέπει επιπρόσθετα, να δίνονται θετικές επισημάνσεις και επιβραβεύσεις στο άτομο και να μη συνηθίζονται οι αρνητικοί και κακοί χαρακτηρισμοί οι οποίοι δεν βοηθούν καθόλου τη θετική ψυχολογική κατάσταση του ατόμου και δεν συνεισφέρουν σε τίποτα απολύτως. Επίσης, το ίδιο το άτομο θα πρέπει να κάνει τρόπο ζωής και να κινείται γύρω από μία κατάσταση θετικής, αισιόδοξης και δημιουργικής σκέψης, με φαντασία και σεβασμό, αποφεύγοντας κάθε αυστηρό ορθολογισμό και εστιάζοντας στην ύπαρξη και άλλων επιλογών και λύσεων. Θα πρέπει δηλαδή να δουλέψει με τον εαυτό του και με την «συναισθηματική νοημοσύνη» η οποία είναι απαραίτητη για τη αυτοεκτίμηση του ίδιου. Ένας άλλος προσδιορισμός του όρου αυτοεκτίμηση, συμπληρωματικός, εξηγεί την αυτοεκτίμηση ως ένα συναίσθημα το οποίο σχετίζεται με αυτό που πιστεύει για τον εαυτό του κάποιος και όταν κάποιες ειδικότερες αντιδράσεις πλησιάζουν την εξιδανικευμένη εκδοχή για αυτό που θα μπορούσε να είναι το άτομο (Παπάνης, 2004).

4.2 Χαρακτηριστικά ατόμων με υψηλή και χαμηλή αυτοεκτίμηση

Φαινομενικά, τα άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση επιφέρουν χαρακτηριστικά ανθρώπου ο οποίος φαίνεται τέλειος και έχει το ιδανικό προφίλ. Τη διαφορά κάνει η προέλευση των χαρακτηριστικών αυτών. Αν δηλαδή προέρχονται από εξωτερικούς παράγοντες ή από εσωτερική διεργασία του ατόμου. Έτσι λοιπόν, κάποια από τα χαρακτηριστικά ατόμων με υψηλή αυτοεκτίμηση είναι, αρχικά, ότι είναι άτομα αποδοτικά. Με αυτό εννοούμε ότι με οτιδήποτε και να ασχοληθούν, το αποκτούν με προσωπικό κόπο και σκληρή δουλειά κι όχι με αθέμιτα μέσα, τα οποία φαινομενικά και μόνο ανεβάζουν την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Στη συνέχεια, τα άτομα αυτά διακρίνονται από απεριόριστη αισιοδοξία, θετική διάθεση και ευφορία, βλέπουν όλα τα γεγονότα στη ζωή με θετική ματιά και χαμόγελο. Είναι πολύ δημιουργικοί και έχουν μεγάλη φαντασία. Δεν εφησυχάζονται, καθώς αναλαμβάνουν συνεχώς καθήκοντα, προτείνουν ιδέες και γενικότεροι είναι ενεργοί σε όλες τις καταστάσεις της ζωής τους. Επιπλέον, γεννιούνται με ηγετικές τάσεις, είναι εξαιρετικά συναισθηματικά άτομα, τα οποία αναζητούν τις ανθρώπινες σχέσεις, χωρίς να επιμένουν όταν σε κάτι έχουν άδικο. Αγαπάνε πολύ και προσφέρουν απλόχερα την φροντίδα, την προστασία. Γενικότερα είναι έτοιμοι να δώσουν και να πάρουν. Επίσης, ακούν με προσοχή τον συνομιλητή τους, δίνοντας βάση στο ζήτημα που τους περιγράφεται. Παράλληλα έχουν αυτογνωσία, καθώς μπορούν να διακρίνουν τα προτερήματα και τα μειονεκτήματα στο χαρακτήρα και τις συμπεριφορές τους και είναι πρόθυμοι να διορθώσουν κάτι που ενοχλεί. Αυτό σημαίνει ακόμη, ότι είναι υπεύθυνα άτομα, αναλαμβάνουν το βάρος των πράξεών τους. Επιπρόσθετα, δεν πανικοβάλλονται από καταστάσεις αγχογόνες, αλλά ακόμα και βρεθούν σε κατάσταση που τους προκαλεί πίεση, είναι έτοιμοι να ανταπεξέρθουν και να δεχθούν την αλήθεια όσο σκληρή και αν φαίνεται. Έτσι λοιπόν, δεν φοβούνται να μείνουν μόνοι, καθώς έχουν μάθει να αντιμετωπίζουν όλες τις καταστάσεις και παράλληλα τους διακρίνει η κοινωνικότητα και η διαφορετική σκέψη των πραγμάτων. Τέλος, κάνουν σχέδια για το μέλλον με περισσή αισιοδοξία. Είναι πολύ ενθουσιώδεις για αυτό που έρχεται, το οποίο μετρούν προσεκτικά, επεξεργάζονται τι αντιδράσεις τους, πριν προβούν σε κάποια κίνηση και σπάνια θα απογοητευτούν για μελλοντικά σχέδια ή σκέψεις που είναι δύσκολο να πραγματοποιηθούν στο άμεσο μέλλον. Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά των ατόμων με χαμηλή αυτοεκτίμηση, παρατηρείται ότι

αντιλαμβάνονται την αγάπη και το συναίσθημα των συνανθρώπων τους με φιλυποψία. Επαναπαύονται στην κατάσταση στην οποία βρίσκονται, καθώς φοβούνται τις αλλαγές του μέλλοντος, δεν έχουν καθόλου αυτοπεποίθηση κι πίστη στον εαυτό τους και τις δυνατότητές τους κι έτσι απορρίπτουν κάθε θετικό που προκύπτει, εκλαμβάνοντάς το με αρνητισμό. Όλα αυτά συμβαίνουν λόγω του φόβου, της απόρριψης και σε επίπεδο προσωπικό, σχέσεων με κάποιο συνάνθρωπο, αλλά και σε συλλογικό επίπεδο, ευκαιριών δηλαδή, είτε σε επαγγελματικό επίπεδο, είτε σε διαπροσωπικό. Στη συνέχεια, σπάνια υπερασπίζονται το θάρρος της γνώμης τους και διαφιλονικούν, καθώς επιζητούν να έχουν ευνοϊκή στάση από τους γύρω τους. Χρειάζονται την επιβράβευση και οτιδήποτε αρνητικό, τους προκαλεί ψυχολογική πίεση. Επιπλέον, αδυνατούν να λύσουν κοινωνικά προβλήματα ασχέτως του δείκτη ευφυΐας τους, λόγω του φαταλισμού τους. Επίσης, στην επαγγελματική τους πορεία και στο χώρο εργασίας τους υπερπροσπαθούν, εργάζονται περισσότερο από όσο πρέπει και τους ζητείται, καθώς προσπαθούν να αποδείξουν στο περιβάλλον γύρω τους αλλά κυρίως στον ίδιο τους τον εαυτό, ότι αξίζουν περισσότερης προσοχής, χρημάτων, κλπ , καθαρά από τη μεγάλη ανασφάλεια που τρέφουν. Με αυτό τον τρόπο και γενικά με τις επιλογές τους, δεν είναι ευχαριστημένοι με τίποτα και διαρκώς απογοητεύονται, δεν μπορούν να χαρούν τις ευχάριστες στιγμές στη ζωή και αυτό τους οδηγεί σταδιακά στην κατάθλιψη. Ακόμη, τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση, παρόλα τα θετικά σχόλια, δεν ακούν τους γύρω τους και δεν ασπάζονται τις απόψεις τους. Αναζητούν την ταυτότητα τους, την οποία δυσκολεύονται να αποδεχθούν και να προσδιορίσουν. Παράλληλα, αντιμετωπίζουν δυσκολία στη επικοινωνία και διαθέτουν χαμηλή συναισθηματική νοημοσύνη. Επιπλέον, διακρίνονται από επιθετική συμπεριφορά όταν ειδικά θεωρούν ότι έχουν αυτοεκτίμηση και αυτή θίγεται για κάποιο λόγο. Κάθε φορά, σε όποια κατάσταση και αν βρεθούν τους περιβάλλει αμέτρητο άγχος, στρες, φόβος για το άγνωστο και την αποτυχία, απογοήτευση και μιζέρια. Δεν είναι ικανοί να ανεξαρτητοποιηθούν, θέλουν πάντα να βρίσκονται κοντά στο στενό οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον, το οποίο δεν μπορούν να αποχωριστούν. Στις διαπροσωπικές τους σχέσεις δε, προβαίνουν σε ακρότητες, είναι καχύποπτοι, δεν αφήνονται και δεν εμπιστεύονται εύκολα. Γενικότερα προσκολλούν σε εξαρτημένες συμπεριφορές όπως στο αλκοόλ, τα ναρκωτικά, τις χαρτοπαικτικές λέσχες κ.ά. (Παπάνης, 2004).

4.3 Αυτοεκτίμηση και άγχος

Η αυτοεκτίμηση και το άγχος είναι δύο έννοιες που συνδέονται στενά και όπως και σε αυτή την έρευνα πραγματεύονται συχνά και συναντάμε τη σχέση τους στη βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, για πολλούς ερευνητές, η υψηλή αυτοεκτίμηση, συνδέεται άμεσα με τη θετική και ρεαλιστική προσέγγιση του ίδιου του εαυτού του ατόμου, αλλά και με το αν μπορεί να διαχειριστεί καθημερινά γεγονότα στη ζωή του, με τι τρόπο δηλαδή αντιμετωπίζει τα εξωτερικά ερεθίσματα, τις θετικές και αρνητικές συνέπειες των πράξεών του αλλά και των ενεργειών του περιβάλλοντος γύρω του. Τα άτομα ανάλογα με τις αντιδράσεις που εκδηλώνουν στις διάφορες καταστάσεις της καθημερινότητας, δείχνουν πια αντίληψη έχουν για τον εαυτό τους και κατά πόσο προσαρμόζονται στις εκάστοτε συνθήκες. Παραδείγματος χάρη, ένα άτομο έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, τότε δεν μπορεί εύκολα να διαχειριστεί δύσκολες καταστάσεις και να προσαρμοστεί, δηλαδή να τις αντιμετωπίσει με κάποιο τρόπο. Έτσι λοιπόν, φαίνεται και η συνδεδεμένη σχέση της αυτοεκτίμησης και συγκεκριμένα της χαμηλής αυτοεκτίμησης με το άγχος, καθώς όσο περισσότερο χαμηλή είναι η εκτίμηση, ο σεβασμός και η ιδέα που έχει για τον εαυτό του, παρατηρείται ότι αναλογικά αυξάνονται και τα επίπεδα άγχους και η δυσκολία στην αντιμετώπιση δύσκολων και στρεσογόνων καταστάσεων οι οποίες επιβαρύνουν την ψυχολογία και πιέζουν στα άκρα το άτομο. Πολλά άτομα επιπλέον, δεν εκτιμούν αντικειμενικά το μέγεθος μιας αρνητικής κατάστασης και την εισπράττουν ως μεγάλη απειλή η οποία τους προκαλεί ακόμα πιο ισχυρό άγχος. Δηλαδή κάτι που στην πραγματικότητα μπορεί να μην είναι τόσο μεγάλο σε μέγεθος, αλλά αυτοί το αντιλαμβάνονται με αυτό τον τρόπο λόγω ακριβώς της χαμηλής τους αυτοεκτίμησης (Παπάνης, 2004).

4.4 Αυτοεκτίμηση και κοινωνική υποστήριξη και αποδοχή

Η εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του βασίζεται όπως είδαμε στην γνώμη κάποιων ατόμων που θεωρεί σπουδαία, τα οποία κατά βάση είναι τα άτομα που αισθάνεται και έχει κάποιος κοντά του σε συναισθηματικό και πρακτικό επίπεδο. Τα άτομα δηλαδή, των οποίων υπολογίζει τη γνώμη και την άποψη, τη σέβεται και δέχεται τις συμβουλές και τις προτροπές τους. Συνήθως τα άτομα αυτά ανήκουν στο στενό οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του ατόμου, είναι δηλαδή οι γονείς, τα

αδέλφια, οι κοντινοί συγγενείς, ο/η σύντροφος και οι στενοί φίλοι του ατόμου. Η γνώμη τους λοιπόν, το πώς νιώθουν και πώς εκφράζουν τα συναισθήματα και τη στάση τους απέναντι στο άτομο με αναπηρία εν προκειμένω, παίζει καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης, της αυτοεικόνας και της αυτοαντίληψής του, καθώς τα παραπάνω άτομα μπορούν είτε να ανερίξουν την αυτοεκτίμησή του είτε να την μειώσουν και να την παγιώσουν σε χαμηλά επίπεδα. Η αποδοχή λοιπόν και η φιλία, βοηθούν και είναι σημαντικοί παράγοντες για την καλή ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, την κοινωνικοποίησή του και την καλή διάθεση. Το άτομο με αναπηρία μέσω της συναναστροφής με άτομα τα οποία του προσφέρουν ασφάλεια, αισιοδοξία, του δίνουν δύναμη, κουράγιο, ώθηση και γενικότερα προσπερνούν την αναπηρία, μπορεί να πιστέψει παραπάνω στο εαυτό του. Επιπλέον και ο Rogers, στο ανθρωπιστικό μοντέλο στις ψυχολογίας το οποίο αφογκράζεται, τονίζει τη σημαντικότητα της κοινωνικής αποδοχής και της κοινωνικής υποστήριξης οι οποίες συνδέονται άρρηκτα με την αυτοεκτίμηση, τη αυτοπεποίθηση και αυτοεικόνα του ατόμου. Τέλος, είναι καλό να δίνεται βάση και στη συμβουλευτική των ατόμων με αναπηρία αλλά και γενικότερα των μειονοτικών ομάδων όσον αφορά τις έννοιες της αποδοχής τους ή μη από το κοινωνικό σύνολο, της αυτοεκτίμησης, της κοινωνικής υποστήριξης, καθώς και η συμβουλευτική είναι ένα κομμάτι υποστήριξης, απαραίτητο για το άτομο. Χρειάζεται να ακούσει τρόπους αλλά και αλήθειες σχετικά με το πώς θα δράσει, τη συμπεριφορά του μέσα στο κοινωνικό σύνολο αλλά και για τη στάση που πρέπει να κρατά προς τον εαυτό του, η οποία πρέπει να είναι θετική, αισιόδοξη, καθώς το πώς αισθάνεται ο κάθε άνθρωπος για τον εαυτό του αντανακλάται και στους γύρω του (Κλεφτάρας, 2009).

Η αυτοεκτίμηση όπως βλέπουμε έχει πολλές πτυχές. Μία από αυτές εξηγεί την αυτοεκτίμηση ως την προσπάθεια του ατόμου να συγκρίνει τον εαυτό του με αυτό τον εαυτό που θα ήθελε να είναι, τον ιδεατό εαυτό. Στην αυτοεκτίμηση, συμβάλλει κατά πολύ, σύμφωνα με κοινωνικές προσεγγίσεις και η άποψη που έχει το κοινωνικό σύνολο για το άτομο. Έτσι λοιπόν, το άτομο έχει υψηλή αυτοεκτίμηση, όταν αισθάνεται ότι οι πράξεις του και οι συμπεριφορές του γίνονται αποδεκτές και είναι επιθυμητές από το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Όταν επιπλέον, το στενό περιβάλλον του ατόμου επικροτεί τις ενέργειές του, και πάλι η αυτοεκτίμηση ανεβαίνει. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία η αυτοεκτίμηση είναι συνέπεια των κοινωνικών επιτυχιών του ατόμου, ό,τι θετικό έχει προσφέρει για την κοινωνία, η οποία ορίζει τι είναι θετικό και τι όχι. Θα πρέπει με άλλα λόγια, το άτομο για να

επιτύχει υψηλή αυτοεκτίμηση και να εδραιώσει την αυτοπεποίθησή του, να υιοθετήσει τους στόχους της κοινωνικής ομάδας στην οποία ανήκει. Παραδείγματος χάρη, σύμφωνα με σχετικές έρευνες οι οποίες εξετάζουν το ζήτημα της αυτοεκτίμησης και της κοινωνικής αποδοχής, παρατηρείται ότι έφηβοι εστίαζαν σε δεξιότητές τους οι οποίες είχαν προτεραιότητα για τους γονείς τους και μετρούσαν την αξία και εκτίμηση για το εαυτό τους με βάση αυτές τις αποδεκτές από τους γονείς ικανότητες. Συμπερασματικά, η αυτοεκτίμηση είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την κοινωνική προσοχή, την κοινωνική αποδοχή και έτσι τα άτομα συχνά την προσδιορίζουν με βάση τις ικανότητές τους οι οποίες είναι κοινωνικά αποδεκτές. Προσαρμόζουν τις δραστηριότητές τους σε ένα κύκλο ενεργειών οι οποίες θα τους αποφέρουν κοινωνική επιβράβευση και έτσι θα ανεβάσουν, όπως θεωρούν οι ίδιοι, την αυτοπεποίθηση, την ψυχολογική τους κατάσταση και την αυτοεκτίμησή τους. Χαρακτηριστικά, κάποιες άλλες μεταβλητές πέραν του άγχους και την κοινωνικής αποδοχής που μας ενδιαφέρουν στην παρούσα εργασία, οι οποίες συνδέονται και επηρεάζουν το βαθμό αυτοεκτίμησης του ατόμου θα αναφερθούν έπειτα, επιγραμματικά. Αρχικά, οι προσωρινές αλλαγές επιδρούν βασικά, στην αυτοεκτίμηση, η σχέση της αυτοεκτίμησης με τις αυτοκαταστροφικές τάσεις, η σχέση της με τη σχολική επίδοση και τη σχολική αποτυχία και σαφώς με τη χρήση ναρκωτικών, αλκοόλ και διαφόρων ουσιών. Ακόμη η σχέση της αυτοεκτίμησης συνδέεται με την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη στα άτομα που βρίσκονται στην τρυφερή ηλικία της εφηβείας, η σχέση της με τη βία και τις αποκλίνουσες συμπεριφορές, η σχέση με το φύλο, η σεξουαλική αυτοεκτίμηση, η αυτοεκτίμηση και η επικοινωνία και τέλος, η σχέση της με την εργασιακή απόδοση του ατόμου (Παπάνης, 2004).

4.5 Αυτοεκτίμηση και άτομα με αναπηρία

Η αυτοεκτίμηση, είναι ένα πολύ βασικό κομμάτι της προσωπικότητας του ατόμου, παίζει καθοριστικό ρόλο στη διάθεση, τη ψυχολογική ηρεμία και ευημερία του ατόμου και ορίζεται ουσιαστικά ως «η θετική ή αρνητική στάση του ατόμου απέναντι στον εαυτό του» (Κλεφτάρας, 2009, σ.42).

Παρατηρείται λοιπόν, ότι τα άτομα με αναπηρίες αλλά και γενικότερα οι μειονότητες αντιμετωπίζουν καθημερινά καταστάσεις ψυχολογικής πίεσης, οι οποίες τους οδηγούν σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση. Αυτό συμβαίνει διότι

βιώνουν ένα κοινωνικό ρατσισμό, υπάρχει δυσκολία στον τρόπο επαγγελματικής ανέλιξης και προόδου στην εκπαίδευση, καθώς δεν τους δίνονται εύκολα ευκαιρίες αλλά ούτε και το κράτος έχει μεριμνήσει για κάτι καλύτερο για τα άτομα με αναπηρία. Έτσι λοιπόν, τις περισσότερες φορές οι μειονότητες, όπως και τα άτομα με αναπηρία, δεν βρίσκονται συχνά σε καλή οικονομική κατάσταση, δεν τους δίνεται συχνά ευκαιρία για κάποια καλύτερη θέση στη δουλειά τους, ο μισθός συνήθως είναι χαμηλός ή πολλές φορές μάλιστα δυσκολεύονται να βρουν εργασία και μένουν άνεργοι για χρόνια. Όλα τα παραπάνω λοιπόν, οδηγούν τα άτομα με αναπηρία σε μεγάλο άγχος, συνεχές στρες, ψυχολογική πίεση, δύσκολη προσαρμοστικότητα και επομένως η αυτοεκτίμηση πέφτει όλο και περισσότερο, η αυτοεικόνα τους αλλοιώνεται και παύουν να πιστεύουν στον εαυτό τους, στις δυνατότητες και τις ικανότητές τους. Γενικότερα, όπως είδαμε και παραπάνω, τα άτομα με αναπηρίες, όπως και όλες οι μειονότητες, εξαιτίας της κοινωνικής διάκρισης και ανισότητας που βιώνουν από τις ανερχόμενες κοινωνικές τάξεις, παρουσιάζουν συχνά αισθήματα απογοήτευσης, κατάθλιψης, πίεσης, ανασφάλειας και κακής, πεσιμιστικής διάθεσης. Όλα αυτά τα συναισθήματα και η χαμηλή αυτοεκτίμηση επομένως, είναι δυνατό να έχουν άσχημες συνέπειες για το ίδιο το άτομο και την κοινωνία. Αυτό σημαίνει πιο συγκεκριμένα, ότι μπορεί να τείνουν να αποφεύγουν τα προβλήματά τους αντί να τα αντιμετωπίζουν, να προχωρούν σε προβληματικές και εγκληματικές πολλές φορές συμπεριφορές, να απομακρύνονται από τους γύρω τους και γενικά από το κοινωνικό δίκτυο, είτε να λαμβάνουν φάρμακα και ουσίες τα οποία τους δημιουργούν διάφορα άλλα ψυχοσωματικά προβλήματα. Στη συνέχεια, θα πρέπει όλες αυτές οι συμπεριφορές και τα συναισθήματα των ατόμων με αναπηρία, να αντιμετωπιστούν και να δοθεί μία ανακούφιση σε αυτά τα άτομα, κάτι που αποτελεί ένα αρκετά δύσκολο εγχείρημα. Υπάρχουν πολλές θεωρίες συμβουλευτικής οι οποίες ίσως δεν επαρκούν στη συγκεκριμένη περίπτωση, αυτής της κοινωνικής ομάδας, καθώς καλό θα ήταν να εξεταστεί και παρατηρηθεί το άτομο στο φυσικό και πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο ζει ώστε να δοθούν οι καλύτερες δυνατές λύσεις για την κάθε περίπτωση. Στη συνέχεια, ο όρος αυτοεκτίμηση και η αναπηρία σχετίζονται πολύ μεταξύ τους καθώς πολλές φορές συμβαίνει, τα άτομα με αναπηρία να μην έχουν αποδεχθεί την αναπηρία ή τη διαταραχή τους και αυτό να μην τους αφήνει να αντιμετωπίσουν σε επόμενο επίπεδο τα ζητήματά τους. Έτσι λοιπόν, η αυτοεκτίμηση, ορίζεται ως τα συναισθήματα που τρέφει κάποιο άτομο για τον εαυτό του, είτε είναι θετικά είτε αρνητικά, πόσο αγαπά τον εαυτό του, δέχεται τα τρωτά σημεία του και

τονίζει τα πετυχημένα και γενικότερα με ποιον τρόπο το άτομο κρίνει τον εαυτό του. Συχνά η αυτοεκτίμηση, συνδέεται και με τον όρο αυτοαντίληψη όπου αφορά το πώς αντιλαμβάνεται, πώς καταλαβαίνει το άτομο τον εαυτό του, την εικόνα του εαυτού του. Όσον αφορά την αυτοαντίληψη, παρατηρείται ότι παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην αποδοχή της αναπηρίας, της οποίας διαταραχής υπάρχει, ιδιαίτερα μάλιστα στο κομμάτι όταν η δυσλειτουργία είναι σωματική και όχι τόσο ψυχική, όπου εκεί συνάδουν άλλα αποτελέσματα. Έτσι, το άτομο με αναπηρία δεν βλέπει αντικειμενικά το πρόβλημά του και πολλές φορές μάλιστα εθελοτυφλεί. Έχει φανεί σε διάφορες έρευνες ότι το άτομο με αναπηρία, χωρίς να παίζει ρόλο το είδος αναπηρίας, η ηλικία, το φύλο και άλλα χαρακτηριστικά του ατόμου, ότι η αυτοεκτίμηση αυτών των ατόμων είναι στενά συνδεδεμένη με την αποδοχή. Δηλαδή με τη συνειδητοποίηση του προβλήματος, την επιδοκιμασία του ώστε να μπορέσουν στη συνέχεια, να το αντιμετωπίσουν, να μάθουν να ζουν με αυτό και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους. Χωρίς την αποδοχή, δεν μπορούν να επέλθουν σε πρόοδο σε κανένα τομέα της ζωής τους καθώς είναι δύσκολο, όταν υπάρχει άρνηση, αποφυγή και υποκειμενικότητα, να δουν την αλήθεια, να την κοιτάξουν και να προχωρήσουν με θετικά βήματα στην καλύτερη και ποιοτικότερη ζωή. Επομένως, υπάρχει μία αλληλένδετη σχέση με την εικόνα που έχει το άτομο με αναπηρία και με τη συνειδητοποίηση του προβλήματος και την αποδοχή του (Κλεφτάρας, 2009).

Είναι φανερό, ότι στις περισσότερες περιπτώσεις ατόμων με προβλήματα όρασης, η ψυχολογική κατάσταση, φαίνεται να είναι άσχημη και πεσμένη. Τα άτομα με προβλήματα όρασης, παρουσιάζουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, μέχρι και επιθετικότητα, απαισιοδοξία και γενικότερα, πεσιμιστική διάθεση. Αυτό συμβαίνει μέχρι να συνειδητοποιήσουν και να αποδεχθούν την αναπηρία, όπου τότε βελτιώνεται η αυτοεκτίμηση και η αυτοαντίληψή τους. Μέχρι να συμβεί βέβαια αυτό, τα άτομα με προβλήματα όρασης περνούν από διάφορα στάδια και τα συναισθήματά τους ιδιαίτερα, σε μικρές ηλικίες και στην εφηβεία, όπου προσπαθούν ακόμα να συμβιβαστούν με το πρόβλημα, περιλαμβάνουν πολύ άγχος, στρες, φόβο, οργή, θυμό, άρνηση, αυτοκαταστροφή, κατάθλιψη, ψυχολογική πίεση και το αίσθημα του χαμένου (Παπάνης κ.συν., 2007).

Κεφάλαιο 5: Ενδεικτικές σχετικές έρευνες οι οποίες έχουν αναφερθεί στη κοινωνική υποστήριξη, στην αυτοεκτίμηση και το άγχος των ατόμων με και χωρίς αναπηρία γενικότερα

Στη συγκεκριμένη ενότητα, παρατίθενται σχετικές έρευνες με το θέμα που διαπραγματεύεται η παρούσα εργασία, η οποία εξετάζει τη σχέση της κοινωνικής υποστήριξης με την διαχείριση του άγχους και την αυτοεκτίμηση ενήλικων ατόμων με αναπηρίες.

Αρχικά, όσον αφορά την έννοια της αυτοεκτίμησης έρευνες έχουν δείξει ότι, οι ενήλικες με προβλήματα όρασης φάνηκε ότι διαθέτουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση, σύμφωνα με αναλύσεις, έρευνας η οποία εξέταζε τις διαφορές μεταξύ των ενηλίκων με προβλήματα όρασης και την αυτοεκτίμηση. Επιπλέον, σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν μεταξύ των τριών ομάδων των συμμετεχόντων σχετικά με την αυτοεκτίμηση. Πολύ σημαντική παράθεση είχαν τα ευρήματα τα οποία σχετίζονταν με τις επιπτώσεις των ενεργειών των ατόμων στους γονείς, τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους δασκάλους και τους ειδικούς στην αποκατάστασή τους (Papadopoulos, Montgomery & Chronopoulou, 2013).

Στη συνέχεια, έρευνα του εξωτερικού, η οποία περιλάμβανε δύο από τις τρεις μεταβλητές της παρούσας εργασίας αφορούσε χαρακτηριστικά την αυτοεκτίμηση, την κοινωνική στήριξη και την ικανοποίηση της ζωής που διαθέτουν οι κινέζοι γονείς παιδιών τα οποία βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού. Το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας έδειξε ως προς τα αποτελέσματα, ότι υπήρξε σημαντική συσχέτιση της κοινωνικής υποστήριξης, και μεταξύ αυτοεκτίμησης και της ικανοποίησης από τη ζωή. Με άλλα λόγια η έρευνα τόνισε ότι η κοινωνική υποστήριξη και η αυτοεκτίμηση διαδραματίζουν σημαντικότερο ρόλο στην ικανοποίηση από τη ζωή για τους γονείς των παιδιών με αυτισμό σε σχέση με τους γονείς των τυπικά αναπτυσσόμενων παιδιών. Η ικανοποίηση από την ζωή, συνδέεται θετικά με το υψηλό εισόδημα των νοικοκυριών, την υψηλότερη αυτοεκτίμηση, και την ισχυρή κοινωνική στήριξη που παρέχεται στους γονείς. Η αυτοεκτίμηση είναι πιθανό να σχετίζεται με μεγαλύτερη ικανοποίηση για τη ζωή εφόσον παρέχεται μεγαλύτερη κοινωνική στήριξη (Lu, Yang, Skora, Wang, Cai, Sun & Li, 2015).

Μία επιπλέον έρευνα η οποία αποδεικνύει την ύπαρξη σχέσης της αυτοεκτίμησης και των κοινωνικών εκφάνσεων, έδειξε ως συμπέρασμα ότι η

αυτοεκτίμηση εν μέρει προκαλεί τη σχέση μεταξύ του στιγματισμού και της κοινωνικής αποφυγής, του κοινωνικού άγχους και της μοναξιάς. Επιπλέον, η αυτοεκτίμηση μετριάζει τη σχέση ανάμεσα στην αντίληψη του στίγματος και την κοινωνική αποφυγή, αλλά όχι στην κοινωνική ανησυχία και τη μοναξιά (Zhang, Li, Liu & Xie, 2014).

Ακόμη, σε παρόμοια έρευνα η οποία πραγματεύονταν την κοινωνική δικτύωση και τη θυματοποίηση στις ανθρώπινες συμπεριφορές, προέκυψαν τρεις σημαντικές εξελίξεις. Η πρώτη αφορά άτομα με ασθενή προσωπική κοινωνική υποστήριξη. Οι δικτυακοί τόποι των μέσων ενημέρωσης, παρέχουν μια πηγή κοινωνικής υποστήριξης που είναι λιγότερο περιττή από την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν πρόσωπο με πρόσωπο. Επίσης, τα ευεργετικά αποτελέσματα της ηλεκτρονικής κοινωνικής υποστήριξης αντιστάθμισαν ορισμένες από τις δυσμενείς επιπτώσεις της θυματοποίησης. Η μελέτη δείχνει ότι η ενίσχυση των κοινωνικών σχέσεων μέσω της χρήσης των κοινωνικών μέσων μπορεί να ενισχύσει τα συστήματα κοινωνικής υποστήριξης των νέων με ευεργετικούς τρόπους (Cole, Nick, Zelkowitz, Roeder & Spinelli, 2017).

Στη συνέχεια, μια ενδεικτική σχετική έρευνα με την αυτοεκτίμηση, την αυτοκαταστροφική σκέψη και τον αυτοτραυματισμό, έδειξε στα αποτελέσματά της ότι παρόλο που η χαμηλή αυτοεκτίμηση και ο αυτοτραυματισμός σχετίζονται τόσο σε κλινικούς όσο και σε μη κλινικούς πληθυσμούς, υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν επίσης αυτή τη σχέση. Τα συμπεράσματα έδειξαν ότι είναι σημαντικό για τους κλινικούς ιατρούς να εξετάσουν τον αντίκτυπο της αυτοεκτίμησης σε όσους αναζητούν υποστήριξη. Επιπλέον, θα πρέπει να δοθεί περαιτέρω έρευνα στο συγκεκριμένο τομέα, ώστε να εξεταστεί σε βάθος η κατανόηση της αυτοεκτίμησης και της σχέσης που έχει με τον αυτοτραυματισμό και την αυτοκαταστροφή (Forrester, Slater, Jomar, Mitzman & Taylor, 2017).

Επιπρόσθετα, εξετάστηκε η παρακάτω έρευνα με θέμα, εάν η επίδραση της πολυμορφικότητας στο χρόνο, στην θνησιμότητα, τροποποιείται από το επίπεδο της κοινωνικής στήριξης και μοναξιάς. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας λοιπόν, έδειξαν ότι η πολυμορφικότητα συσχετίστηκε με τη χαμηλή πιθανότητα επιβίωσης, ενώ η υψηλή μοναξιά και η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη φάνηκε ότι δεν σχετίζεται με το χρόνο έως το θάνατο. Μόνο η αλληλεπίδραση της πολυμορφικότητας με την κοινωνική υποστήριξη ήταν σημαντικές. Οι συμμετέχοντες με χαμηλή κοινωνική στήριξη και δύο χρόνιες ασθένειες, σε σύγκριση με καμία,

παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα ως προς τη πιθανότητα επιβίωσης, ενώ η επίδραση της πολυμορφικότητας σε σύγκριση με τη μη ύπαρξη χρόνιων παθήσεων δεν επηρέασε τη θνησιμότητα εάν οι συμμετέχοντες είχαν υψηλή κοινωνική στήριξη. Για τους συμμετέχοντες με χαμηλή κοινωνική στήριξη, δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ μίας, δύο ή περισσότερων από δύο ασθένειες. Όταν υπάρχει υψηλή κοινωνική στήριξη, η πιθανότητα θανάτου είναι σημαντικά χαμηλότερη αν υπάρχει μία ή δύο χρόνιες ασθένειες, σε σύγκριση με περισσότερες από δύο. Οι παραπάνω ενδείξεις δείχνουν ότι η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος αυξάνει την επιβίωση των ανθρώπων με φυσικές ασθένειες. Για όσους έχουν περισσότερες από δύο ασθένειες η επιβίωση παραμένει, ανεξάρτητα από το επίπεδο της κοινωνικής υποστήριξης και άλλους προστατευτικούς παράγοντες. Οι επαγγελματίες υγείας ενθαρρύνονται ώστε να τονώσουν την υποστήριξη σε συγγενείς, φίλους ή γείτονες (Olaya, Domènech-Abella, Moneta, Lara, Caballero, Rico-Urbe & Haro, 2017).

Μία παρόμοια έρευνα η οποία εστίασε στη σχέση μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης και της θνησιμότητας σε ηλικιωμένα άτομα, ανεξαρτήτως από άλλες υγειονομικές συνθήκες, είχε ως αποτέλεσμα ότι συνολικά από 1413 ηλικιωμένους ενήλικες κατά την έναρξη, 268 πέθαναν σε μια μέση περίοδο παρακολούθησης 3,9 ετών. Στο μοντέλο προσαρμόστηκε η προσφορά κοινωνικής υποστήριξης και τα δίκτυα τα οποία αποτελούνται από 9 ή περισσότερα μέλη. Φάνηκε ότι μείωσαν τον κίνδυνο θανάτου στα ηλικιωμένα άτομα. Έτσι, αυτή η μελέτη δείχνει ότι οι ηλικιωμένοι ενήλικες που λαμβάνουν υποστήριξη, μπορούν να επωφεληθούν από τις αμοιβαίες ανταλλαγές, καθώς η αμοιβαιότητα στις σχέσεις βελτιώνει την ψυχολογική ευημερία και είναι ενδεικτική της ποιότητας των σχέσεων. Έτσι, οι ηλικιωμένοι εντάσσονται σε μια ομάδα ανθρώπων, των οποίων ο ρόλος δεν είναι μόνο να λαμβάνουν, αλλά και να παρέχουν βοήθεια σε άλλους και η υποστήριξη που προσφέρεται, φαίνεται να είναι εξίσου σημαντική με αυτή που λαμβάνεται (de Brito, Pires Nunes, Pires Corona, da Silva Alexandre & de Oliveira Duarte, 2017).

Επιπλέον, όσον αφορά το άγχος και τα άτομα με αναπηρία, η παρακάτω έρευνα τονίζει ότι το άγχος επηρεάζει αρνητικά την υγεία, αλλά μερικές μόνο κλίμακες συλλαμβάνουν, μοναδικούς στρεσογόνους παράγοντες, τους οποίους αντιμετωπίζουν άτομα με σωματική αναπηρία. Διεξήχθη λοιπόν μία πιλοτική μελέτη για την ανάπτυξη και αξιολόγηση της δομής των παραγόντων, ενός μέτρου καταπόνησης, που στοχεύει σε μοναδικούς στρεσογόνους παράγοντες, αντιμετωπίζοντας άτομα με φυσικούς περιορισμούς λόγω της μειωμένης κίνησης των

άνω και κάτω άκρων. Στο πρώτο μέρος τη έρευνας, αξιολογήθηκαν οι παράγοντες άγχους που αντιμετωπίστηκαν κατά τη διάρκεια του προγράμματος και στο δεύτερο μέρος, αξιολόγησαν τους παράγοντες άγχους που αντιμετώπισαν τους τελευταίους έξι μήνες. Το δείγμα αποτέλεσαν 143 ενήλικες οι οποίοι αντιμετώπιζαν έναν φυσικό κινητικό περιορισμό. Τα αποτελέσματα λοιπόν, σύμφωνα με αναλύσεις εξερευνητικών παραγόντων, αποκάλυψαν μια λύση τεσσάρων παραγόντων για το πρώτο μέρος και μια λύση δύο παραγόντων για το δεύτερο μέρος (Rhode, Froehlich-Grobe, Hockemeyer, Carlson & Lee, 2012).

Προχωρώντας στην παράθεση ερευνών, η επόμενη, αφορά οικογένειες παιδιών και νέων με αναπηρία. Η συγκεκριμένη έρευνα υποστηρίζει ότι οι γονείς ή οι φροντιστές φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη εμπειρία σε επίπεδα παγκόσμιου άγχους από τους γονείς των παιδιών χωρίς αναπηρίες, παρουσιάζοντας έτσι υψηλό κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών στην υγεία των ασθενών τους και στην ποιότητα ζωής τους. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η κατανόηση των διαφορών στο άγχος των γονέων και την κοινωνική υποστήριξη μεταξύ των γονέων των οποίων τα παιδιά έχουν διαφορετικές αναπηρίες στο πλαίσιο της προσαρμογής των γονέων στην αναπηρία. Λαμβάνοντας υπόψιν ότι η προσαρμογή σχετίζεται με την αποτελεσματικότητα με την οποία η οικογένεια χρησιμοποιεί τους πόρους της και την υποστήριξη του κοινωνικού τους δικτύου, η συγκεκριμένη έρευνα αναλύει τις διαφορές άγχους και κοινωνικής υποστήριξης, μεταξύ των ομάδων, των γονέων παιδιών με διαφορετικά προβλήματα, προσπαθώντας να διευκρινιστούν οι σχέσεις μεταξύ των υπό μελέτη μεταβλητών, προκειμένου να προσαρμοστούν οι στρατηγικές παρέμβασης για την οικογένεια. Το δείγμα περιλάμβανε 152 γονείς με παιδιά με διαφορετικές αναπηρίες (82 με νοητική αναπηρία, 37 με κινητικά προβλήματα και 33 με αυτισμό). Τα αποτελέσματα λοιπόν, αποκάλυψαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων γονέων στα αποτελέσματα του γονικού στρες, και συγκεκριμένα στην υπερκινητικότητα, στην αποδοτικότητα και προσαρμοστικότητα, στις διαστάσεις του παιδικού τομέα και τον περιορισμό του ρόλου, στη διάσταση ακόμα της υποκλίμακας γονικού τομέα. Όσον αφορά τις διαστάσεις της κοινωνικής υποστήριξης, διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των γονέων όσον αφορά την έκταση και τη διαθεσιμότητα του δικτύου κοινωνικής υποστήριξης (Felizardo, Ribeiro & Amante, 2016).

Επίσης, το παρακάτω άρθρο στοχεύει στη δημιουργία δεδομένων σχετικά με τα συναισθήματα που αισθάνονται τα άτομα με αναπηρία κατά τη διάρκεια αλληλεπιδράσεων με τις οικογένειές τους, καθώς και δοκιμές οικογενειακής

κοινωνικής υποστήριξης γι' αυτά τα άτομα. Η κλίμακα οικογενειακής υποστήριξης εφαρμόστηκε σε 127 άτομα με προβλήματα ακοής. Από τα 127 άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη, 72 ήταν άνδρες (56,7% του πληθυσμού) και 55 γυναίκες (43,3% του πληθυσμού). Η οικογενειακή υποστήριξη που αντιλαμβάνονται οι γυναίκες συμμετέχοντες βρέθηκε να είναι υψηλότερη από αυτή των ανδρών συμμετεχόντων. Ενώ οι παράγοντες όπως οι ηλικίες των συμμετεχόντων, αν οι γονείς τους είναι ζωντανοί και ο αριθμός των αδελφών, έχει ασυνεπές αντίκτυπο στα αποτελέσματα της εκτίμησης της οικογενειακής υποστήριξης για τους συμμετέχοντες. Η έρευνα αποκάλυψε ότι τα άτομα είτε ζουν με τους βιολογικούς γονείς τους, έχοντας γονείς με υψηλά επίπεδα εκπαίδευσης, έχοντας υψηλά επίπεδα εισοδήματος ως οικογένεια και οι συμμετέχοντες που έχουν αδέλφια με αναπηρία, οι παράμετροι αυτοί αυξάνουν τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων για την οικογενειακή υποστήριξη. Τα αποτελέσματα λοιπόν, αποσκοπούσαν στη συλλογή δεδομένων σχετικά με τις εμπειρίες και τα συναισθήματα που έχουν άτομα με αναπηρία λόγω του προβλήματος της ακοής τους τα οποία είναι χαμηλότερα από τα μέσα φυσιολογικά άτομα. Όταν αναλύθηκαν οι κοινωνικοδημογραφικές εισροές και τα αποτελέσματα της οικογενειακής στήριξης των συμμετεχόντων ατόμων με κώφωση, παρατηρείται ότι η ζωή με τους βιολογικούς γονείς, τα υψηλά επίπεδα εκπαίδευσης, τα υψηλά επίπεδα εισοδήματος της οικογένειας και τα αδέλφια με αναπηρία, αυξάνουν τα αποτελέσματα της παραδοχής της οικογενειακής υποστήριξης. Ως εκ τούτου, θεωρείται ότι η στήριξη και η ενίσχυση αυτών των ατόμων σε σχέση με αυτά τα χαρακτηριστικά, μπορεί να αυξήσουν το επίπεδο της αντιλαμβανόμενης οικογενειακής υποστήριξης (Celik & Ayna, 2014).

Διάφορες μελέτες ακόμη, έχουν δείξει ότι τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζουν συχνά χαμηλά επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας και αυτοεκτίμησης, ενώ αντίθετα τονίζονται τα υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και η μειωμένη ποιότητα ζωής. Η συγκεκριμένη μελέτη, στοχεύει να αξιολογήσει την αυτοεκτίμηση, την αυτο-αποτελεσματικότητα, τη διάθεση και την ποιότητα ζωής σε νεαρούς ενήλικες με σκλήρυνση κατά πλάκας και να τις συγκρίνει με μία υγιή ομάδα ελέγχου. Το δείγμα όσον αφορά το εύρος ηλικίας, κινήθηκε μεταξύ 18 και 35 ετών και για τις δύο ομάδες. Οι αναλύσεις της συνδιακύμανσης πραγματοποιήθηκαν για να αξιολογηθούν οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ως προς τις κλίμακες της αυτο-αντίληψης, της διάθεσης και της ποιότητας ζωής, προσαρμόζοντας τους πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν κατάφεραν να

αποδειχθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ομάδων για την αυτοεκτίμηση, την αυτο-αποτελεσματικότητα και την ποιότητα ζωής. Τα συμπεράσματα επομένως που προέκυψαν, έδειξαν ότι οι νέοι ενήλικες με σκλήρυνση κατά πλάκας και οι υγιείς ενήλικες της ομάδας ελέγχου, έχουν παρόμοια επίπεδα αυτο-αποτελεσματικότητας και δεν διαφέρουν σημαντικά στα μέτρα διάθεσης και στην ποιότητα ζωής, όπως αναφέρθηκε προηγουμένως (Uccelli, Traversa & Ponzio, 2016).

Επιπλέον, είναι γεγονός ότι το χρόνιο άγχος επηρεάζει πολλές ψυχιατρικές διαταραχές οι οποίες μπορούν να αποκαλυφθούν μέσω ερευνών και διαδικασιών που συμβαίνουν οι οποίες τελικά οδηγούν σε ακατάλληλες αντιδράσεις και στο χρόνιο στρες. Πολλές μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει ως προσομοίωση, τη δημόσια ομιλία, που για παράδειγμα υποχρεούται να κάνει κάποιος, για να προκαλέσουν άγχος στο εργαστήριο έρευνας και να βγάλουν κάποια συμπεράσματα. Οι ερευνητές λοιπόν, αξιολογούν τα αποτελέσματα τόσο των θεραπευτικών όσο και των μη ιατρικών φαρμάκων στην αντιδραστικότητα του στρες. Στη συγκεκριμένη έρευνα, εξετάζονται 38 μελέτες στις οποίες εξετάστηκαν οι επιδράσεις των μεμονωμένων δόσεων φαρμάκων στις υποκειμενικές, καρδιαγγειακές και ορμονικές αντιδράσεις σε μια οξεία κοινωνική στρεσογόνο κατάσταση, σε υγιείς εθελοντές. Η ανασκόπηση δείχνει ότι τα τυπικά αγχολυτικά φάρμακα μειώνουν τις υποκειμενικές αποκρίσεις, ενώ οι δόσεις οι οποίες λαμβάνονται εφ' όρου ζωής, των αντικαταθλιπτικών για παράδειγμα, προκαλούν μεικτά αποτελέσματα. Οι μελέτες δείχνουν ότι υπάρχουν αρκετά συστήματα νευροδιαβιβαστών που εμπλέκονται στην αντίδραση στρες, συμπεριλαμβανομένης της σεροτονίνης, νορεπινεφρίνης, GABA, γλουταμινικού, οπιοειδών και ενδοκανναβινοειδών. Μεταξύ των ναρκωτικών κατάχρησης, το αλκοόλ και τα κανναβινοειδή ασκούν κάποιες επιδράσεις εξασθένησης του στρες, ενώ η καφεΐνη, η νικοτίνη και οι αμφεταμίνες τείνουν να αυξάνουν τις αντιδράσεις στρες. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα των ερευνών, οι αξιολογήσεις για το άγχος συγκαταλέγονται μεταξύ των πιο ευαίσθητων δεικτών της ανταπόκρισης στο στρες, με τα επίπεδα της κορτιζόλης ως δεύτερης και τις καρδιαγγειακές αποκρίσεις να είναι λιγότερο ευαίσθητες. Κατέληξαν λοιπόν, στο συμπέρασμα ότι το συγκεκριμένο τεστ άγχους που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, είναι ένα πολύτιμο εργαλείο για να μελετήσει την κλινική αποτελεσματικότητα των φαρμάκων για διαταραχές που σχετίζονται με το άγχος και είναι πολύ σημαντικό να χρησιμοποιηθεί με τυποποιημένες διαδικασίες, αυτές που προτείνονται δηλαδή ώστε να διεξαχθούν και

ανάλογες συγκρίσεις μεταξύ των διάφορων μελετών για το άγχος και τις ουσίες που το καταπολεμούν (Van Hedger, Bershad & de Wit, 2017).

Η επόμενη μελέτη της βιβλιογραφίας, εξετάζει την ανάγκη για υποστηριζόμενη εκπαίδευση η οποία αφορά φοιτητές με διάφορες ψυχιατρικές νόσους και αναπηρίες οι οποίοι σπουδάζουν σε υψηλά επίπεδα εκπαίδευσης στη Μαλαισία. Επιπλέον, η έρευνα έχει σκοπό να εντοπίσει τις σχέσεις μεταξύ των στοιχείων της υποστηριζόμενης εκπαίδευσης τα οποία υπάρχουν στις ζωές των φοιτητών αυτών και τις τρέχουσες επιδόσεις τους. Οι συμμετέχοντες ήταν 30 φοιτητές. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ένα χαμηλό επίπεδο αντιμετώπισης των δυσκολιών όσον αφορά προβλήματα που προέκυπταν στην καθημερινότητά τους. Ακόμη, παρατηρείται υψηλό επίπεδο στοιχείων υποστηριζόμενης εκπαίδευσης, που υπάρχουν στη ζωή τους αλλά και υψηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης. Σε μέτρια επίπεδα κυμάνθηκε η σχολική αυτοεκτίμηση και σε χαμηλά επίπεδα τα συμπτώματα της ασθένειάς τους. Τα ευρήματα λοιπόν, έδειξαν ότι οι φοιτητές της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης με ψυχιατρικές αναπηρίες είναι ακαδημαϊκά ικανοί και μπορούν να εξελιχθούν με τις κατάλληλες προϋποθέσεις (Yahaya, Ramli, Yahaya & Yen, 2010).

Επιπλέον, στην επόμενη έρευνα του εξωτερικού που παρατίθεται, διερευνάται το αυξανόμενο άγχος και ο ρόλος του κοινωνικού κεφαλαίου, που βιώνουν οι νέοι πρόσφυγες του Κονγκό στην Αυστραλία. Οι προοπτικές των νεαρών προσφύγων σε περιφερειακές περιοχές δεν έχουν λάβει μεγάλη προσοχή. Πραγματοποιήθηκαν λοιπόν, ποιοτικές διεξοδικές συνεντεύξεις και έγιναν διεργασίες με δεκαέξι νέους ανθρώπους του Κονγκό. Τα ευρήματα της έρευνας αποκάλυψαν ότι αυτοί οι νέοι γνώριζαν ένα αυξανόμενο άγχος, λόγω πολλών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένης και της διαφορετικής γλώσσας επικοινωνίας, της έλλειψης ευκαιριών στην απασχόληση και πολλές δυσκολίες όσον αφορά την πρόσβαση στην εκπαίδευση. Όλα αυτά λοιπόν, είχαν μεγάλο και άσχημο αντίκτυπο στην εκπαίδευσή τους αλλά και στην ομαλή ενσωμάτωσή τους, στην αυστραλιανή κοινωνία. Ωστόσο, υπήρξε μια σημαντική κοινωνική υποστήριξη από φίλους, από την οικογένειά τους, την δική τους κοινότητα ως έθνος αλλά και την ευρύτερη περιφερειακή κοινότητα, ώστε να αντιμετωπίσουν όλα αυτά τα ζητήματα που τους ταλανίζουν. Η κοινωνική στήριξη λοιπόν, βοήθησε τους νέους πρόσφυγες, να ενισχύσουν το κοινωνικό τους κεφάλαιο και στη συνέχεια, να ενισχύσουν την προσωπική τους ευημερία τους και την ποιότητα ζωής τους (Joyce & Liamputtong, 2017).

Η επόμενη μελέτη εξέτασε τις συσχετίσεις ανάμεσα στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, στη στάση απέναντι στη χρήση ιστότοπων κοινωνικής δικτύωσης, στη κοινωνική επιρροή και στην online κοινωνική υποστήριξη. Στην έρευνα, υπήρχαν 460 συμμετέχοντες. Περίπου οι μισοί από τους συμμετέχοντες ήταν μεταξύ 18 και 25 (49%) ετών. Στη συνέχεια, χρησιμοποιήθηκε παρόμοια έρευνα, για τη συλλογή δεδομένων, από συμμετέχοντες που είχαν χρησιμοποιήσει μία από αυτές τις τρεις ιστοσελίδες κοινωνικής δικτύωσης, δηλαδή είτε το Facebook, είτε το Instagram, είτε το Line. Τα αποτελέσματα επομένως, έδειξαν ότι τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας, η αντιληπτή χρησιμότητα, η αντιληπτή ευκολία χρήσης, η αντιληπτή απόλαυση, η στάση απέναντι στη χρήση ιστότοπων κοινωνικής δικτύωσης, η κοινωνική επιρροή και η χρήση των ιστότοπων, συνέβαλαν στην ικανοποίηση και τη συχνότητα της κοινωνικής υποστήριξης στο διαδίκτυο. Συγκεκριμένα, η συμφιλίωση, η αντιληπτή απόλαυση, η στάση απέναντι στη χρήση ιστότοπων κοινωνικής δικτύωσης, η κοινωνική επιρροή και η χρήση του Facebook είχαν θετικά αποτελέσματα ως προς της ικανοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης. Επιπλέον, η αντιληπτή χρησιμότητα, η κοινωνική επιρροή, ο αριθμός των διαδικτυακών φίλων στο Facebook και το χρονικό διάστημα που περνούσε το δείγμα στο Instagram έδειξαν ότι είχαν θετικά αποτελέσματα επίσης, ως προς τη συνολική συχνότητα της κοινωνικής υποστήριξης, που επικρατούσε (Pornsakulvanich, 2017).

Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι η προκλητική συμπεριφορά που εκπέμπεται από άτομα με διανοητικές και αναπτυξιακές αναπηρίες επηρεάζουν αρνητικά τα επίπεδα του άγχους και προκαλούν εξάντληση σε εκείνους που τους υποστηρίζουν και τους φροντίζουν. Στην συγκεκριμένη έρευνα, το δείγμα αποτέλεσαν οι εργαζόμενοι στη στήριξη των ατόμων με αναπηρίες στο Ηνωμένο Βασίλειο οι οποίοι ανέφεραν τα επίπεδα αντιληπτού άγχους τους και την αφοσίωση στην εργασία τους. Η σχέση μεταξύ της συχνότητας, της σοβαρότητας, των επιθετικών/καταστρεπτικών συμπεριφορών στις οποίες εκτέθηκαν, εξετάστηκαν στην έρευνα. Τα αποτελέσματα, επομένως, έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες παρουσίασαν χαμηλά επίπεδα κόπωσης και “burnout” στην παρούσα μελέτη από ό,τι έχει αναφερθεί από παρόμοιες έρευνες στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Βόρεια Αμερική. Τα αποτελέσματα επιπλέον, αποκάλυψαν μια σχέση μεταξύ προκλητικών συμπεριφορών και του αντιληπτού άγχους και της συναισθηματικής εξάντλησης των συμμετεχόντων. Το αντιληπτό άγχος και η εξάντληση, σχετίζονταν επίσης με τη δέσμευση των συμμετεχόντων στο έργο τους. Τέλος, μια σειρά αναλύσεων παλινδρόμησης

αναγνώρισε έναν αριθμό προγνωστικών της συναισθηματικής εξάντλησης και προσωπικό επίτευγμα, μεταξύ των εργαζομένων ως προς τη στήριξη των αναπηριών γενικότερα. Τα αποτελέσματα και οι επιπτώσεις τους για τη στήριξη της αναπηρίας, αλλά και η ευημερία των εργαζομένων σε αυτούς τους τομείς προτείνουν περαιτέρω έρευνα και συζήτηση του θέματος στο μέλλον (Smyth, Healy & ad Lydon, 2015).

Στη συνέχεια, η επόμενη έρευνα αφορά το άγχος που αντιμετωπίζουν άτομα που εργάζονται στο χώρο της ειδικής εκπαίδευσης. Έτσι στη βιβλιογραφία συχνά παρατηρούνται, υψηλά επίπεδα άγχους στην εργασία στο χώρο τη ειδικής αγωγής. Το προσωπικό στυλ εργασίας, η διατήρηση της πειθαρχίας στην τάξη, η ανάγκη προσαρμογής στις αλλαγές στο εκπαιδευτικό σύστημα, οι ανεπαρκείς συνθήκες εργασίας είναι λίγοι μόνο από τους πολλούς καθοριστικούς παράγοντες που παρατηρούνται.. Στόχος της μελέτης αυτής λοιπόν, είναι ο καθορισμός της σχέσης μεταξύ μηχανισμών άμυνας και αντιμετώπισης σε διαφορετικές συνθήκες άγχους, που αναπτύσσονται από τους Ειδικούς Παιδαγωγούς και το φαινόμενο της εξουθένωσης αυτών. Οι βαθμίδες που ελέγχθηκαν μέσω των μέσων συλλογής δεδομένων, είχαν ως στόχο να προσδιοριστούν η ικανοποίηση στην εργασία, το επίπεδο του άγχους, οι αμυντικοί μηχανισμοί. Το δείγμα τέλος, αποτέλεσαν 120 εκπαιδευτικοί που δραστηριοποιούνται στο πλαίσιο του ειδικού εκπαιδευτικού συστήματος (Folouţinăa & Tudorache, 2012).

Μία παρόμοια έρευνα με την παραπάνω, εξετάζει το θέμα του άγχους των εργαζομένων της ειδική αγωγής και εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα, η μελέτη αυτή, ερευνά παράγοντες που συμβάλλουν στο άγχος και το επίπεδο εργασιακού άγχους μεταξύ των Ειδικών Παιδαγωγών που διδάσκουν σήμερα μαθήματα στην ειδική εκπαίδευση, στην πολιτεία Penang της Μαλαισίας. Το αποτέλεσμα δείχνει ότι υπάρχουν πέντε σημαντικοί παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στο άγχος μεταξύ των Ειδικών Παιδαγωγών στο Penang. Συνολικά 92 Ειδικοί Παιδαγωγοί επελέγησαν τυχαία για να αντιπροσωπεύσουν τον πληθυσμό. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το συνολικό επίπεδο στρες του ερωτώμενων ήταν μέτριο. Μεταξύ των πέντε παραγόντων άγχους, περιλαμβάνονται, ο μαθητής, η κακή συμπεριφορά, όπου είναι και ο ισχυρότερος και καθοριστικότερος παράγοντας του στρες του εκπαιδευτικού. Άλλοι παράγοντες είναι ο φόρτος εργασίας των εκπαιδευτικών και οι διαπροσωπικές σχέσεις παράλληλα. Ο φόρτος εργασίας και άλλοι παράγοντες προκάλεσαν μέτριο άγχος στους ερωτηθέντες. Τα αποτελέσματα επίσης, δείχνουν ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά εργασιακού άγχους μεταξύ του ερωτώμενου με βάση το φύλο, το

καθεστώς του γάμου και το υψηλότερο ακαδημαϊκό επίπεδο του εκπαιδευτικού. Επιπλέον, το αποτέλεσμα αυτής της μελέτης απέτυχε να δείξει σημαντική συσχέτιση μεταξύ του άγχους του εκπαιδευτικού και δημογραφικών στοιχείων όπως είναι η ηλικία, η διάρκεια της διδακτικής εμπειρίας και ο μηνιαίος μισθός των ερωτηθέντων (Ghani, Che Ahmad & Ibrahim, 2014).

Στόχος της παρακάτω έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των επιζώντων του καρκίνου του μαστού και της ανεπαρκούς κοινωνικής υποστήριξης, η οποία συνδέεται με σημαντική αύξηση της θνησιμότητας λόγω του καρκίνου και μείωση της ποιότητας ζωής. Πιο συγκεκριμένα, σκοπός της μελέτης ήταν να εξερευνηθούν η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της πορείας του καρκίνου του μαστού, με τη σύγκριση των επιζώντων από καρκίνο του μαστού, των γυναικών με κατάθλιψη, με αρτηριακή υπέρταση και υγιών γυναικών και να συγκριθούν οι αντιλήψεις τους όσον αφορά την ισορροπία της παραλαβής και της παροχής κοινωνικής υποστήριξης. Τα δεδομένα της διεξαγόμενης μελλοντικής ταχυδρομικής έρευνας συνδέονται με τα μητρώα εθνικής υγείας. Οι ερωτηθέντες με καρκίνο του μαστού ($n=1464$), κατάθλιψη ($n=1471$), αρτηριακή υπέρταση ($n=14841$) και οι υγιείς μάρτυρες ($n=146274$) σχημάτισαν τον πληθυσμό της μελέτης. Η κοινωνική υποστήριξη, μετρήθηκε με ένα στοιχείο του Sarason όπου αποτελεί συντομευμένη έκδοση του ερωτηματολογίου κοινωνικής υποστήριξης (SSQ). Το τροποποιημένο μέσο συλλογής δεδομένων του Antonucci (1986), είναι το μοντέλο συνοδείας υποστήριξης του δικτύου των ατόμων, όπου χρησιμοποιήθηκε για να μετρήσει την κυρίαρχη κατεύθυνση της κοινωνικής υποστήριξης. Τα αποτελέσματα αρχικά, έδειξαν ότι ο κύριος πάροχος κοινωνικής υποστήριξης για όλους τους συμμετέχοντες ήταν ο σύζυγος ή ο συνεργάτης και οι φίλοι. Σε όλες τις ομάδες, ιδιαίτερα στην ομάδα των ατόμων με καρκίνο του μαστού και στην ομάδα της αρτηριακής υπέρτασης, θεωρήθηκε ο σύζυγος ή σύντροφος, ο σημαντικότερος υποστηρικτής. Η ομάδα που πάσχει από κατάθλιψη ανέφερε σημαντικά λιγότερα στοιχεία κοινωνικής υποστήριξης, σε κάθε τομέα αξιολόγησης. Συνολικά, το 24,6% όλων των ερωτηθέντων ανέφερε την κυριαρχία της απόκτησης κοινωνικής υποστήριξης. Έτσι λοιπόν, τα συμπεράσματα που προέκυψαν τονίζουν ότι η κοινωνική υποστήριξη, είναι ένας πολύ γνωστός καθοριστικός παράγοντας ευημερίας για τη ζωή αυτών των ομάδων και ατόμων. Η συγκεκριμένη μελέτη, δείχνει ότι υπάρχει υποστήριξη κυρίως από το σύζυγο ή από το συνεργάτη στη ζωή των ατόμων με καρκίνο του μαστού,

όσον αφορά τη φάση της ανάκαμψης (Salakaria, Pylkkanen, Sillanmaki, Nurminen, Rautava, Koskenvuoc & Suominen, 2017).

Επιπλέον, η επόμενη έρευνα ασχολείται με το άγχος. Λόγω της πιθανής αύξησης των πιέσεων στην περιγεννητική περίοδο, υπάρχει λόγος να υποθέσουμε ότι είναι μια εποχή αύξησης του άγχους για τους πατέρες. Ωστόσο, δεν είναι ξεκάθαρο πόσο σημαντικό πρόβλημα είναι το στρες για τους πατέρες σε αυτό το στάδιο της ζωής. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι η συγκεκριμένη έρευνα δεν έχει επανεξεταστεί συστηματικά. Σκοπός επομένως αυτής της συστηματικής ανασκόπησης, ήταν η κριτική αξιολόγηση των εμπειρικών στοιχείων που εξέτασαν το άγχος στους πατέρες στην περιγεννητική περίοδο. Μελέτες στη συνέχεια, διερεύνησαν αν υπήρχε άγχος στους πατέρες στη περιγεννητική περίοδο. Τα ευρήματα έδειξαν ότι, οι πατέρες βιώνουν άγχος στη περιγεννητική περίοδο, ιδιαίτερα κατά τη στιγμή της γέννησης. Τα επίπεδα άγχους βρέθηκαν να αυξάνονται από την προγενέστερη περίοδο μέχρι τη στιγμή της γέννησης, με μείωση των επιπέδων στρες από τη στιγμή της γέννησης έως την μεταγεννητική περίοδο. Υπάρχει ένας αριθμός παραγόντων που συμβάλλει σημαντικά στο άγχος στους πατέρες στην περιγεννητική περίοδο, οι οποίοι συμπεριλαμβάνουν αρνητικά συναισθήματα σχετικά με την εγκυμοσύνη, περιορισμό ρόλου που σχετίζονται με το να γίνει κάποιος πατέρας, ο φόβος για τον τοκετό και διάφορα συναισθήματα ανικανότητας που σχετίζεται με τη φροντίδα των βρεφών. Η ανασκόπηση έδειξε ότι το στρες έχει αρνητικό αντίκτυπο στους πατέρες, με υψηλότερα επίπεδα άγχους, που συμβάλλουν σε θέματα ψυχικής υγείας όπως το άγχος, η κατάθλιψη, η ψυχολογική δυσχέρεια και η κόπωση. Το βασικό συμπέρασμα της έρευνας, είναι ότι κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, οι πατέρες βιώνουν άγχος και αντιμετωπίζουν μοναδικούς στρεσογόνους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία τους αλλά και να επηρεάσουν αρνητικά τις κοινωνικές τους σχέσεις (Philpott, Leahy-Warren, FitzGerald & Savage, 2017).

Έχει φανεί κατά καιρούς μία τάση της βιβλιογραφίας να εξετάζει τη σχέση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της ευημερίας. Παρατηρείται ωστόσο, ότι σχετικά λίγη έρευνα εξετάζει τη σύνδεση της κοινωνικής υποστήριξης με την ικανοποίηση από την εργασία και την ποιότητα ζωής των εργαζομένων. Η συγκεκριμένη έρευνα έχει ως στόχο να διερευνήσει εάν και πόσο οι διαφορετικές πηγές της κοινωνικής στήριξης, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, σε συνδυασμό με την ικανοποίηση από την εργασία, των εκπαιδευτικών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με

δείγμα Κορεάτες δασκάλους. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι ο διευθυντής και η οικογένεια του εκπαιδευτικού, έκριναν την ικανοποίηση από την εργασία, αφού έλεγχαν την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση του ατόμου. Επιπλέον, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ικανοποίηση από την εργασία διαμεσολάβησε στη σχέση μεταξύ της υποστήριξης από τον διευθυντή και της ποιότητας ζωής των εργαζόμενων. Τα ευρήματα λοιπόν, προτείνουν να υπάρχει προστασία στις διαφορετικές πηγές κοινωνικής υποστήριξης ως προς τους εκπαιδευτικούς, στην εργασιακή εμπειρία των εκπαιδευτικών και την αξιολόγηση των τομέων της ζωής τους (Yuh & Choi, 2017).

Στόχος της παρακάτω έρευνας η οποία σχετίζεται και πάλι με την κοινωνική υποστήριξη, είναι ο προσδιορισμός του αυτοκτονικού ιδεασμού των μαθητών σε σχέση με την αξιολόγηση της κοινωνικής στήριξης που παρέχεται σε αυτούς. Το δείγμα αποτέλεσαν 1074 μαθητές από την τριτοβάθμια εκπαίδευση, στην Πορτογαλία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω μιας ηλεκτρονικής πλατφόρμας που περιελάμβανε ερωτηματολόγιο σχετικά με το κοινωνικοδημογραφικό και ακαδημαϊκό έργο των μαθητών, την Κλίμακα Ικανοποίησης της Κοινωνικής/Γνωστικής Στήριξης και το Ερωτηματολόγιο Αυτοκτονικής Ιδέας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η παρουσία και σοβαρότητα των σκέψεων για αυτοκτονία είναι χαμηλή γενικά εκτός από 84 φοιτητές που παρουσιάστηκαν να βρίσκονται σε κίνδυνο (7,8%). Επιπλέον, η έρευνα έχει εξακριβώσει τις συνδέσεις μεταξύ αυτοκτονικού ιδεασμού και ορισμένων διαστάσεων κοινωνικής υποστήριξης όπως τις κοινωνικές δραστηριότητες, την οικειότητα και τη συνολική κοινωνική στήριξη την οποία λαμβάνουν. Στα συμπεράσματα τα οποία καταλήγει η εν λόγω έρευνα, είναι ότι η σοβαρότητα της αυτοκτονικής σκέψης είναι υψηλότερη σε σπουδαστές που απέχουν πολύ από το σπίτι και ζουν μόνοι τους και σε μαθητές με αδύναμα κοινωνικά/οικεία δίκτυα υποστήριξης, δηλαδή με λιγότερη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και λιγότερες στενές σχέσεις με τους γύρω τους. Τα αποτελέσματα αυτά επιτρέπουν να καταλήξει η έρευνα στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μια αδύναμη κοινωνική στήριξη η οποία συνδέεται θετικά με την ιδέα για αυτοκτονία (Gonçalves, Sequeira, Duarte & Freitas, 2014).

Στη συνέχεια, η παρακάτω έρευνα σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση. Σκοπός λοιπόν, αυτής της μελέτης ήταν η διερεύνηση των επιπτώσεων ενός προγράμματος βελτίωσης της αυτοεκτίμησης και της προσήλωσης σε παιδιά δημοτικού σχολείου με παρατηρούμενες προβληματικές συμπεριφορές. Συνολικά 47 μαθητές δημοτικού σχολείου τέταρτης τάξης συμμετείχαν στη μελέτη αυτή. Το πρόγραμμα διαρκούσε 45

λεπτά, μία φορά την εβδομάδα. Ολοκληρώθηκαν συνολικά 12 συνεδρίες με μια ομάδα στην αίθουσα διδασκαλίας, για την πειραματική ομάδα. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο προβολής συμπεριφοράς των παιδιών με προβλήματα συμπεριφοράς για τη μέτρηση της προβληματικής συμπεριφοράς. Η αυτοεκτίμηση μετρήθηκε χρησιμοποιώντας το Ερωτηματολόγιο αυτοσεβασμού του Rosenberg και η συσχέτιση της προσκόλλησης μετρήθηκε χρησιμοποιώντας το Inventory of Parent and Attachment. Τα αποτελέσματα έδειξαν λοιπόν, ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην πειραματική ομάδα ήταν 10 χρονών, αγόρια (52,0%) και μεσαίων βαθμών. Τα αποτελέσματα της αυτοεκτίμησης στην πειραματική ομάδα ήταν υψηλότερα από εκείνα της ομάδας ελέγχου. Οι βαθμολογίες στην πειραματική ομάδα ήταν υψηλότερες από εκείνες της ομάδας ελέγχου. Τα συμπεράσματα έδειξαν ότι το πρόγραμμα βελτίωσης της αυτοεκτίμησης σε αυτή τη μελέτη βελτίωσε την αυτοεκτίμηση και την προσκόλληση στα παιδιά του δημοτικού σχολείου. Το πρόγραμμα αυτοεκτίμησης βοήθησε να αναγνωριστεί η προσκόλληση και να αυξηθεί η αυτοεκτίμησή τους (Park & Park, 2015).

Η παρακάτω έρευνα πραγματεύεται στοιχεία γύρω από την αυτοεκτίμηση η οποία είναι μια σημαντική πτυχή της ψυχικής υγείας του ατόμου. Στην παρακάτω έρευνα προτείνονται κάποιοι τρόποι απόκτησης και ανάκτησης της χαμένης αυτοεκτίμησης. Το δείγμα αποτέλεσαν 178 φοιτητές χωρίς αναπηρίες. Πρώτον, όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν την κλίμακα Rosenberg Self-Esteem Scale (RSS) για την αυτοεκτίμηση. Μετά την ολοκλήρωση του ερωτηματολογίου, ο κάθε συμμετέχοντας, περπατούσε για δύο λεπτά σε ένα ορθογώνιο κόκκινο χαλί και τα δεδομένα βάρδισης καταγράφονταν χρησιμοποιώντας τον αισθητήρα Kinect. Μετά την επεξεργασία των δεδομένων, εξάχθηκαν μερικά χαρακτηριστικά συμπεριφοράς. Βάσει αυτών των χαρακτηριστικών, δημιουργήθηκαν μοντέλα πρόβλεψης για να αναγνωρίζεται η αυτοεκτίμηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι για την πρόβλεψη της αυτοεκτίμησης, ο καλύτερος συντελεστής συσχέτισης μεταξύ της προβλεπόμενης βαθμολογίας και της βαθμολογίας αυτοελέγχου είναι 0,45 ($p < 0,001$). Οι συμμετέχοντες λοιπόν, χωρίστηκαν ανάλογα με το φύλο και για τους άνδρες ο συντελεστής συσχέτισης ήταν 0,43 ($p < 0,001$) ενώ για τις γυναίκες, είναι 0,59 ($p < 0,001$). Τα συμπεράσματα που προκύπτει είναι ότι χρησιμοποιώντας τα δεδομένα βάρδισης που συλλέχθηκαν από τον αισθητήρα Kinect, βεβαιώθηκε ότι το πρότυπο βάρδισης θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την αναγνώριση της αυτοεκτίμησης με αρκετά καλή εγκυρότητα των κριτηρίων. Το μοντέλο πρόβλεψης βάρδισης, μπορεί να

θεωρηθεί ως καλή συμπληρωματική μέθοδος μέτρησης της αυτοεκτίμησης (Sun, Zhang, Liu, Hu & Zhu, 2017).

Η επόμενη έρευνα αφορά την κοινωνική στήριξη η οποία είναι ένας από τους πλέον καλά εδραιωμένους προγνωστικούς δείκτες της ψυχοπαθολογίας μετά το έγκαυμα. Παρά το δυσανάλογα μεγάλο βάρος των εγκαυμάτων στον κόσμο, η φύση της κοινωνικής στήριξης μεταξύ των ασθενών στο πλαίσιο αυτό, παραμένει άπιαστη. Επομένως, η έρευνα επιδιώκει να διερευνήσει την κοινωνική υποστήριξη και τους βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες μεταξύ των ασθενών με καρκίνο, στο Πακιστάν. Το δείγμα αποτέλεσαν 343 ασθενείς που παρουσιάζουν τραυματισμούς και εγκαύματα. Η αξιολόγηση των ασθενών περιελάμβανε, πολυσωματικές έρευνες σχετικά με τη δημογραφική κατάσταση, τα κλινικά χαρακτηριστικά και την κοινωνική στήριξη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μέση συνολική βαθμολογία ήταν 57,64. Αξιοσημείωτοι θετικοί δείκτες υπήρξαν η κοινωνική υποστήριξη, που περιλαμβάνει το ανδρικό φύλο, την εθνικότητα του Punjabi, το εμβαδόν καύσης και την ανθεκτικότητα του εγώ. Το συμπέρασμα που προέκυψε ήταν ότι η μελέτη αποκάλυψε ένα ανησυχητικό πρότυπο ανεπαρκούς κοινωνικής υποστήριξης μεταξύ ορισμένων υποομάδων ασθενών με εγκαύματα. Πρέπει τέλος, να δοθεί προτεραιότητα στη φροντίδα των εγκαυμάτων, χωρίς ανισότητες (Waqasa, Turk, Naveed, Amin, Kiwanuka, Shafique & Chaudhry, 2017).

Η επόμενη έρευνα σχετίζεται με το άγχος. Η γονική μέριμνα ενός παιδιού με αναπηρίες μπορεί να επηρεάσει την ευτυχία των μητέρων. Η παρούσα έρευνα εξετάζει τις επιπτώσεις των παραγόντων κινδύνου, συγκεκριμένα των παραγόντων άγχους που σχετίζονται με το παιδί με αναπηρία, στην προσαρμογή και την ευτυχία της μητέρας. Ενδοσφαιρικοί παράγοντες όπως η προσκόλληση και κοινωνικο-οικολογικοί παράγοντες όπως η κοινωνική υποστήριξη, υποτίθεται ότι προβλέπουν την προσαρμογή. Και τα δυο αποτελούν «παράγοντες ανθεκτικούς στον κίνδυνο», οι οποίοι διαμεσολαβούν στο άγχος της μητέρας και στην ενοχή. Το δείγμα αποτέλεσαν 191 μητέρες με παιδιά με αναπτυξιακή αναπηρία (ηλικίας 3-7 ετών) οι οποίες απάντησαν στα ερωτηματολόγια για την ευτυχία, το ειδικό και γενικό άγχος, την προσκόλληση, την ενοχή και την κοινωνική υποστήριξη. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν έδειξαν ότι η αποφυγή της προσκόλλησης, συνδέθηκε άμεσα και αρνητικά με την ευτυχία των μητέρων. Το γενικό άγχος συνδέθηκε αρνητικά με την ευτυχία και μεσολαβούσε στην ένωση ανάμεσα στην ανησυχητική προσκόλληση, την υποστήριξη και το συγκεκριμένο άγχος με την ευτυχία. Η ενοχή συνδέθηκε αρνητικά

με την ευτυχία και χρησίμευσε ως μεσολαβητής μεταξύ του άγχους, της προσκόλλησης, της υποστήριξης και της ευτυχίας. Τα βασικά συμπεράσματα ήταν ότι τα ευρήματα της τρέχουσας έρευνας, δείχνουν άμεσες και έμμεσες ενώσεις με τους παράγοντες κινδύνου, την ευτυχία και τον ρόλο του γενικού άγχους και των συναισθημάτων της ενοχής ως μεσολαβητών. Οι συνέπειες ήταν ότι η μελέτη αυτή υπογραμμίζει τη σημασία της προσκόλλησης και της κοινωνικής υποστήριξης στην ευτυχία και ρίχνει φως στον μοναδικό ρόλο της ενοχής για την προώθηση ή την αναστολή της ευτυχίας (Findler, Jacoby & Gabis, 2016).

Τέλος, η συγκεκριμένη έρευνα, στοχεύει στη διερεύνηση της επίδρασης των χαρακτηριστικών ιδιοσυγκρασίας και του χαρακτήρα, στην κοινωνική υποστήριξη και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με επιληψία. Το δείγμα αποτέλεσαν 52 άτομα με επιληψία και 54 υγιή άτομα, τα οποία συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη αυτή. Η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη αξιολογήθηκε με την κλίμακα πολλαπλών διαστάσεων της κλίμακας κοινωνικής στήριξης (MSPSS) και η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε με τη χρήση μιας έρευνας υγείας (Short-Form 36 (SF-36)). Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν επίσης την Κλίμακα κατάθλιψης (HADS). Τα συμπεράσματα έδειξαν, ότι τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να επηρεάσουν και την ποιότητα ζωής των ατόμων με επιληψία. Έτσι, μια αξιολόγηση των χαρακτηριστικών ιδιοσυγκρασίας και του χαρακτήρα μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των αρνητικών επιπτώσεων στην κοινωνική υποστήριξη και την ποιότητα ζωής στην επιληψία (Demirci, Demirci, Taşkıran & Kutluhan, 2017).

Κεφάλαιο 6: Εμπειρική μελέτη

6.1 Εισαγωγή

Όπως διαπιστώθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, ένα μεγάλο κομμάτι ερευνών της διεθνούς βιβλιογραφίας, έχει ασχοληθεί με την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν τα άτομα από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον, με το άγχος που τους διακατέχει αλλά και τα επίπεδα αυτοεκτίμησης που διαθέτουν. Παρατηρούνται λοιπόν, σημαντικές συσχετίσεις μεταβλητών. Στον τομέα της αναπηρίας βέβαια διεθνώς υπάρχει σημαντική έλλειψη ερευνών αλλά ιδιαίτερα στην Ελλάδα, οι έρευνες είναι περιορισμένες, υπάρχει μεγάλο ερευνητικό κενό. Γι' αυτό σημαντικό είναι να καταγραφούν και να εντοπιστούν αυτοί οι παράμετροι που θα βοηθήσουν τα άτομα με αναπηρία, με τα κατάλληλα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα τα οποία θα συμβάλλουν στην κοινωνική τους υποστήριξη και κατά συνέπεια την αύξηση της αυτοεκτίμησης, τη μείωση του άγχους και γενικότερα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Στην παρούσα μελέτη, αναφέρεται ο σκοπός και οι στόχοι της έρευνας λεπτομερώς και περιγράφονται τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία συνδέονται άμεσα με τους κύριους στόχους της έρευνας. Στη συνέχεια, δίνονται πληροφορίες για το δείγμα της έρευνας και πληροφορίες για τα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Επιπλέον, δίνεται μία διεξοδική περιγραφή των ερωτηματολογίων τα οποία αποτέλεσαν τα ερευνητικά μεθοδολογικά εργαλεία. Ακόμη, αναφέρεται ο τρόπος συλλογής και συγκέντρωσης των ερευνητικών δεδομένων και των ερωτηματολογίων. Τέλος, εκθέτονται τα αποτελέσματα της έρευνας.

6.2 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να διερευνήσει την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στη διαχείριση του άγχους και την αυτοεκτίμηση ενήλικων ατόμων με αναπηρία.

Ειδικότερα, βασικοί στόχοι της έρευνας είναι:

α) Η διερεύνηση της κοινωνικής υποστήριξης, (του αριθμού δηλαδή των ατόμων που υποστηρίζουν το άτομο και τον βαθμό ικανοποίησης που λαμβάνει από

τα άτομα του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος), του άγχους και των διαστάσεων του και της αυτοεκτίμησης σε σχέση με το είδος αναπηρίας των ατόμων του δείγματος.

β) η διερεύνηση, της επίδρασης του άγχους και της αυτοεκτίμησης στην αναπηρία καθώς και συγκεκριμένων ατομικών στοιχείων (π.χ. ύπαρξη χόμπι, επίπεδα ευτυχίας, αίσθημα κατάθλιψης, επαγγελματική κατάσταση ατόμου κ.α) στην κοινωνική υποστήριξη και στις διαστάσεις της για τα ενήλικα άτομα με αναπηρία του συγκεκριμένου δείγματος.

Επομένως, σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε και αναφέρθηκε αλλά και με τα παραπάνω, τα ερευνητικά ερωτήματα της συγκεκριμένης εμπειρικής μελέτης είναι:

1. Ποια είναι η επίδραση της κοινωνικής στήριξης και της ύπαρξης χόμπι στον βαθμό ικανοποίησης από την κοινωνική στήριξη που λαμβάνουν τα άτομα με αναπηρία του δείγματος;
2. Ποια είναι η επίδραση το αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία του δείγματος;
3. Ποια είναι η επίδραση της αίσθησης του ατόμου ότι υποφέρει από κατάθλιψη στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία του δείγματος ;
4. Ποια είναι η σχέση της ύπαρξης χόμπι με το άγχος των ατόμων με αναπηρία του δείγματος;
5. Ποια είναι η επίδραση της επαγγελματικής κατάσταση στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία του δείγματος;
6. Διαφοροποιείται το άγχος ανάλογα με το είδος αναπηρίας του ατόμου;
7. Διαφοροποιείται η κοινωνική υποστήριξη που δέχονται τα άτομα ανάλογα με το είδος της αναπηρίας τους;
8. Ποια είναι η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία του δείγματος;
9. Ποια είναι η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στη μείωση του άγχους των ατόμων με αναπηρία του δείγματος;

6.3 Δείγμα

Στην παρούσα έρευνα έλαβαν μέρος 120 άτομα εκ των οποίων τα 90 έφεραν κάποια αναπηρία. Συγκεκριμένα, τα 30 είχαν κάποια σωματική αναπηρία, τα 30 οπτική αναπηρία, τα 30 ακουστική αναπηρία και υπήρχαν και 30 άτομα χωρίς αναπηρία.

Η δομή του ερωτηματολογίου έχει ως εξής: περιλαμβάνει αρχικά τα ατομικά χαρακτηριστικά (Παράρτημα II), δηλαδή το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την επαγγελματική κατάσταση, το μηνιαίο καθαρό εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο, το είδος αναπηρίας, την ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, ποιο γονέα αισθάνονται πιο κοντά τους τα άτομα, το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα και της μητέρας ξεχωριστά, την ύπαρξη και τον αριθμό αδερφών, την κατά πόσο συχνή χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, ποια άτομα αισθάνονται πιο κοντά (γονείς, συγγενείς, φίλους), τον αριθμό των φίλων του ατόμου, τον αριθμό των στενών φίλων του ατόμου, το αίσθημα ευτυχίας με βαθμολόγηση έως το 10, τη μορφή διαβίωσης, την περιοχή διαβίωσης, το αίσθημα κατάθλιψης, την αναζήτηση βοήθειας για θέματα που σχετίζονται με τη διαβίωσή των ατόμων, από ανεπίσημες πηγές και την ύπαρξη κάποιου χόμπι.

Ως προς το φύλο των συμμετεχόντων, στο σύνολο των 120 ατόμων, οι 64 (53,3%) ήταν άνδρες και οι 56 (46,7%) γυναίκες. Επιπλέον, από τους άνδρες, τα 16 (13,3%) άτομα έχουν σωματική αναπηρία, τα 24 (20,0%) οπτική, τα 14 (11,7%) ακουστική και τα 10 (8,3%) είναι χωρίς αναπηρία. Από τις γυναίκες τα 14 (11,7%) άτομα έχουν σωματική αναπηρία, 6 (5,0%) οπτική, 16 (13,3%) ακουστική και 20 (16,7%) χωρίς αναπηρία.

Στο σύνολο του δείγματος από τα 30 άτομα με σωματική αναπηρία, τα 4 (3,3%) είναι ηλικίας από 18-25 ετών, τα 8 (6,7%) από 26-35 ετών, τα 4 (3,3%) από 36-45 ετών, τα 5 (4,2%) από 46-55 ετών, τα 6 (5,0%) από 56-65 ετών και τα 3 (2,5%) από 66 και άνω. Από τα 30 άτομα με οπτική αναπηρία, τα 0 (0,0%) είναι ηλικίας από 18-25 ετών, τα 8 (6,7%) από 26-35 ετών, τα 6 (5,0%) από 36-45 ετών, τα 5 (4,2%) από 46-55 ετών, τα 10 (8,3%) από 56-65 ετών και τα 1 (0,8%) από 66 και άνω. Από τα 30 άτομα με ακουστική αναπηρία, τα 2 (1,7%) είναι ηλικίας από 18-25 ετών, τα 4 (3,3%) από 26-35 ετών, τα 6 (5,0%) από 36-45 ετών, τα 18 (15,0%) από 46-55 ετών, τα 0 (0,0%) από 56-65 ετών και τα 0 (0,0%) από 66 και άνω. Τέλος, από τα 30 άτομα χωρίς αναπηρία, τα 12 (10,0%) είναι ηλικίας από 18-25 ετών, τα 1 (0,8%) από 26-35

ετών, τα 3 (2,5%) από 36-45 ετών, τα 8 (6,7%) από 46-55 ετών, τα 5 (4,2%) από 56-65 ετών και τα 1 (0,8%) από 66 και άνω. Στο σύνολο 18 άτομα (15,0%) έχουν ηλικία μεταξύ 18-25, 21 (17,5%) άτομα είναι ηλικίας 26-35, 19 άτομα (15,8%) βρίσκονται μεταξύ 36-45 ετών, 36 άτομα μεταξύ 46-55 ετών (30,0%), 21 άτομα μεταξύ (17,5%) 56-65 ετών και 5 (4,2%) άτομα από 66 ετών και άνω.

Στο σύνολο του δείγματος, ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση, από τα 30 άτομα με σωματική αναπηρία, τα 11 (9,2%) δηλώνουν ελεύθεροι/ες, τα 15 (12,5%) παντρεμένοι/ες, τα 2 (1,7%) διαζευγμένοι/ες, τα 2 (1,7%) χήροι/ες. Από τα 30 άτομα με οπτική αναπηρία, τα 13 (10,8%) δηλώνουν ελεύθεροι/ες, τα 10 (8,3%) παντρεμένοι/ες, τα 6 (5,0%) διαζευγμένοι/ες, τα 1 (0,8%) χήροι/ες. Από τα 30 άτομα με ακουστική αναπηρία, τα 9 (7,5%) δηλώνουν ελεύθεροι/ες, τα 21 (17,5%) παντρεμένοι/ες, τα 0 (0,0%) διαζευγμένοι/ες, τα 0 (0,0%) χήροι/ες. Από τα 30 άτομα χωρίς αναπηρία, τα 15 (12,5%) δηλώνουν ελεύθεροι/ες, τα 14 (11,7%) παντρεμένοι/ες, τα 1 (0,8%) διαζευγμένοι/ες, τα 0 (0,0%) χήροι/ες. Στο σύνολο 48 (40,0%) άτομα δηλώνουν ελεύθερα, 60 (50,0%) παντρεμένα, 9 (7,5%) διαζευγμένα και 3 (2,5%) χήροι.

Στο σύνολο του δείγματος, ως προς την επαγγελματική τους κατάσταση, από τα 30 άτομα με σωματική αναπηρία, 8 (6,7%) δηλώνουν άνεργοι, 11 (9,2%) εργαζόμενοι/ες, 8 (6,7%) συνταξιούχοι, 3 (2,5%) φοιτητές/τριες, 0 (0,0%) ημιαπασχολούμενοι/ες. Από τα 30 άτομα με οπτική αναπηρία, 3 (2,5%) δηλώνουν άνεργοι, 8 (6,7%) εργαζόμενοι/ες, 14 (11,7%) συνταξιούχοι, 5 (4,2%) φοιτητές/τριες, 0 (0,0%) ημιαπασχολούμενοι/ες. Από τα 30 άτομα με ακουστική αναπηρία, 7 (5,8%) δηλώνουν άνεργοι, 19 (15,8%) εργαζόμενοι/ες, 2 (1,7%) συνταξιούχοι, 2 (1,7%) φοιτητές/τριες, 0 (0,0%) ημιαπασχολούμενοι/ες. Από τα 30 άτομα χωρίς αναπηρία, 3 (2,5%) δηλώνουν άνεργοι, 15 (12,5%) εργαζόμενοι/ες, 3 (2,5%) συνταξιούχοι, 8 (6,7%) φοιτητές/τριες, 1 (0,8%) ημιαπασχολούμενοι/ες. Στο σύνολο του δείγματος 21 (17,5%) άτομα δηλώνουν άνεργοι, 53 (44,2%) εργαζόμενοι/ες, 27 (22,5%) συνταξιούχοι/ες, 18 (15,0%) φοιτητές/τριες και 1 (0,8%) άτομο ημιαπασχολούμενο.

Στη συνέχεια, ως προς το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος, από τα 30 άτομα με σωματική αναπηρία τα 15 (12,5%) έχουν αποφοιτήσει από τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, 10 (8,3%) έχουν αποφοιτήσει από τριτοβάθμια εκπαίδευση, 3 (2,5%) από μεταπτυχιακές σπουδές, 1 (0,8%) άτομο με διδακτορικό δίπλωμα και 1 (0,8%) άτομο δήλωσε ότι δεν είναι απόφοιτος από κανένα από τα παραπάνω. Από τα 30 άτομα με οπτική αναπηρία τα 13 (10,8%) έχουν αποφοιτήσει από τη δευτεροβάθμια

εκπαίδευση, 9 (7,5%) έχουν αποφοιτήσει από τριτοβάθμια εκπαίδευση, 6 (5,0%) από μεταπτυχιακές σπουδές, 0 (0,0%) άτομο με διδακτορικό δίπλωμα και 2 (1,7%) άτομο δήλωσε ότι δεν είναι απόφοιτος από κανένα από τα παραπάνω. Από τα 30 άτομα με ακουστική αναπηρία τα 16 (13,3%) έχουν αποφοιτήσει από τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, 6 (5,0%) έχουν αποφοιτήσει από τριτοβάθμια εκπαίδευση, 1 (0,8%) από μεταπτυχιακές σπουδές, 2 (1,7%) άτομο με διδακτορικό δίπλωμα και 5 (4,2%) άτομα δήλωσαν ότι δεν είναι απόφοιτοι από κανένα από τα παραπάνω. Από τα 30 άτομα χωρίς αναπηρία τα 3 (2,5%) έχουν αποφοιτήσει από τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, 14 (11,7%) έχουν αποφοιτήσει από τριτοβάθμια εκπαίδευση, 11 (9,2%) από μεταπτυχιακές σπουδές, 2 (1,7%) άτομο με διδακτορικό δίπλωμα και 0 (0,0%) άτομο δήλωσε ότι είναι απόφοιτος από κανένα από τα παραπάνω. Συνολικά, 47 (39,2%) άτομα δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 39 (32,5%) άτομα της τριτοβάθμιας, 21 (17,5%) με μεταπτυχιακές σπουδές, 5 (4,2%) με διδακτορικό και 8 (6,7%) με κανένα από τα παραπάνω.

Ως προς το μηνιαίο καθαρό εισόδημα του συνόλου του δείγματος, από τα 30 άτομα με σωματική αναπηρία, τα 11 (9,2%) λαμβάνουν εισόδημα από 0-500€, τα 11 (9,2%) άτομα από 501-100€, τα 7 (5,8%) από 1001-2000€ και το 1 (0,8%) άτομο από 2000€ και άνω. Από τα 30 άτομα με οπτική αναπηρία, τα 5 (4,2%) λαμβάνουν εισόδημα από 0-500€, τα 12 (10,0%) άτομα από 501-100€, τα 12 (10,0%) από 1001-2000€ και το 1 (0,8%) άτομο από 2000€ και άνω. Από τα 30 άτομα με ακουστική αναπηρία, τα 13 (10,8%) λαμβάνουν εισόδημα από 0-500€, τα 6 (5,0%) άτομα από 501-100€, τα 10 (8,3%) από 1001-2000€ και το 1 (0,8%) άτομο από 2000€ και άνω. Από τα 30 άτομα χωρίς αναπηρία, τα 13 (10,8%) λαμβάνουν εισόδημα από 0-500€, τα 7 (5,8%) άτομα από 501-100€, τα 8 (6,7%) από 1001-2000€ και τα 2 (1,7%) άτομα από 2000€ και άνω. Συνολικά, τα 42 (35,0%) άτομα δήλωσαν ότι λαμβάνουν 0-500€ μηνιαίο καθαρό εισόδημα, τα 36 (30,0%) άτομα δήλωσαν ότι λαμβάνουν 501-100€ μηνιαίο καθαρό εισόδημα, τα 37 (30,8%) άτομα δήλωσαν ότι λαμβάνουν 1001-2000€ μηνιαίο καθαρό εισόδημα, τα 5 (4,2%) άτομα δήλωσαν ότι λαμβάνουν 2000€ και άνω μηνιαίο καθαρό εισόδημα.

Ως προς την περιοχή διαβίωσης, από τα 30 άτομα με σωματική αναπηρία, τα 21 (17,5%) ζουν σε αστική περιοχή και τα 9 (7,5%) σε κωμόπολη/χωριό. Από τα 30 άτομα με οπτική αναπηρία, τα 27 (22,5%) ζουν σε αστική περιοχή και τα 3 (2,5%) σε κωμόπολη/χωριό. Από τα 30 άτομα με ακουστική αναπηρία τα 13 (10,8%) ζουν σε αστική περιοχή και τα 17 (14,2%) σε κωμόπολη/χωριό. Τέλος, από τα άτομα χωρίς

αναπηρία τα 19 (15,8%) ζουν σε αστική περιοχή και τα 11 (9,2%) σε κωμόπολη/χωριό. Συνολικά από τα 120 άτομα του δείγματος, τα 80 (66,7%) ζουν σε αστική περιοχή και τα 40 (33,3%) σε κωμόπολη/χωριό.

Ως προς την ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, για τα άτομα με σωματική αναπηρία, τα 13 (10,8%) δήλωσαν ότι απέκτησαν εκ γενετής την αναπηρία τους, 2 (1,7%) άτομα δήλωσαν ότι απέκτησαν την αναπηρία στην ηλικία των 18 ετών, 3 (2,5%) άτομα στην ηλικία των 20 ετών, 1 (0,8%) άτομο στην ηλικία των 22 ετών, 2 (1,7%) άτομα στην ηλικία των 23, 1 (0,8%) άτομο στην ηλικία των 26, 1 (0,8%) άτομο στην ηλικία των 30, 1 (0,8%) άτομο στην ηλικία των 32, 1 (0,8%) άτομο στην ηλικία των 36, 1 (0,8%) άτομο στην ηλικία των 38, 1 (0,8%) άτομο στην ηλικία των 42, 1(0,8%) άτομο στην ηλικία των 48, 1 (0,8%) άτομο στην ηλικία των 52 και 1 (0,8%) άτομο στην ηλικία των 82. Από τα άτομα με οπτική αναπηρία, τα 19 (15,8%) δήλωσαν ότι απέκτησαν εκ γενετής την αναπηρία τους, 1 (0,8%) άτομο ότι απέκτησε την αναπηρία στην ηλικία του 1 έτους, 1 (0,8%) άτομο ότι απέκτησε την αναπηρία στην ηλικία των 2 ετών, 1 (0,8%) άτομο ότι απέκτησε την αναπηρία στην ηλικία των 5 ετών, 1(0,8%) άτομο ότι απέκτησε την αναπηρία στην ηλικία των 6 ετών, 1 (0,8%) άτομο ότι απέκτησε την αναπηρία στην ηλικία των 7 ετών, 3 (2,5%) άτομα ότι απέκτησαν την αναπηρία στην ηλικία των 15 ετών, 1 (0,8%) άτομο ότι απέκτησε την αναπηρία στην ηλικία των 17 ετών, 1 (0,8%) άτομο ότι απέκτησε την αναπηρία στην ηλικία των 18 ετών και 1 (0,8%) άτομο ότι απέκτησε την αναπηρία στην ηλικία των 82 ετών. Από τα άτομα με ακουστική αναπηρία, τα 26 (21,7%) δήλωσαν ότι απέκτησαν εκ γενετής την αναπηρία τους, 1 (0,8%) άτομο ότι απέκτησε την αναπηρία στην ηλικία των 2 ετών, 1 (0,8%) άτομο ότι απέκτησε την αναπηρία στην ηλικία των 3 ετών, 1 (0,8%) άτομο ότι απέκτησε την αναπηρία στην ηλικία των 42 ετών και 1 (0,8%) άτομο ότι απέκτησε την αναπηρία στην ηλικία των 48 ετών.

Ως προς το ποιον από τους δύο γονείς αισθάνονται πιο κοντά τους οι συμμετέχοντες, από τα 30 άτομα με σωματική αναπηρία, τα 5 (4,2%) δήλωσαν τον πατέρα και τα 25 (20,8%) την μητέρα. Από τα 30 άτομα με οπτική αναπηρία, τα 9 (7,5%) άτομα δήλωσαν τον πατέρα και τα 21 (17,5%) ότι αισθάνονται πιο κοντά τους τη μητέρα τους. Από τα 30 άτομα με ακουστική αναπηρία, τα 7 (5,8%) δήλωσαν τον πατέρα τους και τα 23 (19,2%) την μητέρα τους. Από 30 άτομα χωρίς αναπηρία τα 5 (4,2%) δήλωσαν τον πατέρα τους και τα 25 (20,8%) τη μητέρα τους.

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα των συμμετεχόντων, από τα 30 άτομα με σωματική αναπηρία, τα 10 (8,3%) δήλωσαν ότι ο πατέρας τους είναι

απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, τα 5 (4,2%) ότι είναι απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, 1 (0,8%) δήλωσε ότι ο πατέρας του έχει μεταπτυχιακές σπουδές, κανένας (0,0%) πατέρας με διδακτορικό και 14 (11,7%) δήλωσαν ότι ο πατέρας τους δεν είναι απόφοιτος από κανένα από τα παραπάνω. Από τα 30 άτομα με οπτική αναπηρία, τα 7 (5,8%) δήλωσαν ότι ο πατέρας τους είναι απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, τα 5 (4,2%) ότι είναι απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, κανένας (0,0%) δεν δήλωσε ότι ο πατέρας του έχει μεταπτυχιακές σπουδές, κανένας (0,0%) πατέρας με διδακτορικό και 18 (15,0%) δήλωσαν ότι ο πατέρας τους δεν είναι απόφοιτος από κανένα από τα παραπάνω. Από τα 30 άτομα με ακουστική αναπηρία, τα 6 (5,0%) δήλωσαν ότι ο πατέρας τους είναι απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, κανένας (0,0%) δεν είναι απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, 1 (0,8%) δήλωσε ότι ο πατέρας του έχει μεταπτυχιακές σπουδές, 1 (0,8%) πατέρας με διδακτορικό και 22 (18,3%) δήλωσαν ότι ο πατέρας τους δεν είναι απόφοιτος από κανένα από τα παραπάνω. Από τα 30 άτομα χωρίς αναπηρία, τα 6 (5,0%) δήλωσαν ότι ο πατέρας τους είναι απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, τα 9 (7,5%) ότι είναι απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, 3 (2,5%) δήλωσαν ότι ο πατέρας τους έχει μεταπτυχιακές σπουδές, κανένας (0,0%) πατέρας με διδακτορικό και 12 (10,0%) δήλωσαν ότι ο πατέρας τους δεν είναι απόφοιτος από κανένα από τα παραπάνω. Συνολικά από όλο το δείγμα τα 29 (24,2%) άτομα δήλωσαν ότι ο πατέρας τους είναι απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, τα 19 (15,8%) ότι είναι απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, 5 (4,2%) δήλωσαν ότι ο πατέρας τους έχει μεταπτυχιακές σπουδές, 1 (0,8%) πατέρας με διδακτορικό και 66 (55,0%) δήλωσαν ότι ο πατέρας τους δεν είναι απόφοιτος από κανένα από τα παραπάνω.

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας των συμμετεχόντων, από τα 30 άτομα με σωματική αναπηρία, τα 14 (11,7%) δήλωσαν ότι η μητέρα τους είναι απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, τα 3 (2,5%) ότι είναι απόφοιτη τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, 1 (0,8%) δήλωσε ότι η μητέρα του έχει μεταπτυχιακές σπουδές, καμία (0,0%) μητέρα με διδακτορικό και 12 (10,0%) δήλωσαν ότι η μητέρα τους δεν είναι απόφοιτη από κανένα από τα παραπάνω. Από τα 30 άτομα με οπτική αναπηρία, τα 6 (5,0%) δήλωσαν ότι η μητέρα τους είναι απόφοιτη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, τα 6 (5,0%) ότι είναι απόφοιτη τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, κανένας (0,0%) δεν δήλωσε ότι η μητέρα του έχει μεταπτυχιακές σπουδές, καμία (0,0%) μητέρα με διδακτορικό και 18 δήλωσαν ότι η μητέρα τους δεν είναι απόφοιτη από κανένα από τα παραπάνω. Από τα 30 άτομα με ακουστική αναπηρία, τα 6 (5,0%) δήλωσαν ότι η μητέρα τους

είναι απόφοιτη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 2 (1,7%) ότι είναι απόφοιτη τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, κανένας (0,0%) ότι η μητέρα του έχει μεταπτυχιακές σπουδές, 3 (2,5%) άτομα ότι η μητέρα έχει διδακτορικό και 19 (15,8%) δήλωσαν ότι η μητέρα τους δεν είναι απόφοιτος από κανένα από τα παραπάνω. Από τα 30 άτομα χωρίς αναπηρία, τα 8 (6,7%) δήλωσαν ότι η μητέρα τους είναι απόφοιτη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, τα 9 (7,5%) ότι είναι απόφοιτη τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, κανένας (0,0%) δεν δήλωσε ότι η μητέρα τους έχει μεταπτυχιακές σπουδές, καμία (0,0%) μητέρα με διδακτορικό και 13 (10,8%) δήλωσαν ότι η μητέρα τους δεν είναι απόφοιτη από κανένα από τα παραπάνω. Συνολικά από όλο το δείγμα τα 34 (28,3%) άτομα δήλωσαν ότι η μητέρα τους είναι απόφοιτη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, τα 20 (16,7%) ότι είναι απόφοιτη τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, 1 (0,8%) δήλωσε ότι η μητέρα του/της έχει μεταπτυχιακές σπουδές, 3 (2,5%) μητέρες με διδακτορικό και 62 (51,7%) δήλωσαν ότι η μητέρα τους δεν είναι απόφοιτη από κανένα από τα παραπάνω.

Ως προς τον αριθμό των αδελφών που έχουν οι συμμετέχοντες στο δείγμα της έρευνας, από τα 30 άτομα με σωματική αναπηρία, τα 12 (10,0%) δήλωσαν ότι έχουν 1 αδελφό/ή, τα 11 (9,2%) ότι έχουν 2 αδέρφια, 4 (3,3%) άτομα δήλωσαν ότι έχουν 3 αδέρφια, 2 (1,7%) άτομα δήλωσαν ότι έχουν 4 αδέρφια και 1 (0,8%) άτομο ότι έχει από 5 αδέρφια και άνω. Από τα 30 άτομα με οπτική αναπηρία, 1 (0,8%) δήλωσε ότι δεν έχει καθόλου αδέρφια, τα 15 (12,5%) δήλωσαν ότι έχουν 1 αδελφό/ή, τα 7 (5,8%) ότι έχουν 2 αδέρφια, 5 (4,2%) άτομα δήλωσαν ότι έχουν 3 αδέρφια, κανένα (0,0%) άτομο δεν δήλωσε ότι έχει 4 αδέρφια και 2 (1,7%) άτομα ότι έχουν από 5 αδέρφια και άνω. Από τα 30 άτομα με ακουστική αναπηρία, τα 13 (10,8%) δήλωσαν ότι έχουν 1 αδελφό/ή, τα 12 (10,0%) ότι έχουν 2 αδέρφια, 4 (3,3%) άτομα δήλωσαν ότι έχουν 3 αδέρφια, 1 (0,8%) άτομο δήλωσε ότι έχει 4 αδέρφια και κανένα (0,0%) άτομο δεν δήλωσε ότι έχει από 5 αδέρφια και άνω. Από τα 30 άτομα χωρίς αναπηρία, τα 18 (15,0%) δήλωσαν ότι έχουν 1 αδελφό/ή, τα 8 (6,7%) ότι έχουν 2 αδέρφια, 2 (1,7%) άτομα δήλωσαν ότι έχουν 3 αδέρφια, κανένα (0,0%) άτομο δεν δήλωσε ότι έχει 4 αδέρφια και 2 (1,7%) άτομα ότι έχουν από 5 αδέρφια και άνω. Συνολικά, 1 (0,8%) άτομο δήλωσε ότι δεν έχει αδέρφια, τα 58 (48,3%) δήλωσαν ότι έχουν 1 αδελφό/ή, τα 38 (31,7%) ότι έχουν 2 αδέρφια, 15 (12,5%) άτομα δήλωσαν ότι έχουν 3 αδέρφια, 3 (2,5%) άτομα δήλωσαν ότι έχουν 4 αδέρφια και 5 (4,2%) άτομα ότι έχουν από 5 αδέρφια και άνω.

Όσον αφορά τη συχνότητα της χρήσης των μέσων κοινωνικής δικτύωσης (facebook κλπ), από τα 30 άτομα με σωματική αναπηρία, τα 11 (9,2%) απάντησαν ότι χρησιμοποιούν πάρα πολύ τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, τα 13 (10,8%) μέτρια, τα 2 (1,7%) κάπως και 4 (3,3%) καθόλου συχνά. Από τα 30 άτομα με οπτική αναπηρία, τα 9 (7,5%) απάντησαν ότι χρησιμοποιούν πάρα πολύ τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, τα 7 (5,8%) μέτρια, τα 4 (3,3%) κάπως και 10 (8,3%) καθόλου συχνά. Από τα 30 άτομα με ακουστική αναπηρία, τα 6 (5,0%) απάντησαν ότι χρησιμοποιούν πάρα πολύ τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, τα 8 (6,7%) μέτρια, τα 10 (8,3%) κάπως και 6 (5,0%) καθόλου συχνά. Από τα 30 άτομα χωρίς αναπηρία, τα 13 (10,8%) απάντησαν ότι χρησιμοποιούν πάρα πολύ τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, τα 13 (10,8%) μέτρια, το 1 (0,8%) κάπως και 3 (2,5%) καθόλου συχνά. Συνολικά 39 (32,5%) απάντησαν ότι χρησιμοποιούν πάρα πολύ τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, τα 41 (34,2%) άτομα απάντησαν μέτρια, τα 17 (14,2%) κάπως και τα 23 (19,2%) άτομα, καθόλου συχνά.

Όσον αφορά το ποια άτομα αισθάνονται πιο κοντά τους ανάμεσα στους γονείς, τους συγγενείς και τους φίλους, από τα 30 άτομα με σωματική αναπηρία, τα 12 (10,0%) απάντησαν τους γονείς, τα 8 (6,7%) τους φίλους και τα 10 (8,3%) συγγενείς. Από τα 30 άτομα με οπτική αναπηρία, τα 8 (6,7%) απάντησαν τους γονείς, τα 12 (10,0%) τους φίλους και τα 10 (8,3%) συγγενείς. Από τα 30 άτομα με ακουστική αναπηρία, τα 4 (3,3%) απάντησαν τους γονείς, τα 7 (5,8%) τους φίλους και τα 19 (15,8%) συγγενείς. Από τα 30 άτομα χωρίς αναπηρία, τα 13 (10,8%) απάντησαν τους γονείς, τα 7 (5,8%) τους φίλους και τα 10 (8,3%) συγγενείς. Συνολικά, 37 (30,8%) άτομα δήλωσαν πιο κοντά τους τους γονείς τους, 34 (28,3%) άτομα τους φίλους τους και 49 (40,8%) άτομα τους συγγενείς.

Ως προς το κατά πόσο ευτυχισμένοι αισθάνονται οι συμμετέχοντες από το 1 έως το 10, από τα 30 άτομα με σωματική αναπηρία, 3 (2,5%) άτομα απάντησαν το Νο4, 2 (1,7%) άτομα το Νο5, 3 (2,5%) άτομα το Νο6, 7 (5,8%) άτομα το Νο7, 5 (4,2%) άτομα το Νο8, 7 (5,8%) άτομα το Νο9 και 3 (2,5%) άτομα το Νο10. Από τα 30 άτομα με οπτική αναπηρία, 2 (1,7%) άτομα απάντησαν το Νο1, 1 (0,8%) άτομο το Νο3, 5 (4,2%) άτομα το Νο5, 7 (5,8%) άτομα το Νο6, 8 (6,7%) άτομα το Νο7, 7 (5,8%) άτομα το Νο8. Από τα 30 άτομα με ακουστική αναπηρία, 1 (0,8%) άτομο απάντησε το Νο4, 2 (1,7%) άτομα το Νο6, 3 (2,5%) άτομα το Νο7, 9 (7,5%) άτομα το Νο8, 7 (5,8%) άτομα το Νο9 και 8 (6,7%) άτομα το Νο10. Από τα 30 άτομα χωρίς αναπηρία, 1 (0,8%) άτομο απάντησε το Νο2, 1 (0,8%) άτομο το Νο5, 1 (0,8%) άτομο το Νο6, 10 (8,3%) άτομα το Νο7, 8 (6,7%) άτομα το Νο8, 6 (5,0%) άτομα το

No9 και 3 (2,5%) άτομα το No10. Συνολικά 2 (1,7%) άτομα απάντησαν το No1, 1 (0,8%) άτομο το No2, 1 (0,8%) άτομο το No3, 4 (3,3%) άτομα απάντησαν το No4, 8 (6,7%) άτομα το No5, 13 (10,8%) άτομα το No6, 28 (23,4%) άτομα το No7, 29 (24,2%) άτομα το No8, 20 (16,6%) άτομα το No9 και 14 (11,7%) άτομα το No10.

Όσον αφορά τη μορφή διαβίωσης, από τα άτομα με σωματική αναπηρία, 3 (2,5%) άτομα ζουν μόνα τους, 7 (5,8%) με τους γονείς τους, 5 (4,2%) με συγγενείς, 2 (1,7%) με φίλους και 13 (10,8%) με τον/την σύντροφό τους. Από τα άτομα με οπτική αναπηρία, 9 (7,5%) άτομα ζουν μόνα τους, 9 (7,5%) με τους γονείς τους, 5 (4,2%) με συγγενείς, 0 (0,0%) με φίλους και 7 (5,8%) με τον/την σύντροφό τους. Από τα άτομα με ακουστική αναπηρία, 2 (1,7%) άτομα ζουν μόνα τους, 5 (4,2%) με τους γονείς τους, 5 (4,2%) με συγγενείς, 1 (0,8%) με φίλους και 17 (14,2%) με τον/την σύντροφό τους. Από τα άτομα χωρίς αναπηρία, 4 (3,3%) άτομα ζουν μόνα τους, 9 (7,5%) με τους γονείς τους, κανένα (0,0%) άτομο με συγγενείς, κανένα (0,0%) με φίλους και 17 (14,2%) με τον/την σύντροφό τους. Συνολικά, τα 18 (15,0%) άτομα ζουν μόνα τους, 30 (25,0%) με τους γονείς τους, 15 (12,5%) με συγγενείς, 3 (2,5%) με φίλους και 54 (45,0%) με τον/την σύντροφό τους.

Ως προς την αίσθηση κατάθλιψης που έχουν οι συμμετέχοντες στην έρευνα, από τα 30 άτομα με σωματική αναπηρία, 1 (0,8%) άτομο απάντησε ναι, 21 (17,5%) άτομα όχι και 8 (6,7%) άτομα ίσως. Από τα 30 άτομα με οπτική αναπηρία, κανένα (0,0%) άτομο δεν απάντησε ναι, 20 (16,7%) άτομα όχι και 10 (8,3%) άτομα ίσως. Από τα 30 άτομα με ακουστική αναπηρία, κανένα (0,0%) άτομο δεν απάντησε ναι, 26 (21,7%) άτομα όχι και 4 (3,3%) άτομα ίσως. Από τα 30 άτομα χωρίς αναπηρία, κανένα άτομο (0,0%) δεν απάντησε ναι, 21 (17,5%) άτομα όχι και 9 (7,5%) άτομα ίσως. Συνολικά, 1 (0,8%) άτομο απάντησε ναι, 88 (73,3%) άτομα όχι και 31 (25,8%) άτομα ίσως.

Όσον αφορά, την αναζήτηση βοήθειας για θέματα που αφορούν τη διαβίωση των συμμετεχόντων από ανεπίσημες πηγές, από τα 30 άτομα με σωματική αναπηρία, τα 15 (12,5%) απάντησαν ναι και τα 15 (12,5%) όχι. Από τα 30 άτομα με οπτική αναπηρία, τα 15 (12,5%) απάντησαν ναι και τα 15 (12,5%) όχι. Από τα 30 άτομα με ακουστική αναπηρία, τα 17 (14,2%) απάντησαν ναι και τα 13 (10,8%) όχι. Από τα 30 άτομα με σωματική αναπηρία, τα 7 (5,8%) απάντησαν ναι και τα 23 (19,2%) όχι. Συνολικά, τα 54 (45,0%) άτομα απάντησαν ναι και τα 66 (55,0%) όχι.

Ως προς το αν οι συμμετέχοντες έχουν κάποιο χόμπι, από τα 30 άτομα με σωματική αναπηρία, τα 22 (18,3%) άτομα απάντησαν ναι και τα 8 (6,7%) όχι. Από τα

30 άτομα με οπτική αναπηρία, τα 15 (12,5%) άτομα απάντησαν ναι και τα 15 (12,5%) όχι. Από τα 30 άτομα με ακουστική αναπηρία, τα 24 (20,0%) άτομα απάντησαν ναι και τα 6 (5,0%) όχι. Από τα 30 άτομα χωρίς αναπηρία, τα 20 (16,7%) άτομα απάντησαν ναι και τα 10 (8,3%) όχι. Συνολικά, τα 81 (67,5%) άτομα απάντησαν ναι και τα 39 (32,5%) άτομα όχι.

Όσον αφορά το πόσους φίλους έχουν οι συμμετέχοντες, από τα 30 άτομα με σωματική αναπηρία, το 1 (0,8%) άτομο απάντησε ότι έχει 2 φίλους, 1 (0,8%) άτομο απάντησε ότι έχει 3 φίλους, 2 (1,7%) άτομα 4 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 5 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 7 φίλους, 2 (1,7%) άτομα 10 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 12 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 13 φίλους, 2 (1,7%) άτομα 15 φίλους, 9 (7,5%) άτομα 20 φίλους, 3 (2,5%) άτομα 30 φίλους, 3 (2,5%) άτομα 50 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 100 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 400 φίλους, και 1 (0,8%) άτομο δήλωσε ότι έχει 500 φίλους. Από τα 30 άτομα με οπτική αναπηρία, το 1 (0,8%) άτομο απάντησε δεν έχει καθόλου φίλους, 1 (0,8%) άτομο απάντησε ότι έχει 4 φίλους, 4 (3,3%) άτομα 5 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 6 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 7 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 8 φίλους, 7 (5,8%) άτομα 10 φίλους, 31 (25,8%) άτομα 12 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 14 φίλους, 4 (3,3%) άτομα 15 φίλους, 4 (3,3%) άτομα 20 φίλους, 2 (1,7%) άτομα 50 φίλους. Από τα 30 άτομα με ακουστική αναπηρία, το 1 (0,8%) άτομο απάντησε ότι έχει 1 φίλο, 1 (0,8%) άτομο απάντησε ότι έχει 2 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 3 φίλους, 2 (1,7%) άτομα 5 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 6 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 7 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 8 φίλους, 9 (7,5%) άτομα 10 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 12 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 15 φίλους, 7 (5,8%) άτομα 20 φίλους, 2 (1,7%) άτομα 30 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 100 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 150 φίλους. Από τα 30 άτομα χωρίς αναπηρία, τα 2 (1,7%) άτομα απάντησαν ότι έχουν 2 φίλους, 2 (1,7%) άτομα απάντησαν ότι έχουν 3 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 4 φίλους, 5 (4,2%) άτομα 5 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 8 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 9 φίλους, 4 (3,3%) άτομα 10 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 14 φίλους, 7 (5,8%) άτομα 15 φίλους, 2 (1,7%) άτομα 20 φίλους, 3 (2,5%) άτομα 30 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 100 φίλους.

Όσον αφορά το πόσους στενούς φίλους έχουν οι συμμετέχοντες, από τα 30 άτομα με σωματική αναπηρία, τα 2 (1,7%) άτομα απάντησε ότι έχουν 1 φίλο, 5 (4,2%) άτομα απάντησαν ότι έχουν 2 φίλους, 4 (3,3%) άτομα 3 φίλους, 7 (5,8%) άτομα 5 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 6 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 8 φίλους, 3 (2,5%) άτομα 10 φίλους, 2 (1,7%) άτομα 15 φίλους, 3 (2,5%) άτομα 20 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 30 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 40 φίλους. Από τα 30 άτομα με οπτική αναπηρία, τα 2 (1,7%) άτομα απάντησαν ότι δεν έχουν καθόλου φίλους, 6 (5,0%) άτομα απάντησαν ότι

έχουν 2 φίλους, 7 (5,8%) άτομα 3 φίλους, 6 (5,0%) άτομα 4 φίλους, 5 (4,2%) άτομα 5 φίλους, 2 (1,7%) άτομα 7 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 8 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 10 φίλους. Από τα 30 άτομα με ακουστική αναπηρία, τα 2 (1,7%) άτομα απάντησαν ότι έχουν 1 φίλο, 7 (5,8%) άτομα απάντησαν ότι έχουν 2 φίλους, 3 (2,5%) άτομα 3 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 4 φίλους, 9 (7,5%) άτομα 5 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 6 φίλους, 6 (5,0%) άτομα 10 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 15 φίλους. Από τα 30 άτομα χωρίς αναπηρία, τα 2 (1,7%) άτομα απάντησαν ότι έχουν 1 φίλο, 7 (5,8%) άτομα απάντησαν ότι έχουν 2 φίλους, 6 (5,0%) άτομα 3 φίλους, 5 (4,2%) άτομα 4 φίλους, 5 (4,2%) άτομα 5 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 6 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 8 φίλους, 2 (1,7%) άτομα 10 φίλους, 1 (0,8%) άτομο 20 φίλους.

6.4 Ερευνητικά εργαλεία

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν το ερωτηματολόγιο, στο οποίο αρχικά υπήρχε ένα κείμενο με οδηγίες και πληροφορίες ως προς την έρευνα, για το άτομο που θα το συμπλήρωνε. Στη συνέχεια, αναφέρονται 22 ερωτήσεις για τα ατομικά στοιχεία του ατόμου και έπειτα ακολουθούν τρία ερωτηματολόγια με 56 ερωτήσεις, όπου το κάθε ερωτηματολόγιο μελετά τις μεταβλητές της παρούσας μελέτης (κοινωνική υποστήριξη, άγχος, αυτοεκτίμηση) (Παράρτημα Ι).

6.4.1 Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης (Σύντομη Μορφή) - Short Form Social Support Questionnaire, (SSQ-6, Sarason et al, 1987), (Προσαρμογή: Καφέτσος, 2000)

Το ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης (Short Form Social Support Questionnaire, SSQ-6) των Sarason και συν. (1987) πραγματοποιήθηκε ώστε να κατανοηθεί η στήριξη που δίνεται στα άτομα από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον και ο βαθμός ικανοποίησης που λαμβάνουν από αυτά. Αρχική εκδοχή αποτελεί η κλίμακα των 27 σημείων. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δύο μετρήσεις: μια ημιδομική μέτρηση κοινωνικής στήριξης (αριθμός ατόμων που υποστηρίζουν ψυχολογικά) και μια μέτρηση καθολικής λειτουργικότητας (ικανοποίηση από την παρεχόμενη υποστήριξη). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος, οι συμμετέχοντες αναφέρουν τον αριθμό των ατόμων του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος στα οποία μπορούν να στραφούν για στήριξη σε έξι διαφορετικές περιοχές. Το δεύτερο μέρος της κλίμακας μετρά τον

βαθμό της ικανοποίησης από την υποστήριξη που έχουν σε αυτές τις έξι περιοχές. Το ερωτηματολόγιο προσαρμόστηκε αρχικά σε δείγμα 232 ατόμων (αστικό και ημιαστικό Βόρειας Ελλάδας), ηλικίας από 18 έως 67 ετών (μέσος όρος 36,9, τυπική απόκλιση 12,9), ισοσταθμισμένο ως προς το φύλο (49% άνδρες). Το 77% του δείγματος είχε μόνιμη εργασία και αρκετά υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (Kafetsios, & Sideridis, 2006). Ο τρόπος βαθμολόγησης έχει ως εξής. Εξάγονται δύο βαθμολογίες. Στην πρώτη υπολογίζεται αθροιστικά ο αριθμός των ατόμων που παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη. Για κάθε ερώτημα δίνεται μια απάντηση από το 0 (κανένα άτομο για υποστήριξη) έως το 9 (ο συμμετέχων καταγράφει τα αρχικά των ονομάτων των 9 ατόμων). Έτσι, η τελική βαθμολογία σε αυτό το σκέλος κυμαίνεται από 0 έως 54 (μπορεί να διαιρεθεί με τον αριθμό των ερωτημάτων για να αποδοθεί ο μέσος όρος). Στο δεύτερο σκέλος υπολογίζεται αθροιστικά ο βαθμός ικανοποίησης από την υποστήριξη που δέχεται το άτομο σε καθεμία από τις έξι περιοχές/ερωτήματα σε μια κλίμακα που κυμαίνεται από 1 (καθόλου ικανοποιημένος) έως το 6 (πολύ ικανοποιημένος). Η τελική βαθμολογία λοιπόν, κυμαίνεται από 6 έως 36. Η μέση τιμή της υποκλίμακας του βαθμού ικανοποίησης από την κοινωνική υποστήριξη είναι 32.3 και η μέση τιμή της υποκλίμακας μέτρησης του αριθμού των ατόμων που παρέχουν κοινωνική 156 υποστήριξη είναι 19.4. Στη συνέχεια, η κλίμακα έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά αρχικά από τους Γεώργια και Δραγώνα (1988) και αργότερα από τον Καφέτσιο (2000) και από τις Ρούσση και Βασιλάκη (2001). Στην παρούσα έρευνα θα χρησιμοποιηθεί η Ελληνική έκδοση του Καφέτσιου. Σύμφωνα με τον Καφέτσιο (2006), η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας της πρώτης υποκλίμακας ήταν 0.92 και της δεύτερης 0.89 (Μπάμπαλου, 2015. Σταλίκας, Τριλίβα, & Ρούσση, 2012, σ.701).

6.4.2 Κλίμακα άγχους του Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory-STAI, Spielberger, 1970) (Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό: Λιάκος & Γιαννίτση, 1984)

Σύμφωνα με τους Spielberger, Gorush και Lushene (1970) το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται για να μετρήσει το άγχος. Διαφέρει συγκεκριμένα το άγχος ως κατάσταση (A-State) από το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (A-Trait). Στη συνέχεια, αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς περιέχοντας 40 θέματα στα οποία πρέπει να απαντήσουν οι συμμετέχοντες. Τα 40 θέματα χωρίζονται σε δύο ενότητες με 20 θέματα η κάθε μία.

Πιο συγκεκριμένα απαντούν σε τέσσερις πιθανές απαντήσεις (καθόλου, κάπως, μέτρια και πάρα πολύ) ανάλογα με την περιγραφή της κάθε πρότασης και τι τους χαρακτηρίζει. Οι απαντήσεις για πρώτα 20 θέματα είναι οι εξής: τύπου Likert - 1=καθόλου, 2=κάπως, 3=μετρια, 4=πάρα πολύ και για τα υπόλοιπα 20 θέματα οι εξής: 1=σχεδόν ποτέ, 2=μερικές φορές, 3=συχνά, 4=σχεδόν πάντα. Τα πρώτα 20 θέματα αφορούν το πως αισθάνεται κανείς τη στιγμή που απαντά στο ερωτηματολόγιο (το άγχος ως κατάσταση) και τα υπόλοιπα 20 θέματα απαντώνται με βάση το πως το άτομο αισθάνεται γενικά (άγχος ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας) (Spielberger, Gorush & Lushene, 1970). Η προσαρμογή βασίστηκε σε δείγμα 73 τελειόφοιτων της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η μέση τιμή για το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ήταν 34,54 για τους άνδρες και 37,47 για τις γυναίκες. Η μέση τιμή για το άγχος ως κατάσταση ήταν 35,11 για τους άνδρες και 37,34 για τις γυναίκες. Ως προς τη βαθμολόγηση, υπάρχουν 2 υποκλίμακες: η A-State (θέματα 1-20) και η A-Trait (θέματα 21-40). Οι συμμετέχοντες απαντούν στα θέματα βάσει μιας κλίμακας τεσσάρων διαβαθμίσεων όπως προαναφέρθηκε (από το 1 έως το 4). Οι ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 20, 21, 26, 27, 33, 36 και 39 βαθμολογούνται αντίστροφα (4=1), (3=2), (2=3), (1=4). Η βαθμολόγηση γίνεται με την άθροιση όλων των ερωτήσεων. Το σύνολο του άγχους εκτιμάται από το σύνολο των 40 θεμάτων, παρέχοντας αθροιστικά την τελική βαθμολογία (εύρους 20 έως 80). Η τελική βαθμολογία αν κυμαίνεται μεταξύ 20-39 δείχνει χαμηλό άγχος, αν κυμαίνεται μεταξύ 40-59 παρουσιάζει μέτριο άγχος, ενώ αν είναι μεγαλύτερη του 60 δείχνει το υψηλό άγχος του συμμετέχοντος. Τέλος, το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία της τάξης του 0.96 για το άγχος που αισθάνονται που συμμετέχοντες αυτή τη στιγμή και 0.98 για το άγχος που τους διακατέχει γενικά, μόνιμα. (Δελήμπαση, 2014. Σταλίκας, Τριλίβα, & Ρούσση, 2012, σ.134).

6.4.3 Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg, Rosenberg Self-Esteem Scale-RSES (Rosenberg, 1965) (Προσαρμογή: Τσαγκαράκης, Καφέτσος & Σταλίκας, 2012)

Η Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg (1965) αποτελεί μία κλίμακα η οποία μετρά την γενικότερη αυτοεκτίμηση των ατόμων. Είναι μία κλίμακα που έχει χρησιμοποιηθεί αρκετά στη βιβλιογραφία διεθνώς και έτσι έχει αποδειχθεί αδιαμφισβήτητη η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της. Όσον αφορά τις έρευνες της

χώρας μας, έχουν δείξει για τη συγκεκριμένη κλίμακα ότι η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (δείκτης Chronbach's α) είναι 0,85. Πιο συγκεκριμένα, η κλίμακα περιέχει 10 προτάσεις-θέματα με τα οποία μετρίεται η γενική αυτοεκτίμηση των συμμετεχόντων. Οι πιθανές απαντήσεις που μπορούν να δοθούν είναι τύπου Likert και είναι οι εξής: 1=διαφωνώ απόλυτα, 2=διαφωνώ, 3=συμφωνώ, 4= συμφωνώ απόλυτα. Την βαθμολογία αποτελεί το άθροισμα των απαντήσεων στα 10 θέματα, με 5 από αυτά να έχουν αρνητική κωδικοποίηση. Η τελική βαθμολογία βρίσκεται μεταξύ 10 και 40 και δείχνει το μέγεθος της αυτοεκτίμησης. Αν δηλαδή βρίσκεται κοντά στο 40 η αυτοεκτίμηση κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα, ενώ αν βρίσκεται κοντά στο 10 τότε κυμαίνεται σε χαμηλά (Βορδώνη, 2017). Τέλος, η κλίμακα προσαρμόστηκε σε δείγμα 282 φοιτητών (αστικό και ημιαστικό) με μέσο όρο ηλικίας τα 21 έτη (75% γυναίκες). Η μετάφραση ελέγχθηκε σε δείγμα 30 δίγλωσσων φοιτητών. Η συσχέτιση μεταξύ της αγγλικής και της ελληνικής κλίμακας ήταν $r=0,94$ (Σταλίκας, Τριλίβα, & Ρούσση, 2012, σ.574).

6.5 Επιλογή δείγματος-Συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Η επιλογή του δείγματος της παρούσας έρευνας έγινε με απλή τυχαία δειγματοληψία από ενήλικα άτομα με αναπηρία και συγκεκριμένα με σωματική, οπτική και ακουστική αναπηρία αλλά και από κάποια άτομα χωρίς αναπηρία. Η επιλογή του δείγματος έγινε κάτω από συγκεκριμένα κριτήρια τα οποία έπρεπε να πληρούν οι συμμετέχοντες. Αυτά ήταν η ηλικία, όπως προαναφέραμε, καθώς το δείγμα έπρεπε να είναι άνω των 18 ετών, η ομιλία να είναι της ελληνικής γλώσσας αλλά και η διαμονή στον ελλαδικό χώρο. Επιπλέον, κριτήρια αποτέλεσαν η εθελοντική συμμετοχή των ατόμων, η προφορική επικοινωνία και η πληροφόρηση για το σκοπό της έρευνας ώστε να συμμετέχουν τα άτομα με αναπηρία και χωρίς κα τέλος η επικοινωνία με άλλο πρόσωπο το οποίο εξηγεί και βοηθά τα άτομα με αναπηρία ως προς τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Τα ερωτηματολόγια συγκεντρώθηκαν από τον Οκτώβριο του 2017 μέχρι και τον Φεβρουάριο του 2018. Οι περιοχές στις οποίες διανεμήθηκαν ήταν σε διάφορους συλλόγους αλλά και μεμονωμένα άτομα στις περιοχές της Θεσσαλονίκης, της Ηπείρου και της Θεσσαλίας. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν google forms και μέσα

κοινωνικής δικτύωσης για την προώθηση των ερωτηματολογίων, κι έτσι απαντήθηκαν από άτομα και συλλόγους σε όλη την Ελλάδα.

6.6 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων

Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IMB SPSS version 22.0 (Statistical Package for Social Sciences- Στατιστικό πακέτο εφαρμογών για τις Κοινωνικές Επιστήμες).

Όσον αφορά τον έλεγχο των μέσων όρων των μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε το παραμετρικό τεστ ANOVA και το ANCOVA. Όσον αφορά την επεξεργασία και τον έλεγχο των ονομαστικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Pearson's Chi-square (χ^2) test. Η βασική συνθήκη για το Chi square είναι να μην υπάρχουν κελιά στο πίνακα με πλήθος τιμών μικρότερο από 5 κατά το μέγιστο στο 25% των κελιών.

Επιπλέον, όσον αφορά τη συνοχή που υπήρχε στις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, ο υπολογισμός έγινε μέσω του δείκτη Chronbach α , ο οποίος και είναι δηλαδή, ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας (internal consistency coefficient), ένας δείκτης που έχει χρησιμοποιηθεί πολύ διεθνώς και σε μεγάλο εύρος, μετρά την αξιοπιστία και από το 1951 όπου και εντοπίστηκε από τον Chronbach του οποίου το όνομα και πήρε. Για τον τελευταίο δείκτη, μόνο οι θετικές τιμές έχουν ουσία και νόημα και οι τιμές του μπορεί να διακυμαίνονται από το μείον άπειρο έως το 1. Ακόμη, για την παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε και το μη παραμετρικό τεστ Spearman Rho για τον έλεγχο των συσχετίσεων των μεταβλητών.

Τέλος, το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0.05. το επίπεδο σημαντικότητας p περιλαμβάνει κάποιες τιμές, τις λεγόμενες κρίσιμες τιμές όπου μπορεί να κατανοηθεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ μεταβλητών ή όχι. Αν λοιπόν, το επίπεδο σημαντικότητας p είναι μικρότερο των κρίσιμων τιμών, υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των μεταβλητών ή κάποια διαφορά στατιστικά σημαντική.

6.7 Αποτελέσματα

Στο συγκεκριμένο σημείο της παρούσας μελέτης ξεκινά η ανάλυση των αποτελεσμάτων. Θα δοθούν οι ερευνητικές υποθέσεις και τα αποτελέσματά τους αναλυτικά.

6.7.1 Διερεύνηση της επίδρασης της κοινωνικής υποστήριξης και της ύπαρξης κάποιου χόμπι στον βαθμό ικανοποίησης από την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν τα άτομα με και χωρίς αναπηρία

Για να εξεταστεί η παραπάνω ερευνητική συσχέτιση υπολογίστηκε ο αριθμός των ατόμων που υποστηρίζουν κοινωνικά και ψυχολογικά τα άτομα με αναπηρία από την κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης (Σύντομη Μορφή) - Short Form Social Support Questionnaire, (SSQ-6) (Προσαρμογή: Καφέτσος, 2000). Για να ελεγχθεί αν ισχύει η συγκεκριμένη συσχέτιση, εξετάστηκαν τέσσερις συνολικά μεταβλητές: η εξηρημένη που είναι συνεχής και είναι ο αριθμός των ατόμων που υποστηρίζουν κοινωνικά τον ερωτώμενο, δύο ανεξάρτητες μεταβλητές που είναι διακριτές, το «έχετε κάποιο χόμπι» και το «είδος αναπηρίας» και μία ανεξάρτητη μεταβλητή ο «βαθμός ικανοποίησης» που είναι συνεχής. Χρησιμοποιήθηκε στο SPSS η μέθοδος της Ανάλυσης Συνδιακύμανσης (ANCOVA) (πίνακας 4).

Παρατηρούμε λοιπόν, ότι το είδος αναπηρίας επηρεάζει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό τον αριθμό των ατόμων που υποστηρίζουν κοινωνικά τον ερωτώμενο ($p=0,039 < 0,05$) και ο βαθμός ικανοποίησης ($p=0,002 < 0,05$), όπως και η μεταβλητή έχετε κάποιο χόμπι ($p=0,001 < 0,05$). Παρατηρούμε (πίνακας 2) ότι όσοι έχουν οπτική ή ακουστική αναπηρία και δεν έχουν χόμπι, έχουν ως κοινωνική υποστήριξη περίπου τα μισά άτομα από όσους έχουν χόμπι και έχουν βέβαια οπτική ή ακουστική αναπηρία. Γενικά σε όλες τις συσχετίσεις, μπορεί ο ερευνητής να βγάλει στατιστικά συμπεράσματα, αν υπάρχει βέβαια στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των μεταβλητών. Τέλος, δίνονται κάποια περιγραφικά στοιχεία όπου φαίνεται ο αριθμός των ατόμων που έχουν κάποιο χόμπι (πίνακας 1). Φαίνεται παραπάνω (πίνακας 3) ότι $p=0,569$ άρα δεν απορρίπτεται η αρχική υπόθεση και έτσι ισχύει η ισότητα των διασπορών (2^η προϋπόθεση ANCOVA).

Πίνακας 1: Περιγραφικά στοιχεία είδους αναπηρίας και ύπαρξης χόμπι

Between-Subjects Factors			
		Value Label	N
Είδος αναπηρίας	1	Σωματική	30
	2	Οπτική	30
	3	Ακουστική	30
	4	Χωρίς αναπηρία	30
Έχετε κάποιο χόμπι;	1	Ναι	81
	2	Όχι	39

Πίνακας 2: Επίδραση του χόμπι στην κοινωνική στήριξη ατόμων με αναπηρία

Descriptive Statistics				
Dependent Variable:	Κοινωνική Υποστήριξη Άτομα			
Είδος αναπηρίας	Έχετε κάποιο χόμπι;	Mean	Std. Deviation	N
Σωματική	Ναι	30,23	12,524	22
	Όχι	28,38	12,386	8
	Total	29,73	12,301	30
Οπτική	Ναι	28,47	12,872	15
	Όχι	15,40	7,679	15
	Total	21,93	12,354	30
Ακουστική	Ναι	28,13	11,723	24
	Όχι	15,50	9,138	6
	Total	25,60	12,238	30
Χωρίς αναπηρία	Ναι	23,30	9,707	20
	Όχι	19,20	8,162	10
	Total	21,93	9,288	30
Total	Ναι	27,57	11,781	81
	Όχι	19,05	10,115	39
	Total	24,80	11,918	120

Πίνακας 3: Επίδραση του χόμπι στην κοινωνική στήριξη ατόμων με αναπηρία - Έλεγχος ισότητας των διασπορών σε όλους τους υπό εξέταση πληθυσμούς

Levene's Test of Equality of Error Variances a				
Dependent Variable: Κοιν. Υπ. Άτομα				
	F	df1	df2	Sig.
	,825	7	112	,569

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variance is equal across groups.

a. Design: Intercept+Είδος αναπηρίας+Έχετε κάποιο χόμπι+κοινωνική υποστήριξη βαθμός ικανοποίησης

Πίνακας 4:Επίδραση της ύπαρξης χόμπι στην κοινωνική στήριξη των ατόμων

Tests of Between-Subjects Effects					
Dependent Variable:	Κοινωνική Υποστήριξη Άτομα				
Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Corrected Model	3995,138 ^a	5	799,028	7,058	,000
Intercept	327,434	1	327,434	2,892	,092
Είδος αναπηρίας	978,285	3	326,095	2,880	,039
Έχετε κάποιο χόμπι	1286,286	1	1286,286	11,362	,000
Κοινωνική Υποστήριξη Βαθμός Ικανοποίησης	1193,131	1	1193,131	10,539	,002
Error	12906,062	114	113,211		
Total	90706,000	120			
Corrected Total	16901,200	119			

a.R Squared= ,236 (Adjusted R Squared= ,203)

6.7.2 Διερεύνηση της επίδρασης του αισθήματος ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με και χωρίς αναπηρία

Για να εξεταστεί η παραπάνω ερευνητική υπόθεση υπολογίστηκε το αίσθημα της ευτυχίας που έχουν τα ίδια τα άτομα τα οποία απαντούν ελεύθερα από το 1 έως 10 πόσο ευτυχισμένοι αισθάνονται και η αυτοεκτίμηση που έχουν. Στην παραπάνω συσχέτιση έχουμε μια συνεχή μεταβλητή «Σημειώστε με άριστα το 10 κατά πόσο αισθάνεστε ευτυχισμένοι» την οποία θέλουμε να συσχετίσουμε με τις διακριτές μεταβλητές «Γενικά είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου» (πίνακας 5) και «είδος αναπηρίας», οι οποίες παρουσίασαν ιδιαίτερα στατιστικό ενδιαφέρον. Πρόκειται για περίπτωση ANOVA με δύο ανεξάρτητες μεταβλητές (ANOVA διπλής κατεύθυνσης). Τα αποτελέσματα που παίρνουμε από το SPSS είναι τα παρακάτω:

Πίνακας 5: Έλεγχος της αυτοεκτίμησης στα άτομα με αναπηρία

Between-Subjects Factors			
		Value Label	N
Γενικά είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου.	1	Δεν ισχύει καθόλου	3

Είδος αναπηρίας	2	Ισχύει λίγο	18
	3	Ισχύει αρκετά	59
	4	Ισχύει πολύ	40
	1	Σωματική	30
	2	Οπτική	30
	3	Ακουστική	30
	4	Χωρίς αναπηρία	30

Πίνακας 6: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία

Descriptive Statistics				
Dependent Variable:	Αίσθημα Ευτυχίας			
Γενικά είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου.		Mean	Std. Deviation	N
Δεν ισχύει καθόλου	Σωματική	7,00		1
	Οπτική	1,00		1
	Ακουστική	6,00		1
	Total	4,67	3,215	3
Ισχύει λίγο	Σωματική	5,33	1,211	6
	Οπτική	5,00	2,098	6
	Ακουστική	6,00		1
	Χωρίς αναπηρία	6,00	2,550	5
	Total	5,44	1,854	18
Ισχύει αρκετά	Σωματική	7,60	1,713	10
	Οπτική	6,07	1,328	14
	Ακουστική	8,63	1,025	16
	Χωρίς αναπηρία	7,84	1,167	19
	Total	7,59	1,555	59
Ισχύει πολύ	Σωματική	8,23	1,423	13
	Οπτική	7,56	,527	9
	Ακουστική	8,50	1,732	12
	Χωρίς αναπηρία	8,67	,816	6
	Total	8,23	1,330	40
Total	Σωματική	7,40	1,793	30
	Οπτική	6,13	1,852	30
	Ακουστική	8,40	1,453	30
	Χωρίς αναπηρία	7,70	1,601	30
	Total	7,41	1,854	120

Πίνακας 7: Έλεγχος καταλληλότητας μοντέλου ANOVA, μεταβλητές που επηρεάζουν το αίσθημα της ευτυχίας

Tests of Between-Subjects Effects					
Dependent Variable:	Σημειώστε με άριστα το 10 πόσο ευτυχισμένοι αισθάνεστε				
Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Corrected Model	178,822 ^a	6	29,804	14,632	,000
Intercept	1577,709	1	1577,709	774,563	,000
Γενικά είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου	97,997	3	32,666	16,037	,000
Είδος αναπηρίας	58,154	3	19,385	9,517	,000
Error	230,170	113	2,037		
Total	6995,000	120			
Corrected Total	408,992	119			

a. R Squared = ,437 (Adjusted R Squared = ,407)

Πίνακας 8: Επίδραση αίσθησης της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση του δείγματος

Levene's Test of Equality of Error Variances ^a				
Dependent Variable: Σημειώστε με άριστα το 10 πόσο ευτυχισμένοι αισθάνεστε				
	F	df1	df2	p
	1,567	14	105	,101

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variance is equal across groups. a. Design: Intercept + Γενικά είμαι ικανοποιημένος από τον εαυτό μου + Είδος αναπηρίας

Από τους παραπάνω πίνακες φαίνεται ότι ισχύουν οι προϋποθέσεις του μοντέλου ANOVA (πίνακας 6 και 8). Ακόμη, παρατηρούμε (πίνακας 7) ότι η *p* για τις μεταβλητές «Γενικά είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου» και «είδος αναπηρίας» είναι μηδενική άρα επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά την μεταβλητή «Σημειώστε με άριστα το 10 κατά πόσο αισθάνεστε ευτυχισμένοι». Αυτό σημαίνει ότι τα περισσότερα άτομα απάντησαν θετικά στην ερώτηση αυτοεκτίμησης, έχουν επομένως

υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης. Το ίδιο ισχύει και για την ευτυχία καθώς οι περισσότερες τιμές κυμάνθηκαν πάνω από το 7 το οποίο είναι πολύ κοντά στο 10 όπου και εκφράζει την απόλυτη ευτυχία.

Πίνακας 9: Πολλαπλές συγκρίσεις της επίδρασης του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση

Multiple Comparisons							
Dependent Variable:	Αίσθηση ευτυχίας						
(I) Γενικά είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου.			Mean Difference (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	Δεν ισχύει καθόλου	Ισχύει λίγο	-,78	,890	,818	-3,10	1,54
		Ισχύει αρκετά	-2,93* -2,93*	,845	,004	-5,13	-,72
		Ισχύει πολύ	-3,56* -3,56*	,854	,000	-5,79	-1,33
	Ισχύει λίγο	Δεν ισχύει καθόλου	,78	,890	,818	-1,54	3,10
		Ισχύει αρκετά	-2,15* -2,15*	,384	,000	-3,15	-1,15
		Ισχύει πολύ	-2,78* -2,78*	,405	,000	-3,84	-1,72
	Ισχύει αρκετά	Δεν ισχύει καθόλου	2,93* 2,93*	,845	,004	,72	5,13
		Ισχύει λίγο	2,15* 2,15*	,384	,000	1,15	3,15
		Ισχύει πολύ	-,63	,292	,140	-1,39	,13
	Ισχύει πολύ	Δεν ισχύει καθόλου	3,56* 3,56*	,854	,000	1,33	5,79
		Ισχύει λίγο	2,78* 2,78*	,405	,000	1,72	3,84
		Ισχύει αρκετά	,63	,292	,140	-,13	1,39
Scheffe	Δεν ισχύει καθόλου	Ισχύει λίγο	-,78	,890	,858	-3,30	1,75
		Ισχύει αρκετά	-2,93*	,845	,009	-5,32	-,53
		Ισχύει πολύ	-3,56*	,854	,001	-5,98	-1,13
	Ισχύει λίγο	Δεν ισχύει καθόλου	,78	,890	,858	-1,75	3,30
		Ισχύει αρκετά	-2,15*	,384	,000	-3,24	-1,06
		Ισχύει πολύ	-2,78*	,405	,000	-3,93	-1,63
	Ισχύει αρκετά	Δεν ισχύει καθόλου	2,93*	,845	,009	,53	5,32
		Ισχύει λίγο	2,15*	,384	,000	1,06	3,24
		Ισχύει πολύ	-,63	,292	,204	-1,46	,20
	Ισχύει πολύ	Δεν ισχύει καθόλου	3,56*	,854	,001	1,13	5,98
		Ισχύει λίγο	2,78*	,405	,000	1,63	3,93
		Ισχύει αρκετά	,63	,292	,204	-,20	1,46

Based on observed means. The error term is Mean Square(Error) = 2,037.*. The mean difference is significant at the ,05 level

Πίνακας 10: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση - Ομογενοποιημένα σύνολα

Σημειώστε με άριστα το 10 πόσο ευτυχισμένοι αισθάνεστε				
Γενικά είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου.		N	Subset	
			1	2
Tukey HSDa,b,c	Δεν ισχύει καθόλου	3	4,67	
	Ισχύει λίγο	18	5,44	
Tukey HSDa,b,c	Ισχύει αρκετά	59		7,59
	Ισχύει πολύ	40		8,23
	Sig.		,644	,776
Scheffe ^{a,b,c}	Δεν ισχύει καθόλου	3	4,67	
	Ισχύει λίγο	18	5,44	
Scheffe ^{a,b,c}	Ισχύει αρκετά	59		7,59
	Ισχύει πολύ	40		8,23
	Sig.		,711	,823

Means for groups in homogeneous subsets are displayed. Based on observed means. The error term is Mean Square(Error) = 2,037. Means for groups in homogeneous subsets are displayed. Based on observed means. The error term is Mean Square(Error) = 2,037. a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 9,284. b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed. c. Alpha = ,05.

Συμπεραίνουμε γενικά, (από την μελέτη των παραπάνω πινάκων που αναπαριστούν τα Post Hoc κριτήρια Tukey και Scheffe (πίνακας 9 και 10)) ότι οι ερωτώμενοι που δήλωσαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι από τον εαυτό τους δήλωσαν αρκετά περισσότερο ευτυχισμένοι από αυτούς που δήλωσαν ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από τον εαυτό τους (πχ κριτήριο Tukey, σύγκριση **Ισχύει πολύ** για την ερώτηση «Γενικά είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου» με **Δεν ισχύει καθόλου**). Υπάρχει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα που σημειώνεται με αστερίσκο στα αποτελέσματα του SPSS και η διαφορά των μέσων όρων ευτυχίας είναι 3,56. Ακόμη παρατηρούμε (από τον πίνακα 12- **Homogeneous Subsets**) ότι οι απαντήσεις **Δεν ισχύει καθόλου** και **Ισχύει λίγο** ομαδοποιούνται στην ομάδα 1 και οι υπόλοιπες στην ομάδα 2. Όσον αφορά στη σχέση του είδους αναπηρίας με την ευτυχία, παρατηρούμε (πίνακας 11) ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία αισθάνονται λιγότερα ευτυχισμένα σε σχέση με τα άλλα άτομα (MO 6,13), με τους έχοντες ακουστική αναπηρία να αισθάνονται πιο ευτυχισμένοι από όλους (MO 8,40).

Πίνακας 11: Πολλαπλές Συγκρίσεις - Έλεγχος αισθήματος ευτυχίας στα άτομα με αναπηρία

Multiple Comparisons							
Dependent Variable:	Αίσθημα Ευτυχίας						
(I) Είδος αναπηρίας			Mean Difference (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	Σωματική	Οπτική	1,27* 1,27*	,369	,005	,31	2,23
		Ακουστική	-1,00* -1,00*	,369	,038	-1,96	-,04
		Χωρίς αναπηρία	-,30	,369	,848	-1,26	,66
	Οπτική	Σωματική	-1,27* -1,27*	,369	,005	-2,23	-,31
		Ακουστική	-2,27* -2,27*	,369	,000	-3,23	-1,31
		Χωρίς αναπηρία	-1,57* -1,57*	,369	,000	-2,53	-,61
	Ακουστική	Σωματική	1,00* 1,00*	,369	,038	,04	1,96
		Οπτική	2,27* 2,27*	,369	,000	1,31	3,23
		Χωρίς αναπηρία	,70	,369	,234	-,26	1,66
	Χωρίς αναπηρία	Σωματική	,30	,369	,848	-,66	1,26
		Οπτική	1,57* 1,57*	,369	,000	,61	2,53
		Ακουστική	-,70	,369	,234	-1,66	,26
Scheffe	Σωματική	Οπτική	1,27*	,369	,010	,22	2,31
		Ακουστική	-1,00	,369	,067	-2,05	,05
		Χωρίς αναπηρία	-,30	,369	,882	-1,35	,75
	Οπτική	Σωματική	-1,27*	,369	,010	-2,31	-,22
		Ακουστική	-2,27*	,369	,000	-3,31	-1,22
		Χωρίς αναπηρία	-1,57*	,369	,001	-2,61	-,52
	Ακουστική	Σωματική	1,00	,369	,067	-,05	2,05
		Οπτική	2,27*	,369	,000	1,22	3,31
		Χωρίς αναπηρία	,70	,369	,312	-,35	1,75
	Χωρίς αναπηρία	Σωματική	,30	,369	,882	-,75	1,35
		Οπτική	1,57*	,369	,001	,52	2,61
		Ακουστική	-,70	,369	,312	-1,75	,35

Based on observed means. The error term is Mean Square(Error) = 2,037. *. The mean difference is significant at the ,05 level.

Πίνακας 12: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία - Ομογενοποιημένα σύνολα

Σημειώστε με άριστα το 10 πόσο ευτυχισμένοι αισθάνεστε					
Είδος αναπηρίας		N	Subset		
			1	2	3
Tukey HSD ^{a,b}	Οπτική	30	6,13		
	Σωματική	30		7,40	
	Χωρίς αναπηρία	30		7,70	7,70
	Ακουστική	30			8,40
	Sig.		1,000	,848	,234
Scheffe ^{a,b}	Οπτική	30	6,13		
	Σωματική	30		7,40	
	Χωρίς αναπηρία	30		7,70	
	Ακουστική	30		8,40	
	Sig.		1,000	,067	

Means for groups in homogeneous subsets are displayed. Based on observed means. The error term is Mean Square(Error) = 2,037. a.Uses Harmonic Mean Sample Size = 30,000. b.Alpha = ,05.

Στη συνέχεια, για περαιτέρω εξέταση της παραπάνω ερευνητικής συσχέτισης αλλά και διότι και οι παρακάτω μεταβλητές παρουσίασαν ιδιαίτερο στατιστικό ενδιαφέρον, παρουσιάζονται οι εξής αναλύσεις. Στην συσχέτιση αυτή έχουμε μια συνεχή μεταβλητή «Σημειώστε με άριστα το 10 κατά πόσο αισθάνεστε ευτυχισμένοι» την οποία συσχετίζουμε με τις διακριτές μεταβλητές «Αισθάνομαι ότι έχω αρκετές ικανότητες» και το «είδος αναπηρίας», οι οποίες παρουσίασαν ιδιαίτερα στατιστικό ενδιαφέρον (πίνακας 14). Πρόκειται για περίπτωση ANOVA με δύο ανεξάρτητες μεταβλητές (ANOVA διπλής κατεύθυνσης). Τα αποτελέσματα που παίρνουμε από το SPSS είναι τα παρακάτω. Η λεπτομερής ανάλυση είναι παρόμοια με τα παραπάνω. Χρησιμοποιούμε στο SPSS το μοντέλο ANOVA διπλής κατεύθυνσης. Παρατίθενται και κάποια περιγραφικά στοιχεία ως προς τις ομάδες αναπηριών (πίνακας 13).

Πίνακας 13: Έλεγχος είδους αναπηρίας

Between-Subjects Factors			
		Value Label	N
Είδος αναπηρίας	1	Ισχύει πολύ	33
	2	Οπτική	30
	3	Ακουστική	30
	4	Χωρίς αναπηρία	30

Πίνακας 14: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία

Descriptive Statistics				
Dependent Variable:	Σημειώστε με άριστα το 10 πόσο ευτυχισμένοι αισθάνεστε			
Είδος αναπηρίας		Mean	Std. Deviation	N
Σωματική	Ισχύει λίγο	5,88	1,553	8
	Ισχύει αρκετά	7,38	1,609	13
	Ισχύει πολύ	8,78	1,093	9
	Total	7,40	1,793	30
Οπτική	Ισχύει λίγο	5,00	1,915	7
	Ισχύει αρκετά	6,12	1,867	17
	Ισχύει πολύ	7,50	,548	6
	Total	6,13	1,852	30
Ακουστική	Ισχύει λίγο	7,67	,577	3
	Ισχύει αρκετά	8,12	1,536	17
	Ισχύει πολύ	9,10	1,287	10
	Total	8,40	1,453	30
Χωρίς αναπηρία	Ισχύει λίγο	5,25	2,363	4
	Ισχύει αρκετά	7,67	,840	18
	Ισχύει πολύ	9,00	1,069	8
	Total	7,70	1,601	30
Total	Ισχύει λίγο	5,73	1,856	22
	Ισχύει αρκετά	7,32	1,650	65
	Ισχύει πολύ	8,70	1,185	33
	Total	7,41	1,854	120

Πίνακας 15: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία - Έλεγχος ισότητας των διασπορών σε όλους τους υπό εξέταση πληθυσμούς

Levene's Test of Equality of Error Variances a				
Dependent Variable: Σημειώστε με άριστα το 10 πόσο ευτυχισμένοι αισθάνεστε				
	F	df1	df2	p
	1,223	11	108	,281

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variance is equal across groups.

a.Design: Intercept+Είδος αναπηρίας+Αισθάνομαι ιότι έχω αρκετές ικανότητες

Πίνακας 16: Έλεγχος καταλληλότητας μοντέλου ANOVA - Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία

Tests of Between-Subjects Effects					
Dependent Variable:	Αίσθημα ευτυχίας				
Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Corrected Model	182,138 ^a	11	16,558	7,883	,000
Intercept	4768,147	1	4768,147	2270,010	,000
Είδος αναπηρίας	46,859	3	15,620	7,436	,000
Αυτοεκτίμηση	85,146	2	42,573	20,268	,000
Είδος αναπηρίας * Αυτοεκτίμηση	7,893	6	1,315	,626	,709
Error	226,854	108	2,100		
Total	6995,000	120			
Corrected Total	408,992	119			

a.R Squared = ,445 (Adjusted R Squared = ,389)

Παρατηρούμε λοιπόν, ότι ισχύουν οι προϋποθέσεις του μοντέλου ANOVA διπλής κατεύθυνσης (πίνακας 15). Παρατηρούμε επίσης (από τον πίνακα 16- Test of Between Subject Effects), ότι η μεταβλητή «Είδος αναπηρίας» και η «Αισθάνομαι ότι έχω αρκετές ικανότητες» επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά την «Σημειώστε με άριστα το 10 κατά πόσο αισθάνεστε ευτυχισμένοι» ($p=0,000$), όχι όμως και ο συνδυασμός τους ($p=0,709 > 0,0$).

Πίνακας 17: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία

Multiple Comparisons							
Dependent Variable:	Αίσθημα Ευτυχίας						
(I) Αισθάνομαι ότι έχω αρκετές ικανότητες			Mean Difference (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	Ισχύει λίγο	Ισχύει αρκετά	-1,60*-1,60*	,357	,000	-2,45	-,75
		Ισχύει πολύ	-2,97*-2,97*	,399	,000	-3,92	-2,02
	Ισχύει αρκετά	Ισχύει λίγο	1,60*1,60*	,357	,000	,75	2,45
		Ισχύει πολύ	-1,37*-1,37*	,310	,000	-2,11	-,64
	Ισχύει πολύ	Ισχύει	2,97*2,97*	,399	,000	2,02	3,92

		λίγο					
		Ισχύει αρκετά	1,37*1,37*	,310	,000	,64	2,11
Scheffe	Ισχύει λίγο	Ισχύει αρκετά	-1,60*-1,60*	,357	,000	-2,48	-,71
		Ισχύει πολύ	-2,97*-2,97*	,399	,000	-3,96	-1,98
	Ισχύει αρκετά	Ισχύει λίγο	1,60*1,60*	,357	,000	,71	2,48
		Ισχύει πολύ	-1,37*-1,37*	,310	,000	-2,14	-,60
	Ισχύει πολύ	Ισχύει λίγο	2,97*2,97*	,399	,000	1,98	3,96
		Ισχύει αρκετά	1,37*1,37*	,310	,000	,60	2,14

Based on observed means .The error term is Mean Square(Error) = 2,100. *. The mean difference is significant at the ,05 level.

Πίνακας 18: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία - Ομογενοποιημένα σύνολα

Σημειώστε με άριστα το 10 πόσο ευτυχισμένοι αισθάνεστε					
Αισθάνομαι ότι έχω αρκετές ικανότητες		N	Subset		
			1	2	3
Tukey HSD ^{a,b,c}	Ισχύει λίγο	22	5,73		
	Ισχύει αρκετά	65		7,32	
	Ισχύει πολύ	33			8,70
	Sig.		1,000	1,000	1,000
Scheffe ^{a,b,c}	Ισχύει λίγο	22	5,73		
	Ισχύει αρκετά	65		7,32	
	Ισχύει πολύ	33			8,70
	Sig.		1,000	1,000	1,000

Means for groups in homogeneous subsets are displayed. Based on observed means. The error term is Mean Square(Error) = 2,100. a.Uses Harmonic Mean Sample Size = 32,916. b.The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed. c.Alpha = ,05.

Παρατηρούμε στη συνέχεια, (από την Post Hoc ανάλυση, πίνακας 17) ότι όσοι έχουν δηλώσει ότι δεν έχουν αρκετές ικανότητες είναι αρκετά λιγότερο ευτυχισμένοι από αυτούς που έχουν δηλώσει ότι έχουν αρκετές ικανότητες. Συγκεκριμένα ανάλογα με το τι έχουν δηλώσει ως προς τις ικανότητές τους, χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες όσον αφορά στα επίπεδα της ευτυχίας τους (πίνακας

18). Με άλλα λόγια όσο πιο χαμηλή είναι η αυτοεκτίμηση των ατόμων τόσο μικρότερο αίσθημα ευτυχίας έχουν για τη ζωή τους.

Επιπλέον οι παρακάτω μεταβλητές παρουσίασαν κι αυτές ιδιαίτερο στατιστικό ενδιαφέρον και αναφέρονται στο ίδιο στατιστικό ερώτημα δηλαδή «Ποια είναι η επίδραση το αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία του δείγματος;» Στην συσχέτιση επομένως, έχουμε μια συνεχή μεταβλητή «Σημειώστε με άριστα το 10 κατά πόσο αισθάνεστε ευτυχισμένοι» την οποία συσχετίζουμε με τις διακριτές μεταβλητές «Είμαι ικανός να κάνω το ίδιο καλά κάποια πράγματα όπως οι περισσότεροι άλλοι άνθρωποι» και το «είδος αναπηρίας», οι οποίες παρουσίασαν ιδιαίτερα στατιστικό ενδιαφέρον. Πρόκειται για περίπτωση ANOVA με δύο ανεξάρτητες μεταβλητές (ANOVA διπλής κατεύθυνσης). Τα αποτελέσματα που παίρνουμε από το SPSS είναι τα παρακάτω. Η λεπτομερής ανάλυση είναι παρόμοια με τα παραπάνω. Χρησιμοποιούμε στο SPSS το μοντέλο ANOVA διπλής κατεύθυνσης. Επιπλέον, παρατίθενται περιγραφικά στοιχεία, τα οποία δείχνουν τις απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση του ερωτηματολογίου αυτοεκτίμησης (πίνακας 19).

Πίνακας 19: Έλεγχος της αυτοεκτίμησης των ατόμων με αναπηρία

Between-Subjects Factors			
		Value Label	N
Είδος αναπηρίας	1	Σωματική	30
	2	Οπτική	30
	3	Ακουστική	30
	4	Χωρίς αναπηρία	30
Είμαι ικανός να κάνω το ίδιο κ αλλά κάποια πράγματα όπως οι περισσότεροι άλλοι άνθρωποι	1	Δεν ισχύει καθόλου	3
	2	Ισχύει λίγο	17
	3	Ισχύει αρκετά	53
	4	Ισχύει πολύ	47

Πίνακας 20: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία

Descriptive Statistics				
Dependent Variable: Αίσθημα Ευτυχίας				
Είδος αναπηρίας		Mean	Std. Deviation	N
Σωματική	Δεν ισχύει καθόλου	6,33	2,082	3
	Ισχύει λίγο	6,33	3,215	3
	Ισχύει αρκετά	7,08	1,443	12

	Ισχύει πολύ	8,25	1,485	12
	Total	7,40	1,793	30
Οπτική	Ισχύει λίγο	5,55	1,695	11
	Ισχύει αρκετά	6,45	1,695	11
	Ισχύει πολύ	6,50	2,268	8
	Total	6,13	1,852	30
Ακουστική	Ισχύει λίγο	6,50	,707	2
	Ισχύει αρκετά	8,13	1,506	15
	Ισχύει πολύ	9,00	1,155	13
	Total	8,40	1,453	30
Χωρίς αναπηρία	Ισχύει λίγο	9,00		1
	Ισχύει αρκετά	7,67	1,175	15
	Ισχύει πολύ	7,64	2,023	14
	Total	7,70	1,601	30
Total	Δεν ισχύει καθόλου	6,33	2,082	3
	Ισχύει λίγο	6,00	1,969	17
	Ισχύει αρκετά	7,42	1,537	53
	Ισχύει πολύ	7,98	1,882	47
	Total	7,41	1,854	120

Πίνακας 21: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία - Έλεγχος ισότητας των διασπορών σε όλους τους υπό εξέταση πληθυσμούς

Levene's Test of Equality of Error Variances a				
Dependent Variable: Σημειώστε με άριστα το 10 πόσο ευτυχισμένοι αισθάνεστε				
	F	df1	df2	p
	,912	12	107	,538

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variance is equal across groups.

a.Design: Intercept+Είδος αναπηρίας+Είμαι ικανός να κάνω το ίδιο καλά πράγματα όπως οι περισσότεροι άλλοι

Πίνακας 22: Έλεγχος καταλληλότητας μοντέλου ANOVA - Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία

Tests of Between-Subjects Effects					
Dependent Variable:	Αίσθημα Ευτυχίας				
Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Corrected Model	118,256 ^a	12	9,855	3,627	,000
Intercept	2280,826	1	2280,826	839,417	,000
Είδος αναπηρίας	41,653	3	13,884	5,110	,002

Είμαι ικανός να κάνω το ίδιο καλά κάποια πράγματα όπως οι περισσότεροι άλλοι	13,031	3	4,344	1,599	,194
Είδος αναπηρίας * Είμαι ικανός να κάνω το ίδιο καλά κάποια πράγματα όπως οι περισσότεροι άλλοι	14,170	6	2,362	,869	,520
Error	290,735	107	2,717		
Total	6995,000	120			
Corrected Total	408,992	119			

a. R Squared = ,289 (Adjusted R Squared = ,209)

Παρατηρούμε ότι ισχύουν οι προϋποθέσεις του μοντέλου ANOVA διπλής κατεύθυνσης (πίνακας 20 και 21). Παρατηρούμε επίσης (από τον πίνακα 22- Test of Between Subject Effects), ότι η μεταβλητή «Είδος αναπηρίας» επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την «Σημειώστε με άριστα το 10 κατά πόσο αισθάνεστε ευτυχισμένοι» ($p=0,002 < 0,05$). Αυτό όμως δεν συμβαίνει με την μεταβλητή «Είμαι ικανός να κάνω το ίδιο καλά κάποια πράγματα όπως οι περισσότεροι άλλοι άνθρωποι» ($p=0,194 > 0,05$) και τον συνδυασμό (αλληλεπίδραση) των δύο ($p=0,520 > 0,05$).

Επιπρόσθετα, οι παρακάτω μεταβλητές παρουσίασαν κι αυτές ιδιαίτερο στατιστικό ενδιαφέρον και αναφέρονται στο ίδιο στατιστικό ερώτημα δηλαδή «Ποια είναι η επίδραση το αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία του δείγματος;» Στην παραπάνω συσχέτιση έχουμε μια συνεχή μεταβλητή «Σημειώστε με άριστα το 10 κατά πόσο αισθάνεστε ευτυχισμένοι» την οποία συσχετίζουμε με τις διακριτές μεταβλητές «Νομίζω ότι δεν έχω καταφέρει αρκετά πράγματα στη ζωή μου» και το «είδος αναπηρίας», οι οποίες παρουσίασαν ιδιαίτερα στατιστικό ενδιαφέρον. Πρόκειται για περίπτωση ANOVA με δύο ανεξάρτητες μεταβλητές (ANOVA διπλής κατεύθυνσης). Τα αποτελέσματα που παίρνουμε από το SPSS είναι τα παρακάτω. Η λεπτομερής ανάλυση είναι παρόμοια με τα παραπάνω. Χρησιμοποιούμε στο SPSS το μοντέλο ANOVA διπλής κατεύθυνσης. Επίσης, παρατίθενται περιγραφικά στοιχεία, τα οποία δείχνουν τις απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση του ερωτηματολογίου αυτοεκτίμησης (πίνακας 23).

Πίνακας 23: Έλεγχος της αυτοεκτίμησης των ατόμων με αναπηρία

Between-Subjects Factors			
		Value Label	N
Είδος αναπηρίας	1	Σωματική	30
	2	Οπτική	30
	3	Ακουστική	30
	4	Χωρίς αναπηρία	30
Νομίζω ότι δεν έχω καταφέρει αρκετά πράγματα στη ζωή μου	1	Δεν ισχύει καθόλου	35
	2	Ισχύει λίγο	43
	3	Ισχύει αρκετά	30
	4	Ισχύει πολύ	12

Πίνακας 24: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία

Descriptive Statistics				
Dependent Variable:	Σημειώστε με άριστα το 10 πόσο ευτυχισμένοι αισθάνεστε			
Είδος αναπηρίας		Mean	Std. Deviation	N
Σωματική	Δεν ισχύει καθόλου	9,00	1,000	7
	Ισχύει λίγο	7,45	1,695	11
	Ισχύει αρκετά	7,00	1,512	8
	Ισχύει πολύ	5,25	1,258	4
	Total	7,40	1,793	30
Οπτική	Δεν ισχύει καθόλου	6,14	2,340	7
	Ισχύει λίγο	6,17	2,209	12
	Ισχύει αρκετά	5,90	,994	10
	Ισχύει πολύ	8,00		1
	Total	6,13	1,852	30
Ακουστική	Δεν ισχύει καθόλου	9,33	,888	12
	Ισχύει λίγο	8,00	1,155	7
	Ισχύει αρκετά	7,86	1,069	7
	Ισχύει πολύ	7,25	2,500	4
	Total	8,40	1,453	30
Χωρίς αναπηρία	Δεν ισχύει καθόλου	8,11	1,054	9
	Ισχύει λίγο	7,38	1,121	13
	Ισχύει αρκετά	7,20	3,114	5
	Ισχύει πολύ	8,67	1,528	3
	Total	7,70	1,601	30
Total	Δεν ισχύει καθόλου	8,31	1,762	35
	Ισχύει λίγο	7,16	1,717	43
	Ισχύει αρκετά	6,87	1,737	30
	Ισχύει πολύ	7,00	2,132	12
	Total	7,41	1,854	120

Πίνακας 25: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία - Έλεγχος ισότητας των διασπορών σε όλους τους υπό εξέταση πληθυσμούς

Levene's Test of Equality of Error Variances a				
Dependent Variable: Σημειώστε με άριστα το 10 πόσο ευτυχισμένοι αισθάνεστε				
	F	df1	df2	p
	1,420	15	104	,152

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variance is equal across groups.

a.Design: Intercept+Είδος αναπηρίας+Νομίζω ότι δεν έχω καταφέρει αρκετά πράγματα στη ζωή μου

Πίνακας 26: Έλεγχος καταλληλότητας μοντέλου ANOVA - Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία

Tests of Between-Subjects Effects					
Dependent Variable:	Αίσθημα Ευτυχίας				
Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Corrected Model	148,384 ^a	15	9,892	3,948	,000
Intercept	4302,935	1	4302,935	1717,163	,000
Είδος αναπηρίας	25,653	3	8,551	3,412	,020
Νομίζω ότι δεν έχω καταφέρει αρκετά πράγματα στη ζωή μου	23,975	3	7,992	3,189	,027
Είδος αναπηρίας * Νομίζω ότι δεν έχω καταφέρει αρκετά πράγματα στη ζωή μου	36,153	9	4,017	1,603	,124
Error	260,607	104	2,506		
Total	6995,000	120			
Corrected Total	408,992	119			

a.R Squared = ,363 (Adjusted R Squared = ,271)

Παρατηρούμε ότι ισχύουν οι προϋποθέσεις του μοντέλου ANOVA διπλής κατεύθυνσης (πίνακας 24 και 25). Παρατηρούμε επίσης (από τον πίνακα 26- Test of Between Subject Effects), ότι οι μεταβλητές «Είδος αναπηρίας» και «Νομίζω ότι δεν έχω καταφέρει αρκετά πράγματα στη ζωή μου» επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά την «Σημειώστε με άριστα το 10 κατά πόσο αισθάνεστε ευτυχισμένοι» ($p=0,020$ και $p=0,027 < 0,05$). Αυτό όμως δεν συμβαίνει για την αλληλεπίδραση των δύο

μεταβλητών ($p=0,124 > 0,05$)

Πίνακας 27: Πολλαπλές συγκρίσεις - Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία

Multiple Comparisons							
Dependent Variable:	Αίσθημα Ευτυχίας						
(I) Νομίζω ότι δεν έχω καταφέρει αρκετά πράγματα στη ζωή μου			Mean Difference (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	Δεν ισχύει καθόλου	Ισχύει λίγο	1,15*1,15*	,360	,010	,21	2,09
		Ισχύει αρκετά	1,45*1,45*	,394	,002	,42	2,48
		Ισχύει πολύ	1,31	,530	,069	-,07	2,70
	Ισχύει λίγο	Δεν ισχύει καθόλου	-1,15*-1,15*	,360	,010	-2,09	-,21
		Ισχύει αρκετά	,30	,377	,860	-,69	1,28
		Ισχύει πολύ	,16	,517	,989	-1,19	1,51
	Ισχύει αρκετά	Δεν ισχύει καθόλου	-1,45*-1,45*	,394	,002	-2,48	-,42
		Ισχύει λίγο	-,30	,377	,860	-1,28	,69
		Ισχύει πολύ	-,13	,541	,995	-1,55	1,28
	Ισχύει πολύ	Δεν ισχύει καθόλου	-1,31	,530	,069	-2,70	,07
		Ισχύει λίγο	-,16	,517	,989	-1,51	1,19
		Ισχύει αρκετά	,13	,541	,995	-1,28	1,55
Scheffe	Δεν ισχύει καθόλου	Ισχύει λίγο	1,15*	,360	,020	,13	2,18
		Ισχύει	1,45*	,394	,005	,33	2,57

		αρκετά					
		Ισχύει πολύ	1,31	,530	,111	-,19	2,82
	Ισχύει λίγο	Δεν ισχύει καθόλου	-1,15*	,360	,020	-2,18	-,13
		Ισχύει αρκετά	,30	,377	,892	-,77	1,37
		Ισχύει πολύ	,16	,517	,992	-1,31	1,63
	Ισχύει αρκετά	Δεν ισχύει καθόλου	-1,45*	,394	,005	-2,57	-,33
		Ισχύει λίγο	-,30	,377	,892	-1,37	,77
		Ισχύει πολύ	-,13	,541	,996	-1,67	1,40
	Ισχύει πολύ	Δεν ισχύει καθόλου	-1,31	,530	,111	-2,82	,19
		Ισχύει λίγο	-,16	,517	,992	-1,63	1,31
		Ισχύει αρκετά	,13	,541	,996	-1,40	1,67

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 2,506.

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

Πίνακας 28: Επίδραση του αισθήματος της ευτυχίας στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία- Ομογενοποιημένα σύνολα

Σημειώστε με άριστα το 10 πόσο ευτυχισμένοι αισθάνεστε				
Νομίζω ότι δεν έχω καταφέρει αρκετά πράγματα στη ζωή μου		N	Subset	
			1	2
Tukey HSD ^{a,b,c} Tukey HSD ^{a,b,c} Sig.	Ισχύει αρκετά	30	6,87	
	Ισχύει πολύ	12	7,00	
	Ισχύει λίγο	43	7,16	7,16
	Δεν ισχύει καθόλου	35		8,31
			,917	,065
Scheffe ^{a,b,c} Scheffe ^{a,b,c} Sig.	Ισχύει αρκετά	30	6,87	
	Ισχύει πολύ	12	7,00	
	Ισχύει λίγο	43	7,16	7,16
	Δεν ισχύει καθόλου	35		8,31
			,937	,106

Means for groups in homogeneous subsets are displayed. Based on observed means. The error term is Mean Square(Error) = 2,506. Means for groups in homogeneous subsets are displayed. Based on observed means. The error term is Mean Square(Error) = 2,506. a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 23,740. b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed. c. Alpha = ,05.

Παρατηρούμε ότι (από την Post Hoc ανάλυση, πίνακας 27) όσοι έχουν δηλώσει «Ισχύει αρκετά», «Νομίζω ότι δεν έχω καταφέρει αρκετά πράγματα στη ζωή μου» είναι αρκετά λιγότερο ευτυχισμένοι από αυτούς που έχουν δηλώσει «Δεν ισχύει καθόλου», όπως βέβαια αναμενόταν. Συγκεκριμένα ανάλογα με το τι έχουν δηλώσει ως προς το τι έχουν καταφέρει στη ζωή τους, χωρίζονται σε δύο κατηγορίες όσον αφορά στα επίπεδα της ευτυχίας τους, με βάση πάντα τα κριτήρια Tukey και Scheffe (πίνακας 27 και 28).

6.7.3 Διερεύνηση της επίδρασης της αίσθησης του ατόμου ότι υποφέρει από κατάθλιψη στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με και χωρίς αναπηρία

Για το έλεγχο της ισχύς της παραπάνω ερευνητικής συσχέτισης, λόγω του ότι όλες οι μεταβλητές είναι διατακτικές, θα ήταν χρήσιμο να χρησιμοποιούσαμε το κριτήριο χ^2 . Όμως λόγω του ότι οι μεταβλητές είναι 3 δηλαδή οι «Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη», «Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές» και το «Είδος αναπηρίας», στον πίνακα συνάφειας που δημιουργείται υπάρχουν αρκετά κελιά με λιγότερες από 5 παρατηρήσεις. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιούμε τον μη παραμετρικό συντελεστή Spearman.

Φαίνεται λοιπόν, (από τον πίνακα 29- Spearman) ότι οι μεταβλητές «Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη» και «Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές» συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά ($p=0,000 < 0,05$) αλλά η σχέση τους (0,361) είναι μικρή. Το ότι ο συντελεστής 0,361 είναι θετικός σημαίνει ότι όταν αυξάνεται η μία μεταβλητή αυξάνεται και η άλλη όπως βέβαια είναι φυσιολογικό. Αντίθετα οι μεταβλητές «Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη» και «Είδος αναπηρίας» δεν έχουν στατιστικά σημαντική σχέση ($p=0,945$), όπως επίσης και η μεταβλητή «Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές» με την «Είδος αναπηρίας», δεν έχουν στατιστικά σημαντική σχέση ($p=0,144$). Επομένως η χαμηλή αυτοεκτίμηση συνδέεται άμεσα με την καταθλιπτική αίσθηση και διάθεση.

Πίνακας 29: Επίδραση του αισθήματος της κατάθλιψης στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία

Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη; * Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές * Είδος αναπηρίας								
Είδος αναπηρίας				Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές				Total
				Δεν ισχύει καθόλου	Ισχύει λίγο	Ισχύει αρκετά	Ισχύει πολύ	
Σωματική	Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	Ναι	Count	0	1	0	0	1
			Expected Count	,3	,5	,1	,0	1,0
			% within Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
			% within Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές	0,0%	6,7%	0,0%	0,0%	3,3%
			% of Total	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	3,3%
			Std. Residual	-,6	,7	-,4	-,2	
		Όχι	Count	8	12	1	0	21
			Expected Count	7,0	10,5	2,8	,7	21,0
			% within Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	38,1%	57,1%	4,8%	0,0%	100,0%
			% within Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές	80,0%	80,0%	25,0%	0,0%	70,0%
			% of Total	26,7%	40,0%	3,3%	0,0%	70,0%
			Std. Residual	,4	,5	-1,1	-,8	
		Ίσως	Count	2	2	3	1	8
			Expected Count	2,7	4,0	1,1	,3	8,0
			% within Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	25,0%	25,0%	37,5%	12,5%	100,0%
			% within Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές	20,0%	13,3%	75,0%	100,0%	26,7%
			% of Total	6,7%	6,7%	10,0%	3,3%	26,7%
			Std. Residual	-,4	-1,0	1,9	1,4	
	Total	Count	10	15	4	1	30	
		Expected Count	10,0	15,0	4,0	1,0	30,0	
		% within Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	33,3%	50,0%	13,3%	3,3%	100,0%	
		% within Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		% of Total	33,3%	50,0%	13,3%	3,3%	100,0%	

Οπτική	Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	Όχι	Count	6	8	4	2	20
			Expected Count	5,3	6,0	6,7	2,0	20,0
			% within Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	30,0%	40,0%	20,0%	10,0%	100,0%
			% within Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές	75,0%	88,9%	40,0%	66,7%	66,7%
			% of Total	20,0%	26,7%	13,3%	6,7%	66,7%
			Std. Residual	,3	,8	-1,0	0,0	
		Ισως	Count	2	1	6	1	10
			Expected Count	2,7	3,0	3,3	1,0	10,0
			% within Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	20,0%	10,0%	60,0%	10,0%	100,0%
			% within Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές	25,0%	11,1%	60,0%	33,3%	33,3%
			% of Total	6,7%	3,3%	20,0%	3,3%	33,3%
			Std. Residual	-,4	-1,2	1,5	0,0	
	Total	Count	8	9	10	3	30	
		Expected Count	8,0	9,0	10,0	3,0	30,0	
		% within Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	26,7%	30,0%	33,3%	10,0%	100,0%	
		% within Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		% of Total	26,7%	30,0%	33,3%	10,0%	100,0%	
Ακουστική	Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	Όχι	Count	14	7	4	1	26
			Expected Count	12,1	8,7	4,3	,9	26,0
			% within Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	53,8%	26,9%	15,4%	3,8%	100,0%
			% within Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές	100,0%	70,0%	80,0%	100,0%	86,7%
			% of Total	46,7%	23,3%	13,3%	3,3%	86,7%
			Std. Residual	,5	-,6	-,2	,1	
		Ισως	Count	0	3	1	0	4
			Expected Count	1,9	1,3	,7	,1	4,0
			% within Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
			% within Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές	0,0%	30,0%	20,0%	0,0%	13,3%
			% of Total	0,0%	10,0%	3,3%	0,0%	13,3%
			Std. Residual	-1,4	1,4	,4	-,4	

	Total	Count	14	10	5	1	30
		Expected Count	14,0	10,0	5,0	1,0	30,0
		% within Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	46,7%	33,3%	16,7%	3,3%	100,0%
		% within Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	46,7%	33,3%	16,7%	3,3%	100,0%

Χωρίς αναπηρία	Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	Όχι	Count	14	6	1	0	21
			Expected Count	10,5	7,0	2,1	1,4	21,0
			% within Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	66,7%	28,6%	4,8%	0,0%	100,0%
			% within Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές	93,3%	60,0%	33,3%	0,0%	70,0%
			% of Total	46,7%	20,0%	3,3%	0,0%	70,0%
			Std. Residual	1,1	-,4	-,8	-1,2	
		Ισως	Count	1	4	2	2	9
			Expected Count	4,5	3,0	,9	,6	9,0
			% within Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	11,1%	44,4%	22,2%	22,2%	100,0%
			% within Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές	6,7%	40,0%	66,7%	100,0%	30,0%
			% of Total	3,3%	13,3%	6,7%	6,7%	30,0%
			Std. Residual	-1,6	,6	1,2	1,8	
	Total		Count	15	10	3	2	30
			Expected Count	15,0	10,0	3,0	2,0	30,0
			% within Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	50,0%	33,3%	10,0%	6,7%	100,0%
			% within Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			% of Total	50,0%	33,3%	10,0%	6,7%	100,0%
			Std. Residual	-1,6	,6	1,2	1,8	
Total	Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	Ναι	Count	0	1	0	0	1
			Expected Count	,4	,4	,2	,1	1,0
			% within Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
			% within Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές	0,0%	2,3%	0,0%	0,0%	,8%
			% of Total	0,0%	,8%	0,0%	0,0%	,8%
			Std. Residual	-,6	1,0	-,4	-,2	

	Όχι	Count	42	33	10	3	88
		Expected Count	34,5	32,3	16,1	5,1	88,0
		% within Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	47,7%	37,5%	11,4%	3,4%	100,0%
		% within Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές	89,4%	75,0%	45,5%	42,9%	73,3%
		% of Total	35,0%	27,5%	8,3%	2,5%	73,3%
		Std. Residual	1,3	,1	-1,5	-,9	
	Ισως	Count	5	10	12	4	31
		Expected Count	12,1	11,4	5,7	1,8	31,0
		% within Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	16,1%	32,3%	38,7%	12,9%	100,0%
		% within Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές	10,6%	22,7%	54,5%	57,1%	25,8%
		% of Total	4,2%	8,3%	10,0%	3,3%	25,8%
		Std. Residual	-2,0	-,4	2,6	1,6	
	Total	Count	47	44	22	7	120
		Expected Count	47,0	44,0	22,0	7,0	120,0
		% within Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	39,2%	36,7%	18,3%	5,8%	100,0%
		% within Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	39,2%	36,7%	18,3%	5,8%	100,0%

Η ίδια ανάλυση με παραπάνω ισχύει και στις συγκεκριμένες μεταβλητές οι οποίες παρουσιάζουν ιδιαίτερο στατιστικό ενδιαφέρον και αφορούν το ερώτημα: «Ποια είναι η επίδραση της αίσθησης του ατόμου ότι υποφέρει από κατάθλιψη στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία του δείγματος;». Χρησιμοποιούμε λοιπόν, τον μη παραμετρικό συντελεστή Spearman. Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση – συνάφεια μεταξύ των μεταβλητών «Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη» και «Μακάρι να εκτιμούσα περισσότερο τον εαυτό μου» ($p=0,000$) (πίνακας 30). Η συνάφειά τους είναι μικρή (συντελεστής 0,331). Παρατηρούμε ακόμη ότι δεν υπάρχει άλλη στατιστικά σημαντική σχέση (πίνακας 30).

Πίνακας 30: Επίδραση του αισθήματος της κατάθλιψης στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία

Correlations					
			Αίσθηση κατάθλιψης	Είδος αναπηρίας	Αυτοεκτίμηση
Spearman's rho	Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	Correlation Coefficient	1,000	-,006	,331**
		p. (2-tailed)		,945	,000
		N	120	120	120
	Είδος αναπηρίας	Correlation Coefficient	-,006	1,000	-,039
		p. (2-tailed)	,945		,672
		N	120	120	120
	Μακάρι να εκτιμούσα περισσότερο τον εαυτό μου	Correlation Coefficient	,331**	-,039	1,000
		p. (2-tailed)	,000	,672	
		N	120	120	120

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Στη συνέχεια, η ίδια ανάλυση με παραπάνω ισχύει και στις συγκεκριμένες μεταβλητές οι οποίες παρουσιάζουν ιδιαίτερο στατιστικό ενδιαφέρον και αφορούν το ερώτημα: «Ποια είναι η επίδραση της αίσθησης του ατόμου ότι υποφέρει από κατάθλιψη στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία του δείγματος;» Χρησιμοποιούμε λοιπόν, τον μη παραμετρικό συντελεστή Spearman. Φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των μεταβλητών «Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη» και «Εν γένει έχω την τάση να αισθάνομαι αποτυχημένος» ($p=0,001$) με συντελεστή 0,291 (φαίνεται μια μικρή σχέση) (πίνακας 31).

Πίνακας 31: Επίδραση του αισθήματος της κατάθλιψης στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία

Correlations					
			Αίσθηση κατάθλιψης	Είδος αναπηρίας	Αυτοεκτίμηση
Spearman's rho	Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	Correlation Coefficient	1,000	-,006	,291**
		p. (2-tailed)		,945	,001
		N	120	120	120
	Είδος αναπηρίας	Correlation Coefficient	-,006	1,000	-,151
		p. (2-tailed)	,945		,099
		N	120	120	120
	Εν γένει έχω την τάση να αισθάνομαι αποτυχημένος	Correlation Coefficient	,291**	-,151	1,000
		p. (2-tailed)	,001	,099	
		N	120	120	120

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Επιπλέον, η ίδια ανάλυση με παραπάνω ισχύει και στις συγκεκριμένες μεταβλητές οι οποίες παρουσιάζουν ιδιαίτερο στατιστικό ενδιαφέρον και αφορούν το ερώτημα: «Ποια είναι η επίδραση της αίσθησης του ατόμου ότι υποφέρει από κατάθλιψη στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία του δείγματος;». Χρησιμοποιούμε λοιπόν, τον μη παραμετρικό συντελεστή Spearman. Φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των μεταβλητών «Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη» και «Έχω μία θετική τάση απέναντι στον εαυτό μου» ($p=0,000$) με συντελεστή $-0,344$ (μικρή σχέση)(πίνακας 32). Το αρνητικό πρόσημο σημαίνει ότι όταν αυξάνεται η μία μεταβλητή μειώνεται η άλλη όπως θα περίμενε κανείς.

Πίνακας 32: Επίδραση του αισθήματος της κατάθλιψης στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία

Correlations					
			Αίσθηση κατάθλιψης	Είδος αναπηρίας	Αυτοεκτίμηση
Spearman's rho	Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	Correlation Coefficient	1,000	-,006	-,344**
		p. (2-tailed)		,945	,000

		N	120	120	120
	Είδος αναπηρίας	Correlation Coefficient	-,006	1,000	,130
		p. (2-tailed)	,945		,158
		N	120	120	120
	Έχω μία θετική τάση απέναντι στον εαυτό μου	Correlation Coefficient	-,344**	,130	1,000
		p. (2-tailed)	,000	,158	
		N	120	120	120

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

6.7.4 Διερεύνηση της επίδρασης της ύπαρξης κάποιου χόμπι στο άγχος των ατόμων με και χωρίς αναπηρία

Για να εξεταστεί η παραπάνω ερευνητική συσχέτιση υπολογίστηκε το άγχος των ατόμων με αναπηρία από το Ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory-STAI, Spielberger, 1970) (Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό: Λιάκος & Γιαννίτση, 1984). Για να ελεγχθεί αν ισχύει η συγκεκριμένη συσχέτιση, εξετάστηκαν τρεις συνολικά μεταβλητές: η μεταβλητή «Κουράζομαι εύκολα» και δύο ανεξάρτητες μεταβλητές που είναι διακριτές, το «Έχετε κάποιο χόμπι» και το «είδος αναπηρίας» από τις συσχετίσεις φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των μεταβλητών «Έχετε κάποιο χόμπι» και «Κουράζομαι εύκολα» ($p=0,007$) με συντελεστή $-0,247$ (μικρή σχέση) (πίνακας 33). Επομένως, όσα άτομα ασχολούνται με κάποιο χόμπι, έχουν και λιγότερο άγχος.

Πίνακας 33: Επίδραση του χόμπι στην ύπαρξη άγχους των ατόμων με αναπηρία

Correlations					
			Είδος αναπηρίας	Έχετε κάποιο χόμπι;	Κουράζομαι εύκολα
Spearman's rho	Είδος αναπηρίας	Correlation Coefficient	1,000	-,024	-,104
		p. (2-tailed)		,796	,256
		N	120	120	120
	Έχετε κάποιο χόμπι;	Correlation Coefficient	-,024	1,000	,247**
		p. (2-tailed)	,796		,007
		N	120	120	120
	Κουράζομαι εύκολα	Correlation Coefficient	-,104	,247**	1,000
		p. (2-tailed)	,256	,007	
		N	120	120	120

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

6.7.5 Διερεύνηση της επίδρασης της επαγγελματικής κατάστασης στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με και χωρίς αναπηρία

Για να εξεταστεί η παραπάνω ερευνητική συσχέτιση υπολογίστηκε η αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία από Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg, Rosenberg Self-Esteem Scale-RSES (Rosenberg, 1965) (Προσαρμογή: Τσαγκαράκης, Καφέτσιος & Σταλίκας, 2012). Για να ελεγχθεί αν ισχύει η συγκεκριμένη συσχέτιση, εξετάστηκαν τρεις συνολικά μεταβλητές: η μεταβλητή «Είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου» και δύο ανεξάρτητες μεταβλητές που είναι διακριτές, το «Επαγγελματική κατάσταση» και το «είδος αναπηρίας». Από τις συσχετίσεις φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των μεταβλητών «Επαγγελματική κατάσταση» και «Είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου» ($p=0,010$) με συντελεστή $-0,233$ (μικρή σχέση) (πίνακας 34). Το μείον σημαίνει αρνητική σχέση.

Πίνακας 34: Επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης στη αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία

Correlations					
			Είδος αναπηρίας	Επαγγελματική κατάσταση	Είμαι ικανοποιημένος
Spearman's rho	Είδος αναπηρίας	Correlation Coefficient	1,000	,033	,030
		p. (2-tailed)		,718	,746
		N	120	120	120
	Επαγγελματική κατάσταση	Correlation Coefficient	,033	1,000	-,233*
		p. (2-tailed)	,718		,010
		N	120	120	120
	Είμαι ικανοποιημένος	Correlation Coefficient	,030	-,233*	1,000
		p. (2-tailed)	,746	,010	
		N	120	120	120

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

6.7.6 Διερεύνηση της διαφοροποίησης του άγχους ανάλογα με το είδος αναπηρία του ατόμου

Όσον αφορά τη συγκεκριμένη συσχέτιση παρουσιάζονται οι μεταβλητές με το μεγαλύτερο στατιστικό ενδιαφέρον, οι οποίες είναι «Αισθάνομαι νευρικήτητα» και το «είδος αναπηρίας» (πίνακας 35). Ισχύουν οι προϋποθέσεις του κριτηρίου χ^2 και κυρίως αυτή κατά την οποία θα πρέπει ένα μεγάλο ποσοστό των κελιών (περίπου 75%) να έχει τουλάχιστον 5 παρατηρήσεις σε κάθε κελί. Παρατηρούμε ότι η τιμή p του στατιστικού ελέγχου είναι 0,044 και έτσι σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=5\%$ ($p=0,044<0,05$) απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση (πίνακας 37). Συνεπώς θεωρούμε ότι εάν αισθάνεται νευρικήτητα ο ερωτώμενος επηρεάζεται από το είδος αναπηρίας που έχει. Παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις των ερωτωμένων ανάλογα με το είδος αναπηρίας που έχουν (πίνακας 36). Συγκεκριμένα τα άτομα με σωματική αναπηρία δήλωσαν ότι αισθάνονται νευρικήτητα σε ποσοστό 55,6% από αυτούς που συνολικά δήλωσαν ότι αισθάνονται νευρικήτητα. Το συγκεκριμένο κελί του πίνακα έχει std residual 1,8 πράγμα που σημαίνει ότι παίζει σημαντικό ρόλο στη

διαμόρφωση στατιστικά σημαντικής σχέσης. Δείχνει δηλαδή ότι δήλωσαν αρκετοί περισσότεροι απ' ότι το αναμενόμενο. ($5/9 = 0,556 = 55,6\%$). Το ίδιο ισχύει και γι' αυτούς οι οποίοι έχουν οπτική αναπηρία και δήλωσαν μέτρια νευρικήτητα ($44,8\% = 13/29$). Αυτοί έχουν std residual 2,1 ένδειξη ότι είναι περισσότεροι απ' όσους αναμενόταν.

Πίνακας 35: Έλεγχος του άγχους των ατόμων με αναπηρία

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Είδος αναπηρίας * Αισθάνομαι νευρικήτητα	120	100,0%	0	0,0%	120	100,0%

Πίνακας 36: Έλεγχος του άγχους των ατόμων με αναπηρία

Είδος αναπηρίας * Αισθάνομαι νευρικήτητα Crosstabulation							
			Αισθάνομαι νευρικήτητα				Total
			Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ	
Είδος αναπηρίας	Σωματική	Count	14	7	4	5	30
		Expected Count	12,0	8,5	7,3	2,3	30,0
		% within Είδος αναπηρίας	46,7%	23,3%	13,3%	16,7%	100,0%
		% within Αισθάνομαι νευρικήτητα	29,2%	20,6%	13,8%	55,6%	25,0%
		Std. Residual	,6	-,5	-1,2	1,8	
	Οπτική	Count	10	7	13	0	30
		Expected Count	12,0	8,5	7,3	2,3	30,0
		% within Είδος αναπηρίας	33,3%	23,3%	43,3%	0,0%	100,0%
		% within Αισθάνομαι νευρικήτητα	20,8%	20,6%	44,8%	0,0%	25,0%
		Std. Residual	-,6	-,5	2,1	-1,5	
	Ακουστική	Count	13	7	7	3	30
		Expected Count	12,0	8,5	7,3	2,3	30,0
		% within Είδος αναπηρίας	43,3%	23,3%	23,3%	10,0%	100,0%
		% within Αισθάνομαι νευρικήτητα	27,1%	20,6%	24,1%	33,3%	25,0%
		Std. Residual	,3	-,5	-,1	,5	
	Χωρίς αναπηρία	Count	11	13	5	1	30
		Expected Count	12,0	8,5	7,3	2,3	30,0
		% within Είδος αναπηρίας	36,7%	43,3%	16,7%	3,3%	100,0%
		% within Αισθάνομαι νευρικήτητα	22,9%	38,2%	17,2%	11,1%	25,0%

		νευρικότητα					
		Std. Residual	-,3	1,5	-,8	-,8	
Total		Count	48	34	29	9	120
		Expected Count	48,0	34,0	29,0	9,0	120,0
		% within Είδος αναπηρίας	40,0%	28,3%	24,2%	7,5%	100,0%
		% within Αισθάνομαι νευρικότητα	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πίνακας 37: Έλεγχος του άγχους των ατόμων με αναπηρία – χ^2 Tests

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. p. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,289 ^a	9	,044
Likelihood Ratio	18,036	9	,035
Linear-by-Linear Association	,395	1	,530
N of Valid Cases	120		

a. 4 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,25.

6.7.7 Διερεύνηση της διαφοροποίησης της κοινωνικής υποστήριξης που δέχονται τα άτομα ανάλογα με το είδος της αναπηρίας τους

Όσον αφορά τη συγκεκριμένη ερευνητική συσχέτιση παρουσιάζονται οι μεταβλητές με το μεγαλύτερο στατιστικό ενδιαφέρον, οι οποίες είναι δύο: η ανεξάρτητη που είναι διακριτή (είδος αναπηρίας) και η εξαρτημένη που είναι συνεχής και είναι ο αριθμός των ατόμων (στο σύνολο) που υποστηρίζουν κοινωνικά τον ερωτώμενο. Χρησιμοποιήσαμε στο SPSS την μέθοδο της Ανάλυσης Διακύμανσης Μονής κατεύθυνσης (One-way ANOVA).

Παρατηρείται λοιπόν, ότι ισχύουν οι τρεις προϋποθέσεις της ANOVA (π.χ.: η διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής παραμένει η ίδια μεταξύ των 4 πληθυσμών (είδος αναπηρίας), (πίνακας 39- Test of Homogeneity of Variances όπου $p=0,706>0,05$)).

Το κριτήριο ελέγχου F και η τιμή p, δίνονται στον παρακάτω πίνακα ANOVA (πίνακας 40). Παρατηρούμε ότι $F=3,068$ και $p=0,031$. Συνεπώς απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ($p<0,05$) και υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του

αριθμού των ατόμων που υποστηρίζουν κοινωνικά τους ερωτηθέντες σε σχέση με το είδος της αναπηρίας τους (πίνακας 40). Αυτό επίσης προκύπτει αν εξετάσουμε τον πίνακα Descriptives (πίνακας 38), όπου φαίνεται ότι τα άτομα που δήλωσαν σωματική αναπηρία, έχουν δηλώσει αρκετά περισσότερα άτομα για κοινωνική υποστήριξη (MO=29,73) από τα άτομα που δήλωσαν οπτική για παράδειγμα αναπηρία (MO=21,93).

Πίνακας 38: Έλεγχος της κοινωνικής στήριξης που λαμβάνουν τα άτομα με αναπηρία

Descriptives								
Κοινωνική Υποστήριξη								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Σωματική	30	29,73	12,301	2,246	25,14	34,33	13	54
Οπτική	30	21,93	12,354	2,255	17,32	26,55	5	54
Ακουστική	30	25,60	12,238	2,234	21,03	30,17	5	54
Χωρίς αναπηρία	30	21,93	9,288	1,696	18,47	25,40	6	39
Total	120	24,80	11,918	1,088	22,65	26,95	5	54

Πίνακας 39: Έλεγχος της κοινωνικής στήριξης - Έλεγχος ισότητας των διασπορών σε όλους τους υπό εξέταση πληθυσμούς

Test of Homogeneity of Variances			
Κοιν.Υποστήριξη			
Levene Statistic	df1	df2	p.
,467	3	116	,706

Πίνακας 40: Έλεγχος της κοινωνικής στήριξης – Πίνακας ANOVA

ANOVA					
Κοινωνική Υποστήριξη					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p.
Between Groups	1242,400	3	414,133	3,068	,031
Within Groups	15658,800	116	134,990		
Total	16901,200	119			

6.7.8 Διερεύνηση της επίδρασης της κοινωνικής υποστήριξης στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με και χωρίς αναπηρία

Για να εξετασθεί η παραπάνω ερευνητική συσχέτιση παίρνουμε δύο μεταβλητές: την ανεξάρτητη που είναι διακριτή «Γενικά είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου» και την εξαρτημένη που είναι συνεχής και είναι ο αριθμός των ατόμων που υποστηρίζουν κοινωνικά τον ερωτώμενο. Χρησιμοποιήσαμε στο SPSS την μέθοδο της Ανάλυσης Διακύμανσης Μονής κατεύθυνσης (One-way ANOVA). Ισχύουν οι τρεις προϋποθέσεις της ANOVA:

1. Τα δεδομένα ακολουθούν την κανονική κατανομή στους 4 πληθυσμούς (όσες και οι απαντήσεις που θα μπορούσαν να επιλέξουν στην ερώτηση «Γενικά είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου»).

2. Η διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής παραμένει η ίδια μεταξύ των 4 πληθυσμών (πίνακας 42-Test of Homogeneity of Variances όπου $p=0,454>0,05$).

3. Τυχαία δείγματα, ανεξάρτητα μεταξύ τους επιλέγονται από καθέναν από τους 4 πληθυσμούς.

Το κριτήριο ελέγχου F και η τιμή p, δίνονται στον παρακάτω πίνακα ANOVA (πίνακας 43). Παρατηρούμε ότι $F=3,248$ και $p=0,024$. (Σημείωση: Κριτήριο ελέγχου $F = (\text{Διασπορά μεταξύ των πληθυσμών}) / (\text{Διασπορά μέσα στον κάθε πληθυσμό})$. Μεγάλο F σημαίνει ύπαρξη διαφορών μεταξύ των πληθυσμών). Συνεπώς απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ($p<0,05$) και υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του αριθμού των ατόμων που υποστηρίζουν κοινωνικά τους ερωτηθέντες σε σχέση με το αν είναι ικανοποιημένοι με τον εαυτό τους (πίνακας 43). Αυτό επίσης προκύπτει αν εξετάσουμε τον πίνακα Descriptives (πίνακας 41), όπου φαίνεται ότι τα άτομα που δήλωσαν ότι δεν ισχύει καθόλου (ότι γενικά είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου), έχουν δηλώσει πολύ λιγότερα άτομα για κοινωνική υποστήριξη ($MO=14$) από τα άτομα που δήλωσαν ότι ισχύει πολύ ($MO=28,48$). Από την παραπάνω στατιστική ανάλυση φαίνεται ξεκάθαρα ότι η κοινωνική υποστήριξη επιδρά θετικά στην αυτοεκτίμηση του ατόμου.

Πίνακας 41: Επίδραση κοινωνικής στήριξης στην αυτοεκτίμηση

Descriptives								
Κοιν.Υπ. Άτομα								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Δεν ισχύει καθόλου	3	14,00	3,000	1,732	6,55	21,45	11	17
Ισχύει λίγο	18	20,06	8,292	1,955	15,93	24,18	6	34
Ισχύει αρκετά	59	24,31	11,258	1,466	21,37	27,24	5	54
Ισχύει πολύ	40	28,48	13,449	2,126	24,17	32,78	5	54
Total	120	24,80	11,918	1,088	22,65	26,95	5	54

Πίνακας 42: Κοινωνική υποστήριξη-Test of Homogeneity Variances

Levene Statistic	df1	df2	p.
1,991	3	116	,119

Πίνακας 43: Έλεγχος κοινωνικής στήριξη

ANOVA					
Κοιν.Υπ. Άτομα					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p.
Between Groups	1309,772	3	436,591	3,248	,024
Within Groups	15591,428	116	134,409		
Total	16901,200	119			

6.7.9 Διερεύνηση της επίδρασης της κοινωνικής υποστήριξης στο άγχος των ατόμων με και χωρίς αναπηρία

Για να συσχετιστεί η παραπάνω συσχέτιση παίρνουμε δύο μεταβλητές: την ανεξάρτητη που είναι διακριτή «Αισθάνομαι νευρική» και την εξαρτημένη που είναι συνεχής και είναι ο αριθμός των ατόμων που υποστηρίζουν κοινωνικά τον ερωτώμενο. Χρησιμοποιήσαμε στο SPSS την μέθοδο της Ανάλυσης Διακύμανσης Μονής κατεύθυνσης (One-way ANOVA). Ισχύουν οι τρεις προϋποθέσεις της ANOVA:

1. Τα δεδομένα ακολουθούν την κανονική κατανομή στους 4 πληθυσμούς (όσες και οι απαντήσεις που θα μπορούσαν να επιλέξουν στην ερώτηση «Αισθάνομαι νευρικότητα»).

2. Η διακύμανση της εξαρτημένης μεταβλητής παραμένει η ίδια μεταξύ των 4 πληθυσμών (πίνακας 45- Test of Homogeneity of Variances όπου $p=0,065>0,05$).

3. Τυχαία δείγματα, ανεξάρτητα μεταξύ τους επιλέγονται από καθέναν από τους 4 πληθυσμούς.

Το κριτήριο ελέγχου F και η τιμή p, δίνονται στον παρακάτω πίνακα ANOVA (πίνακας 46). Παρατηρούμε ότι $F=5,084$ και $p=0,002$. (Σημείωση: Κριτήριο ελέγχου $F = (\text{Διασπορά μεταξύ των πληθυσμών}) / (\text{Διασπορά μέσα στον κάθε πληθυσμό})$. Μεγάλο F σημαίνει ύπαρξη διαφορών μεταξύ των πληθυσμών). Συνεπώς απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ($p<0,05$) και υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του αριθμού των ατόμων που υποστηρίζουν κοινωνικά τους ερωτηθέντες σε σχέση με το αν αισθάνονται νευρικότητα (πίνακας 46). Αυτό επίσης προκύπτει αν εξετάσουμε τον πίνακα Descriptives (πίνακας 44), όπου φαίνεται ότι τα άτομα που δήλωσαν «ΚΑΘΟΛΟΥ» (ότι καθόλου δεν αισθάνονται νευρικότητα), έχουν δηλώσει περισσότερα άτομα για κοινωνική υποστήριξη ($MO=29,67$) από τα άτομα που δήλωσαν ότι ισχύει «ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ» ($MO=22,78$). Φαίνεται δηλαδή ξεκάθαρα από την παραπάνω στατιστική ανάλυση ότι η κοινωνική υποστήριξη επιδρά θετικά στη μείωση του άγχους.

Πίνακας 44: Επίδραση κοινωνικής στήριξης στο άγχος των ατόμων του δείγματος

Descriptives								
Κοιν.Υπ.Άτομα								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
ΚΑΘΟΛΟΥ	48	29,67	13,490	1,947	25,75	33,58	5	54
ΚΑΠΩΣ	34	22,24	10,637	1,824	18,52	25,95	5	46
ΜΕΤΡΙΑ	29	20,38	8,364	1,553	17,20	23,56	6	43
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	9	22,78	9,298	3,099	15,63	29,92	12	42
Total	120	24,80	11,918	1,088	22,65	26,95	5	54

Πίνακας 45: Κοινωνική υποστήριξη-Test of Homogeneity Variances

Levene Statistic	df1	df2	p.
2,475	3	116	,065

Πίνακας 46: Κοινωνική στήριξη

ANOVA					
Κοιν. Υπ. Άτομα					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p.
Between Groups	1964,033	3	654,678	5,084	,002
Within Groups	14937,167	116	128,769		
Total	16901,200	119			

Κεφάλαιο 7: Συζήτηση

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, προκειμένου να εξυπηρετηθούν οι επιμέρους στόχοι της έρευνας, διερευνήθηκε το κατά πόσο εμφανίζονται διαφοροποιήσεις μεταξύ των ομάδων των ατόμων με αναπηρία ως προς την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν από το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον, το άγχος και την αυτοεκτίμησή τους.

Επιπλέον, εξετάστηκε κατά πόσο η κοινωνική υποστήριξη και ο βαθμός ικανοποίησης από την παρεχόμενη στήριξη διαφοροποιούνται μεταξύ των ομάδων των ατόμων με αναπηρία αναφορικά και με τα διάφορα ατομικά χαρακτηριστικά. Επίσης, εξετάστηκε το άγχος αλλά και η αυτοεκτίμηση και κατά πόσο διαφοροποιούνται ξεχωριστά, μεταξύ των ομάδων των ατόμων με αναπηρία αναφορικά και πάλι με τα διάφορα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Σχετικά με τα ατομικά χαρακτηριστικά, εκτός από το σύνολο των δημογραφικών στοιχείων όπως είναι το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο κλπ, συμπεριλήφθηκαν στοιχεία που αφορούν τη φύση της αναπηρίας ως κατάσταση την οποία βιώνει ξεχωριστά το κάθε άτομο, όπως είναι το είδος αναπηρίας, η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας. Ακόμη, υπήρχαν στοιχεία που αφορούσαν την συναναστροφή του ατόμου με φιλικά και οικογενειακά πρόσωπα, συγκεκριμένα, τον αριθμό των φίλων και των στενών φίλων του ατόμου, ποιους αισθάνονται πιο κοντά τους, γονείς, φίλους ή συγγενείς, και σε άλλη ερώτηση αν αισθάνονται πιο κοντά τον πατέρα ή τη μητέρα τους, το αίσθημα ευτυχίας ή κατάθλιψης που μπορεί να αισθάνονται τα άτομα με αναπηρία και χωρίς αναπηρία, καθώς και στοιχεία που αφορούν την ενασχόληση των ατόμων με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και την πιθανή αναζήτηση βοήθειας από ανεπίσημες πηγές όσον αφορά πάντα την αναπηρία τους. Μέσω πολλαπλών αναλύσεων διερευνήθηκαν οι ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες της κοινωνικής στήριξης που λαμβάνουν τα άτομα, οι παράγοντες του άγχους και της αυτοεκτίμησης των ατόμων με αναπηρία.

Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψαν ενδιαφέροντα και αξιοσημείωτα αποτελέσματα και συμπεράσματα, τα οποία αναφέρονται στη συνέχεια και δίνεται μία βαθύτερη ανάλυση των αιτιών που οδήγησαν στη διαμόρφωσή τους. Τέλος, παρατίθενται οι βασικοί περιορισμοί της παρούσας έρευνας και αναφέρονται προτάσεις για μελλοντική ανάπτυξη του θέματος στα πλαίσια μιας εκπαιδευτικής παρέμβασης.

7.1 Η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στο άγχος και την αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία

Στο σύνολό τους τα άτομα με αναπηρία, παρουσιάζουν μέτρια κοινωνική υποστήριξη χωρίς διαφοροποιήσεις στα άτομα με και χωρίς αναπηρία. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος που υποστηρίζουν τα άτομα με αναπηρία είναι μέτρια σε αριθμό. Αναφορικά με την αυτοεκτίμηση, συνολικά, τα άτομα με και χωρίς αναπηρία εμφανίζουν μέτρια έως υψηλή αυτοεκτίμηση χωρίς διαφοροποιήσεις στα άτομα με και χωρίς αναπηρία. Όσον αφορά το άγχος που εκδηλώνουν τα άτομα με αναπηρία, φάνηκε ότι τα άτομα με σωματική αναπηρία αισθάνονται περισσότερο άγχος σε σχέση με τα άτομα με οπτική και ακουστική αναπηρία, το οποίο είναι αρκετά υψηλό (55,6%). Αμέσως μετά με μέτριο άγχος (44,8%), ακολουθούν τα άτομα με οπτική αναπηρία.

Αρχικά, όσον αφορά την κοινωνική στήριξη και τη συσχέτισή της με την αυτοεκτίμηση, από τα ερευνητικά αποτελέσματα προέκυψαν ότι υπάρχει μία μεγάλη συσχέτιση και επίδραση της κοινωνικής στήριξης στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία. Αυτό σημαίνει ότι όσο λιγότερη κοινωνική στήριξη λαμβάνουν από άτομα του φιλικού και κοινωνικού τους περιβάλλοντος, τόσο περισσότερο επηρεάζεται η αυτοεκτίμησή τους, η ψυχολογική τους διάθεση και ο τρόπος που βλέπουν και σέβονται τον εαυτό τους. Η συγκεκριμένη άποψη επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Brown G. W. et al (2009), στην οποία αναφέρεται ότι η κοινωνική στήριξη συσχετίζεται με την αυτοεκτίμηση. Επιπλέον, φάνηκε μέσα από την έρευνα ότι τα άτομα που δεν λαμβάνουν αρκετή κοινωνική υποστήριξη, απογοητεύονται εύκολα, κινδυνεύουν με ψυχικές νόσους και κινδυνεύουν με τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση (Brown, Andrews, Harris, Adler & Bridge, 2009).

Στη συνέχεια, όσον αφορά την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στη μείωση του άγχους, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κοινωνική στήριξη συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του άγχους των ατόμων με αναπηρία. Όσο περισσότερο αισθάνεται το άτομο ότι έχει ανθρώπους γύρω του, στο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον οι οποίοι το στηρίζουν, του δίνουν δύναμη και μπορεί να βασιστεί σε αυτούς οτιδήποτε και να προκύψει, τότε αισθάνεται ασφάλεια και σιγουριά και το άγχος του για καταστάσεις και δυσκολίες μειώνεται, εφόσον γνωρίζει ότι έχει δίπλα του ανθρώπους στους οποίους θα βασιστεί στη δύσκολη στιγμή. Η συγκεκριμένη άποψη στηρίζεται και από την έρευνα του Cobb, S. (1976), η οποία αναφέρει ότι η

κοινωνική στήριξη βοηθά στη μείωση του άγχους και του στρες, στη μείωση λήψης φαρμάκων και γενικότερα στη βελτίωση τη υγείας του ατόμου (Cobb, 1976). Επιπλέον, η έρευνα των Ποντισίδης Γ. και Μπελλάλη Θ. (2015), υποστηρίζει επίσης το θετικό αντίκτυπο της κοινωνικής υποστήριξης σε πολλούς τομείς όπως και στη μείωση του άγχους των ατόμων (Ποντισίδης & Μπελλάλη, 2015).

7.2 Κοινωνική υποστήριξη στα άτομα με αναπηρία: η επίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών

Όσον αφορά την κοινωνική υποστήριξη, στην παρούσα έρευνα συσχετίστηκαν διάφορα ατομικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων με την ύπαρξη χόμπι να αποτελεί τη συσχέτιση και το αποτέλεσμα με το περισσότερο στατιστικό ενδιαφέρον. Έγινε φανερό λοιπόν, ότι η ύπαρξη χόμπι των ατόμων του δείγματος αυξάνει την κοινωνική υποστήριξη που δέχεται το άτομο σε αντίθεση με τα άτομα τα οποία δεν είχαν κάποιο χόμπι και εμφανώς η κοινωνική υποστήριξη παρουσιαζόταν μειωμένη. Αυτό συμβαίνει καθώς το χόμπι και η ενασχόληση με αθλητικές δραστηριότητες ως ψυχαγωγία, φέρνει το άτομο σε επαφή με άλλους, γνωρίζει ποικίλες προσωπικότητες, κοινωνικοποιείται, διευρύνει τους ορίζοντές του κι έτσι οι άνθρωποι που τον στηρίζουν και βρίσκονται δίπλα του αυξάνονται ενδεχομένως, καθώς αυξάνεται και ο κοινωνικός κύκλος του ατόμου. Τη συγκεκριμένη θέση, ενισχύουν και τα αποτελέσματα της έρευνας των Babiss & Gangwisch (2009) οι οποίοι υποστήριξαν ότι η συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες αυξάνει την κοινωνική υποστήριξη αλλά παράλληλα επιδρά και σε άλλες μεταβλητές όπως στην αύξηση της αυτοεκτίμησης των ατόμων και στη μείωση της κατάθλιψης και του αυτοκτονικού ιδεασμού (Babiss & Gangwisch, 2009).

Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε ότι στα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η κοινωνική υποστήριξη φάνηκε να διαφοροποιείται ανάλογα με την αναπηρία που φέρει το άτομο. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με σωματική αναπηρία έγινε φανερό ότι υποστηρίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από το κοινωνικό, οικογενειακό και φιλικό τους περίγυρο σε σχέση με τα άτομα με οπτική και ακουστική αναπηρία. Αυτό μπορεί να οφείλεται ίσως και στη μορφή της αναπηρίας. Δηλαδή το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου με σωματική αναπηρία είναι μεγαλύτερο ίσως και λόγω της φύσης της αναπηρίας όπου επιτρέπει περισσότερη επικοινωνία με τους γύρω, καθώς μπορεί το άτομο να τους δει και να τους ακούσει. Βέβαια πολλοί παράγοντες μπορεί να έχουν

επηρεάσει αυτό το αποτέλεσμα και γενικότερα επηρεάζουν την κοινωνική στήριξη και αυτή είναι μόνο μία πιθανή αιτία αυτής της ένδειξης του αποτελέσματος, η οποία δεν αποτελεί τον κανόνα.

7.3 Αυτοεκτίμηση στα άτομα με αναπηρία: η επίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών

Από την άλλη, όσον αφορά την αυτοεκτίμηση των ατόμων με αλλά και χωρίς αναπηρία, όπως προαναφέραμε αποδείχθηκε μέτρια έως υψηλή. Αυτό σημαίνει ότι ανεξαρτήτως της αναπηρίας που φέρει το άτομο, στο γενικό σύνολο του δείγματος υπήρξαν απαντήσεις που υποδείκνυαν την μέτρια έως υψηλή τους αυτοεκτίμηση, χωρίς σημαντικές και αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα άτομα με σωματική, οπτική, ακουστική και χωρίς αναπηρία. Στη συνέχεια όμως, φάνηκαν κάποιες ενδιαφέρουσες συσχετίσεις και συνδέσεις μεταξύ της αυτοεκτίμησης και συγκεκριμένων ατομικών χαρακτηριστικών.

Όσον αφορά την αυτοεκτίμηση και την ευτυχία, το αίσθημα ευτυχίας ειδικότερα, που δήλωσαν τα άτομα του δείγματος, δηλαδή με άριστα το δέκα κατά πόσο ευτυχισμένοι αισθάνονται, φάνηκε ότι υπάρχει σημαντική στατιστική συσχέτιση, καθώς η αυτοεκτίμηση του κάθε ατόμου επηρεάζει και συνδέεται άρρηκτα με το πόσο ευτυχισμένος αισθάνεται στη ζωή του. Η έρευνα των Baumeister et al. (2003), σημειώνει ότι η αυτοεκτίμηση έχει μια δυνατή σχέση με την ευτυχία. Αν και η έρευνα δεν έχει ξεκαθαρίσει σαφώς την αιτιώδη συνάφεια, οι συγγραφείς είναι πεπεισμένοι ότι η υψηλή αυτοεκτίμηση οδηγεί σε μεγαλύτερη ευτυχία, όπως άλλωστε έχουν επιβεβαιώσει και οι ίδιοι με αναφορές άλλων ερευνών στη δική τους (Baumeister et al., 2003). Είναι θα λέγαμε αναμενόμενο να συνδέεται στενά η αυτοεκτίμηση με την ευτυχία των ατόμων καθώς όσο περισσότερο ευτυχισμένο αισθάνεται ένα άτομο τόσο περισσότερο ανεβαίνει και η αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμησή του. Επιπλέον, ισχύει πολλές φορές και το αντίθετο, λόγω δηλαδή της υψηλής αυτοεκτίμησης, της καλής ψυχικής διάθεσης, να επιτυγχάνεται και η προσωπική ευτυχία του ατόμου, η οποία προϋποθέτει να βρίσκεται το άτομο στην κατάλληλη θέση ώστε να δεχθεί την θετική κατάσταση, το θετικό γεγονός στη ζωή του.

Επίσης, μία ακόμα συσχέτιση, η οποία έδειξε να έχει σημαντικό στατιστικό ενδιαφέρον είναι η σχέση της αυτοεκτίμησης με την πεποίθηση του ατόμου για το αν υποφέρει από κατάθλιψη. Όπως φάνηκε και στα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης οι δύο έννοιες συνδέονται άμεσα. Η αυτοεκτίμηση είναι ένας σημαντικός παράγοντας

μείωσης της κατάθλιψης αλλά και εμπόδιο στην εμφάνιση της αίσθησης κατάθλιψης στο ίδιο το άτομο. Επιπλέον, η χαμηλή αυτοεκτίμηση συγκεκριμένα συνδέεται με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Την άποψη αυτή επιβεβαιώνει η έρευνα των Sowislo et al. (2013) η οποία αναφέρει χαρακτηριστικά, ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η κατάθλιψη συνδέονται στενά, αλλά δεν υπάρχουν συνεπείς ενδείξεις σχετικά με τη φύση της σχέσης. Έτσι, η χαμηλή αυτοεκτίμηση συμβάλλει στην κατάθλιψη και η κατάθλιψη διαβρώνει την αυτοεκτίμηση. Επομένως, η επίδραση της αυτοεκτίμησης στην κατάθλιψη ήταν σημαντικά ισχυρότερη από την επίδραση της κατάθλιψης στην αυτοεκτίμηση (Sowislo, Friederike, Orth & Ulrich, 2013).

Στη συνέχεια, η αυτοεκτίμηση φάνηκε να συσχετίζεται και με την επαγγελματική κατάσταση του ατόμου. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα με σταθερή επαγγελματική κατάσταση όπως οι εργαζόμενοι και οι συνταξιούχοι έχουν περισσότεροι αυτοεκτίμηση σε σχέση με τους ανέργους, τους φοιτητές και τους ημιαπασχολούμενους. Αισθάνονται με άλλα λόγια περισσότερη σιγουριά και αυτοπεποίθηση, έχουν καλύτερη ψυχολογική διάθεση και αυτοπεποίθηση και αυτό έχει ως αντίκτυπο και στην αυτοεκτίμησή τους η οποία είναι υψηλή όσο πιο σταθεροί αισθάνονται στην επαγγελματική τους πορεία. Σε έρευνα των Pierce & Gardner (2004), αναφέρεται ότι η αυτοεκτίμηση ενός ατόμου, διαμορφώνεται γύρω από τις εργασιακές και οργανωτικές εμπειρίες, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό των κινήτρων των εργαζομένων, των στάσεων και των συμπεριφορών που σχετίζονται με την εργασία. Παρατηρείται ότι οι πηγές οργανωτικής δομής, τα σήματα σχετικά με την αξία από την οργάνωση, καθώς και οι συνθήκες ρόλου επιτυχίας προβλέπουν την οργανωτική αυτοεκτίμηση. Επιπλέον, η αυτοπεποίθηση που βασίζεται στην οργάνωση σχετίζεται με την ικανοποίηση από την εργασία, την οργανωτική δέσμευση, τα κίνητρα, τη συμπεριφορά του πολίτη, τις επιδόσεις σε ρόλο και τις προθέσεις κύκλου εργασιών, καθώς και άλλες σημαντικές συμπεριφορές και συμπεριφορές που σχετίζονται με την οργάνωση (Pierce & Gardner, 2004).

7.4 Άγχος στα άτομα με αναπηρία: η επίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών

Σχετικά με το άγχος των ατόμων με και χωρίς αναπηρία, η παρούσα έρευνα έδειξε ότι το άγχος των ατόμων διαφοροποιείται ανάλογα με την ομάδα αναπηρίας στην οποία ανήκουν. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με σωματική αναπηρία φάνηκε ότι έχουν το περισσότερο άγχος σε ποσοστό 55,6% σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες.

Έπειτα ακολουθούν τα άτομα με οπτική αναπηρία όπου το ποσοστό κυμαίνεται στο 44,8%. Στο σύνολό του, το άγχος των ατόμων του δείγματος αποδείχθηκε μέτριο. Σύμφωνα με έρευνα των Iwasaki & Mactavish (2005) η οποία βασίστηκε σε ένα ποιοτικό πλαίσιο, χρησιμοποιήθηκε μιας μέθοδος ώστε να εξεταστούν διάφορες έννοιες όσον αφορά τα άτομα με αναπηρίες (π.χ. μόνιμες διαταραχές κινητικότητας, αισθητηριακές δυσλειτουργίες) οι οποίες συνδέονται με τις εμπειρίες τους από άγχος, καθώς και με σημαντικές πηγές ή αιτίες στρες των ατόμων αυτών. Συνολικά, τα δεδομένα έδειξαν ότι το άγχος είναι ένα συχνό και καθημερινό κομμάτι της ζωής των ατόμων με αναπηρίες. Οι έννοιες που συνδέονται με το άγχος υπογράμμισαν την προσωπική ανησυχία και δυσφορία οι οποίες επηρέασαν, συχνά με αρνητικούς τρόπους, τη φυσική, ψυχολογική, συναισθηματική και κοινωνική λειτουργία των συμμετεχόντων (Iwasaki & Mactavish, 2005).

Στη συνέχεια, όσον αφορά το άγχος και τα ατομικά χαρακτηριστικά, παρατηρήθηκε μία σημαντική στατιστικά συσχέτιση στην παρούσα ερευνητική μελέτη η οποία αφορούσε το άγχος και την ύπαρξη κάποιου χόμπι από τα άτομα με και χωρίς αναπηρία. Με αυτό το αποτέλεσμα φαίνεται καθαρά ότι η ύπαρξη κάποιου χόμπι, δραστηριότητας ως ψυχαγωγία, επιδρά θετικά στη μείωση του άγχους των ατόμων με και χωρίς αναπηρία. Την συγκεκριμένη άποψη επιβεβαιώνει και η έρευνα των Perez et al. (2015), η οποία αναφέρει ότι η συμμετοχή σε χόμπι και η αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης από συναδέλφους και φίλους είναι από τις πιο κοινές μεθόδους αντιμετώπισης των στρεσογόνων παραγόντων. Ακόμη, η κατάρτιση σε δεξιότητες μυαλού-σώματος (π.χ. αναπνοή, γιόγκα, διαλογισμό), η εκπαίδευση για την υγεία, σχετικά με τις συνέπειες του άγχους και γνωστικές στρατηγικές, μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση των προβληματισμών και των αρνητικών σκέψεων και συζητήσεων. Η πλειοψηφία των ιατρών της έρευνας τόνισε την ανάγκη για σύντομες στρατηγικές που θα μπορούσαν να ενσωματωθούν εύκολα στον εργασιακό χώρο ώστε να καταπολεμάτε το άγχος (Perez, Haime, Jackson, Chittenden, Mehta & Park, 2015).

7.5 Περιορισμοί της έρευνας-Προτάσεις εκπαιδευτικής παρέμβασης

Τα συμπεράσματα της συγκεκριμένης μελέτης, παρουσιάζουν κάποιες μεθοδολογικές αδυναμίες οι οποίες την περιορίζουν στο σύνολό της. Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη ώστε να μην μπορούν να δοθούν συμπεράσματα με την ασφάλεια που θα παρείχε μία διαχρονική έρευνα, η οποία με μεγαλύτερη εγκυρότητα, θα μπορούσε να εξασφαλίσει την αιτιώδη σχέση μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας, η οποία σχέση δεν μπορεί να εξασφαλιστεί στην προκειμένη περίπτωση.

Στη συνέχεια, δύο από τα τρία ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, με αποτέλεσμα να υπάρχει ο κίνδυνος να δόθηκαν απαντήσεις που θεωρεί η κοινωνία αποδεκτές και όχι οι πραγματικές. Η αξιολόγηση της κοινωνικής στήριξης, της αυτοεκτίμησης και του άγχους θα γινόταν με περισσότερη ακρίβεια αν συνδυάζονταν και άλλες μέθοδοι όπως η συνέντευξη και η παρατήρηση, καθώς ο χώρος της αναπηρίας είναι ιδιαίτερος και έχει περισσότερη ανάγκη την χρήση πολλαπλών μεθόδων διερεύνησης.

Επιπλέον, ως προς το δείγμα παρατηρείται ότι τα περισσότερα άτομα φέρουν την αναπηρία τους εκ γενετής ή για μεγάλο χρονικό διάστημα. Αυτό ενδεχομένως να έχει επιπτώσεις στην αυτοεκτίμηση, η οποία και εμφανίστηκε μέτρια έως υψηλή και επηρεάζεται από το χρονικό διάστημα το οποίο φέρει την αναπηρία το άτομο. Τέλος, σημαντικό περιορισμό αποτελεί ο αριθμός του δείγματος, ο οποίος είναι μικρός (120 άτομα).

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι για να γενικευτούν τα αποτελέσματα, θα πρέπει να γίνει περαιτέρω έρευνα στο μέλλον, μεγαλύτερων διαστάσεων ώστε να επιβεβαιωθούν τα ευρήματα της παρούσας μελέτης. Έτσι, μελλοντικές έρευνες θα έχουν τη δυνατότητα να ερευνήσουν σε βάθος τη σχέση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης, του άγχους και της αυτοεκτίμησης και τα στοιχεία που έχουν να κάνουν με τη φύση της αναπηρίας κυρίως σε μαθητικό πληθυσμό με αναπηρία αλλά και σε εκπαιδευτικούς και άτομα που ασχολούνται με την αναπηρία ως αντικείμενο.

Είναι λοιπόν, γνωστό ότι η αυτοεκτίμηση αλλά και το άγχος είναι προσωπικές διεργασίες τις οποίες βιώνει το άτομο σε μικρό ή μεγάλο βαθμό. Η αυτοεκτίμηση συγκεκριμένα, καλλιεργείται και αναπτύσσεται μέσα από τη συναναστροφή του ατόμου, μέσα από την οικογένεια, το σχολείο και στη συνέχεια την κοινωνία και τις

κοινωνικές και φιλικές σχέσεις που εδραιώνονται. Το άγχος από την άλλη, είναι ένα χαρακτηριστικό, μια κατάσταση, όπου ανάλογα με το περιβάλλον στο οποίο ζει το άτομο εντείνεται ή αντιμετωπίζεται και μειώνεται. Πολύ σημαντικό ρόλο λοιπόν, ιδιαίτερα στη ζωή ενός παιδιού αλλά και των ενήλικων ατόμων παίζει η παιδεία, η εκπαίδευση και οι φορείς που την εκπροσωπούν, όπως οι εκπαιδευτικοί οι οποίοι διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην αυτοεκτίμηση αλλά και τη διαχείριση του άγχους των παιδιών μέσα από τη στήριξη και την κατάλληλη αντιμετώπιση.

Έτσι λοιπόν, οι φορείς της εκπαίδευσης είναι πολύ σημαντικό να προετοιμάζουν το παιδί για τις δυσκολίες που πρόκειται να αντιμετωπίσει στο άμεσο μέλλον με τη σχολική του θητεία αλλά και στο μακρινό με τις περιπέτειες της ζωής, τις δυσκολίες τις οποίες θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει χωρίς άγχος, αλλά με αυτοπεποίθηση, αυτοαντίληψη, αυτοεκτίμηση, δύναμη, δεξιότητες κοινωνικές και γενικότερα ψυχολογική ανέλιξη. Η κατάλληλα σχεδιασμένη εκπαίδευση αλλά και η οργάνωση με τεχνικές και τη διάθεση των φορέων θα βοηθήσουν στην επίτευξη αυτών των προσδοκιών.

Όλοι οι εκπαιδευτικοί φορείς επομένως, σύμφωνα και με το Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών, υποστηρίζουν την ανέλιξη των κοινωνικών δεξιοτήτων των παιδιών, ώστε να μπορέσουν να κοινωνικοποιηθούν, να ενταχθούν στην ομάδα της τάξης, να αυξήσουν την αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθησή τους και να μειώσουν το άγχος, το στρες, την αρνητική σκέψη και να τονώσουν τη ψυχολογική τους διάθεση. Επιπλέον, μέσω της εξέλιξης και ενδυνάμωσης των κοινωνικών δεξιοτήτων ενισχύεται και η ευαισθητοποίηση των παιδιών ώστε στο μέλλον να στηρίζουν πρακτικά και ψυχολογικά κι αυτοί τους γύρω τους, όπως κάνουν οι γύρω τους για τα ίδια τα παιδιά.

Στη συνέχεια, καλό θα ήταν να ενταχθούν στα σχολεία, μαθήματα που αφορούν τη διαχείριση του άγχους και των συναισθημάτων από τα οποία τα παιδιά θα μάθαιναν πως να αντιμετωπίζουν καταστάσεις, πώς να ανταποκρίνονται και να πράττουν όταν αισθάνονται συγκεκριμένα συναισθήματα, να κατανοούν τα συναισθήματα των άλλων, να μπορούν να μπουν στη θέση τους και έπειτα να τους στηρίζουν και να τους βοηθήσουν με όποιο τρόπο μπορούν, όπως θα ήθελαν να πράττουν και γι' αυτούς.

Όσον αφορά τα άτομα με αναπηρία, όπου η ένταξή τους απασχολεί ιδιαίτερα την κοινωνική πραγματικότητα και την εκπαίδευση, καλό θα ήταν να ενισχυθούν τα προγράμματα ανάπτυξης κοινωνικών δεξιοτήτων των ατόμων με αναπηρία. Έτσι

λοιπόν, θα είναι σε θέση να ανταπεξέλθουν στην καθημερινότητα, στις δυσκολίες και τις απαιτήσεις της, να εξελιχθούν ως προσωπικότητες, να αυξήσουν την κοινωνικότητα και αυτοεκτίμησή τους, να μειώσουν το άγχος και να αισθανθούν την υποστήριξη από τους φορείς της εκπαίδευσης και όχι μόνο. Με άλλα λόγια, τα προγράμματα παρέμβασης, είναι αναγκαία για τα άτομα με αναπηρία, καθώς συμβάλλουν στην ενδυνάμωση και αντοχή της ψυχικής τους υγείας η οποία παίζει καθοριστικό ρόλο στο βίωμα της καθημερινότητας αλλά και της μελλοντικής ζωής των ατόμων με αναπηρία τα οποία θα πρέπει να έχουν αυτά τα εφόδια που θα τους βοηθήσουν σε όλες τις εκφάνσεις και τροπές στη ζωή τους.

Τέλος, είναι σημαντικό οι εκπαιδευτικοί, γενικής και ειδικής αγωγής, όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης, να επιμορφώνονται συνεχώς και να εξελίσσονται όσον αφορά την εφαρμογή προγραμμάτων που θα ενδυναμώσουν την αυτοεκτίμηση των μαθητών και βοηθήσουν στην εξέλιξη και διαμόρφωση της προσωπικότητάς τους. Θα πρέπει δηλαδή οι εκπαιδευτικοί να προσανατολιστούν στον τρόπο με τον οποίο θα βοηθήσουν τους μαθητές τους να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους, να αναπτύξουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες, μαθαίνοντας πρώτα και η ίδιοι τη μεγάλη σημασία αυτών των διεργασιών και για τους μαθητές τους αλλά και για τους ίδιους.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Babiss, L. A. & Gangwisch, J. E. (2009). Sports Participation as a Protective Factor Against Depression and Suicidal Ideation in Adolescents as Mediated by Self-Esteem and Social Support. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 30 (5), 376-384.
- Baumeister R. F., Campbell J.D., Krueger J.I. & Vohs K. D.(2003). Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Association for Psychological Science*, 4 (1), 1-44.
- Brown W., Andrews B., Harris T., Adler Z. & Bridge L. (2009). Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine*, 16 (4).
- Celik, M. & Ayna, Y.E.(2014). Application of Perceived Family Support Scale to Individuals with Special Needs. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 113, 181 – 190.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cole, D.A, Nick, E.A, Zelkowitz, R.L, Roeder, K.M & Spinelli, T. (2017). Online social support for young people: Does it recapitulate in-person social support; can it help? *Computers in Human Behavior*. Journal homepage: www.elsevier.com/locate/comphumbeh.
- De Brito, T.R.P., Nunes, D.P., Corona, L.P., Da Silva Alexandre, T., De Oliveira Duarte, Y.A. (2017). Low supply of social support as risk factor for mortality in the older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 77-81.
- Demirci, K., Demirci, S., Taşkıran, E. & Kutluhan S. (2017). The effects of temperament and character traits on perceived social support and quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 74, 22-26.
- Felizardo, S., Ribeiro, E. & Amante, M.J. (2016). Parental adjustment to disability, stress indicators and the influence of social support. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 217, 830 – 837.

- Findler, L., Jacoby, A.K. & Gabis, L. (2016). Subjective happiness among mothers of children with disabilities: The role of stress, attachment, guilt and social support. *Research in Developmental Disabilities* 55, 44-54.
- Foloútină, R. & Tudorache, L.A. (2012). Stress management tools for preventing burnout phenomenon at teachers from special education. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 69, 933 – 941.
- Forrester, R.L., Slater, H., Jomar, K., Mitzman, S. & Taylor, P.J. (2017). Self-esteem and non-suicidal self-injury in adulthood: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 172-183.
- Ghani, M.Z., Ahmad, A.C. & Ibrahim, S. (2014). Stress among Special Education Teachers in Malaysia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 114, 4 – 13.
- Gonçalves, A., Sequeira, C., Duarte, J. & Freitas, P. (2014). Suicide ideation in higher education students: influence of social support. *Atención Primaria* 46(Espec Cong 1), 88-91.
- Iwasaki Y. & Mactavish J.B.(2005). Perspectives of People With Disabilities on Stress. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48 (4), 194-208.
- Joyce, L. & Liamputtong, P. (2017). Acculturation stress and social support for young refugees in regional areas. *Children and Youth Services Review* 77, 18-26.
- Kafetsios, K. & Sideridis, G.D. (2006). Attachment, Social Support and Well-being in Young and Older Adults. *Journal of Health Psychology* 11 (6), 863-876.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kennerley, H. (2009). Ξεπερνώντας το Άγχος. Ένας οδηγός Αυτοβοήθειας με Γνωστικές-Συμπεριφοριστικές Τεχνικές. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Lu, M., Yang, G., Skora, E., Wangc, G., Cai, Y., Sun, Q. & Li, W. (2015). Self-esteem, social support, and life satisfaction in Chinese parents of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders* . 70-77.

- Olaya, B., Domènech-Abella, J., Moneta, M.V., Lara, E., Caballero, F.F., Rico-Urbe, L.A & Haro, J.M. (2017). All-cause mortality and multimorbidity in older adults: The role of social support and loneliness. *Experimental Gerontology*, 120-126.
- Papadopoulos, K., Montgomery, A.J. & Chronopoulou E. (2013). The impact of visual impairments in self-esteem and locus of control. *Research in Developmental Disabilities*, 4565-4570.
- Park, K.M. & Park H. (2015). Effects of Self-esteem Improvement Program on Self-esteem and Peer Attachment in Elementary School Children with Observed Problematic Behaviors. *Asian Nursing Research* 9, 53-59.
- Perez G.K., Haime V., Jackson V., Chittenden E., Mehta D.H. & Park E.R. (2015). Promoting Resiliency among Palliative Care Clinicians: Stressors, Coping Strategies, and Training Needs. *Journal of Palliative Medicine*, 18, 4.
- Philpott, L.F, Leahy-Warren, P., FitzGerald, S. & Savage., E. (2017). Stress in fathers in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery* 55, 113-127.
- Pierce J. L. & Gardner D. G. (2004). Self-Esteem Within the Work and Organizational Context: A Review of the Organization-Based Self-Esteem Literature. *Journal of Management*, 30 (5), 591-622.
- Platsidou, M., & Agaliotis, I. (2008). Burnout, job satisfaction and instructional assignment-related sources of stress in Greek special education teachers. *International Journal of Disability, Development and Education*, 55, 61–76.
- Pornsakulvanich, V. (2017). Personality, attitudes, social influences, and social networking site usage predicting online social support. *Computers in Human Behavior* 76, 255-262.
- Rhode, P.C., Froehlich-Grobe, K., Hockemeyer, J.R., Carlson, J.A. & Lee J. (2012). Assessing stress in disability: Developing and piloting the Disability Related Stress Scale. *Disability and Health Journal*, 168-176.
- Salakaria, M., Pylkkanen, L., Sillanmaki, L., Nurminen, R., Rautava, P., Koskenvuo, M. & Suominen, S. (2017). Social support and breast cancer: A comparative study of breast

cancer survivors, women with mental depression, women with hypertension and healthy female controls. *The Breast* 35, 85-90.

Sowislo, Friederike, Orth & Ulrich. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *American Psychological Association*, 139(1), 213-240.

Spielberger, G.D., Gorus, R.L, Lushene, R.E. (1970). *The state-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Sun, B., Zhang, Z., Liu, X., Hu, B. & Zhu, T. (2017). Self-esteem recognition based on gait pattern using Kinect. *Gait & Posture* 58, 428-432.

Smyth, E., Healy, O. & Ad Lydon, S. (2015). An analysis of stress, burnout, and work commitment among disability support staff in the UK. *Research in Developmental Disabilities* 47, 297-305.

Uccelli, M.M., Traversa, S. & Ponzio, M.(2016). A survey study comparing young adults with MS and healthy controls on self-esteem, self-efficacy, mood and quality of life. *Journal of the Neurological Sciences* 368, 369-373.

Van Hedger, K., Bershad, A.K. & De Wit, H. (2017). Pharmacological challenge studies with acute psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology* 85, 123-133.

Waqasa, A., Turk. M., Naveed, S., Amin, A., Kiwanuka, H., Shafique, N. & Chaudhry, M.A. (2017). Perceived social support among patients with burn injuries: A perspective from the developing world. *Burns*.

Yahaya, A., Ramli, J., Yahaya, N. & Yen, G.S. (2010). Correlation Between Self-Esteem, Coping Difficulties, SelfEfficacy, And Illness Symptoms towards Supported Education For Students With Psychiatric Disabilities. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 7(C), 642–651.

Yuh, J. & Choi, S. (2017). Sources of social support, job satisfaction, and quality of life among childcare teachers. *The Social Science Journal* 54, 450-457.

Zhang, L., Li, W., Liu, B. & Xie, W. (2014). Self-esteem as mediator and moderator of the relationship between stigma perception and social alienation of Chinese adults with disability. *Disability and Health Journal*, 119-123.

Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, Ν. (2004). Ειδική Αγωγή. Αναπτυξιακές διαταραχές και χρόνιες μειονεξίες. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Πανεπιστημίου Μακεδονίας.

Αλεβίζος, Β. (2008). Άγχος. Ιατρικές & κοινωνικές διαστάσεις. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ.

Αντωνίου, Α.-Σ. (2006). Αποτελεσματική διαχείριση εργασιακού στρες. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.

Αντωνίου, Α.-Σ.. (2010). Στρες. Προσωπική Ανάπτυξη και Ευημερία. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Βορδώνη, Π., Η προσαρμογή στην αναπηρία και η αυτοεκτίμηση ως παράμετροι της ευτυχίας ατόμων με αναπηρία: εκπαιδευτικές παρεμβάσεις [διπλωματική]. Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων ·2017.

Δελήμπαση, Ν., Η σχέση του στιγμιαίου άγχους που δημιουργείται κατά την εξεταστική περίοδο με την τελική επίδοση-βαθμολογία [διπλωματική]. Ηράκλειο: Πανεπιστήμιο Κρήτης ·2014.

Δελλασούδας, Λ.Γ. (2005). Εισαγωγή στην ειδική παιδαγωγική: Διδακτική μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες : Από τη θεωρία στην πράξη: Προϋποθέσεις, προβλήματα, εφαρμογές στη γενική και τεχνική επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση, ειδική αναφορά στους χαρισματικούς. Αθήνα : Ιδιωτική Έκδοση.

Διαμαντίδης, Σ.(2008). Έλεγχος και διαχείριση του στρες. Ιατρική βιοανάδραση για τον έλεγχο του στρες, του άγχους και του φόβου. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Ζώνιου-Σιδέρη Α., Ντεροπούλου-Ντέρου, Ε. & Βλάχου-Μπαλαφούτη Α. (2012). Αναπηρία και εκπαιδευτική πολιτική. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.

Ζιώνου-Σιδέρη, Α. & Σπανδάγου, Η. (2005). Αναπτυξιακές θεωρίες και αναπηρία. Νοητική καθυστέρηση, αισθητηριακές διαταραχές και κινητική αναπηρία. Αθήνα : Εκδόσεις Μεταίχμιο.

Κλεφτάρας, Γ. (2009). Πολιτισμική και πολυπολιτισμική συμβουλευτική. Άτομα με αναπηρίες -μειονότητες- μαθητές. Αθήνα : Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

- Κουρμπέτης, Β., Χατζοπούλου, Μ.(2010). Μπορώ και με τα μάτια μου: Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις και πρακτικές για κωφούς μαθητές. - 1η έκδ. - Αθήνα : Εκδόσεις Καστανιώτη (Το Βιβλίο στην Εκπαίδευση).
- Μητρούση, Σ., Τραυλός, Α., Κούκια, Ε., & Ζυγά, Σ. (2013). Θεωρίες άγχους: Μια κριτική ανασκόπηση. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 6(1), 21-27.
- Μπάμπαλου, Χ.Ε., Πηγές επαγγελματικής εξουθένωσης στον Έλληνα εκπαιδευτικούς Α/βάθμιας εκπαίδευσης κάτω από συνθήκες οικονομικής κρίσης [διπλωματική]. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης ·2015.
- Νικολάου, Ο., Αυτοπροσδιορισμός και δίκτυα κοινωνικής στήριξης των ατόμων με κινητική αναπηρία [διπλωματική]. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας ·2011.
- Παπάνης, Ε. (2004). Η αυτοεκτίμηση και η μέτρησή της. Εμπειρική έρευνα και ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις. Αθήνα: Εκδόσεις Ατραπός.
- Παπάνης Ε., Γιαβρίμης Π. & Βίκη Α. (2007). Ειδική αγωγή, Επαγγελματικός προσανατολισμός ατόμων με αναπηρία και αποασυλοποίηση. Μυτιλήνη: Εκδόσεις Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας Αγιάσου-Λέσβου «Η Θεομήτωρ», Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου.
- Ποντισίδης, Γ. & Μπελλάλη, Θ. (2015). Η Έννοια της Κοινωνικής Υποστήριξης και η Επίδρασή της στη Διαχείριση των Χρόνιων Νόσων. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης.
- Σπίλμπεργκερ, Τ. (1982). Άγχος-Στρες και πώς να τα καταπολεμήσετε. Αθήνα: Εκδόσεις ΑΘ. ΨΥΧΟΓΙΟΣ.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., Ρούσση, Π. (2012). Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. Μια συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων, δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον ελληνικό χώρο. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Στεργίου, Α. (1999). Αναπηρία. Η αναπηρία στη νομοθεσία του Ι.Κ.Α. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Σάκκουλα.
- Υφαντής Α., Ίντας, Γ., Κοντός, Μ. (2017). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και κοινωνική υποστήριξη γυναικών με καρκίνο του μαστού: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης.

Παράρτημα Ι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Στο πλαίσιο ερευνητικής εργασίας που διεξάγεται θα σας παρακαλούσαμε να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο. Είναι **απολύτως ανώνυμο** και οποιαδήποτε πληροφορία που θα παράσχετε αποβλέπει αποκλειστικά στην εξυπηρέτηση της έρευνας που διεξάγεται. Ακόμη, είναι **αυστηρά προσωπικό**, με την έννοια ότι οι απαντήσεις που θα επιλέξετε πρέπει να είναι αποτέλεσμα δική σας επιλογής. Αρχικά, σας ζητείται να συμπληρώσετε κάποια ατομικά στοιχεία, ενώ στη συνέχεια καλείστε να απαντήσετε σε μερικές ερωτήσεις που αφορούν την καθημερινή σας ζωή. **Είναι σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.** Η συμμετοχή σας θα έχει ιδιαίτερη βαρύτητα, και σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την ανταπόκριση, τη συνεργασία και την υπομονή σας.

Υπεύθυνη έρευνας: Καλαθά Ευαγγελία

1)Φύλο:

Ανδρας ☐

Γυναίκα ☐

2)Ηλικιακή κατηγορία:

18-25 ☐

26-35 ☐

36-45 ☐

46-55 ☐

56-65 ☐

66 και άνω ☐

3)Οικογενειακή κατάσταση:

Ελεύθερος/η ☐

Παντρεμένος/η ☐

Διαζευγμένος/η ☐

Χήρος/α ☐

4)Επαγγελματική κατάσταση

άνεργος/η ☐

εργαζόμενος/η ☐

συναταξιούχος ☐

φοιτητής/τρια ☐

ημιαπασχολούμενος/η ☐

5) Είστε απόφοιτος:

Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γυμνάσιο, Λύκειο) ☐

Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ -ΤΕΙ) ☐

Μεταπτυχιακές σπουδές ☐

Διδακτορικό ☐

Κανένα από τα παραπάνω ☐

6)Μηνιαίο καθαρό εισόδημα :

0€-500€ ☐

501€-1000€ ☐

1001€-2000€ ☐

2001€ και άνω ☐

7) Είδος αναπηρίας:

Σωματική ☐

Οπτική ☐

Ακουστική ☐

προβλήματα λόγου και ομιλίας ☐

πολλαπλές αναπηρίες ☐

συναισθηματικά/κοινωνικά/ψυχικά προβλήματα ☐

χρόνια ασθένεια (αναιμία, διαβήτης, ΣΚΠ) ☐

Άλλο ☐ Διευκρινίστε:

8) Ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας (γράψτε αριθμό):

(αν έχετε εκ γενετής την αναπηρία γράψτε τον αριθμό 0)

9) Ποιο από τους γονείς σας αισθάνεστε πιο κοντά σας;

Πατέρας ☐

Μητέρα ☐

10) Μορφωτικό επίπεδο πατέρα:

Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο, Λύκειο) ☐

Τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΑΕΙ -ΤΕΙ) ☐

Μεταπτυχιακές σπουδές ☐

Διδακτορικό ☐

Κανένα από τα παραπάνω ☐

11) Μορφωτικό επίπεδο μητέρας:

Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο, Λύκειο) ☐

Τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΑΕΙ -ΤΕΙ) ☐

Μεταπτυχιακές σπουδές ☐

Διδακτορικό ☐

Κανένα από τα παραπάνω ☐

12) Αριθμός αδελφών:

Κανένα ☐

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 και άνω ☐

13) Πόσο συχνά χρησιμοποιείται τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης; (Facebook κλπ)

Πάρα πολύ ☐

Μέτρια ☐

Κάπως ☐

Καθόλου συχνά ☐

14) Ποιους αισθάνεστε πιο κοντά σας;

Γονείς ☐

Φίλους ☐

Συγγενείς ☐

15) Πόσους φίλους έχετε; (γράψτε αριθμό).....

16) Πόσους στενούς φίλους έχετε; (γράψτε αριθμό).....

17) Σημειώστε με άριστα το 10 κατά πόσο αισθάνεστε ευτυχισμένοι:.....

18) Ζω :

Μόνος/η μου ☐

Με τους γονείς μου ☐

Με συγγενείς ☐

Με φίλους ☐

Με τον/την σύντροφό μου ☐

19) Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;

Ναι ☐

Όχι ☐

Ίσως ☐

20) Έχετε αναζητήσει βοήθεια για θέματα που σχετίζονται με τη διαβίωσή σας από ανεπίσημες πηγές;

Ναι ☐

Όχι ☐

21) Περιοχή διαβίωσης:

αστική περιοχή ☐

κωμόπολη/χωριό ☐

22) Έχετε κάποιο χόμπυ;

ναι ☐

όχι ☐

Για κάθε ερώτημα:

α) **στο πρώτο μέρος** να αναφέρετε με τα αρχικά τους (π.χ. ΑΤ, ΒΜ) **όλα εκείνα τα άτομα** που μπορείτε να υπολογίζετε στην βοήθειά τους ότι μπορούν να σας υποστηρίξουν έτσι όπως περιγράφεται στην ερώτηση. Δίπλα σε κάθε αριθμό να γράψετε τα αρχικά ενός μόνο ατόμου.

β) **στο δεύτερο μέρος** κάθε απάντησης να γράψτε το πόσο ικανοποιημένοι είστε από τον βαθμό στον οποίο σας βοηθούν **όλα** τα άτομα αυτά, **γενικά χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα** .

Ικανοποίηση:

6	5	4	3	2	1
Πολύ	αρκετά	λίγο	αρκετά	λίγο	Πολύ
Ικανοποιη.	Ικανοποιημ.	Ικανοποιημένος	δυσανεστημένος	δυσανεστημένο	δυσανεστημένος

Αν δεν υπάρχει κάποιο άτομο για κάποια από τις παρακάτω καταστάσεις, βάλτε 'χ' στο 'κανένας'. Το παρακάτω παράδειγμα θα σας βοηθήσει.

Ερωτήσεις

23. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να εμπιστευτείς πραγματικά ότι θα αποσπάσουν την προσοχή σου από προβλήματα που σε ανησυχούν και σε στρεσάρουν;

κανένας 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____

Ικανοποίηση: 6 5 4 3 2 1

24. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να βασιστείς ότι θα σε κάνουν να αισθανθείς πιο χαλαρός όταν βρίσκεσαι κάτω από πίεση;

κανένας 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____

Ικανοποίηση: 6 5 4 3 2 1

25. Ποιοι μπορούν να σε αποδεχτούν ολοκληρωτικά, και στις καλές και στις κακές σου στιγμές;

κανένας 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____

Ικανοποίηση: 6 5 4 3 2 1

26. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να βασιστείς ότι θα σε φροντίσουν, άσχετα από το τι μπορεί να σου συμβαίνει;

κανένας 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____

Ικανοποίηση: 6 5 4 3 2 1

27. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να βασιστείς ότι θα σε κάνουν να νοιώσεις καλύτερα όταν αισθάνεσαι πολύ άσχημα;

κανένας 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____

Ικανοποίηση: 6 5 4 3 2 1

28. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείς να βασιστείς ότι θα σε παρηγορήσουν όταν αισθάνεσαι πολύ πεσμένος;

κανένας 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ 7 ____ 8 ____ 9 ____

Ικανοποίηση: 6 5 4 3 2 1

1-δεν ισχύει καθόλου,

2-ισχύει λίγο,

3-ισχύει αρκετά ,

4-ισχύει πολύ.

29.Γενικά είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου..... 1 2 3 4

30.Κατά περιόδους σκέφτομαι ότι δεν είμαι καλός σε
τίποτα..... 1 2 3 4

31.Αισθάνομαι ότι έχω αρκετές ικανότητες.....1 2 3 4

32.Είμαι ικανός να κάνω το ίδιο καλά κάποια πράγματα όπως οι περισσότεροι άλλοι
άνθρωποι.....1 2 3 4

33.Νομίζω ότι δεν έχω καταφέρει αρκετά πράγματα στη ζωή μου.....	1	2	3	4
34.Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές.....	1	2	3	4
35.Αισθάνομαι ότι αξίζω σαν άτομο, τουλάχιστον στον ίδιο βαθμό με τους άλλους ανθρώπους.....	1	2	3	4
36.Μακάρι να εκτιμούσα περισσότερο τον εαυτό μου.....	1	2	3	4
37.Εν γένει έχω την τάση να αισθάνομαι αποτυχημένος.....	1	2	3	4
38.Έχω μία θετική τάση απέναντι στον εαυτό μου.....	1	2	3	4

Δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σε αυτό που αισθάνεστε

ΤΩΡΑ.

(1=ΚΑΘΟΛΟΥ, 2=ΚΑΠΩΣ, 3=ΜΕΤΡΙΑ, 4=ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ)

39.Αισθάνομαι ήρεμος.....	1	2	3	4
40.Αισθάνομαι ασφαλής.....	1	2	3	4
41. Νιώθω μία εσωτερική ένταση.....	1	2	3	4
42. Έχω αγωνία.....	1	2	3	4
43. Αισθάνομαι άνετα.....	1	2	3	4
44. Αισθάνομαι αναστατωμένος.....	1	2	3	4
45. Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες.....	1	2	3	4
46. Αισθάνομαι αναπαυμένος.....	1	2	3	4
47. Αισθάνομαι άγχος.....	1	2	3	4
48. Αισθάνομαι βολικά.....	1	2	3	4
49. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.....	1	2	3	4
50. Αισθάνομαι νευρικότητα.....	1	2	3	4

51. Αισθάνομαι ήσυχος.....	1	2	3	4
52. Βρίσκομαι σε διέγερση.....	1	2	3	4
53. Είμαι χαλαρωμένος.....	1	2	3	4
54. Αισθάνομαι ικανοποιημένος.....	1	2	3	4
55. Ανησυχώ.....	1	2	3	4
56. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή.....	1	2	3	4
57. Αισθάνομαι υπερένταση.....	1	2	3	4
58. Αισθάνομαι ευχάριστα.....	1	2	3	4

Δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει πώς αισθάνεστε **ΓΕΝΙΚΑ**.

(1=ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ, 2=ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ, 3=ΣΥΧΝΑ, 4=ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΟΤΕ)

59. Αισθάνομαι ευχάριστα.....	1	2	3	4
60. Κουράζομαι εύκολα.....	1	2	3	4
61. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.....	1	2	3	4
62. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος όσο οι άλλοι φαίνονται να είναι.....	1	2	3	4
63. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.....	1	2	3	4
64. Αισθάνομαι αναπαυμένος.....	1	2	3	4
65. Είμαι ήρεμος, ψύχραιμος και συγκεντρωμένος.....	1	2	3	4
66. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω.....	1	2	3	4
67. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.....	1	2	3	4

68.Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.....	1	2	3	4
69.Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα.....	1	2	3	4
70.Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.....	1	2	3	4
71. Αισθάνομαι ασφαλής.....	1	2	3	4
72.Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή δυσκολίας.....	1	2	3	4
73. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.....	1	2	3	4
74. Είμαι ικανοποιημένος.....	1	2	3	4
75.Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί	1	2	3	4
76.Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από την σκέψη μου.....	1	2	3	4
77.Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας	1	2	3	4
78.Έρχομαι σε μία κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά μου	1	2	3	4

Παράρτημα II

Ατομικά Στοιχεία	Είδος αναπηρίας										
		Σωματική		Οπτική		Ακουστική		Χωρίς αναπηρία		Σύνολο	
Φύλο	Άνδρες	16	13,3 %	24	20%	14	11,7 %	10	8,3 %	64	53,3 %
	Γυναίκες	14	11,7 %	6	5%	16	13,3 %	20	16,7 %	56	46,7 %
Ηλικία	18-25	4	3,3 %	0	0,0 %	2	1,7 %	12	10,0 %	18	15,0 %
	26-35	8	6,7 %	8	6,7 %	4	3,3 %	1	0,8 %	21	17,5 %
	36-45	4	3,3 %	6	5,0 %	6	5,0 %	3	2,5 %	19	15,8 %
	46-55	5	4,2 %	5	4,2 %	18	15,0 %	8	6,7 %	36	30,0 %
	56-65	6	5,0 %	10	8,3 %	0	0,0 %	5	4,2 %	21	17,5 %
	66 και άνω	3	2,5 %	1	0,8 %	0	0,0 %	1	0,8 %	5	4,2 %
Οικογενειακή κατάσταση	Ελεύθερος/η	11	9,2 %	13	10,8 %	9	7,5 %	15	12,5 %	48	40,0 %
	Παντρεμένος/η	15	12,5 %	10	8,3 %	21	17,5 %	14	11,7 %	60	50,0 %
	Διαζευγμένος/η	2	1,7 %	6	5,0 %	0	0,0 %	1	0,8 %	9	7,5 %
	Χήρος/α	2	1,7 %	1	0,8 %	0	0,0 %	0	0,0 %	3	2,5 %
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος/η	8	6,7 %	3	2,5 %	7	5,8 %	3	2,5 %	21	17,5 %
	Εργαζόμενος/η	11	9,2 %	8	6,7 %	19	15,8 %	15	12,5 %	53	44,2 %

	Συναταξιούχος	8	6,7 %	14	11,7 %	2	1,7 %	3	2,5 %	27	22,5 %
	Φοιτητής/τρια	3	2,5 %	5	4,2 %	2	1,7 %	8	6,7 %	18	15,0 %
	Ημιαπασχολούμενος/η	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	0,8 %	1	0,8 %
Είστε απόφοιτος;	Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γυμνάσιο, Λύκειο)	15	12,5 %	13	10,8 %	16	13,3 %	3	2,5 %	47	39,2 %
	Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ -ΤΕΙ)	10	8,3 %	9	7,5 %	6	5,0 %	14	11,7 %	39	32,5 %
	Μεταπτυχιακές σπουδές	3	2,5 %	6	5,0 %	1	0,8 %	11	9,2 %	21	17,5 %
	Διδακτορικό	1	0,8 %	0	0,0 %	2	1,7 %	2	1,7 %	5	4,2 %
	Κανένα από τα παραπάνω	1	0,8 %	2	1,7 %	5	4,2 %	0	0,0 %	8	6,7 %
Μηνιαίο καθαρό εισόδημα	0€-500€	11	9,2 %	5	4,2 %	13	10,8 %	13	10,8 %	42	35,0 %
	501€-1000€	11	9,2 %	12	10,0 %	6	5,0 %	7	5,8 %	36	30,0 %
	1001€-2000€	7	5,8 %	12	10,0 %	10	8,3 %	8	6,7 %	37	30,8 %
	2001€ και άνω	1	0,8 %	1	0,8 %	1	0,8 %	2	1,7 %	5	4,2 %
Περιοχή δαβίωσης	Αστική περιοχή	21	17,5 %	27	22,5 %	13	10,8 %	19	15,8 %	80	66,7 %
	Κωμόπολη/χωριό	9	7,5 %	3	2,5 %	17	14,2 %	11	9,2 %	40	33,3 %
Ποιον από τους γονείς αισθάνεστε κοντά σας	Πατέρας	5	4,2 %	9	7,5 %	7	5,8 %	5	4,2 %	26	21,7 %
	Μητέρα	25	20,8 %	21	17,5 %	23	19,2 %	25	20,8 %	94	78,3 %
Μορφωτικό	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο,	10	8,3	7	5,8	6	5,0	6	5,0	29	24,2

Επίπεδο πατέρα	Λύκειο)		%		%		%		%		%
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΑΕΙ -ΤΕΙ)	5	4,2 %	5	4,2 %	0	0,0 %	9	7,5 %	19	15,8 %
	Μεταπτυχιακές σπουδές	1	0,8 %	0	0,0 %	1	0,8 %	3	2,5 %	5	4,2 %
	Διδακτορικό	0	0,0 %	0	0,0 %	1	0,8 %	0	0,0 %	1	0,8 %
	Κανένα από τα παραπάνω	14	11,7 %	18	15,0 %	22	18,3 %	12	10,0 %	66	55,0 %
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο, Λύκειο)	14	11,7 %	6	5,0 %	6	5,0 %	8	6,7 %	34	28,3 %
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΑΕΙ -ΤΕΙ)	3	2,5 %	6	5,0 %	2	1,7 %	9	7,5 %	20	16,7 %
	Μεταπτυχιακές σπουδές	1	0,8 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	0,8 %
	Διδακτορικό	0	0,0 %	0	0,0 %	3	2,5 %	0	0,0 %	3	2,5 %
	Κανένα από τα παραπάνω	12	10,0 %	18	15,0 %	19	15,8 %	13	10,8 %	62	51,7 %
Αριθμός αδελφών	Κανένα	0	%	1	0,8 %	0	%	0	%	1	0,8 %
	1	12	10,0 %	15	12,5 %	13	10,8 %	18	15,0 %	58	48,3 %
	2	11	9,2 %	7	5,8 %	12	10,0 %	8	6,7 %	38	31,7 %
	3	4	3,3 %	5	4,2 %	4	3,3 %	2	1,7 %	15	12,5 %
	4	2	1,7 %	0	0,0 %	1	0,8 %	0	0,0 %	3	2,5 %
	5 και άνω	1	0,8 %	2	1,7 %	0	0,0 %	2	1,7 %	5	4,2 %
Πόσο συχνά χρησιμοποι	Πάρα πολύ	11	9,2 %	9	7,5 %	6	5,0 %	13	10,8 %	39	32,5 %

Είτε τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης; (πχ facebook κλπ)	Μέτρια	13	10,8 %	7	5,8 %	8	6,7 %	13	10,8 %	41	34,2 %
	Κάπως	2	1,7 %	4	3,3 %	10	8,3 %	1	0,8 %	17	14,2 %
	Καθόλου συχνά	4	3,3 %	10	8,3 %	6	5,0 %	3	2,5 %	23	19,2 %
Ποιους αισθάνεστε πιο κοντά σας;	Γονείς	12	10,0 %	8	6,7 %	4	3,3 %	13	10,8 %	37	30,8 %
	Φίλους	8	6,7 %	12	10,0 %	7	5,8 %	7	5,8 %	34	28,3 %
	Συγγενείς	10	8,3 %	10	8,3 %	19	15,8 %	10	8,3 %	49	40,8 %
Ζω:	Μόνος/η μου	3	2,5 %	9	7,5 %	2	1,7 %	4	3,3 %	18	15,0 %
	Με τους γονείς μου	7	5,8 %	9	7,5 %	5	4,2 %	9	7,5 %	30	25,0 %
	Με συγγενείς	5	4,2 %	5	4,2 %	5	4,2 %	0	0,0 %	15	12,5 %
	Με φίλους	2	1,7 %	0	0,0 %	1	0,8 %	0	0,0 %	3	2,5 %
	Με τον/την σύντροφό μου	13	10,8 %	7	5,8 %	17	14,2 %	17	14,2 %	54	45,0 %
Αισθάνεστε ότι υποφέρετε από κατάθλιψη;	Ναι	1	0,8 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	1	0,8 %
	Όχι	21	17,5 %	20	16,7 %	26	21,7 %	21	17,5 %	88	73,3 %
	Ίσως	8	6,7 %	10	8,3 %	4	3,3 %	9	7,5 %	31	25,8 %
Αναζήτηση βοήθειας για θέματα που σχετίζονται	Ναι	15	12,5 %	15	12,5 %	17	14,2 %	7	5,8 %	54	45,0 %
	Όχι	15	12,5 %	15	12,5 %	13	10,8 %	23	19,2 %	66	55,0 %

με τη διαβίωση από ανεπίσημες πηγές											
Υπαρξη χόμπι	Ναι	22	18,3 %	15	12,5 %	24	20,0 %	20	16,7 %	81	67,5 %
	Όχι	8	6,7 %	15	12,5 %	6	5,0 %	10	8,3 %	39	32,5 %