



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Το νόημα της Ζωής στα άτομα με αναπηρία:
Διαναπηρική έρευνα-Εκπαιδευτικές προτάσεις

ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΤΑΣΣΗ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΣΟΥΛΗΣ ΣΠΥΡΙΔΩΝ- ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
Π.Τ.Δ.Ε ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΜΕΛΗ:
ΜΟΡΦΙΔΗ ΕΛΕΝΗ, ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Π.Τ.Δ.Ε. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
Π.Τ.Δ.Ε ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Ιωάννινα 2014

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	4
Abstract	4
Ευχαριστίες.....	5
Εισαγωγή.....	6
Κεφάλαιο 1: Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ-ΠΑΡΑΔΟΧΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΕ ΜΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	8
1.1. Προσδιορισμός της έννοιας της αναγνώρισης-παραδοχής και της προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας	8
1.2. Παράγοντες αυτο-αποδοχής της αναπηρίας	23
Κεφάλαιο 2: ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ	29
2.1. Έννοια	29
2.2. Μορφές και αίτια της κινητικής-σωματικής αναπηρίας.....	30
2.3. Χαρακτηριστικά των ατόμων με κινητικά προβλήματα-σωματικές αναπηρίες.....	36
Κεφάλαιο 3: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ	41
3.1. Ορισμοί για τα προβλήματα όρασης	41
3.2. Μορφές και Αίτια προβλημάτων όρασης.....	43
3.3. Χαρακτηριστικά των ατόμων με προβλήματα όρασης	46
Κεφάλαιο 4: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΚΟΗΣ.....	50
4.1. Ορισμός για τα προβλήματα ακοής.....	50
4.2. Αιτιολογία προβλημάτων ακοής	52
4.3. Χαρακτηριστικά των ατόμων με προβλήματα ακοής	53
Κεφάλαιο 5: Νόημα Ζωής.....	57
5.1. Προσδιορισμός του όρου «Νόημα Ζωής».....	57
5.2. Πηγές Νοήματος Ζωής.....	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟ- ΠΟΙΗΘΕΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΠΟΥ ΑΣΚΕΙ ΤΟ ΝΟΗΜΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟ ΒΑΘΜΟ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΕΝΟΣ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΤΟΥ	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ	84

7.1. Εισαγωγή.....	84
7.2. Σκοπός έρευνας	84
7.3. Δείγμα.....	86
7.4. Ερευνητικά εργαλεία.....	91
7.5. Επιλογή δείγματος - Συλλογή ερευνητικών δεδομένων.....	93
7.6. Στατιστική επεξεργασία δεδομένων.....	94
7.7. Αποτελέσματα	96
7.7.1. Εξέταση βαθμού αίσθησης νοήματος ζωής.....	96
7.7.2. Ανάλυση αξιοπιστίας κλίμακας νοήματος ζωής	97
7.7.3. Έλεγχος κανονικότητας δεδομένων κλίμακας νοήματος ζωής	98
7.7.4 Βαθμός κλίμακας νοήματος ζωής ανά ατομικό στοιχείο	99
7.7.5. Εξέταση βαθμού ως προς την αναγνώριση-παραδοχή της αναπηρίας και ως προς την προσαρμογή σε αυτή.....	102
7.7.6. Ανάλυση αξιοπιστίας υποκλιμάκων αντιδράσεων ως προς την αναγνώριση-παραδοχή και ως προς την προσαρμογή	104
7.7.7. Έλεγχος κανονικότητας δεδομένων υποκλιμάκων αντίδρασης στη σωματική βλάβη και τη δυσλειτουργία	105
7.7.8. Βαθμός υποκλιμάκων αντίδρασης στη σωματική βλάβη και τη δυσλειτουργία ανά ατομικό στοιχείο.....	106
7.7.9. Συσχέτιση κλίμακας νοήματος ζωής με υποκλίμακες αντίδρασης στη σωματική βλάβη και τη δυσλειτουργία.....	109
7.8. Συζήτηση.....	112
7.9. Περιορισμοί έρευνας - Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	128
Βιβλιογραφία.....	130

Περίληψη

Κατά τον Βίκτωρ Φράνκλ, η σωματική υγεία δεν αποτελεί τον κυριότερο λόγο ύπαρξης του ανθρώπου αλλά η διαδικασία ανεύρεσης του νοήματος της ζωής του, ενός προσωπικού λόγου για να ζήσει κάποιος αποτελεί το κεντρικότερο ζήτημα της θεωρίας του. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η ανάδειξη της σπουδαιότητας της διαδικασίας αναζήτησης του νοήματος της ζωής τόσο από τα άτομα με αναπηρία όσο κι από τα άτομα δίχως αναπηρία για την υποκειμενική τους ευεξία. Διαφοροποιήσεις προέκυψαν ως προς τον βαθμό της αίσθησης νοήματος ζωής ανάμεσα στα άτομα με αναπηρία αλλά και ως προς τα άτομα δίχως αναπηρία, όπου ο βαθμός νοήματος ζωής των ατόμων χωρίς αναπηρία εμφανίζεται μεγαλύτερος από τον βαθμό νοήματος ζωής που συγκεντρώνουν τα άτομα με αναπηρία. Επιπλέον, μέσα από την παρούσα ερευνητική προσπάθεια, μπορεί κανείς να διαπιστώσει πως το νόημα της ζωής των ατόμων με αναπηρία επιδρά σε συγκεκριμένες ψυχολογικές αντιδράσεις τους.

Abstract

According to Victor Frankl, physical health is not the principal reason for the man's existence, but the process of finding meaning of life, a personal reason for someone to live is the central issue of his theory. The purpose of this research is to highlight the importance of the process of seeking meaning of life from both people with disabilities and from individuals without disabilities for their subjective well-being. Also, differences are observed in the degree of sense of meaning in life among people with disabilities, who appears less than the degree of meaning of life of individuals without disabilities. Moreover, through this research someone can understand how specific psychological reactions of people with disabilities influence the degree of overall meaning of life of people with disabilities.

Ευχαριστίες

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία (ΜΔΕ) υποβάλλεται στο πλαίσιο ολοκλήρωσης των σπουδών μου στο διετές Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Επιστήμες της Αγωγής» και στην κατεύθυνση Ειδική-Διαπολιτισμική Εκπαίδευση του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Αρχικά, θέλω να ευχαριστήσω τον Επιβλέποντα Καθηγητή μου Σπυρίδων-Γεώργιο Σούλη, Επίκουρο Καθηγητή Ειδικής Παιδαγωγικής για την πολύτιμη βοήθεια, στήριξη και καθοδήγησή του και τη γενικότερη συμβολή του στην διεκπαιρέωση αυτής της εργασίας. Επίσης, είμαι ευγνώμων στα υπόλοιπα μέλη της εξεταστικής επιτροπής της διπλωματικής μου εργασίας και πιο συγκεκριμένα στον κ. Νικολάου Γεώργιο, Αναπληρωτή Καθηγητή του Τμήματος, καθώς και στην κ.α. Μορφίδη Ελένη, Επίκουρη Καθηγήτρια του Τμήματος τόσο για την προσεκτική ανάγνωση της εργασίας μου όσο και για τις πολύτιμες υποδείξεις τους.

Επιπλέον, δεν μπορώ να παραλείψω να ευχαριστήσω ξεχωριστά κάθε άτομο με αναπηρία που συμμετείχε στην παρούσα έρευνα, διότι χωρίς τη συμμετοχή τους δε θα μπορούσε να υλοποιηθεί η παρούσα ερευνητική προσπάθεια. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω το οικογενειακό και φιλικό μου περιβάλλον, καθώς και όλους όσους συνέβαλαν με οποιονδήποτε τρόπο στην επιτυχή εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Ιωάννινα, Ιούνιος 2014,

Τάσση Χριστίνα

Εισαγωγή

Σήμερα τα άτομα με αναπηρία αποτελούν μια πολυπληθής ομάδα της οποίας κύριο χαρακτηριστικό αποτελεί η ανομοιογένεια. Η παρουσία της αναπηρίας στη ζωή ενός ατόμου αναμφίβολα επιφέρει αλλαγές σε όλους τους τομείς της ζωής του, καθώς το άτομο καλείται να διαχειριστεί τις απώλειες που συνοδεύουν την αναπηρία του, την ανεπάρκεια των φυσικών του λειτουργιών, τις κοινωνικές και επαγγελματικές αλλαγές, την υιοθέτηση νέων ρόλων, την απώλεια της ανεξαρτησίας του, γεγονότα δηλαδή, που καθιστούν το μέλλον του αβέβαιο. Ειδικά, τα άτομα των οποίων η αναπηρία είναι επίκτητη καλούνται να αντιμετωπίσουν μια νέα απειλητική πραγματικότητα αλλά και να μάθουν εκ νέου τον εαυτό τους, κυρίως εξ αιτίας αυτών των αλλαγών που λαμβάνουν χώρα στη ζωή τους. Σε τέτοιες στρεσογόνες καταστάσεις, όπως αποτελεί η εμφάνιση της αναπηρίας στη ζωή ενός ατόμου, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο τρόπος που ένα άτομο με αναπηρία ανταποκρίνεται στο γεγονός της αναπηρίας του. Με άλλα λόγια, αξίζει να επισημανθεί ο βαθμός της αίσθησης απόδοσης ενός νοήματος στη ζωή του, η σημασία και το νόημα που αποδίδεται από ένα άτομο με αναπηρία στις απώλειες που τη συνοδεύουν, πράγμα που ελέγχει και τη γενικότερη στάση που διατηρεί ένα άτομο με αναπηρία απέναντι στη ζωή.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, η παρούσα έρευνα σχεδιάστηκε με σκοπό να εξετάσει τον βαθμό της αίσθησης νοήματος ζωής σε άτομα με αναπηρία αλλά και σε άτομα χωρίς αναπηρία, καθώς και να διερευνήσει πως η αίσθηση νοήματος που βιώνουν τα άτομα με αναπηρία του δείγματος στη ζωή τους επηρεάζει αφενός την αναγνώριση-παραδοχή της αναπηρίας τους και αφετέρου τη διαδικασία προσαρμογής τους στην αναπηρία τους. Κατά συνέπεια, οι βασικοί στόχοι της παρούσας μελέτης είναι: α) η εξέταση του βαθμού της κλίμακας νοήματος ζωής σε άτομα με ή χωρίς αναπηρία, β) η συσχέτιση της κλίμακας του νοήματος της ζωής με συγκεκριμένα ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ηλικία, επίπεδο μόρφωσης, επαγγελματική κατάσταση, προέλευση αναπηρίας) στα άτομα με και δίχως αναπηρία, γ) η εξέταση του βαθμού της αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας και της προσαρμογής σε αυτή στα άτομα με αναπηρία του δείγματος, δ) η συσχέτιση των δύο αυτών παραγόντων (αναγνώριση-παραδοχή, προσαρμογή) με συγκεκριμένα ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ηλικία, επίπεδο μόρφωσης,

επαγγελματική κατάσταση, προέλευση αναπηρίας) στα άτομα με αναπηρία του δείγματος.

Η θετική σχέση ανάμεσα σε όλους τους προαναφερόμενους παράγοντες που αποτελούν και τους βασικούς στόχους της παρούσας έρευνας καταδεικνύεται από πρόσφατες έρευνες, από τις οποίες προκύπτει ότι η αναζήτηση ενός προσωπικού νοήματος σε μια κατάσταση αναπηρίας αποτελεί καθοριστικό παράγοντα που διευκολύνει το βαθμό της αναγνώρισης-παραδοχής και της προσαρμογής ενός ατόμου στην αναπηρία του. Αυτό το εύρημα επιβεβαιώνεται από πλήθος ερευνών που διαπραγματεύονται το συγκεκριμένο ζήτημα (Psarra, & Klefтарas, 2013· Amaral, 2009· Lustig, 2005· Thompson, Coker, Krause, & Henry, 2003). Ωστόσο, η πλειονότητα αυτών των ερευνών περιορίζεται στις διάφορες μορφές κινητικής-σωματικής αναπηρίας, με αποτέλεσμα οι σχετικές αναφορές σε άλλα είδη αναπηρίας, όπως αποτελούν οι αισθητηριακές μειονεξίες να είναι λιγότερες σε αριθμό. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς μέσα από αυτή τη διαναπηρική μελέτη επιχειρείται να προσεγγισθεί ο βαθμός της αίσθησης νοήματος ζωής ατόμων με ποικίλες αναπηρίες και το κατά πόσο ο βαθμός αυτός επηρεάζει και τις αντίστοιχες ψυχολογικές αντιδράσεις (αναγνώριση-παραδοχή, προσαρμογή) του ατόμου στην αναπηρία του.

Κεφάλαιο 1: Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗΣ-ΠΑΡΑΔΟΧΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΕ ΜΙΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

1.1. Προσδιορισμός της έννοιας της αναγνώρισης-παραδοχής και της προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας

Αν και η διαδικασία της ψυχολογικής προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας έχει συζητηθεί για περισσότερα από 50 χρόνια από τους σχετικούς επιστήμονες, ακόμη και σήμερα εξακολουθεί η συζήτηση αυτή να είναι γεμάτη παρανοήσεις και συχνά αντιφατικές απόψεις. Αυτή η ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία του συνίσταται σε μια δυναμική εξελικτική διαδικασία, στην οποία διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο τόσο υποκειμενικά στοιχεία, όπως είναι οι μηχανισμοί αντιμετώπισης της αναπηρίας από ένα άτομο, οι γνωστικές εκτιμήσεις του αλλά και αντικειμενικά στοιχεία, όπως είναι η επίδραση των κοινωνικών δικτύων, τα εμπόδια του περιβάλλοντος, η διαθεσιμότητα των ιατρικών πηγών (Livneh, & Parker, 2005).

Τα άτομα που βιώνουν μια αναπηρία περνούν κατά κανόνα μέσα από μια διαδικασία ψυχολογικής προσαρμογής, όπου η αναπηρία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ζωής του ατόμου, της ταυτότητας, της αυτό-εκτίμησης και της εικόνας του σώματός του (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009). Η αποδοχή της αναπηρίας αποτελεί εκείνο το «μονοπάτι» που διασχίζει ένα άτομο προκειμένου να προσαρμοστεί στην κατάσταση της αναπηρίας του (Livneh, & Antonak, 1997).

Η διαδικασία της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής ενός ατόμου στην αναπηρία του συνίσταται σε μια σειρά διαδοχικών αλλαγών στην ταυτότητά του (Kendall, & Buys, 1998· Charmaz, 1995, 1991· Yoshida, 1993). Πρόκειται για μια σταδιακή εξέλιξη σε έναν διαφορετικό εαυτό που ανακατασκευάζεται από το ίδιο το άτομο, προκειμένου να αποδεχθεί τους σωματικούς και λειτουργικούς περιορισμούς που του επιφέρει η αναπηρία. Ως εκ τούτου, η διαδικασία της προσαρμογής δεν αποτελεί ένα ενιαίο, γραμμικό γεγονός, αλλά μια ασύμμετρη κατάσταση με επαναλαμβανόμενες νέες εμπειρίες, όπως οι νέες απώλειες που προκύπτουν και πρέπει να αφομοιωθούν από το άτομο (Charmaz, 1995· 1983).

Η αποδοχή της αναπηρίας αποτελεί μια ψυχοκοινωνική μεταβλητή και αποτελεί έναν αξιόπιστο δείκτη ελέγχου της προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας (Elliott, Uswatte, Lewis, & Palmatier, 2000). Η αναγνώριση-παραδοχή της αναπηρίας συνιστά τη γνωστική αποδοχή της αναπηρίας, ενώ η προσαρμογή στην αναπηρία αποτελεί μια συναισθηματική και συμπεριφορική αποδοχή, η οποία δηλώνει την ενσωμάτωση της αναπηρίας στη ζωή ενός ατόμου (Livneh, 2001· Livneh, & Antonak, 1997).

Οι Livneh και Antonak (2001, 1997, 1994, 1991, 1990) προσδιορίζουν την αναγνώριση-παραδοχή της αναπηρίας (acknowledgement) ως τη γνωστική αποδοχή της και πιο συγκεκριμένα την περιγράφουν ως μια κατάσταση αναδιοργάνωσης και αναπροσανατολισμού του ατόμου ως προς: 1) την αυτο-αναγνώριση του ως άτομο με αναπηρία, 2) την νέα του αυτοεικόνα, 3) την επανεκτίμηση των αξιών στη ζωή του, 4) την αναζήτηση νέων νοημάτων και σκοπών. Η προσαρμογή (adjustment) στην αναπηρία προϋποθέτει και την συναισθηματική αποδοχή της αλλά και τη κοινωνικο-συμπεριφορική επανένταξη του ατόμου ως προς: 1) τη θετική του αυτοαξιία, 2) τη συνειδητοποίηση νέων δυνατοτήτων, 3) την ενεργό εμπλοκή του κατά την ολοκλήρωση των κοινωνικών και επαγγελματικών του στόχων, 4) την υπέρβαση των εμποδίων και των δυσκολιών που συνεπάγεται η επίτευξη των προαναφερόμενων στόχων και σκοπών. Κατά συνέπεια, η αναγνώριση-παραδοχή και η προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας συγκροτούν τα τελικά στάδια της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής ενός ατόμου στην αναπηρία του. Η προσαρμογή στην αναπηρία αναφέρεται στη συναισθηματική αποδοχή των λειτουργικών επιπτώσεων της αναπηρίας και την ενσωμάτωσή τους στην αυτό-εικόνα του, σε συνδυασμό με την συμπεριφορική προσαρμογή και την κοινωνική επανένταξή του, προκειμένου το άτομο να ανακαλύψει νέες δυνατότητες για μια παραγωγική ζωή.

Με άλλα λόγια, η προσαρμογή ενός ατόμου στην αναπηρία αναφέρεται ως μια διαδικασία αναδιοργάνωσης, επανένταξης και επαναπροσανατολισμού, η οποία αποτελείται από διάφορες συνιστώσες, όπως: (α) τη γνωστική συμφιλίωση με τη νέα κατάσταση του ατόμου και τις επιπτώσεις της, (β) τη συναισθηματική αποδοχή ή εσωτερίκευση από το ίδιο το άτομο συμπεριλαμβανομένης μια συνεχούς αναζήτησης νέων νοημάτων, (γ) την ενεργή επιδίωξη των προσωπικών, κοινωνικών ή και επαγγελματικών στόχων, συμπεριλαμβανομένης της επιτυχούς διαπραγμάτευσης των

εμποδίων που ανέκυψαν κατά την επιδίωξη των στόχων αυτών (Livneh, & Antonak, 2005).

Η προσαρμογή ενός ατόμου σε μια κατάσταση αναπηρίας εξαρτάται από τον τύπο της αναπηρίας, από την προέλευσή της, από την προσωπικότητα του ατόμου πριν την εμφάνιση της αναπηρίας, από το πολιτισμικό και κοινωνικό του πλαίσιο. Ειδικότερα εξαρτάται από 1) την εκμάθηση τεχνικών, ώστε να ζήσει κανείς με την αναπηρία, 2) από την αξιοποίηση των υπόλοιπων δυνατοτήτων του ατόμου με αναπηρία και 3) από τη γενικότερη προσπάθεια που καταβάλλει ένα άτομο, ώστε να ζήσει μια παραγωγική και ικανοποιητική ζωή (Antonak, & Livneh, 1991· Sue & Sue, 1990· Trieschmann, 1988· Carpenter, & Strauss, 1977).

Σχετικές μελέτες καταδεικνύουν ότι αυτή η διαδικασία της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής μπορεί να θεωρηθεί ως ένα πολυδιάστατο συνεχές, που ξεκινά από μια ανεπιτυχή προσαρμογή (δυσπροσαρμοστική ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα) για να καταλήξει σε μια επιτυχημένη προσαρμογή στην αναπηρία (προσαρμοστική ψυχολογική λειτουργικότητα). Αυτό το στάδιο της προσαρμογής στην αναπηρία χαρακτηρίζεται από έναν ικανοποιητικό βαθμό ανεξαρτησίας, από μια θετική αυτοεκτίμηση και αυτο-αποτελεσματικότητα, από ένα αίσθημα προσωπικής επάρκειας και γενικότερα από μια ένδειξη γενικότερης προσαρμογής για την αντιμετώπιση της αναπηρίας (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009).

Εφόσον το άτομο προσαρμοστεί σε έναν ικανοποιητικό βαθμό, δίνει αξία στις υπάρχουσες ικανότητές του, προσπαθεί να παραγκωνίσει τη σημασία των απωλειών που προκύπτουν από την αναπηρία του (Wright, 1983), βιώνει ένα βέλτιστο επίπεδο συμβατότητας ανάμεσα στον υποκειμενικό του κόσμο και στο εξωτερικό περιβάλλον (Shontz, 1975) και εκδηλώνει με επιτυχία ικανότητες επίλυσης και διευθέτησης προβλημάτων στο περιβάλλον του (Roessler, & Bolton, 1978). Αξίζει να σημειωθεί ότι όλα τα άτομα δεν επιδεικνύουν τον ίδιο βαθμό αποδοχής και προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009).

Η προσαρμογή ενός ατόμου στην αναπηρία του είναι μια επίπονη διαδικασία που αναμφισβήτητα απαιτεί χρόνο (Psarra, & Kleftaras, 2013). Διάφορες έρευνες επισημαίνουν αυτή είναι μια διαδικασία που μπορεί να διαρκέσει μερικούς μήνες ή ακόμη και μερικά χρόνια (De Santo-Madeya, 2006a· Gill, 1999). Πρόκειται για μια δια βίου διαδικασία κατά την οποία το άτομο με αναπηρία μαθαίνει και ζει με την αναπηρία του μέσα στο δικό του περιβάλλον, γεγονός που υποδηλώνει ότι δεν

υπάρχει ένα τελικό σημείο προσαρμογής, αλλά κυρίως πρόκειται για μια διαδικασία συνεχούς βελτίωσης του ατόμου που επέρχεται με την πάροδο του χρόνου (Trieschmann, 1988). Ουσιαστικά δεν υπάρχει ένα τελικό σημείο, όπου ένα άτομο μπορεί να χαρακτηριστεί τελικά «προσαρμοσμένο», με την έννοια ότι όπως όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη συνεχούς προσαρμογής κι έτσι και τα άτομα με αναπηρίες έχουν ανάγκη υιοθέτησης ικανοποιητικών και λειτουργικών μεθόδων σε ένα περιβάλλον που διαρκώς εξελίσσεται (Κλεφτάρας, 2007).

Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα για την καλύτερη κατανόηση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής του ατόμου στην αναπηρία του. Μεταξύ αυτών, επικρατέστερα είναι το *μοντέλο της ψυχολογίας του σώματος (somatopsychology)*, τα *μοντέλα των σταδίων (stage models)* και τα *οικολογικά μοντέλα προσαρμογής (ecological models)*. Συγκεκριμένα:

Το *μοντέλο της ψυχολογίας του σώματος (somatopsychology)* έχει τις ρίζες της στην θεωρία του Kurt Lewin (1935, 1936), η οποία δίνει έμφαση στον αντίκτυπο που ασκούν οι κοινωνικοί παράγοντες στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Η θεωρία της ψυχολογίας του σώματος του Lewin εξηγήθηκε εκτενώς στο θεωρητικό έργο των Barker, Wright, Meyerson, & Gonick (1953), καθώς και των Dembo, Leviton, & Wright (1956) και οι οποίοι δίνουν έμφαση στις ψυχολογικές αντιδράσεις που συνοδεύουν την εμφάνιση μιας αναπηρίας στο άτομο.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Lewin, για να κατανοηθεί η ανθρώπινη συμπεριφορά, πρέπει να δοθεί προεξάρχουσα θέση στη θεωρία της έννοιας της ολότητας στη μάθηση. Ως ολότητα είναι ο ζωτικός χώρος (life space), ο οποίος περιλαμβάνει τα πάσης φύσεως γεγονότα που συμβαίνουν εκείνη τη δεδομένη στιγμή. Συστατικά της είναι: α) το πρόσωπο και β) το περιβάλλον του. Κατά συνέπεια, για να γίνει αντιληπτή μια ανθρώπινη συμπεριφορά με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, αυτή θα πρέπει να εξηγηθεί σε σχέση με το ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο λαμβάνει χώρα. Το μοντέλο της ψυχολογίας του σώματος επικεντρώνεται στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι υπογραμμίζουν τον τρόπο με τον οποίο η αναπηρία γίνεται αντιληπτή από την κοινωνία και από τον εαυτό. Αυτή η αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον αποτελεί το επίκεντρο του μοντέλου της ψυχολογίας του σώματος. Θεωρείται ότι η απόδοση ενός προσωπικού νοήματος στην αναπηρία από το ίδιο το άτομο σε συνδυασμό με τις αντιδράσεις και την αξία που αποδίδεται στην αναπηρία από τους άλλους στην ζωή του ατόμου, αποτελούν δυο βασικά στοιχεία για την

ψυχολογική προσαρμογή στην αναπηρία του (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009). Σχετικές μελέτες γύρω από τις βασικές αρχές αυτού του μοντέλου, δείχνουν ότι αυτά τα δυο βασικά στοιχεία επιδρούν στην ψυχολογική κατάσταση ενός ατόμου με αναπηρία, επηρεάζοντας την αποτελεσματικότητα του σώματός του ως εργαλείο για δράση ή ως κίνητρο για το άτομο ή για τους άλλους γύρω του (Barker, Wright, Meyerson, & Gonick, 1953, σ. 1).

Στηριζόμενος στις αρχές αυτού του μοντέλου της ψυχολογίας του σώματος, ο Wright (1983), ανέπτυξε ένα μοντέλο περιγραφής της προσαρμογής του ατόμου στην αναπηρία του με βάση την υιοθέτηση τεσσάρων αξιών που προσδιορίζουν την επιτυχημένη προσαρμογή του. Αυτές είναι: Πρώτον, η διεύρυνση του πεδίου των αξιών, η οποία αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται την αξία των ικανοτήτων του που δεν έχουν χαθεί, ως αποτέλεσμα της αναπηρίας. Δηλαδή, ο επαναπροσδιορισμός των αξιών επιτρέπει στο άτομο να εκτιμήσει δυνατότητες και να αντλήσει ικανοποίηση από άλλες πηγές. Δεύτερον, ο συμβιβασμός ενός ατόμου απέναντι στην αναπηρία του, η οποία αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να θέτει σε δεύτερη μοίρα τα φυσικά χαρακτηριστικά, ενώ εντοπίζονται και δίνεται μεγαλύτερη αξία σε άλλες αρετές. Τρίτον, ο περιορισμός των επιπτώσεων της αναπηρίας, δηλαδή, η ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται το ίδιο την αναπηρία ως ένα ενιαίο χαρακτηριστικό του εαυτού και όχι ως μοναδικό χαρακτηριστικό. Με άλλα λόγια, τα άτομα που έχουν υποστεί κάποια απώλεια πρέπει να ενθαρρύνονται να αξιολογούν ρεαλιστικά το τι έχουν χάσει και να βλέπουν τον εαυτό τους σαν άτομα με ικανότητες. Τέλος, η έμφαση σε κύρια ατομικά προσόντα, δηλαδή η ικανότητα αναγνώρισης της αξίας κάποιου ατόμου με βάση το συνδυασμό των μοναδικών του προσωπικών χαρακτηριστικών και ικανοτήτων αντί της επιλογής συγκρίσεων με εξωτερικά και συχνά ανέφικτα πρότυπα (Wright, 1983, 1980· Dembo, Leviton, & Wright, 1956).

Άλλες έννοιες που σχετίζονται με τη διαδικασία προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας είναι η έννοια της αυτο-αντίληψης (self-concept) και της εικόνας σώματος (body image), οι οποίες στηρίζονται στις αρχές αυτού του μοντέλου της ψυχολογίας του σώματος. Αυτές οι έννοιες μπορούν θεωρηθούν ότι ακολουθούν το μοντέλο αυτό, καθώς προκύπτουν από την παρουσία και την προκύπτουσα επίδραση μιας κατάστασης αναπηρίας στην ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου στο γεγονός της αναπηρίας του (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009). Για παράδειγμα, η

αυτο-αντίληψη (self-concept) και η εικόνα σώματος (body image) αποτελούν σχήματα ή νοητικές αναπαραστάσεις, μέσω των οποίων οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται και αναγνωρίζουν τους εαυτούς (Schilder, 1950). Όταν αυτά τα σχήματα 'κλονίζονται' από την εμφάνιση μιας αναπηρίας στη ζωή του ατόμου, το άτομο πρέπει να ανακατασκευάσει τα προυπάρχοντα σχήματα που είχε για τον εαυτό του και να ανακτήσει νέα. Αν το άτομο κατορθώσει να ενσωματώσει νέες αλλαγές στη ζωή του λόγω της αναπηρίας, τότε θεωρείται ότι επιτυγχάνει ένα βέλτιστο επίπεδο προσαρμογής (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009).

Αναφορικά με τα μοντέλα των σταδίων (*stage models*), έχουν προταθεί διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις για την διαδικασία της προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας. Ωστόσο, αυτά τα μοντέλα παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις, οι οποίες μπορεί να σχετίζονται μεταξύ άλλων, ως προς την προέλευσή τους, το θεωρητικό τους προσανατολισμό, τον αριθμό των σταδίων (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009).

Η διαδικασία της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής μπορεί να ειπωθεί ως μια σειρά σταδίων, με χαρακτηριστικότερο το επιστημονικό έργο των Livneh, & Antonak, που βασίζεται κυρίως σε κλινικές παρατηρήσεις και εμπειρικές μελέτες (Livneh, & Antonak, 2005). Η εξελικτική διαδικασία της ψυχολογικής προσαρμογής ενός ατόμου στην αναπηρία του δεν μπορεί να προβλεφθεί (Κλεφάρας, 2007). Τόσο το άτομο με αναπηρία όσο και η οικογένειά του βιώνουν ποικίλους συναισθηματικούς, ψυχολογικούς, οικονομικούς, περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες που επηρεάζουν ασφαλώς την προσαρμογή του στην κατάστασή του (Lustig, 2005· Song, 2005· Gill, 1999).

Ειδικότερα, περιγράφουν τη διαδικασία της προσαρμογής ως μια δυναμική διεργασία που περιλαμβάνει ποικίλες πιθανές αντιδράσεις του ατόμου απέναντι στην αναπηρία του και οι οποίες αναφέρονται στο συναισθηματικό, γνωστικό και συμπεριφοριστικό τομέα (Livneh, 2001, 1986· Antonak, & Livneh, 1991· Livneh, & Antonak, 1997, 1994, 1991, 1990). Απέναντι στο γεγονός της αναπηρίας, αυτές οι ψυχολογικές αντιδράσεις είναι αρχικά αρνητικές και εφόσον το άτομο διαχειριστεί με επιτυχία καθεμιά από τις πιθανές αρνητικές του αντιδράσεις, καταλήγει στην αναγνώριση-παραδοχή της κατάστασής του και στην προσαρμογή αυτής στη ζωή του, παρά τους συνακόλουθους φυσικούς, αισθητηριακούς, συναισθηματικούς, γνωστικούς, κοινωνικούς περιορισμούς που του επιφέρει (Smart, 2001· Livneh, &

Antonak, 1997· Wright, 1983). Αυτή η διαδικασία περιλαμβάνει επτά ευδιάκριτα στάδια, τα οποία είναι: α) το σοκ, β) η προσδοκία ανάρρωσης ή άρνηση, γ) ο θυμός και η οργή, δ) η διαπραγμάτευση, ε) το πένθος και η κατάθλιψη, στ) η εποικοδομητική αμυντική στάση ή αντίθετα η προβληματική αμυντική στάση και ζ) τέλος η αναγνώριση-παραδοχή και προσαρμογή στην αναπηρία.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, η σειρά με την οποία διέρχεται κάποιος από τα στάδια αυτά δεν είναι δεδομένη, λόγω της πολυπλοκότητας που παρουσιάζει η διαδικασία της προσαρμογής στην αναπηρία, καθώς και λόγω των ατομικών χαρακτηριστικών. Η σειρά και ο χρόνος παραμονής σε κάθε στάδιο δεν είναι ίδιος για όλα τα άτομα, καθώς παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις. Με άλλα λόγια, αυτή η διαδικασία επηρεάζεται όχι μόνο από την προσωπικότητα του ατόμου αλλά και από τα βιώματα και τις εμπειρίες, την κουλτούρα, την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει καθώς και την εθνότητα καταγωγής του (Κλεφτάρας, 2007). Τα στάδια αυτά μοιάζουν με εκείνα που περνά η οικογένεια του ατόμου και είναι ανάλογα με αυτά που περιέγραψε η Kübler Ross (Truan, & Trent, 1997) αναφορικά με τις αντιδράσεις και την προσαρμογή των ατόμων που ενημερώνονται ότι πρόκειται να πεθάνουν σύντομα, λόγω κάποιας ασθένειας. Πιο αναλυτικά, οι πιθανές ψυχολογικές αντιδράσεις ενός ατόμου απέναντι στο γεγονός της αναπηρίας συνοψίζονται στα παρακάτω στάδια:

α) Σοκ

Τη στιγμή που ανακοινώνεται στο άτομο με αναπηρία η διάγνωση, το ίδιο το άτομο αντιδρά με έναν τρόπο που δεν είναι εύκολα κατανοητός από το περιβάλλον (Κλεφτάρας, 2007). Σε αυτό το στάδιο δεν είναι σε θέση να κατανοήσει τη σοβαρότητα της κατάστασής του και το άτομο με αναπηρία διακρίνεται από μian αίσθηση ενός «συναισθηματικού μουνιάσματος», νιώθει συναισθηματικά και γνωστικά αποδιοργανωμένο, ή ακόμη μπορεί να δίνει την εντύπωση ότι δεν είναι αγγωμένο ή ότι βρίσκεται σε έναν άλλο κόσμο, σε μια κατάσταση σύγχυσης (Livneh, & Antonak, 1990 στο Martz, 2004). Αυτή η αντίδραση σηματοδοτεί την αρχική εμπειρία στην εμφάνιση της δυσλειτουργίας και γι' αυτό μπορεί ακόμη να παρατηρηθεί στο άτομο η διαταραχή ή η δραματική μείωση της κινητικότητας και της ομιλίας του (Livneh, & Antonak, 2005). Χαρακτηριστικές εκφράσεις που συνοδεύουν αυτή την αντίδραση είναι «Δεν μπορεί να συμβαίνει σε μένα, δεν είναι αλήθεια», «Πρόκειται για ένα κακό όνειρο».

Αυτό που πρέπει να προσεχθεί σε αυτό το στάδιο είναι ότι προς το παρόν το άτομο με αναπηρία συμπεριφέρεται ως ένα τυπικό αναπτυσσόμενο άτομο, έτσι όπως ήταν πριν την εμφάνιση της αναπηρίας του. Το άτομο δηλαδή με αναπηρία σκέπτεται, λειτουργεί και συμπεριφέρεται με την εικόνα του σώματος που είχε μέχρι τότε και απορρίπτει οποιαδήποτε άλλη πληροφορία που είναι συγκρουσιακά ασύμβατη με αυτή την εικόνα που έχει για τον εαυτό του. Υπάρχουν ακόμη και περιπτώσεις ατόμων με αναπηρία που έχουν υποστεί τόσο πολύ μεγάλο σοκ, με αποτέλεσμα τόσο τα ίδια τα άτομα όσο και οι οικογένειές τους να μην είναι σε θέση να ακούσουν ή να συγκρατήσουν τη διάγνωση του γιατρού και οτιδήποτε άλλο συνεπάγεται γύρω από την αναπηρία τους. Η κατάσταση αυτή της άρνησης της αναπηρίας τους δεν είναι πάντοτε παροδική αλλά ορισμένα άτομα παραμένουν σε αυτό το στάδιο καθηλωμένα (Κλεφτάρας, 2007).

β) Προσδοκία ανάρρωσης ή άρνηση

Σε αυτό το στάδιο το άτομο δεν μπορεί να αρνηθεί πια την ύπαρξη του προβλήματος, όμως, αυτό που δεν μπορεί να αποδεχθεί είναι η σοβαρότητα και το μη αναστρέψιμο της κατάστασής του. Πιο συγκεκριμένα, το άτομο πιστεύει ότι η κατάστασή του θα διορθωθεί σύντομα, κάνει όνειρα για το μέλλον του, θεωρώντας ότι το σώμα του θα λειτουργήσει και πάλι φυσιολογικά (Κλεφτάρας, 2007). Χαρακτηριστικά θεωρεί ότι «σε λίγους μήνες θα είμαι και πάλι καλά» (Schontz, 1975 στο Nemeč, & Taylor, 1990).

Η άρνηση σε αυτό το σημείο αποτελεί έναν ασυνείδητο μηχανισμό άμυνας που θεωρείται ιδιαίτερα χρήσιμος σε στρεσογόνες καταστάσεις. Αποτελεί μια πρόσκαιρη και μεταβατική μορφή προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία (Κλεφτάρας, 2007). Η άρνηση που λειτουργεί σε ασυνείδητο επίπεδο (Elliott, & Richards, 1999· Κλεφτάρας, 2007) στοχεύει στην αποφυγή του πόνου, του άγχους και άλλων απειλητικών συναισθημάτων που συνοδεύουν τα άτομα με αναπηρίες, προκειμένου να διαχειριστούν ευκολότερα την πραγματικότητα (Vash, & Crewe, 2004· Elliott, & Richards, 1999· Wheeler, & Lord, 1999· Krantz, & Deckel, 1983· Meyerowitz, 1983 στο Livneh, & Antonak, 2005). Κατά τον Naugle, το άτομο με αναπηρία επιλέγει να αντιδρά με άρνηση, προκειμένου να αναιρέσει ή ακόμη να υποβαθμίσει τη σημασία των μακροχρόνιων συνεπειών που του επιφέρει η αναπηρία του, κυρίως εξ αιτίας των ψυχολογικών χαρακτηριστικών που βιώνει το ίδιο αυτό άτομο (Naugle, 1988). Με αυτόν τον τρόπο, η άρνηση προσδίδει στο άτομο με αναπηρία μια καλή εικόνα για

τον εαυτό του αλλά και μια γενικότερη αίσθηση επάρκειας, ότι μπορεί δηλαδή να ανταπεξέλθει στην καθημερινότητά του παρά την αναπηρία του (Stewart, 1994· Naugle, 1988).

Η άρνηση που ακλουθεί αμέσως μετά την εμφάνιση της αναπηρίας, δίνει στο άτομο τη δυνατότητα να σκεφτεί τι του συμβαίνει έτσι ώστε με τον καιρό να ενεργοποιήσει άλλους λιγότερο ριζικούς μηχανισμούς άμυνας, προκειμένου να περάσει στη διαδικασία της σταδιακής αφομοίωσης της απώλειας και της δυσλειτουργίας του. Συχνά, η άρνηση αποτελεί μια προσωρινή άμυνα και σύντομα αντικαθίσταται από μια μερική αποδοχή της αναπηρίας. Το άτομο σε αυτό το στάδιο ενδιαφέρεται έντονα για τη βελτίωση της κατάστασής, για την εξασφάλιση της καλύτερης ιατρικής φροντίδας και συχνά κατηγορεί το νοσοκομείο και το ιατρικό προσωπικό για έλλειψη φροντίδας (Κλεφτάρας, 2007).

γ) Θυμός και οργή

Μετά την αντίδραση της άρνησης της σοβαρότητας της αναπηρίας, το ίδιο το άτομο, αφού περάσει ορισμένο χρονικό διάστημα αρχίζει και αντιλαμβάνεται την κατάστασή του. Δεν μπορεί πια να συνεχίζει να αρνείται το γεγονός της αναπηρίας του και σταδιακά αντιλαμβάνεται πως η κατάστασή του ίσως να μην βελτιωθεί. Το προηγούμενο στάδιο αντικαθίσταται τώρα από αισθήματα οργής και θυμού, από φθόνο και μνησικακία. Συχνά το άτομο καταφεύγει σε δηλώσεις του τύπου «Γιατί εγώ;», «Γιατί ειδικά εγώ κι όχι κάποιος άλλος;».

Ο θυμός μπορεί να απευθύνεται οπουδήποτε, όπως στο Θεό, στο ίδιο το άτομο ή ακόμη και στην οικογένειά του (Κλεφτάρας, 2007). Συγκεκριμένα, ο θυμός, ως αντίδραση, μπορεί να διακριθεί σε εσωτερικευμένο θυμό που περιλαμβάνει αυτοκατευθυνόμενα συναισθήματα και συμπεριφορές δυσαρέσκειας, πικρίας και ενοχής (Livneh, & Antonak, 2005). Πρόκειται για εκείνες τις περιπτώσεις, όπου τα άτομα με αναπηρία αποδίδουν το θυμό τους στον ίδιο τους τον εαυτό, όταν θεωρούν ότι η αιτία ύπαρξης της αναπηρίας τους οφείλεται σε άστοχους χειρισμούς των ίδιων των ατόμων. Εκτός από τον εσωτερικευμένο θυμό, γίνεται λόγος και για τον εξωτερικευμένο θυμό, ο οποίος συχνά απευθύνεται στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο συνήθως κατηγορείται ότι δεν δείχνει το ανάλογο ενδιαφέρον στον ασθενή ή ότι δεν ακολουθούν ορθά τις θεραπείες. Ενδέχεται όμως, ορισμένα από τα παράπονα των ατόμων με αναπηρίες να μην είναι πάντοτε αστήριχτα, εφόσον

οι επαγγελματίες υγείας μερικές φορές δεν δείχνουν την ανάλογη υπευθυνότητα και ευαισθησία στο θέμα του ασθενή τους (Κλεφτάρας, 2007).

δ) Διαπραγματέυση

Το στάδιο της διαπραγματέυσης διακρίνεται από ένα είδος εγωκεντρικής σκέψης. Σε αυτό το στάδιο το άτομο αντιδρά διαφορετικά, εφόσον συνειδητοποιεί ότι δεν τα καταφέρνει καλύτερα στη ζωή του με το να αρνείται να αποδεχθεί την αναπηρία του ή με το να θυμώνει με τους συνανθρώπους του ή και με το Θεό. Γι' αυτό και επιλέγει ένα είδος συμφωνίας που μπορεί να αναστρέψει ή να βελτιώσει σημαντικά την κατάστασή του. Το άτομο συνειδητοποιεί ότι πρόκειται να ζήσει με την αναπηρία του και μαθαίνει ότι κάποιος μπορεί να αμειφθεί αν επιδείξει καλή συμπεριφορά. Αυτή η διαπραγματέυση αφορά τόσο το άτομο με αναπηρία όσο και τα μέλη της οικογένειάς του και ουσιαστικά συνίσταται σε μια πράξη εξευμενισμού ή εξαγοράς της σωματικής υγείας με το αντίτιμο της καλής συμπεριφοράς.

Στο στάδιο αυτό, το άτομο αν και γνωρίζει το εύρος και την πρόγνωση της αναπηρίας του, κάνει προσπάθειες να αλλάξει την κατάστασή του μέσα από διαπραγματεύσεις, δίνοντας διάφορες προσωπικές υποσχέσεις (ηθικές ή υλικές) σε άτομα που νομίζει ή θέλει να πιστεύει ότι έχουν την δύναμη και ικανότητα να το βοηθήσουν να βελτιώσει ή να ξεπεράσει τη δυσλειτουργία του. Τέτοια πρόσωπα αποτελούν για το άτομο οι γιατροί, το νοσηλευτικό προσωπικό και οι θεραπευτές του. Οι περισσότερες διαπραγματεύσεις πραγματοποιούνται συνήθως με το Θεό, γι αυτό και έρχονται σε επαφή με τη θρησκεία, πιστεύοντας να συμβεί ένα θαύμα. Προκειμένου να πραγματοποιηθεί αυτό το θαύμα, επιδεικνύουν συμπεριφορές και κάνουν σκέψεις που υποδηλώνουν ότι πραγματικά είναι ή έγιναν «καλοί άνθρωποι» που ενδιαφέρονται για τους συνανθρώπους τους (Κλεφτάρας, 2007).

ε) Πένθος και κατάθλιψη

Μετά τις αρχικές αντιδράσεις του ατόμου να αρνηθεί το πρόβλημά του, μετά το θυμό και την οργή που έδειξε και βίωσε κι έπειτα από τις ανεπιτυχείς προσπάθειες για εξαγορά της κατάστασής του, το άτομο περνά από το στάδιο εκείνο όπου όλα αντικαθίστανται από τη βαθιά αίσθηση της μεγάλης απώλειας. Συχνά, ο θυμός και η οργή λειτουργούν καθαρτικά, με την έννοια ότι εκφορτίζουν το άτομο από τις αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις. Όταν όμως, το άτομο συνειδητοποιήσει ότι ο θυμός του δεν αλλάζει την κατάστασή του και αποδεχθεί τη μονιμότητα της αναπηρίας του και των συνεπειών της στη ζωή του, τότε εμφανίζονται τα πρώτα

συμπτώματα της κατάθλιψης και αρχίζει δειλά η διαδικασία του «πένθους» για καθεμιά από τις απώλειες που συνοδεύουν την αναπηρία του σε όλα τα επίπεδα της ζωής του. Η διαδικασία του πένθους είναι επίπονη και στηρίζεται στο γεγονός ότι το άτομο λόγω της αναπηρίας του αναγκάζεται να αναθεωρήσει ή να εγκαταλείψει ουσιαστικές για το ίδιο θέσεις, συμπεριφορές, αρχές αξίες και στη θέση τους να αναπτύξει νέες.

Η κατάθλιψη αρχίζει να εμφανίζεται στο άτομο κατά την περίοδο απομάκρυνσης του από το νοσοκομείο και συγκεκριμένα όταν μετακινηθεί στην μονάδα αποκατάστασης (Κλεφτάρας, 2007), όταν αναγκαστεί να χρησιμοποιήσει κάποιον ειδικό εξοπλισμό, όπως το αναπηρικό αμαξίδιο, καθώς νιώθει ότι στιγματίζεται από την αναπηρία (Saleh, & Scott, 1992), ή όταν ολοκληρωθεί η όποια δυνατή θεραπεία για την αντιμετώπιση του προβλήματός του, όταν αρχίσει η δύσκολη ψυχολογική διαδικασία του συμβιβασμού με την αναπηρία του και τέλος, όταν μάθει ότι η κατάστασή του είναι αμετάβλητη.

Η κατάθλιψη που εμφανίζει το άτομο με αναπηρία είναι παροδική και συχνά έχει διάρκεια που κυμαίνεται μεταξύ έξι μηνών και ενός έτους με αυξομειωμένη ένταση συμπτωμάτων. Ωστόσο, η κατάθλιψη που εκδηλώνεται σε άτομα με αναπηρίες αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση απέναντι στο τραυματικό γεγονός της αναπηρίας τους και κάτω από κανονικές συνθήκες θεωρείται επιτρεπτό να κάνει τον κύκλο της.

Η παρουσία της κατάθλιψης και του πένθους στη ζωή του ατόμου με αναπηρία θεωρείται απαραίτητη για την ανάπτυξη νέων μηχανισμών προσαρμογής και για την ανασυγκρότηση μιας νέας εικόνας σώματος, εφόσον το άτομο δυσκολεύεται να αναγνωρίσει και να αποδεχθεί τον εαυτό του με τη νέα του μορφή και συνάμα βρίσκεται στη δύσκολη θέση να επαναπροσδιορίσει του ρόλους του και τις δεξιότητές του (Κλεφτάρας, 2007).

Το άτομο σε αυτό το στάδιο υποτιμά τον εαυτό, συχνά αντιδρά με αποστασιοποίηση, αισθάνεται αβοήθητο, ανήμπορο, απελπισμένο, συμπεριφέρεται σα να έχει χάσει τις ελπίδες του (Livneh & Antonak, 1997· Livneh & Antonak, 2005), και την προσωπική του αξία (Creed, 1997 στο Robertson, & Katona). Στα παραπάνω συναισθήματα μπορεί να προστεθεί και η απουσία σκοπού και νοήματος στη ζωή του (Cohen, & Napolitano, 2007· Dunn, 1975). Πολύ πιθανό είναι το άτομο με αναπηρία να χάσει το ενδιαφέρον του σε δραστηριότητες ή χόμπι, που στο παρελθόν έβρισκε

ευχαρίστηση. Επίσης, συνήθως βιώνει διαταραχές ύπνου, διακρίνεται από απουσία ενέργειας, κόπωση, από επιβράδυνση των κινήσεων, υπερβολική ενοχή, κακή συγκέντρωση, σκέφτεται συχνά το θάνατο και διακρίνεται από αυτοκτονικές τάσεις (Judd, Burrows, & Brown, 1986). Το μέλλον του δείχνει να είναι κενό χωρίς νόημα (Melges, 1982).

Η κατάθλιψη ως αντίδραση αποτελεί μια κρίσιμη καμπή στη διαδικασία της προσαρμογής, καθώς τόσο το ίδιο το άτομο όσο και η οικογένειά του φαίνονται να αποδέχονται απρόθυμα την πραγματικότητα της αναπηρίας. Ενδέχεται όμως, το άτομο να αρνηθεί να ζήσει σύμφωνα με την αναπηρία του, με αποτέλεσμα η κατάστασή του να γίνεται ακόμη δυσκολότερη (Κλεφτάρας, 2007).

στ) Αμυντική στάση

Το άτομο σε αυτό το στάδιο έχει πια συνειδητοποιήσει τη μονιμότητα της κατάστασής του και διατηρεί μίαν αμυντική συμπεριφορά για να αντιμετωπίσει την αναπηρία του, αλλάζοντας και προσαρμόζοντας τον ίδιο του τον εαυτό κι άλλοτε προσαρμόζοντας το περιβάλλον του, ενώ άλλες φορές χρησιμοποιεί διάφορους μηχανισμούς άμυνας έτσι ώστε να ανταποκριθεί στις καινούριες ανάγκες της νέας του κατάστασης.

Το στάδιο αυτό μπορεί να εξελιχθεί θετικά ή αρνητικά και κατ' επέκταση το άτομο εμφανίζει εποικοδομητική αμυντική στάση ή παθολογική αμυντική στάση. Σύμφωνα με την πρώτη, το άτομο που αποδέχεται την αναπηρία του, προσπερνά τα εμπόδια, τους περιορισμούς, τις δυσκολίες που απορρέουν από την αναπηρία του, εκδηλώνοντας μια υγιή αμυντική στάση. Με τον καιρό το άτομο αρχίζει να βρίσκει πάλι το ενδιαφέρον του για τη ζωή, προσπαθεί ολοένα και περισσότερο να ζει με το πρόβλημά του και να δρα περισσότερο αποτελεσματικά με βάση την αναπηρία του. Ακόμη κι αν η αναπηρία του θέτει εμπόδια, το άτομο αναπτύσσει νέους τρόπους για να τα παρακάμπτει. Συνειδητοποιεί ότι, μόνο ορισμένοι από τους στόχους του παρελθόντος είναι δυνατόν να πραγματοποιηθούν και ότι άλλοι είναι αδύνατο να υλοποιηθούν. Η πορεία προς την προσαρμογή γίνεται σταδιακά και από ένα τροποποιημένο σύστημα αναγκών, προκειμένου να πετύχει σημαντικούς στόχους για τη ζωή του.

Από την άλλη πλευρά, όταν το άτομο συνεχίζει ασυνείδητα να χρησιμοποιεί μηχανισμούς άμυνας για να αρνηθεί την ύπαρξη των εμποδίων που του προκαλεί η σωματική του δυσλειτουργία, ακολουθεί μια προβληματική αμυντική στάση. Σε αυτό

το στάδιο, το άτομο προσπαθεί να πείσει τον αυτό του και τους άλλους, ότι έχει προσαρμοστεί σε αυτήν τη νέα δύσκολη κατάσταση, ότι την έχει αποδεχθεί, ότι δεν ενδιαφέρεται για πράγματα που παλαιότερα αποτελούσαν στόχους του. Ενδέχεται ακόμη να προβάλει δικά του αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις στους άλλους, προκειμένου να πείσει τους γύρω ότι οι ίδιοι δεν αποδέχονται το πρόβλημά του παρά το ίδιο το άτομο με δυσλειτουργία. Αυτή η αντίδραση του ατόμου καταλήγει να έχει μια ασυμβίβαστη εικόνα για το σώμα του. Όταν μάλιστα αυτή η προβληματική αμυντική στάση διαρκεί αρκετά και είναι έντονη, μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές όπως παθητικότητα, παλινδρόμηση σε προηγούμενα αναπτυξιακά στάδια, εξάρτηση, απουσία κινήτρων, έλλειψη ενδιαφέροντος και ορισμένες φορές ψυχωτικές αντιδράσεις (Κλεφτάρας, 2007).

ζ) Αναγνώριση-Παραδοχή και Προσαρμογή στην αναπηρία

Η προσαρμογή του ατόμου έρχεται εφόσον το άτομο διέλθει με επιτυχία από τα προηγούμενα στάδια και σταδιακά γεννιέται ένα νέο σύστημα αναγκών, νέοι ρόλοι, συνήθειες, λειτουργίες. Σε αυτό το στάδιο, η αποδοχή της αναπηρίας αποτελεί το κεντρικό ζήτημα και η αναπηρία γίνεται από το άτομο αντιληπτή ως προσωπικό του χαρακτηριστικό και στο οποίο δίνει μικρή σημασία ή τουλάχιστον πολύ μικρότερη συγκριτικά με τα προηγούμενα στάδια (Κλεφτάρας, 2007). Το άτομο με αναπηρία επαναξιολογεί τους στόχους του, εκτιμά την προσωπική του αξία και ανάπτυξη, προκειμένου να ανταποκριθεί στις καινούριες προκλήσεις της ζωής (Keaney, & Glueckauf, 1999· Cohen, & Napolitano, 2007). Για τις περιπτώσεις της επίκτητης αναπηρίας, το άτομο προσπαθεί να μάθει και να κατανοήσει το νέο του εαυτό (Cohen, & Napolitano, 2007).

Σχετικές έρευνες επισημαίνουν ότι η προσαρμογή στην αναπηρία είναι μια διαδικασία που επηρεάζεται από τις αντιλήψεις των άλλων σχετικά με την αναπηρία, από τη θέση του ατόμου με αναπηρία στο κοινωνικό πλαίσιο αλλά και από τη δυνατότητα πρόσβασης σε εκπαιδευτικές, οικονομικές και κοινωνικές δομές (Hammell, 2004). Άλλες έρευνες δίνουν έμφαση στο βαθμό του λειτουργικού περιορισμού που προκαλεί η αναπηρία στο άτομο, καθιστώντας σαφές ότι, όσο μειωμένο είναι το λειτουργικό επίπεδο ενός ατόμου τόσο πιθανότερη είναι η μη προσαρμογή στην αναπηρία του. Επίσης, ο βαθμός προσαρμογής ενός ατόμου στην αναπηρία του φαίνεται να επηρεάζεται και από το αισθητικό κομμάτι της αναπηρίας

και τη σημασία που αποδίδεται σε αυτό από το εκάστοτε κοινωνικό περιβάλλον, στο οποίο ζει και διαβιώνει το άτομο με αναπηρία (Livneh, & Wilson, 2003).

Η προσαρμογή του ατόμου στην κατάσταση της αναπηρίας προϋποθέτει αλλαγές (Brown, 1992· Shontz, 1975), οι οποίες καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα τραυματικών γεγονότων, συμπεριλαμβανομένων της απώλειας των φυσικών λειτουργιών, τις κοινωνικές και επαγγελματικές αλλαγές, την υιοθέτηση νέων ρόλων, γεγονότα δηλαδή, που καθιστούν το μέλλον του ιδιαίτερα απειλητικό (Persson, & Rydén, 2006).

Η αλλαγή των αξιών στην ουσία συνίσταται σε μια υπαρξιακή αλλαγή των αξιών της ζωής ενός ατόμου και σε μιαν επαναξιολόγηση της ζωής σχετικά με το τι είναι πραγματικά σημαντικό γι' αυτό το άτομο. Σημαίνει επίσης, την αναζήτηση ενός νόηματος στην κατάσταση της αναπηρίας, με την έννοια να επιδίδεται κανείς σε νέα ενδιαφέροντα που έρχονται λιγότερο σε σύγκρουση με την κατάσταση της αναπηρίας και των λειτουργικών περιορισμών που αυτή επιφέρει στο άτομο (Persson, & Ryden, 2006). Οι θεωρητικοί Elliott, Uswatte, Lewis και Palmatier (2000) επισημαίνουν τη σπουδαιότητα του ατόμου να κατορθώσει να βρει ένα νόημα και σκοπό στη ζωή του, διότι η αναζήτηση αυτή διευκολύνει την αλλαγή στις προϋπάρχουσες αξίες και τονίζει την αναζήτηση νέων προσανατολισμών.

Παράλληλα, τα *οικολογικά μοντέλα (ecological models)* περιγραφής της διαδικασίας της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας έχουν προταθεί από πολλούς ειδικούς (Langer, 1994· Hilton, 1989· Trieschmann, 1988· Waltz, Badura, Pfaff, & Schott, 1988· Wiklund, Sanne, Vedin, & Wilhelmsson, 1985). Η διαδικασία της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας μέσα από μια οικολογική σκοπιά, εξηγεί μερικώς την ασυμφωνία που συχνά αναφέρεται ως προς τον τύπο των συμπτωμάτων, το επίπεδο της σοβαρότητας της κατάστασης, τη διάρκεια και τις επακόλουθες αντιδράσεις στην εμφάνιση μιας αναπηρίας (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009).

Οι Livneh και Antonak (1997) ασκούν την κριτική τους για ορισμένα από τα πιο ισχυρά οικολογικά μοντέλα της προσαρμογής και παράλληλα εντοπίζουν ανάμεσα σε αυτά ορισμένα εννοιολογικά και δομικά χαρακτηριστικά. Ουσιαστικά, τα οικολογικά μοντέλα δίνουν μια εξήγηση αναφορικά με στο ερώτημα γιατί άτομα με όμοιες αναπηρίες παρουσιάζουν ποιοτικές και ποσοτικές διαφορές και κατά συνέπεια, διαφορετικό βαθμό αποδοχής και προσαρμογής στην αναπηρία τους.

Τα σχετικά μοντέλα ταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες χαρακτηριστικών μεταβλητών: Η πρώτη περιλαμβάνει εκείνες τις μεταβλητές που σχετίζονται με τη χρόνια ασθένεια ή αναπηρία, όπως, η αιτία και ο τύπος της αναπηρίας, ο χρόνος εμφάνισης, ο βαθμός του λειτουργικού περιορισμού, οι περιοχές του σώματος που έχουν υποστεί βλάβη, ή και η σταθερότητα της κατάστασης. Η δεύτερη περιλαμβάνει εκείνες τις μεταβλητές που σχετίζονται με κοινωνικο-ατομικά στοιχεία του ατόμου με αναπηρία, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, το αναπτυξιακό στάδιο, η εθνικότητα, το κοινωνικο-οικονομικό αλλά και μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση. Η τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει εκείνες τις μεταβλητές που σχετίζονται με την προσωπικότητα και τη γενικότερη συμπεριφορά του ατόμου, όπως είναι οι στρατηγικές που υιοθετεί το άτομο για να διαχειριστεί την αναπηρία του, το κέντρο ελέγχου, το νόημα και η σημασία που αποδίδει στην αναπηρία του, οι στάσεις που διατηρεί το άτομο απέναντι στην αρρώστια, στο θάνατο, οι αξίες της ζωής του, το σύστημα των πεποιθήσεών του, η εικόνα σώματός του, οι γνωστικές και πνευματικές του ικανότητες. Αυτές οι τρεις κατηγορίες μεταβλητών αναφέρονται στις διαπροσωπικές μεταβλητές του ατόμου. Τέλος, η τέταρτη κατηγορία περιλαμβάνει εκείνες τις οι μεταβλητές που σχετίζονται με το εξωτερικό περιβάλλον, τόσο το φυσικό όσο και το κοινωνικό περιβάλλον και σε αυτή την κατηγορία ανήκουν, τα συστήματα κοινωνικής υποστήριξης, η οικονομική βοήθεια, η ιατρική περίθαλψη, οι ειδικές προσαρμογές στο περιβάλλον. Όλες οι προαναφερόμενες μεταβλητές αλληλεπιδρούν και καθορίζουν σημαντικά το βαθμό προσαρμογής του ατόμου στην αναπηρία του. Τα οικολογικά μοντέλα παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες και απευθύνονται κυρίως στους ειδικούς επαγγελματίες, προκειμένου να διαχειριστούν όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερα το άτομο με αναπηρία (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009).

Μέσα από αυτήν την οικολογική σκοπιά, η διαδικασία της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής κατατάσσεται σε τρεις κατηγορίες αντιδράσεων και οι οποίες είναι: Οι αρχικές αντιδράσεις στην εμφάνιση της αναπηρίας, όπως σοκ, αγωνία, άρνηση). Στη συνέχεια μεσολαβούν άλλες αντιδράσεις, όπως είναι η κατάθλιψη, ο εσωτερικευμένος θυμός και η εξωτερικευμένη επιθετικότητα. Τέλος, μακροπρόθεσμες αντιδράσεις όπως, η αναγνώριση-παραδοχή και η προσαρμογή στην αναπηρία. Κατά συνέπεια, και στα οικολογικά μοντέλα δημιουργείται ουσιαστικά μια θεωρία σταδίων, η οποία περιγράφει αυτή τη διαδικασία της προσαρμογής ενός

ατόμου στην αναπηρία του, με αντιδράσεις άλλοτε ευνοϊκές και άλλοτε με δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009).

1.2. Παράγοντες αυτο-αποδοχής της αναπηρίας

Η παραδοχή και η προσαρμογή στην αναπηρία είναι ζητήματα που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ψυχική υγεία και στην ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρίες. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που συμβάλλουν και επηρεάζουν το βαθμό της αποδοχής μιας αναπηρίας σε ένα άτομο.

Ένας από αυτούς τους παράγοντες είναι η *αυτοαντίληψη και η αυτοεκτίμηση* ως δύο βασικές συνιστώσες του εαυτού (Κλεφτάρας, 2006). Η αυτοαντίληψη (self-concept) είναι η γνωστική ή περιγραφική διάσταση της έννοια του εαυτού (Φλουρής, 1989), η οποία αναφέρεται στο σύνολο των πεποιθήσεων, των στάσεων, των περιγραφών ή των δηλώσεων ενός ατόμου για τον εαυτό του, ανεξάρτητα από το εάν αυτές είναι σωστές ή λανθασμένες, εάν βασίζονται σε αντικειμενικά στοιχεία ή εάν αποτελεί υποκειμενική γνώση (Harter, 1986, 1999, σ. 3-5· Burns, 1982). Η αυτοεκτίμηση (self-esteem) αναφέρεται στο πως το άτομο αξιολογεί τον εαυτό του. Η αυτοεκτίμηση έχει μια αξιολογική-συναισθηματική διάσταση (Λεοντάρη, 1996), η οποία αφορά τη θετική ή αρνητική στάση που διατηρεί ένα άτομο ως προς τον εαυτό του (Rosenberg, 1965). Στο χώρο της αυτοαντίληψης, ένας παράγοντας που φαίνεται να συσχετίζεται έντονα με την αποδοχή της αναπηρίας είναι η *σωματική αυτοαντίληψη ή εικόνα σώματος*, η οποία αναφέρεται τόσο στην εμφάνιση όσο και στις σωματικές ικανότητες του ατόμου, όπως το ίδιο το άτομο τις αντιλαμβάνεται υποκειμενικά. Επιπλέον, έρευνες καταδεικνύουν ότι η αυτοεκτίμηση συνδέεται στενά με το βαθμό της σωματικής δυσλειτουργίας, ανεξάρτητα από την ηλικία και τον τύπο της δυσλειτουργίας και από άλλα χαρακτηριστικά. Αυτή η δυνατή σχέση δείχνει ότι η αποδοχής της αναπηρίας συνδέεται σημαντικά με τη γενική αυτοεικόνα και έννοια του εαυτού ενός ατόμου (Κλεφτάρας, 2006).

Η αποδοχή και η ομαλή προσαρμογή στην αναπηρία δεν αποτελεί μόνο ατομική υπόθεση αλλά επηρεάζεται και από το κοινωνικό σύνολο. Η *κοινωνικο-συναισθηματική στήριξη* είναι ακόμη ένας παράγοντας που διευκολύνει τη διαδικασία της αποδοχής και της ομαλής προσαρμογής ενός ατόμου στην αναπηρία του. Ο όρος

«κοινωνική στήριξη» (social support) αναφέρεται στην αλληλεπίδραση και στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου με τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας στην οποία συνυπάρχουν (Barrera, 1986). Αυτή η στήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο είναι καθοριστικής σημασίας για το αν και πόσο θα αποδεχθεί το άτομο με αναπηρία τη νέα του κατάσταση (Κλεφτάρας, 2006· Rintala, Young, Hart, Clearman, & Fuhrer, 1992). Η θετική κοινωνική στήριξη βοηθά το άτομο να οικοδομήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό του και να ενδιαφερθεί για την φροντίδα του εαυτού του (Cobb, 1976). Έχει επίσης υποστηριχθεί ότι αυτή η υποστήριξη μπορεί να προστατεύσει το άτομο σε περιόδους κρίσης από πολλά παθολογικά στάδια με τα οποία ενδέχεται να έρθει σε αντιμέτωπο, όπως κατάθλιψη, αλκοολισμός, σωματικές ασθένειες (Symonds, 1980· Krupnick, & Horowitz, 1980· Bard, & Sangrey, 1979· Burgess, & Holmstrom, 1976).

Εκτός από την κοινωνική στήριξη, παρέχεται υποστήριξη και από το οικογενειακό περιβάλλον με διάφορες μορφές, συναισθηματική, ενημερωτική υποστήριξη (McCull, Lei, & Skinner, 1995), γνωστική και υλική βοήθεια, από το φιλικό του περιβάλλον και από το ιατρικό προσωπικό (Belgrave, & Lewis, 1994). O House (1981) περιγράφει τέσσερις τύπους κοινωνικής στήριξης του ατόμου: η συναισθηματική στήριξη, η οποία αναφέρεται στην παροχή συναισθημάτων εμπιστοσύνης, αγάπης και κατανόησης. Στην στήριξη, η οποία μπορεί να αναφέρεται στη οικονομική στήριξη ενός ατόμου. Στην ενημερωτική στήριξη, όπου παρέχονται σε ένα άτομο κατάλληλες συμβουλές και υποδείξεις. Τέλος, η τέταρτη μορφή στήριξης αναφέρεται σε μια διαδικασία αποτίμησης και σε μίαν αξιολογική ανταπόκριση.

Παράλληλα, έρευνες διαπιστώνουν ότι όσο περισσότερο το άτομο με αναπηρία συμμετέχει ενεργά στις κοινωνικές δραστηριότητες, τόσο πιο εύκολα αποδέχεται και την κατάστασή του (Snead, & Davis, 2002· Tate, Kirsch, Maynard, Peterson, Forchheimer, Roller, & Hansen, 1994). Ο βαθμός εμπλοκής ενός ατόμου με αναπηρία στο κοινωνικό πλαίσιο αποτελεί κρίσιμο παράγοντα ψυχολογικής ευεξίας (Chronister, Johnson, & Berven, 2006· Fitzpatrick, Newman, Archer, & Shipley, 1991), δείκτη ποιότητας ζωής (Hampton, 2004· Hampton, & Qin-Hilliard, 2004· Beedie, & Kennedy, 2002· Kemp, & Krause, 1999· Belgrave, 1991· Myers, Lindenthal, & Pepper, 1975), ενώ πολλές φορές αποτελεί αιτία αποφυγής της

καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και των αυτοκτονικών τάσεων που εκδηλώνουν άτομα με αναπηρία (Beedie, & Kennedy, 2002· Kemp, & Krause, 1999).

Ο τρόπος που το άτομο προσαρμόζεται στην αναπηρία του επηρεάζεται από τις αντιδράσεις (Dewing, 1997· Pruzinsky, & Edgerton, 1990), τις εντυπώσεις, και προσδοκίες που δέχεται από το κοινωνικό σύνολο, από τις δυνατότητες ένταξης στο κοινωνικό σύνολο (Κλεφτάρας, 2006). Αν ένα άτομο με αναπηρία έχει ζήσει σε ένα περιβάλλον αποδοχής, τότε η αποδοχή αυτή που λαμβάνει από τους άλλους θα πρέπει να οδηγήσει στην αποδοχή του εαυτού (Smith, 1984). Η προσωπική αποδοχή της αναπηρίας βοηθά το άτομο να αισθάνεται μέλος της κοινωνίας, βελτιώνει την κοινωνική του αυτοπεποίθηση και του επιτρέπει να ταυτιστεί με την ευρύτερη ομάδα των ατόμων με δυσλειτουργίες (Κλεφτάρας, 2006).

Επιπλέον, δεν πρέπει να αγνοήσει κανείς το γεγονός ότι πολλές φορές τα άτομα με αναπηρία υπόκεινται στο φαινόμενο του «πολιτισμικού ρατσισμού», καθώς αποτελούν πολιτισμική μειονότητα στο πλαίσιο της κυρίαρχης πολιτισμικά κουλτούρας των ατόμων δίχως δυσλειτουργίες. Τα άτομα με αναπηρίες συχνά αντιμετωπίζονται με προκατάληψη και στερεοτυπικό τρόπο από τους μη ανάπηρους. Συχνά επιβάλλονται οι νόρμες, τα κοινωνικά δεδομένα των μη αναπήρων, αγνοώντας τις ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες, τις δυνατότητες και τα προβλήματα των ατόμων με δυσλειτουργίες (Κλεφτάρας, 2003).

Ένας άλλος παράγοντας που φαίνεται να επηρεάζει την αποδοχή και προσαρμογή μιας αναπηρίας σχετίζεται με το εάν αυτή είναι *συγγενής ή επίκτητη* (Κλεφτάρας, 2006). Τα εκ γενετής τυφλά άτομα ή τα άτομα που έχουν χάσει την όρασή τους κατά την πρώιμη παιδική ηλικία για παράδειγμα, δεν αντιμετωπίζουν τις ίδιες συναισθηματικές αντιδράσεις με τα άτομα που έχασαν την όρασή τους κατά τη μετέπειτα ζωή τους, διότι οι τελευταίοι καλούνται να αντιμετωπίσουν το βασικό ζήτημα της αποδοχής και προσαρμογή της νέας τους ταυτότητας, πρέπει δηλαδή να μεταβούν από την εικόνα του «βλέποντα εαυτού» στην εικόνα ενός «τυφλού εαυτού» (Hudson, 1994).

Η Dittmar (1989) παρατηρεί ότι η αποδοχή και προσαρμογή ενός ατόμου στην αναπηρία του εξαρτάται από το εάν αυτή είναι συγγενής ή επίκτητη. Άτομα με συγγενείς αναπηρίες συνήθως 'πενθούν' για τη στέρηση αγαθών και δραστηριοτήτων που οι υπόλοιποι δίχως αναπηρίες απολαμβάνουν φυσιολογικά και χωρίς εμπόδια. Ενώ, τα άτομα με επίκτητες αναπηρίες αποδίδουν σε αυτές άλλο νόημα και η

αναπηρία τους αποκτά σοβαρότερες διαστάσεις, καθώς τα άτομα αυτά ανησυχούν μεταξύ άλλων για το βαθμό της ανεξαρτησίας τους στη μετέπειτα ζωή τους. Από έρευνες διαπιστώνεται ότι, τα άτομα με συγγενείς αναπηρίες εμφανίζονται πιο ευπροσάρμοστα συγκρινόμενα με τα άτομα που παρουσιάζουν επίκτητες αναπηρίες. Αυτό μπορεί εύκολα να εξηγηθεί από το γεγονός ότι το άτομο με συγγενή αναπηρία προσαρμόζεται ευκολότερα, διότι δε γνώρισε ποτέ τον εαυτό του διαφορετικά, είχε πάντα τις ίδιες ικανότητες και δε βίωσε την εμπειρία του ψυχολογικού τραύματος και της αλλοιωμένης εικόνας σώματος που βιώνει το άτομο με επίκτητη αναπηρία (Κλεφτάρας, 2006).

Ειδικά, άτομα με αποκτηθείσες αναπηρίες, όπως επισημαίνεται από πολλούς ειδικούς, όταν κατορθώσουν να προσαρμοστούν στην αναπηρία τους επιτυγχάνουν συνακόλουθα υψηλά ποσοστά σωματικής και ψυχολογικής υγείας (Livneh, Lott, & Antonak, 2004· Snead, & Davis, 2002). Διαφορετικά, η δυσκολία προσαρμογής σε μια επίκτητη αναπηρία εγκυμονεί διάφορους κινδύνους, όπως την εμφάνιση ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων (Turner, Lloyd, & Taylor, 2006· Garofalo, 2000· Livneh et al., 2004), τη διατήρηση μιας κακής σωματικής υγείας, και τη βίωση διάφορων συναισθηματικών αντιδράσεων, όπως κατάθλιψη (McDermott, Moran, Platt, & Dasari, 2007· Tsivgoulis, Triantafyllou, Papageorgiou, Evangelopoulos, Kararizou, Sfagos, & Vassilopoulos, 2007· Mitra, Wilber, Allen, & Walker, 2005· Livneh & Wilson, 2003· Vahle, Andresen, & Hagglund, 2000· Livneh, & Antonak, 1997).

Η φύση της δυσλειτουργίας και συγκεκριμένα η σοβαρότητά της, επίσης επηρεάζει το βαθμό της συμφιλίωσης ή μη με την αναπηρία ενός ατόμου (Κλεφτάρας, 2006). Ωστόσο, υπάρχουν έρευνες που καταδεικνύουν ότι η σοβαρότητα του προβλήματος δεν συνδέεται σημαντικά με τη στάση που κρατά το άτομο απέναντι στη αναπηρία του (Starr, & Heiserman, 1977). Αυτή η αντιφατικότητα των ερευνητικών δεδομένων ίσως οφείλεται στον διαφορετικό τρόπο αξιολόγησης της σοβαρότητας μιας κατάστασης από το ίδιο το άτομο, καθώς από ψυχολογικής άποψης, τον καθοριστικό ρόλο στην αποδοχή και στην προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας διαδραματίζει η υποκειμενική αντίληψη και η αξιολόγηση αυτής της κατάστασης από το ίδιο το άτομο. Όταν η δυσλειτουργία συνυπάρχει με χρόνια πόνο ή με άλλα προβλήματα υγείας, τότε η κατάσταση γίνεται δυσκολότερη, εφόσον το άτομο θα πρέπει να αποδεχθεί και τον χρόνο αυτόν πόνο (Κλεφτάρας, 2006). Υπάρχουν

περιπτώσεις ατόμων που βιώνουν τον χρόνιο πόνο αρνητικά, με αποτέλεσμα να δυσκολεύει την προσαρμογή του στην κατάστασή του και συνάμα ορισμένες φορές ο πόνος αυτός ενισχύει την πεποίθηση που έχει το άτομο για τον εαυτό του ότι αποτελεί ένα «βάρος» στους γύρω του (Kennedy, Lude, & Taylor, 2006).

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η αντίληψη του πόνου είναι μια υποκειμενική ψυχολογική διεργασία, η οποία επηρεάζεται τόσο από εσωτερικούς όσο και από εξωτερικούς παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, το πολιτισμικό πλαίσιο, η κοινωνική ενίσχυση, το κέντρο ελέγχου, η προσοχή, οι προσδοκίες, η υποβολή και αυθυποβολή, το άγχος, ο φόβος, η πληροφόρηση, το νόημα και η σημασία που αποδίδεται στον πόνο και στις καταστάσεις που τον προκαλούν. Αυτοί οι παράγοντες φαίνεται παράγοντες να επηρεάζουν την υποκειμενική αντίληψη και το βαθμό αποδοχής του ατόμου απέναντι στο χρόνιο πόνο που βιώνει (Κλεφτάρας, 2006).

Η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και το εισόδημα συνδέονται με την αποδοχή της αναπηρίας. Αναφορικά με την ηλικία, επισημαίνεται ότι όσο πιο νέος σε ηλικία βρίσκεται ένα άτομο τόσο πιο εύκολα φαίνεται να αποδέχεται μια δυσλειτουργία (Whiteneck, Charlifue, Frankel, Fraser, Gardner, Gerhart, Krishnan, Menter, Nuseibeh, Short, & Silver, 1992). Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι, οι νεώτεροι άνθρωποι διακρίνονται για την πλαστικότητα του χαρακτήρα τους και οι οποίοι συχνά αναζητούν το κάτι διαφορετικό και εμφανίζονται πρόθυμοι να δοκιμάσουν πράγματα, καταστάσεις και ρόλους που τους ταιριάζουν καλύτερα (Κλεφτάρας, 2006).

Σχετικά με την σχέση ανάμεσα στην οικογενειακή κατάσταση ενός ατόμου με αναπηρία και στην αποδοχή της, αποδεικνύεται ότι τα έγγαμα άτομα είναι περισσότερο προσαρμοσμένα σε μια κατάσταση αναπηρίας λόγω της κοινωνικής και συναισθηματικής στήριξης που λαμβάνουν (Κλεφτάρας, 2006· Collings, 1990). Επίσης, έγγαμα άτομα με αναπηρία δεν παρουσιάζουν μόνο μεγαλύτερο βαθμό προσαρμογής στην αναπηρία τους αλλά βιώνουν μια μεγαλύτερη αίσθηση πληρότητας από τη ζωή και γενικότερα βιώνουν μία καλύτερη ποιότητα ζωής, συγκριτικά με άμαγα άτομα με αναπηρία (Putzke, Elliott, & Richards, 2001). Το μορφωτικό επίπεδο, ως ένας επιπρόσθετος παράγοντας που επηρεάζει με θετικό τρόπο την αποδοχή της αναπηρίας (Jiao, Heyne, & Lam, 2012· Κλεφτάρας, 2006· Collings, 1990· Horowitz, Reese, & Horowitz, 1965· Siller, 1964). Προς αυτή την κατεύθυνση, άτομα με υψηλά εισοδήματα αποδέχονται ευκολότερα μια αναπηρία

κυρίως λόγω των υλικών διευκολύνσεων που συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στην εξομάλυνση ή και στην αναπλήρωση των μειονεκτημάτων και των απωλειών της δυσλειτουργίας τους (Κλεφτάρας, 2006· Hermann, Whitman, Wyler, Anton, & Vanderzwagg, 1990· Newman, Fitzpatrick, Lamb, & Shipley, 1989· Hawley, & Wolfe, 1988).

Σε όλους τους προαναφερόμενους παράγοντες που σχετίζονται με την αποδοχή και προσαρμογή ενός ατόμου στην αναπηρία του, θα μπορούσε να προστεθεί και ο τρόπος ανταπόκρισης ενός ατόμου στην αναπηρία του, με την έννοια σε ποιο βαθμό ένα άτομο με αναπηρία συμμετέχει στην απόδοση νοήματος και στη διαδικασία επανοικοδόμησης της ζωής του με βάση αυτήν την κατάσταση της αναπηρίας του (Neimeyer, Prigerson, & Davies, 2002· Attig, 2001· Neimeyer, 1998). Κατά τον Wright (1983), τα άτομα που έχουν επιδεικνύουν ένα μεγάλο βαθμό αποδοχής και προσαρμογής στην αναπηρία τους, αναπτύσσουν μια αίσθηση νοήματος στις δυσμενείς περιστάσεις του, αποδίδουν αξία στην ατομικότητα τους και γενικότερα διατηρούν θετικές αντιλήψεις για τον εαυτό τους.

Βέβαια, αυτή η διαδικασία ανακατασκευής προϋποθέτει αλλαγές σε προσωπικό επίπεδο, αναφορικά με τις σκέψεις και τα συναισθήματα του ατόμου αλλά και αλλαγές σχετικές με την ευρύτερη αντίληψή του για τον κόσμο. Τίθεται επίσης το ερώτημα, σε ποιο βαθμό τα άτομα με αναπηρία εμπλέκονται σε διαδικασίες απόδοσης νοήματος, έτσι ώστε να κατορθώσουν να δώσουν νόημα σε μια απώλεια ή στο γεγονός της αναπηρίας τους (Davis, 2001). Δηλαδή, σε ποιο βαθμό ένα άτομο προσπαθεί να ερμηνεύσει την απώλεια ως φυσικό επακόλουθο σε συνδυασμό με την κοσμοθεωρία του, ή τις βασικές του πεποιθήσεις σχετικά με το πώς και γιατί του συνέβη. Επιπροσθέτως, σε ποιο βαθμό το άτομο θα προσπαθήσει να εντοπίσει ορισμένα οφέλη από αυτήν την απώλεια ή αναπηρία. Αυτή η άποψη στηρίζεται από έρευνα που καταδεικνύει ότι η προσαρμογή ενός ατόμου στην αναπηρία του διευκολύνεται όταν το άτομο αυτό έχει κατορθώσει να εντοπίσει ορισμένα οφέλη από το γεγονός της αναπηρίας του και κυρίως όταν το ίδιο το άτομο έχει αποδώσει ένα νόημα στην αναπηρία του (Schnyder, Buchi, Sensky, & Klaghofer, 2000· Davis, Nolen-Hoeksema, 2001).

Κεφάλαιο 2: ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ

2.1. Έννοια

Η κίνηση είναι μια λειτουργία που προϋποθέτει τον αρμονικό συντονισμό του μυϊκού, του νευρικού και του οστικού συστήματος του οργανισμού, ώστε το άτομο να εκφράσει την παρουσία του στον κόσμο, αξιοποιώντας το σώμα του για να μετακινηθεί και γενικότερα να απολαύσει τη ζωή (Σπετσιώτης, & Σταθόπουλος, 2003). Οποιαδήποτε αλλοίωση της κίνησης, είτε αυτή οφείλεται σε απώλεια είτε σε βλάβη, ορίζεται ως *κινητική αναπηρία* με δυσμενείς συνέπειες στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων, όπως είναι η αυτοφροντίδα, η μάθηση, η επαγγελματική εργασία, οι κοινωνικές σχέσεις, η ανεξαρτητοποίηση (Wilson-Jones, Morgan, Shelton, & Thorogood, 2007).

Στην κατηγορία των ατόμων με σωματικά-κινητικά προβλήματα εντάσσονται τα άτομα με τετραπληγίες, παραπληγίες, ημιπληγίες και γενικά αυτά που έχουν προβλήματα κίνησης μέλους ή μελών του σώματος. Αποτελούν μια ετερογενή ομάδα στην οποία εντάσσονται διάφορες ασθένειες που οφείλονται σε μια ευρεία γκάμα αιτιών, όπως τραυματισμός της σπονδυλικής στήλης, διαταραχές του νευρικού συστήματος, μυϊκή δυστροφία, μυοσκελετικές διαταραχές (Δελλασούδας, 2005).

Τα άτομα με σωματικές αναπηρίες μπορεί να εμφανίζουν διάφορα ορθοπεδικά και νευρολογικά προβλήματα. Ένα ορθοπεδικό πρόβλημα σχετίζεται με το σκελετικό σύστημα, τα οστά, τις αρθρώσεις, τα άκρα και τους σχετικούς μυς. Ένα σοβαρό ορθοπεδικό πρόβλημα μπορεί να οφείλεται σε συγγενή ανωμαλία όπως, ραιβοποδία ή απώλεια κάποιου μέλους, προβλήματα που οφείλονται σε κάποια ασθένεια, όπως η φυματίωση και άλλα προβλήματα που οφείλονται σε άλλες αιτίες όπως, η εγκεφαλική παράλυση, οι ακρωτηριασμοί, τα κατάγματα που με τη σειρά τους προκαλούν βράχυνση των μυών (Heward, 2011).

Ένα νευροκινητικό πρόβλημα αφορά στο κεντρικό νευρικό σύστημα και προκαλεί περιορισμούς στις κινητικές δραστηριότητες του ατόμου, επηρεάζει ακόμη τη ικανότητα χρήσης, αίσθησης ή ελέγχου συγκεκριμένων μερών του σώματος. Παρόλο που τα ορθοπεδικά και τα νευρολογικά προβλήματα είναι δύο ξεχωριστοί τύποι αναπηριών μπορεί να προκαλέσουν παρόμοιες κινητικές δυσλειτουργίες. Επίσης, παρατηρείται μια στενή σχέση ανάμεσα στους δύο τύπους αυτών των προβλημάτων,

καθώς έρευνες καταδεικνύουν ότι άτομα με αδυναμία κίνησης των ποδιών λόγω βλάβης στο κεντρικό νευρικό σύστημα (νευροκινητικό πρόβλημα) μπορεί να εμφανίσει και διαταραχές στα οστά και στους μύες των ποδιών (ορθοπεδικό πρόβλημα) (Heward, 2011).

2.2. Μορφές και αίτια της κινητικής-σωματικής αναπηρίας

Ανάμεσα στις κυριότερες νευρολογικές δυσλειτουργίες που επηρεάζουν τις σωματικές λειτουργίες του ατόμου είναι η *εγκεφαλική παράλυση (cerebral palsy)*, η οποία αποτελεί μια μόνιμη σωματική αναπηρία που οφείλεται σε εγκεφαλική κάκωση ή σε κάποια ανωμαλία της ανάπτυξης του εγκεφάλου. Τα άτομα με εγκεφαλική παράλυση εμφανίζουν σύνθετες κινητικές διαταραχές (Papavasiliou, 2009). Τα πρωτογενή ελλείμματα περιλαμβάνουν ανωμαλίες μυϊκού τόνου, οι οποίες επηρεάζονται από τη θέση, τη στάση και την κίνηση, διαταραχές ισορροπίας και συντονισμού, υπερβολική αδυναμία, απώλεια κινητικού ελέγχου. Τα δευτερογενή μυοσκελετικά προβλήματα αφορούν μυϊκούς σπασμούς και σωματικές παραμορφώσεις, όπως είναι η μετατόπιση των γοφών, η σκολίωση. Τα τελευταία εκδηλώνονται σταδιακά σε ανταπόκριση με τα πρωτογενή ελλείμματα και προξενούν πρόσθετη κινητική δυσπαραγία, καθιστώντας αναγκαία τη διορθωτική χειρουργική επέμβαση και την περαιτέρω θεραπεία τους (Quinby, & Abraham, 2005).

Οι πιο σοβαρές μορφές εγκεφαλικής παράλυσης εμφανίζονται τα πρώτα χρόνια της ανάπτυξης του ατόμου, αλλά όχι νωρίτερα από την ηλικία των 3 ετών. Η εγκεφαλική παράλυση είναι αντιμετωπίσιμη αλλά όχι θεραπεύσιμη (Heward, 2011). Τα αίτια της εγκεφαλικής παράλυσης ποικίλουν και δεν γίνονται πάντοτε γνωστά (Pellegrino, 2007). Αποδίδονται συχνά σε προγεννητικές αιτιολογίες, όπως κληρονομικούς παράγοντες, ενδομήτριες λοιμώξεις, σε περιγεννητικές αιτιολογίες, όπως είναι οι περιελίξεις του ομφάλιου λώρου, ο πρόωρος τοκετός και τέλος, σε μεταγεννητικές αιτιολογίες, όπως ο νεογνικός ίκτερος, οι παιδικές ασθένειες (Κρουσταλάκης, 1994).

Η εγκεφαλική παράλυση ταξινομείται βάσει των μερών του σώματος που προσβάλλει και βάσει της φύσης των επιδράσεων στον μυϊκό τόνο και στην κίνηση (Best, & Bigge, 2005). Ο όρος *πληγή* χρησιμοποιείται συνδυαστικά με ένα πρόθεμα

και φανερώνει τη θέση του άκρου που εμπλέκεται. Έτσι, διακρίνονται οι ακόλουθες μορφές:

- Μονοπληγία: έχει προσβληθεί μόνο το ένα άκρο (άνω ή κάτω) του ποδιού.
- Ημιπληγία: έχουν προσβληθεί δύο άκρα της ίδιας πλευράς του σώματος.
- Τριπληγία: προσβάλλονται τρία άκρα (πόδια και ένα χέρι).
- Τετραπληγία: προσβάλλονται και τα τέσσερα άκρα. Ενδέχεται να επηρεάζεται και η κίνηση του κορμού ή του προσώπου.
- Παραπληγία: έχουν προσβληθεί μόνο τα κάτω άκρα.
- Διπληγία: η αναπηρία αφορά κυρίως τα κάτω άκρα και λιγότερη σοβαρή συμμετοχή των άνω άκρων.
- Διπλή ημιπληγία: η αναπηρία αφορά κυρίως τα άνω άκρα και με λιγότερη σοβαρή συμμετοχή των κάτω άκρων (Heward, 2011).

Η εγκεφαλική παράλυση ορίζεται σύμφωνα με τις επιπτώσεις που επιφέρει στον μυϊκό τόνο και διαμορφώνονται καταστάσεις *υπερτονίας* ή *υποτονίας*. Δηλαδή χάνεται η απαιτούμενη για την ομαλή κίνηση ισορροπία των μυών, επικρατεί μια υπερβολική σύσπαση των μυών που διακρίνεται από απότομες και ανεξέλεγκτες κινήσεις.

Αναφορικά με την ταξινόμηση των περιπτώσεων εγκεφαλικής παράλυσης, η διάκριση βασίζεται στα διάφορα είδη νευρομυϊκής διαταραχής του ατόμου. Συγκεκριμένα, η *σπαστικότητα* είναι η διαταραχή που προέρχεται από βλάβη ή δυσλειτουργία του εγκεφάλου. Αποτελεί την πολυπληθέστερη ομάδα εγκεφαλικών παθήσεων και διακρίνονται για την αυξημένη αντίσταση των μυών στις παθητικές κινήσεις, υπερτονικότητα, υπερλειτουργικότητα των αντανακλαστικών και κλονισμό, δηλαδή βίαιο τίναγμα των μελών του σώματος, ιδιόρρυθμο βάδισμα (χιαστό βάδισμα) αλλά και μια γενικότερη έλλειψη σωματικής απουσίας. Η *αθέτωση* είναι η δεύτερη μεγάλη κατηγορία εγκεφαλικής παράλυσης. Τα άτομα με εγκεφαλική παράλυση αθετωσικής μορφής κάνουν ακούσιες, ασυντόνιστες, άσκοπες, ανεξέλεγκτες ελικοειδής κινήσεις. Το βάδισμά τους είναι ασταθές και συστρεφόμενο. Η αθέτωση επηρεάζει όλο το μυϊκό σύστημα αλλά και το πρόσωπο που εκφράζεται με χαρακτηριστικές συσπάσεις (Κρουσταλάκης, 1994). Η *αταξία* λέγεται ότι αφορά μόνο στο 1% με 10% των περιπτώσεων της εγκεφαλικής παράλυσης (Hill, 1999). Το αταξικό άτομο παρουσιάζει δυσκολίες στην εκτέλεση γρήγορων κινήσεων και ιδιαίτερες δυσχέρειες παρουσιάζει στην χρήση των χεριών και ειδικά των δακτύλων.

Στην έκφρασή του διακρίνει κανείς έλλειψη μυϊκού συντονισμού, αστάθεια, τρόμο και κάποιες φορές νυσταγμό (Κρουσταλάκης, 1994). Όπως χαρακτηριστικά λέγεται το «αταξικό παιδί, όταν βαδίζει, είναι σα να ‘κονηγάει’ το κέντρο βάρους του σώματός του» (Κρουσταλάκης, 1994, σ. 197).

Η εγκεφαλική παράλυση αν και πρόκειται για κινητική διαταραχή μπορεί να συνυπάρχει και με αναπτυξιακές διαταραχές, οι οποίες μπορεί να συμβαίνουν σε επίπεδο διανοητικής ανάπτυξης, συναισθηματικού-ψυχολογικού τύπου, αισθητηριακές διαταραχές, ή ακόμη και διαταραχές λόγου ή ατέλειες οπτικοκινητικής αντίληψης (Κρουσταλάκης, 1994).

Η *δισχιδής ράχη* αποτελεί μια συγγενής ασθένεια, κατά την οποία ο σπόνδυλος δεν περιβάλλει τον νωτιαίο μυελό. Η δισχιδής ράχη (*spina bifida*) συνοδεύεται από υδροκεφαλία που σημαίνει την αύξηση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και προκαλεί διεύρυνση της εγκεφαλικής κοιλότητας. Από τους τύπους της δισχιδούς ράχης, η ηπιότερη μορφή νευρολογικής πάθησης είναι η *λανθάνουσα δισχιδής ράχη*, η οποία παρουσιάζει μια τούφα με τρίχες στο άνοιγμα της οσφυϊκής ζώνης. Επίσης, ως *μηνιγγοκήλη*, όπου και εμφανίζεται μια κύστη με υγρό στο σημείο της οσφυϊκής ζώνης και συχνά δεν παρατηρείται κάποια νευρολογική ανικανότητα. Τέλος, ως *μυελομηνιγγοκύλη* που αποτελεί την πιο συνηθισμένη μορφή, όπου έχει διαμορφωθεί το μηνιγγικό σακίδιο, στο οποίο εμπεριέχεται το υγρό και οι νευρικές απολήξεις. Τα άτομα με αυτή τη μορφή συνήθως παρουσιάζουν κάποιο βαθμό παράλυσης των κάτω άκρων, ακράτεια και μια γενικότερη αδυναμία ελέγχου των σφικτήρων. Επιπλέον, τα άτομα με δισχιδή ράχη και υδροκεφαλία εμφανίζουν πολλά αισθητηριακά και κινητικά προβλήματα, διάφορες αντιληπτικές δυσκολίες, ακράτεια τα οποία επιδρούν αρνητικά στην ανάπτυξή τους, στην προσωπικότητά τους και στην συμπεριφορά του ειδικά κατά τη σχολική περίοδο (Κρουσταλάκης, 1994, σ. 209).

Η *επιληψία* αποτελεί άλλη μια από τις σημαντικότερες νευρολογικές καταστάσεις. Κάθε άτομο είτε κοιμάται είτε είναι ξύπνιο, η εγκεφαλική δραστηριότητα δεν σταματά. Κάθε κρίση είναι μια διαταραχή της κίνησης, της αίσθησης, της συμπεριφοράς ή και της συνείδησης που οφείλεται σε αφύσικες ηλεκτρικές εκφορτίσεις στον εγκέφαλο. Όταν οι κρίσεις είναι μακροχρόνιες και επαναλαμβανόμενες η κατάσταση είναι γνωστή ως *διαταραχή κρίσεων* ή *επιληψία*. Η επιληψία δεν είναι ασθένεια αλλά πρόκειται για μια διαταραχή που είναι εμφανής όταν η κρίση είναι σε εξέλιξη.

Τα αίτια της επιληψίας σχετίζονται με πολλές καταστάσεις που οδηγούν σε κρίσεις, όπως εγκεφαλική παράλυση, μολύνσεις του εγκεφάλου ή του κεντρικού νευρικού συστήματος, διαταραχές του μεταβολισμού (υπογλυκαιμία), γενετικοί παράγοντες, δηλητηρίαση από αλκοόλ ή μόλυβδο, από υποκείμενη κάκωση που προκαλείται από τον ουλώδη ιστό λόγω τραυματισμού στο κεφάλι, υψηλός πυρετός, διακοπής της αιμάτωσης του εγκεφάλου, βίαιο τράνταγμα του μωρού.

Η επιληψία μπορεί να εμφανιστεί σε όλα τα στάδια της ζωής. Διάφοροι ψυχολογικοί, συναισθηματικοί και αισθητηριακοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για τις κρίσεις σε ευπαθή άτομα, όπως για παράδειγμα, η κόπωση, ο ενθουσιασμός, ο θυμός, οι ορμονικές αλλαγές σε περιόδους εγκυμοσύνης, η διακοπή χρήσης ουσιών, η διακοπή από το αλκοόλ, η έκθεση σε συγκεκριμένα πρότυπα φωτός, ήχου και αγγίγματος. Οι μορφές επιληψίας στο άτομο μπορεί να εκδηλωθούν ως εξής:

α) Η *αφαιρετική κρίση* (γνωστή και ως μικρή επιληψία) αν και είναι λιγότερο σοβαρή συμβαίνει πιο συχνά, ακόμη και 100 φορές την ημέρα σε κάποια παιδιά. Τα χαρακτηριστικά αυτής της μορφής είναι η σύντομη απώλεια συνείδησης, η οποία διαρκεί από λίγα δευτερόλεπτα έως μισό λεπτό περίπου, το παιδί έχει συχνά κενό βλέμμα, φτερουγίζει ή ανοιγοκλείνει τα μάτια, είναι ακόμη πιθανό να χάσει το φυσιολογικό χρώμα του προσώπου του και να του πέσει ό, τι κρατάει. Ακόμη, μπορεί να έχει επίγνωση της κρίσης που έπαθε. Σε αυτήν την μορφή δεν απαιτούνται κάποιοι ειδικοί τρόποι παροχής υπηρεσιών.

β) Η *σύνθετη εστιακή χρήση* (γνωστή και ως ψυχοκινητική) εκδηλώνεται ως μια σύντομη περίοδο άσκοπης δραστηριότητας. Αν και το άτομο δεν έχει επίγνωση της συμπεριφοράς του, τα χαρακτηριστικά του ατόμου αυτής της μορφής μπορεί να είναι το πλατάγισμα των χειλιών του. Επίσης εμπίπτει σε μια κατάσταση έκστασης καθώς ουρλιάζει και φωνάζει άσκοπα. Αυτές οι κρίσεις διαρκούν έως 3 περίπου λεπτά. Είναι πιθανό κάποια παιδιά να ανταποκρίνονται σε προφορικές οδηγίες κατά τη διάρκεια μια τέτοιας μορφής κρίσης.

γ) Η *απλή εστιακή κρίση* διακρίνει εκείνη την περίπτωση κατά την οποία το άτομο εκδηλώνει αιφνίδιες σπασμωδικές κινήσεις χωρίς απώλεια συνείδησης. Οι κρίσεις αυτές μπορεί να εκδηλώνονται σε εβδομαδιαία ή μηνιαία βάση ή μία με δύο φορές τον χρόνο (Heward, 2011).

Διάφορες ορθοπεδικές φύσεως δυσλειτουργίες, επίκτητες ή συγγενείς που επηρεάζουν την κινητικότητα του ατόμου. Στις συγγενείς ορθοπεδικές μειονεξίες

συγκαταλέγονται εκείνες οι περιπτώσεις των ατόμων που γεννιούνται με κάποια δυσλειτουργία των νεύρων, ατέλεια των μυών και των οστών που προκλήθηκε από κάποια αναπτυξιακή βλάβη κατά την προγεννητική περίοδο ή οφείλεται σε κληρονομικό παράγοντα. Τέτοιες περιπτώσεις αποτελούν:

Η έλλειψη (αμελία) και διάφορες παραμορφώσεις των μελών του σώματος, η *φωκομελία*, η οποία παρατηρείται από την απουσία βραχιόνων και αντιβραχίων στα χέρια. Η *συνδακτυλία*, κατά την οποία υπάρχει σύμφυση δύο ή περισσότερων δακτύλων των χεριών ή των ποδιών, η *ραιβοποδία*, κατά την οποία τα σκέλη είναι καμπύλα με τέτοιο τρόπο που να απομακρύνονται τα γόνατα και να πλησιάζουν τα πόδια. Το *ραιβόκρανο*, το οποίο παρατηρείται από την κλίση του κεφαλιού προς τη μια πλευρά του σώματος, η *βλαιοποδία*, όπου τα πόδια παρεκκλίνουν στο σημείο της ποδοκνημικής άρθρωσης. Η *ιπποποδία*, ή οποία γίνεται αντιληπτή όταν το βάδισμα του ατόμου γίνεται με το άκρο των δακτύλων και τέλος η *χονδροδυστροφία*, με χαρακτηριστικές ατέλειες στα άκρα (Κρουσταλάκης, 1994, σ. 210).

Αναφορικά με τις επίκτητες ορθοπεδικές δυσλειτουργίες, εδώ συγκαταλέγονται εκείνες που αποκτήθηκαν σε μεταγεννητική περίοδο και οφείλονται σε μολυσματικές νόσους, σε σοβαρό τραυματισμό, σε τροχαία ατυχήματα, σε συγγενείς προδιαθέσεις ή καταστάσεις με χαρακτηριστικό παράδειγμα τη λανθασμένη στάση σώματος που οδηγεί τη σπονδυλική στήλη να διαμορφώσει ελαττωματικό σχήμα. Σχετικά με τις σοβαρές ασθένειες που είναι σε θέση να προκαλέσουν σοβαρή κινητική δυσλειτουργία συγκαταλέγονται η *πολυομελίτιδα*, η οποία προσβάλλει τη φαία ουσία του νωτιαίου μυελού και προξενεί παράλυση. Η *αιμοφιλία*, η οποία προξενεί ακατάσχετη αιμορραγία. Η *νεανική αρθρίτιδα* ή *ρευματοειδής αρθρίτιδα*, η οποία προκαλεί οίδημα και πόνους στις αρθρώσεις (Κρουσταλάκης, 1994, σ. 212-213).

Η *μυϊκή δυστροφία* αναφέρεται σε μια προοδευτική ατροφία του μυϊκού συστήματος. Η μυϊκή δυστροφία Duchenne αποτελεί τον πιο συνηθισμένο και σοβαρό τύπο που είναι εμφανής μόνο στα αγόρια και με συχνότητα 1 στις 3.500 γεννήσεις. Αυτή η μυϊκή εξασθένηση γίνεται ιδιαίτερα αντιληπτή στην ηλικία των 2 με 6 ετών, περίοδο κατά την οποία το παιδί αντιμετωπίζει δυσκολίες στην κίνηση, όπως στο τρέξιμο, στο βάδισμα. Τα παιδιά με μυϊκή δυστροφία, δυσκολεύονται να παραμείνουν όρθια ειδικά αν προηγουμένως έχουν παίξει ή ξαπλώσει στο πάτωμα και συχνά σκοντάφτουν. Μάλιστα στην ηλικία των 10 με 14 ετών παρατηρείται απώλεια βαδίσματος, ενώ οι μύες των χεριών και των δακτύλων επηρεάζονται τελευταίοι. Αν

και δεν υπάρχει κάποια ευρέως αποδεκτή αντιμετώπιση της μυϊκής δυστροφίας, η τακτική άσκηση, η φυσιοθεραπεία, η χρήση καταλλήλων βοηθημάτων και συσκευών επιτρέπουν τη διατήρηση ενός καλού επιπέδου ανεξαρτησίας (Heward, 2011).

Οι κακώσεις του νωτιαίου μυελού οφείλονται από διεισδυτικό τραύμα (όπως είναι η πληγή από πυροβολισμό), από την υπερβολική έκταση της σπονδυλικής στήλης (όπως είναι ο τραυματισμός του αυχένα από βίαιο τράνταγμα σε αυτοκινητιστικό ατύχημα), από κατάγματα στον σπόνδυλο ή στο νωτιαίο μυελό. Η παράλυση και η απώλεια της αίσθησης αφορούν την περιοχή κάτω από το σημείο του τραυματισμού. Μάλιστα, όσο υψηλότερο είναι το σημείο του τραυματισμού στην σπονδυλική στήλη και όσο περισσότερο η κάκωση διαπερνά τον νωτιαίο μυελό τόσο μεγαλύτερη είναι η παράλυση.

Υπολογίζεται ότι, οι περιπτώσεις που αφορούν κακώσεις στο νωτιαίο μυελό ανέρχονται γύρω στις 11.000 ανά χρόνο. Στην Αμερική, υπολογίζεται ότι ζουν περίπου 200.000 άτομα που έχουν υποστεί τέτοιου είδους κάκωση (National Center for Injury Prevention and Control [NCIPC], 2003 στο Brillhar, 2004). Συνήθως, τα άτομα αυτά χρησιμοποιούν αναπηρικά αμαξίδια για τις μετακινήσεις τους. Το αναπηρικό αμαξίδιο με κινητήρα συστήνεται για όσους έχουν τετραπληγία, ενώ άτομα με παραπληγία μπορούν να χρησιμοποιούν αμαξίδια που τα κινούν οι ίδιοι. Τα τελευταία άτομα με αναπηρία ενδέχεται να αντιμετωπίζουν αναπνευστικά προβλήματα, καθώς επηρεάζονται οι μύες του στήθους που ελέγχουν συχνά την αναπνοή (Heward, 2011). Επίσης, παρουσιάζουν κάποια αδυναμία στον έλεγχο της κύστης και του εντέρου τους, πράγμα που καθιστά αναγκαία την εφαρμογή ενός προγράμματος διαχείρισης και διατήρησης της προσωπικής υγιεινής (Heward, 2011· Sapountzi-Krepia, Soumalis, & Papadakis, 1998).

Πρωταρχικός στόχος του προγράμματος αποκατάστασης θα πρέπει να είναι η εξασφάλιση της ποιότητας ζωής του ατόμου δίνοντας έμφαση στην όσο το δυνατόν καλύτερη λειτουργικότητά του (Bishop, & Feist-Price, 2001· Kemp, & Ettelson, 2001). Η προαναφερόμενη ποιότητα ζωής, κρίνεται αναγκαία, εφόσον παρέχει ευνοϊκότερες συνθήκες κοινωνικοποίησης, ευκαιρίες εκπαίδευσης, οικονομικής ευημερίας, αναψυχής και συνακόλουθα υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης (Brillhar, 2004· Vogel, & Anderson, 2000). Τα προγράμματα αποκατάστασης προβλέπουν ακόμη και φυσιοθεραπεία, χρήση μηχανημάτων κινητικότητας και ανεξάρτητης διαβίωσης, αλλά και ψυχολογική στήριξη για την προσαρμογή τους σε αφνίδια

αναπηρία. Επίσης στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι τα άτομα που έχουν υποστεί κακώσεις νωτιαίου μυελού, συχνά εκφράζουν τις ανησυχίες τους για το αν μπορούν να έχουν ικανοποιητική σεξουαλική λειτουργία. Μολονότι, οι περισσότερες κακώσεις νωτιαίου μυελού επηρεάζουν αρνητικά τη σεξουαλική τους δραστηριότητα, τα άτομα αυτά μπορούν να έχουν επαρκείς σεξουαλικές σχέσεις, όταν έχουν συντρόφους με κατανόηση και θετική στάση απέναντι τους (Heward, 2011).

2.3. Χαρακτηριστικά των ατόμων με κινητικά προβλήματα-σωματικές αναπηρίες

Σχετικά με τον ψυχολογικό τομέα, τα άτομα με σωματικές-κινητικές αναπηρίες ενδέχεται να παρουσιάσουν δυσλειτουργίες που αφορούν στην προσωπικότητα και στη συμπεριφορά τους. Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι, ένα άτομο με ψυχοκινητικής φύσεως διαταραχές διαθέτει έναν πλούσιο συναισθηματικό κόσμο, προσηλώνεται εύκολα σε πρόσωπα και περιβάλλοντα και συχνά εκδηλώνει την επιθυμία του για επικοινωνία. Η συμπεριφορά του όμως είναι ιδιόμορφη, καθώς χαρακτηρίζεται από νωθρότητα, τάση για εξάρτηση και από μια γενικότερη συναισθηματική αστάθεια. Βιώνει δηλαδή έντονες συγκινήσεις και συχνά εκδηλώνει αμφιθυμική και επιθετική συμπεριφορά (Κρουσταλάκης, 1994). Επίσης, επειδή συχνά οι γονείς και οι συνομήλικοί του τού συμπεριφέρονται υπερπροστατευτικά, το ίδιο το άτομο με σωματική αναπηρία νιώθει ότι μειονεκτεί απέναντι στους άλλους, με αποτέλεσμα να δημιουργεί μια αντιδραστική συμπεριφορά, με συνέπεια την εσωστρέφεια και την άρνηση της προσφερόμενης βοήθειας (Παντελιάδης, 1995).

Παρά τις κινητικές του δυσκολίες, πολλά άτομα κατορθώνουν να εισαχθούν στην τριτοβάθμια εκπαίδευση και υλοποιούν το έργο αυτό με επιτυχία. Συνήθως, έχουν ανάγκη από υποστήριξη τόσο σε προσωπικό όσο και σε οικογενειακό επίπεδο, προκειμένου το άτομο με αναπηρία να διαχειριστεί επιτυχώς τις αλλαγές που συμβαίνουν στον οργανισμό του (Κρουσταλάκης, 1994).

Ωστόσο, ένα από τα βασικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία αναφέρεται στην *επαγγελματική τους αποκατάσταση*. Αναμφίβολα, η επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με αναπηρία αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την ομαλή ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο και τη διασφάλιση της προσωπικής τους ισορροπίας (Κασσωτάκης, Παπαπέτρου, & Φακιολάς, 1996 στο

Κατσούλης, Καραντινός, Μαράτου-Αλιπράντη, Φρονίμου, 2005). Έρευνες διαπιστώνουν ότι η κατοχή μιας θέσης εργασίας αποτελεί γι' αυτά τα άτομα συχνά ένα απατηλό όνειρο, γεγονός που καθιστά εμφανή την ανάγκη για ενίσχυση της επαγγελματικής τους αποκατάστασης και υποστήριξης (Fiedler, Indermuehle, Drobac, Laud, 2002 · DeVivo, & Richards, 1992 · Brown, Judd, Ungar, 1987). Πολλές είναι οι περιπτώσεις των ατόμων με αναπηρία και μεταξύ αυτών και άτομα με σωματική-κινητική αναπηρία, όπου αδυνατούν να επιλέξουν εκείνες τις θέσεις εργασίας που επιθυμούν και να ακολουθήσουν μια επαγγελματική καριέρα σύμφωνη με τα ενδιαφέροντά τους, με αποτέλεσμα προκειμένου να διαχειριστούν αποτελεσματικότερα την αδυναμία επιλογής τους, μειώνουν τη σπουδαιότητα επίτευξης των επαγγελματικών τους στόχων (Nair, & Wade, 2003). Μελέτες έχουν δείξει ότι άτομα με σωματική-κινητική αναπηρία και πιο συγκεκριμένα, άτομα που έχουν υποστεί κάκωση στον νωτιαίο μυελό, παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικών και επαγγελματικών δραστηριοτήτων και εκδηλώνουν χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή (Krause, & Kjorsvig, 1992 · Krause, 1991 · Krause & Crewe, 1987).

Συχνά, τα άτομα με σωματική αναπηρία αναγκάζονται να αλλάξουν τον επαγγελματικό τους προσανατολισμό, καθώς αντιμετωπίσουν τη δυσπιστία των εργοδοτών τους, η οποία ασφαλώς δεν αναφέρεται στις επιδόσεις ή ικανότητες του ατόμου αλλά στην ύπαρξη της αναπηρίας του. Σε τέτοιες περιπτώσεις, πρέπει να διατηρήσουν την αξιοπρέπεια και την έννοια της προσωπικής τους αξίας προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις αντιξοότητες και δυσκολίες που καθημερινά θα αντιμετωπίζουν εξ αιτίας της αναπηρίας τους (Κλεφτάρας, 2007). Η προσαρμογή στην αναπηρία τους αποτελεί κρίσιμο παράγοντα που επηρεάζει καθοριστικά την επίτευξη των στόχων τους, την επαγγελματική τους σταδιοδρομία και την συνολική εμπλοκή τους σε διάφορες ενασχολήσεις και δραστηριότητες (Kennedy, Lude, & Taylor, 2006). Μάλιστα, πολλά άτομα με κινητική αναπηρία για μεγάλα χρονικά διαστήματα εξαρτώνται οικονομικά από τα πενιχρά επιδόματα που τους προσφέρονται από τις εκάστοτε κοινωνικές υπηρεσίες εξ αιτίας της έλλειψης θέσεων εργασίας (Blanes, Carmagnani, & Ferreira, 2009 · Bamford, Grundy, & Russell, 1986).

Άλλες έρευνες επισημαίνουν ότι το 85% των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν άτομα με σωματικές αναπηρίες είναι *συναισθηματικής φύσεως προβλήματα* (Cull, &

Hardy, 1973). Κατά τον Turner και Beiser, ο κίνδυνος συναισθηματικής φόρτισης είναι για τα άτομα με αναπηρία είναι δύο έως τέσσερις φορές μεγαλύτερος συγκρινόμενος με εκείνον που ενδέχεται να αναπτύξουν άτομα δίχως αναπηρία (Turner, & Beiser, 1990). Σύμφωνα με έρευνες, τα άτομα με σωματική-κινητική αναπηρία συνήθως διακρίνονται από συναισθήματα μοναξιάς και χαμηλής αυτοεκτίμησης (Tzonichaki, & Klefтарas, 2002), εμφανίζονται να είναι περισσότερο καταθλιπτικοί και αγχώδεις (Kennedy, Duff, Evans, & Beedie, 2003) και περισσότερο ευάλωτοι στην αυτοκτονία συγκρινόμενοι με το γενικό πληθυσμό (Charlifue, & Gerhart, 1991). Τα ποσοστά αυτοκτονιών που έχουν υπολογισθεί και αφορούν άτομα με σωματική-κινητική αναπηρία είναι περίπου πέντε φορές υψηλότερα από εκείνα που αφορούν το γενικό πληθυσμό και πολλές διαπιστώνεται ότι η δυσκολία υπολογισμού ενός πιο ξεκάθਾਰου αριθμού των αυτοκτονικών τάσεων αυτών των ατόμων, οφείλεται κυρίως στις ‘έμμεσες αυτοκτονίες’ που επιχειρούν και οι οποίες είναι το αποτέλεσμα της χρόνιας αυτό-παραμέλησής τους (Dijkers, 2005).

Πράγματι, πολλές είναι οι έρευνες που διαπιστώνουν ότι η μη αποδοχή της αναπηρίας τους πολλές οδηγεί στην αυτό-παραμέλησή τους, γεγονός που με τη σειρά του δημιουργεί επιπρόσθετες δυσκολίες στην σωματική τους ευεξία (Macleod, 1988) και παράλληλα αυξάνει τις πιθανότητες της εμφάνισης νέων προβλημάτων υγείας (Lazarus, & Folkman, 1984). Παρόλα αυτά, πολλά άτομα με σωματική-κινητική αναπηρία κατορθώνουν να προσαρμοστούν στην αναπηρία τους, συμβιβάζονται με την εικόνα του σώματός τους και με τον τρόπο ζωής και πολλές φορές δηλώνουν ότι δεν θα επιτρέψουν στον εαυτό τους να πεθάνει (Gardner, Theocleous, Watt, Krishnan, 1985).

Ο Adler διατυπώνει την άποψη ότι τα άτομα με αναπηρία εξαιτίας της λειτουργικής τους ανεπάρκειας, τείνουν να έχουν έντονα αισθήματα κατωτερότητας. Συνήθως, το κάθε άτομο αντιδρά με βάση τον τρόπο με τον οποίο ζει, με απελπισία ή συμψηφισμό, υιοθέτηση δηλαδή μιας κοινωνικά επιθυμητής συμπεριφοράς προς κάλυψη μιας προσωπικής του αδυναμίας ή βλάβης. Στην προσπάθειά τους να χειριστούν το αίσθημα αυτό της κατωτερότητας, οι ανάπηροι τείνουν να εμφανίζουν έντονες νευρωτικές αντιδράσεις, όπως φόβο, απάθεια, εγωισμό, επιθετικότητα, μελαγχολία ή να προσπαθούν να συμψηφίσουν τις ελλείψεις τους με μία υπεραπόδοση που μπορεί να οδηγήσει σε έναν πιο μεγάλο συμβιβασμό. Επίσης, ο Adler υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά των αναπήρων είναι συνήθως ακραία, και αυτή

είναι η αιτία του αποκλεισμού τους από την κοινωνία (Adolfo, 2001). Επιπροσθέτως, δεδομένου ότι τα άτομα με κινητικές-σωματικές αναπηρίες διαβιώνουν στο πλαίσιο της κυρίαρχης ομάδας των μη αναπήρων, συνήθως κατατάσσονται στην επίδραση των ίδιων πηγών και παραγόντων σχηματισμού στάσεων με την κυρίαρχη ομάδα. Κατά συνέπεια, υιοθετούν ορισμένες από τις ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές αντιλήψεις που τα αφορούν εκφράζοντας απόψεις του τύπου «δεν είναι δυνατό να αισθανθώ ολοκληρωμένος/η» ή «δεν μπορώ να συνεχίζω να ζω κατ' αυτόν τον τρόπο» και άλλες παρόμοιες (Κλεφτάρας, 2003).

Η κινητικότητα αποτελεί ένα ακόμη βασικό πρόβλημα, καθώς περιορίζει την συμμετοχή και την παρουσία τους στην κοινότητα (Kennedy, Lude, & Taylor, 2006). Η συμμετοχή του ατόμου στον κοινωνικό ιστό, θεωρείται ότι είναι ο μεγαλύτερος στόχος της αποκατάστασης (Dijkers, 1998). Ωστόσο, συχνά παρατηρείται ότι τα άτομα με αναπηρία λόγω των λειτουργικών περιορισμών τους δυσκολεύονται να συμμετέχουν σε κοινωνικά γεγονότα, με αποτέλεσμα να διατηρούν λιγιστές κοινωνικές επαφές με άλλα άτομα (Huurre, Komulainen, & Aro, 1996). Ορισμένοι παράγοντες που σχετίζονται με την αναπηρία, όπως η εξάρτηση του ατόμου από τους άλλους (Gill, 1999· North, 1999· Dewis, 1989), το κοινωνικό στίγμα επηρεάζουν καθοριστικά τη διατήρηση και τον επαναπροσδιορισμό των σχέσεων των ατόμων (Eide, & Røysamb, 2002).

Ακόμη, η κοινωνική τους συμμετοχή και λειτουργικότητα επηρεάζεται έμμεσα μέσω των περιβαλλοντικών φραγμών που συναντούν στην καθημερινότητά τους (Kef, & Bos, 2006), καθώς τόσο οι δημόσιοι όσο και οι ιδιωτικοί χώροι δεν είναι κατάλληλα σχεδιασμένοι έτσι ώστε να επιτρέπουν την ελεύθερη πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία σε αυτούς τους χώρους, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από την μειωμένη χρήση τους στα μέσα μαζικής μεταφοράς, από την απουσία εφαρμογής ειδικών προσαρμογών στο περιβάλλον, όπως είναι οι ράμπες και άλλες προσαρμογές (Henderson, Bedini, Hecht, & Schuler, 1995). Ένα άτομο με σωματική αναπηρία, έρχεται καθημερινά αντιμέτωπο με αυτά τα εμπόδια, με αποτέλεσμα οι εμπειρίες του αυτές να συνδράμουν αρνητικά στην αυτοεκτίμησή του και γενικότερα στην ψυχολογία του (Kennedy, 2007· Vall, Braga, & de Almeida, 2006· Kreuter, Siösteen, Erholm, Byström, & Brown, 2005· Putzke, Richards, Hicken, & DeVivo, 2002· Piazza, Holcombe, JFoote, Paul, Love, & Daffin, 1991· DeVivo, & Fine, 1985). Επιπλέον, σχεδόν το ήμισυ του γενικού πληθυσμού δίχως αναπηρία εκδηλώνει μια

αρνητική στάση απέναντι σε άτομα με σωματική αναπηρία (English, 1977), ενισχύοντας με αυτό τον τρόπο την ύπαρξη του στίγματος γύρω από τον εαυτό τους. Ο αντίκτυπος αυτού του στίγματος στην κοινωνική και ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου με σωματική αναπηρία μπορεί να είναι μεγαλύτερος από τον αντίκτυπο που επιφέρει η αναπηρία στο ίδιο αυτό άτομο (Goldberg, 1977).

Επιπλέον, ανάμεσα στα άτομα με κινητικές-σωματικές αναπηρίες έχει βρεθεί ότι όσο μεγαλύτερη προσπάθεια καταβάλλουν τα άτομα αυτά για πετύχουν τους στόχους της ζωής τους τόσο μεγαλύτερη είναι και η κοινωνική τους αλληλεπίδραση, η αυτονομία και η γενικότερη παραγωγικότητά τους στη ζωή (Mackay, Charles, Kemp, & Heckhausen, 2011).

Κεφάλαιο 3: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ

3.1. Ορισμοί για τα προβλήματα όρασης

Η τύφλωση μπορεί να οριστεί ως η αδυναμία του οπτικού συστήματος του ανθρώπου να συλλάβει διάφορα οπτικά ερεθίσματα, τα οποία καταλήγουν στη δημιουργία οπτικών παραστάσεων (Κρουσταλάκης, 1994).

Σύμφωνα με άλλη διατύπωση, η τύφλωση είναι η πλήρης απουσία αντίληψης κάθε μορφής φωτός (International Council of Ophthalmology, 2002). Σύμφωνα με την Ελληνική Νομοθεσία, (Ν. 958/1979) περί προστασίας και αποκαταστάσεως των τυφλών, *τυφλός κατά την έννοιαν του παρόντος νόμου νοείται πάν πρόσωπον, το οποίον στερείται παντελώς της αντιλήψεως του φωτός ή του οποίου ή οπτική οξύτις είναι μικροτέρα του ενός εικοστού (1/20) της φυσιολογικής τοιαύτης*".

Ο νομικός όρος της τύφλωσης στηρίζεται στην οπτική οξύτητα και το οπτικό πεδίο. Η οπτική οξύτητα αναφέρεται στην ικανότητα της λεπτομερούς διάκρισης μορφών ή λεπτομερειών. Συχνά, η οπτική οξύτητα μετράται μέσα από συγκεκριμένες ασκήσεις, όπως είναι η ανάγνωση γραμμάτων, συλλαβών, ή άλλων συμβόλων από τον οπτότυπο Shellen Eye (Heward, 2011). Το μέτρο της κανονικής οπτικής οξύτητας σύμφωνα με το γράφημα του Shellen αποδίδεται με το κλάσμα 6/6. Το μέτρο αυτό μπορεί να αναπαρασταθεί και με τα κλάσματα 20/20 ή 60/60 ή γενικότερα με βάση τις αποστάσεις οπτικής οξύτητας που καθορίζεται από το συγκεκριμένο γράφημα (Mason, 1997). Το οπτικό πεδίο αναφέρεται στην περιοχή που αντιλαμβάνεται το μάτι, όταν το κεφάλι παραμένει σταθερό. Το οπτικό πεδίο ενός φυσιολογικού οφθαλμού είναι περίπου 150 μοίρες στον οριζόντιο άξονα και 120 μοίρες στον κατακόρυφο (Koenig, Holbrook, 2000 στο Αργυρόπουλος, 2011). Επίσης, τυφλό θεωρείται κάθε άτομο το οποίο αν και μπορεί να παρουσιάζει ικανοποιητική οπτική οξύτητα, η περιφερική του όραση είναι περιορισμένη σε μια περιοχή 20 μοιρών ή λιγότερο (World Health Organization, 2009 στο Pinquart & Pfeiffer, 2012), τη στιγμή που ένα άτομο με φυσιολογική όραση όταν κοιτάζει ευθεία μπροστά μπορεί να δει πράγματα σε εύρος περίπου 160 με 170 μοιρών (Heward, 2011).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες νομικά τυφλός, έτσι όπως διατυπώθηκε από τη Δράση της Κοινωνικής ασφάλισης του 1935 (Social Security Act of 1935) θεωρείται εκείνο το άτομο του οποίου η οπτική οξύτητα είναι λιγότερη από 20/200 (Goldstein, 1980). Ένα άτομο δηλαδή θεωρείται τυφλό, όταν έχει οπτική οξύτητα 20/200 ή λιγότερο στο

καλό μάτι μετά την καλύτερη δυνατή διόρθωση, η οποία επιτυγχάνεται είτε φορώντας γυαλιά είτε φακούς επαφής θεωρείται νομικά τυφλό (Social security Administration, 2000). Το ίδιο άτομο με όραση 20/200 δηλαδή θα πρέπει να σταθεί σε απόσταση 20 ποδιών (6 μέτρων) για να δει αυτό που ένα άτομο με φυσιολογική όραση θα παρατηρούσε σε απόσταση 200 ποδιών (60 μέτρων). Αξίζει να σημειωθεί ότι όσο αυξάνει ο παρανομαστής τόσο μειώνεται η οπτική οξύτητα. Τα άτομα αυτά με την προαναφερόμενη οξύτητα θα πρέπει να προσεγγίζουν περισσότερο τα αντικείμενα προκειμένου να τα αντιλαμβάνονται και να τα βλέπουν καθαρά (Heward, 2011).

Γενικά, ο όρος τύφλωση χρησιμοποιείται για να δηλωθεί η μερική ή η ολική απώλεια όρασης. Ένα άτομο που χαρακτηρίζεται τυφλό, δε σημαίνει ότι έχει και ολική απώλεια όρασης. Ένα άτομο που έχει σοβαρά προβλήματα όρασης (ΣΠΟ) μπορεί κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες να λειτουργεί ως άτομο με ολική απώλεια όρασης, ενώ κάτω από άλλες συνθήκες, όπως η ύπαρξη ενός καλού φωτισμού ή μιας καλής παρεχόμενης εκπαίδευσης που δέχτηκε το άτομο ως έφηβος στον τομέα της χρήσης της λειτουργικής όρασης, το ίδιο το άτομο μπορεί να λειτουργεί ως άτομο με μερική απώλεια όρασης (Huebner, 2000· Best, 1992).

Αν και πολλά άτομα με οπτική οξύτητα 20/200 ή ακόμη 20/400 φαίνεται να ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στα οπτικά ερεθίσματα, ωστόσο η οπτική τους οξύτητα είναι περιορισμένη σε τέτοιο βαθμό που αδυνατούν να αντιληφθούν λεπτομέρειες σε οποιαδήποτε απόσταση ακόμη κι αν χρησιμοποιήσουν διάφορα οπτικά βοηθήματα. Ένα άτομο με οπτική οξύτητα μικρότερη των 20/70 στο καλό μάτι μετά τη διόρθωση θεωρείται νομικά *μερικώς τυφλός*.

Υπάρχει και εκείνη η κατηγορία ατόμων που περιγράφουν την αντίληψή τους σαν να βλέπουν τον κόσμο μέσα από έναν στενό σωλήνα. Πρόκειται για τα άτομα εκείνα που θεωρούνται ότι έχουν *σωληνοειδή όραση* και τα οποία διακρίνονται για καλή κεντρική όραση αλλά περιορισμένη στο εξωτερικό εύρος του οπτικού τους πεδίου (Heward, 2011).

Εκτός από τους νομικούς ορισμούς της, η τύφλωση ορίζεται και από εκπαιδευτικής απόψεως, όπου τυφλό θεωρείται το άτομο που είναι εξαρτημένο από τις άλλες αισθήσεις, πλην της οράσεως, από την αφή ή την ακοή και τις οποίες αξιοποιεί στην προσπάθειά του να αποκτήσει γνώσεις. Το άτομο χρησιμοποιεί μη οπτικά μέσα προκειμένου να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του σχολικού πλαισίου (Παπαδόπουλος, 2007, Webster, & Roe, 1998). Επίσης, από

εκπαιδευτικής απόψεως, ως μερικώς βλέποντες θεωρούνται οι εκπαιδευόμενοι, οι οποίοι χρησιμοποιούν την όρασή τους για να παρακολουθήσουν το πρόγραμμα του εκπαιδευτικού πλαισίου στο οποίο φοιτούν, με την προϋπόθεση ότι έχουν γίνει οι απαραίτητες τροποποιήσεις και προσαρμογές στο εκπαιδευτικό υλικό, αλλά και στο μαθησιακό περιβάλλον γενικότερα (Παπαδόπουλος, 2007).

Περισσότερα από 180 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν διαγνωστεί από κάποιας διαταραχή όρασης. Ωστόσο, σε παγκόσμιο επίπεδο ο αριθμός των ατόμων με τύφλωση δεν είναι πλήρως εξακριβωμένος. Πολλές φορές η επιδημιολογική μελέτη είναι αδύνατη, είτε γιατί πολλά τυφλά άτομα ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές είτε γιατί πολλές οικογένειες αποφεύγουν να δηλώσουν την αναπηρία του παιδιού τους (Odland, 1981).

3.2. Μορφές και Αίτια προβλημάτων όρασης

Όργανο της όρασης είναι τα δύο μάτια, τα οποία μας επιτρέπουν να έχουμε μια πλήρη μια εικόνα για τον κόσμο που μας περιβάλλει. Η όραση μας επιτρέπει να συλλαμβάνουμε τα αντικείμενα που βρίσκονται στο περιβάλλον αλλά και να εντοπίζουμε εξωτερικά χαρακτηριστικά των αντικειμένων αυτών (Λιοδάκης, 2000).

Η αποτελεσματική όραση συνίσταται στο αποτέλεσμα της καλής λειτουργίας τριών ανατομικών συστημάτων του ματιού: του οπτικού συστήματος, του μυϊκού και του νευρικού. Το οπτικό σύστημα συλλέγει και εστιάζει τις ακτίνες του φωτός που αντανακλώνται από τα αντικείμενα στο οπτικό πεδίο. Ενώ το φως διαπερνά το μάτι πολλές δομές το διαθλούν προκειμένου να παραχθεί μια ευκρινής εικόνα. Το φως προσπίπτει στον κερατοειδή χιτώνα, που είναι διάφανος και προστατεύει το μάτι, στη συνέχεια περνάει από το υδατοειδές υγρό, που καλύπτει την μπροστινή κοιλότητα του ματιού, έπειτα περνάει από την κόρη, που συμπεριφέρεται σαν διάφραγμα το οποίο ρυθμίζει την ποσότητα του φωτός που εισέρχεται στο μάτι. Στη συνέχεια, το φως περνάει από τον κρυσταλλοειδή φακό, που είναι διάφανος και αφού διέλθει από υαλοειδές υγρό καταλήγει στον εσωτερικό χιτώνα του ματιού, τον αμφιβληστροειδή. Αυτός ο νευροαισθητηριακός ιστός βρίσκεται στο πίσω μέρος του ματιού, δείχνει τη λειτουργία του ανθρώπινου ματιού και συχνά παρομοιάζεται με φωτογραφική μηχανή, αφού για να δημιουργηθεί μια καθαρή εικόνα πρέπει η εστίαση των ακτινών του φωτός να συγκλίνουν στον αμφιβληστροειδή (Heward, 2011).

Αναφορικά με το μυϊκό σύστημα του ματιού κατευθύνει τους βολβούς του ματιού σε οποιαδήποτε κατεύθυνση. Στο εξωτερικό μέρος κάθε ματιού ενυπάρχουν έξι μύες που του επιτρέπουν όχι μόνο να αναζητεί, να συλλαμβάνει και να επικεντρώνεται σε εικόνες αλλά και να εστιάζει με οξύτητα σε αντικείμενα σε διαφορετικές αποστάσεις. Στον αμφιβληστροειδή, οι φωτεινή ενέργεια μετατρέπεται σε νευρικές οπτικές ώσεις που μεταφέρονται από το μάτι στον εγκέφαλο, μετατρέποντας την οπτική πληροφορία σε οπτική εικόνα. Στη νευρική στοιβάδα του αμφιβληστροειδή διακρίνονται άπειροι φωτοδέκτες, εκ των οποίων τα κωνία είναι υπεύθυνα για την όραση την ημέρα και τα ραβδία που είναι περισσότερο ευαίσθητα και κατάλληλα για την όραση τη νύχτα (Heward, 2011).

Ο οφθαλμός αποτελεί ένα ευαίσθητο όργανο του ανθρώπου και οποιαδήποτε τμήμα αυτού υποστεί βλάβη, μπορεί να προκαλέσει σοβαρές συνέπειες στη ζωή του ανθρώπου (Λιοδάκης, 2000). Τα σημαντικότερα αίτια της τύφλωσης είναι:

Τράχωμα. Αποτελεί παγκοσμίως μια από τις πρωταρχικές αιτίες της τύφλωσης, η οποία είναι ιδιαίτερα εμφανής σε παιδιά και οφείλεται σε μολυσματικό ιό (Dawson, 1984). Ο ιός εγκαθίσταται στο επιθήλιο του επιπεφυκότα. Η εμφάνιση του ιού είναι σπάνια στην Ευρώπη, ενώ φαίνεται να αποτελεί συχνότερη αιτία τυφλωσης στην Ινδία, στην Αφρική και σε νότιες μεσογειακές χώρες. Η μετάδοσή του πραγματοποιείται μέσω της στενής επαφής, με τη χρήση κοινών αντικειμένων, τις μύγες και άλλα (Λιοδάκης, 2000).

Καταρράκτης. Συχνά συνδέεται και με τις ασθένειες του γήρατος (WHO, 1984). Η καταρακτηκή επεξεργασία συνίσταται στο αποτέλεσμα θεμελιωδών βιολογικών, φυσικοχημικών και φυσιολογικών μεταβολών των ιδιοτήτων των ινών των φακών, με αποτέλεσμα τη μεταβολή της μικροσκοπικής τους υφής, την τροποποίηση του διαθλαστικού τους δείκτη και την κλινική παρουσία θολεροτήτων, όπως αποτελεί η θολή όραση, η απώλεια της οπτικής οξύτητας. Ο καταρράκτης μπορεί να αντιμετωπιστεί με μεταξύ άλλων με χειρουργική επέμβαση, με τοποθέτηση ενδοφθάλμιου φακού από πλαστική, καθώς και με τη χρήση καταρρακτικών γυαλιών (Λιοδάκης, 2000). Ερευνητικά δεδομένα επισημαίνουν ότι η έκθεση στις ηλιακές ακτίνες είναι υπεύθυνη για σοβαρά προβλήματα υγείας μεταξύ άλλων και για τον καταρράκτη (Vaughan, & Asbury, 1983).

Γλαύκωμα. Αυτή η κύρια ασθένεια του οπτικού οργάνου συνίσταται στην αυξημένη και μακροχρόνια πίεση των ματιών που εκφυλίζει το οπτικό νεύρο σε

δυσμενή επίπεδα για τη λειτουργικότητα ή ακεραιότητα του οπτικού νεύρου. Αυτή η αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης είναι το αποτέλεσμα της διαταραγμένης αποχέτευσης του υδατοειδούς υγρού από τον πρόσθιο θάλαμο του οφθαλμού, με άμεσο αποτέλεσμα την απώλεια της όρασης (Heward, 2011). Αυτή η οφθαθμική πάθηση αντιμετωπίζεται με φαρμακοθεραπεία για τον καλύτερο έλεγχο της ενδοφθάλμιας πίεσης, με χειρουργικές επεμβάσεις, με laser και άλλους τρόπους. Η απουσία της έγκαιρης αντιμετώπισής του, μπορεί να καταλήξει σε πλήρη απώλεια όρασης (Λιοδάκης, 2000).

Στραβισμός. Ονομάζεται η απουσία παραλληλισμού των δύο οφθαλμών. Αυτό παρατηρείται όταν το ένα μάτι αποκλίνει προς τα μέσα ή προς τα έξω ή προς τα πάνω, κάτω. Σε περίπτωση που δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως είναι δυνατό να οδηγήσει σε μόνιμη απώλεια της όρασης (Heward, 2011).

Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Αποτελεί μάλιστα της εποχής μας καθώς μεγάλο ποσοστό τυφλών έχει χάσει την όρασή του εξ αιτίας των αλλοιώσεων που προκαλεί το αυξημένο ζάχαρο του αίματος στον αμφιβληστροειδή χιτώνα του ματιού. Αυτή η βλάβη στη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αφορά τα τριχοειδή αγγεία του αμφιβληστροειδή που αιμορραγούν. Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελεί κύρια αιτία τύφλωσης ατόμων ηλικίας 20 έως 64 ετών (Heward, 2011).

Τραυματισμοί. Πρόκειται για *τραύματα του ματιού*, τραυματισμοί του κερατοειδούς, του φακού ή του σκληρού χιτώνα. Ακόμη, *τραυματισμοί του κρανίου* που προκαλούνται από μαιευτικά εργαλεία κατά τη διάρκεια του τοκετού (περιγεννητικά αίτια) είναι δυνατό να προξενήσουν αιμορραγία του εγκεφάλου και τύφλωση.

Μολυσματικές ασθένειες. Πρόκειται για ασθένειες από τις οποίες έχει προσβληθεί η μητέρα, όπως η ερυθρά. Η προσβολή της κυοφορούσας μητέρας από αυτή την ασθένεια μέχρι τον τρίτο μήνα της κύησης δημιουργεί το ενδεχόμενο εμφάνισης συγγενούς παθήσεως στο παιδί, όπως είναι η τύφλωση, η ακουστική δυσλειτουργία, ή ακόμη και η νοητική αναπηρία. Επιπλέον, *τα αφροδίσια νοσήματα*, όπως είναι η παλαιότερη γοννόρροια της μητέρας, η βλεννόρροια του νεογέννητου, η σύφιλη κατά την εμβρυϊκή και βρεφική περίοδο.

Μολυσματικές ασθένειες κατά την παιδική ηλικία. Η μηνιγγίτιδα, η οστρακιά, η ευλογιά, η εγκεφαλίτιδα, η ιλαρά, η διφθερίτιδα και άλλες θεωρούνται υπεύθυνες για την απαρχή μιας δυσλειτουργίας ή πλήρους τύφλωσης (μεταγεννητικά αίτια).

Διαθλαστικές δυσλειτουργίες του οπτικού οργάνου. Σε αυτήν την κατηγορία συγκαταλέγονται διάφορες ανωμαλίες όπως, η μυωπία, ο αστιγματισμός, η πρεσβυωπία, η υπερμετρωπία, τα οποία επιβάλλουν έγκαιρη αντιμετώπιση, καθώς είναι δυνατόν να δημιουργήσουν ευρύτερες οπτικές δυσλειτουργίες ακόμη και τέλεια τύφλωση (Κρουσταλάκης, 1994).

Φλοιώδεις οπτικές διαταραχές. Πρόκειται για δυσλειτουργίες ή βλάβες σε περιοχές του εγκεφάλου που ερμηνεύουν τις οπτικές πληροφορίες. Εδώ, περιλαμβάνεται η ανεπαρκής οξυγόνωση κατά τη γέννηση του παιδιού (υποξία), η κраниοεγκεφαλική κάκωση, η υδροκεφαλία (Heward, 2011).

Υπάρχει κι ακόμη μια μορφή τύφλωσης που είναι γνωστή ως *ψυχική τύφλωση ή οπτική αγνωσία* και η οποία φείλεται σε βλάβη στον οπτικό φλοιό (ψυχοοπτικό φλοιό), με αποτέλεσμα το άτομο να βλέπει τα αντικείμενα αλλά να μην τα αναγνωρίζει. Χαρακτηριστικό παράδειγμα μπορεί να αποτελέσει η περίπτωση εκείνη, όπου το άτομο μπορεί να αναγνωρίζει τους γνωστούς και τους φίλους του από την ομιλία (Λιοδάκης, 2000).

3.3. Χαρακτηριστικά των ατόμων με προβλήματα όρασης

Ένα άτομο το οποίο έχει γεννηθεί τυφλό βλέπει τον κόσμο πολύ διαφορετικά από ένα άτομο που έχασε την όρασή του κατά την παιδική του ηλικία. Τα άτομα που απέκτησαν την τύφλωση κατά τη διάρκεια της ζωής τους βασίζονται σε ένα μεγάλο ιστορικό οπτικών εμπειριών, ενώ ένα εκ γενετής τυφλό άτομο έχει ένα ιστορικό μάθησης μέσω της ακοής, της αφής και των άλλων μη οπτικών αισθήσεων για να συγκεντρώνει διάφορες πληροφορίες (Heward, 2011), τις οποίες θα αξιοποιήσει για να δομήσει το γνωστικό και συναισθηματικό του κόσμο, να κυριαρχήσει στο περιβάλλον και να αντιληφθεί βασικές έννοιες όπως του χώρου, του χρόνου και του προσανατολισμού (Κρουσταλάκης, 1994). Η *ψυχική του υγεία* χαρακτηρίζεται από μια ένδεια οπτικών εντυπώσεων, εφόσον εξ' αιτίας της αισθητηριακής μειονεξίας του, διαθέτει μian ελλιπή αντιληπτική λειτουργία (Heward, 2011).

Άτομα με τύφλωση ή και σοβαρές διαταραχές όρασης παρουσιάζουν χαμηλότερη επίδοση σε γνωστικά έργα που απαιτούν κατανόηση ή συσχέτιση εμπειριών και τμημάτων πληροφορίας, συγκρινόμενα με άτομα με φυσιολογική όραση. Η διαταραγμένη όραση ή η έλλειψη της όρασης εμποδίζει το άτομο να 'δει'

κυριολεκτικά και γνωστικά τις συσχετίσεις μεταξύ των εμπειριών. Κατά συνέπεια, η μάθηση απλών γλωσσικών εννοιών, αφηρημένων εννοιών, αναλογιών και ιδιωματικών εκφράσεων μπορεί να δυσκολεύουν ιδιαίτερα τα άτομα με διαταραχές ή απώλεια όρασης στην καθημερινή τους γλωσσική πρακτική (Heward, 2011). Ο λόγος τους αναπτύσσεται κανονικά, καθώς το μεγαλύτερο μέρος τους είναι προϊόν ακουστικής μάθησης. Βέβαια, η ομιλία τους παρουσιάζει κάποια φωνητική ιδιαιτερότητα, διακρίνονται για μια περιορισμένη φωνητική ποικιλία, απουσία εύρυθμου φωνητικού τόνου και περιορισμένο φωνητικό και λεκτικό κώδικα (Κρουσταλάκης, 1994). Ωστόσο, πολλά άτομα με διαταραχές ή απώλεια όρασης κατορθώνουν να εκδηλώσουν ένα δυναμικό δυνατοτήτων, που στηρίζεται στις άλλες αισθήσεις, εκτός του οπτικού καναλιού (Chen, & Dowling, 2006).

Αναφορικά με τη *συναισθηματική κατάσταση* των ατόμων με τύφλωση ή σοβαρές διαταραχές όρασης, έρευνες καταδεικνύουν ότι τα ποικίλα πρακτικά και κοινωνικά προβλήματα που καθημερινά αντιμετωπίζουν άτομα με αισθητηριακές μειονεξίες, έχουν ως αντίκτυπο να επηρεάζεται αρνητικά η ψυχολογική τους κατάσταση (Kwam, Loeb, & Tambs, 2007· Nishinaga, Chi, Kazusa, Takata, & Doi, 2007· Crews, & Campbell, 2004· Lupsakko, Mäntyjärvi, Sulkava, & Kautiainen, 2002). Τα άτομα αυτά μπορεί να εκδηλώσουν αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως ανησυχία, αγωνία και κατάθλιψη (Lotery, Xu, Zlatava, & Loftus, 2007· Walker, Anstey, & Lord, 2006· Williams, Brody, Thomas, Kaplan, & Brown, 1998). Από την άλλη, διάφορες έρευνες επισημαίνουν ότι αυτή η συναισθηματική διαταραχή που συχνά υφίστανται άτομα με τύφλωση, δεν οφείλεται στην ύπαρξη της τύφλωσης αυτής καθεαυτής αλλά κυρίως, οφείλεται στα κοινωνικά στερεότυπα και στις προκαταλήψεις που δέχονται σε τακτική βάση τα άτομα αυτά (Jernigan, 1969· Cutsforth, 1951), τα οποία κατ' επέκταση δυσχεραίνουν τη διαδικασία της προσαρμογής τους στην αναπηρία τους (Wagner, & Oliver, 1994). Επίσης, ακόμη κι όταν τα άτομα αυτά έχουν κατορθώσει να υιοθετήσουν στρατηγικές αντιμετώπισης, να αναπτύξουν ένα προσωπικό εσωτερικό έλεγχο στο περιβάλλον και άλλες προσαρμοστικές συμπεριφορές απέναντι στο γεγονός της αναπηρίας τους, το γεγονός ότι για την εκτέλεση ενός μεγάλο μέρους καθημερινών καθηκόντων χρειάζονται τη βοήθεια των ατόμων του περιβάλλοντος του, ακριβώς αυτή η ανάγκη εξάρτησής τους από τους άλλους, επιδρά αρνητικά στην αυτοεκτίμησή τους (Tuttle, 1987).

Σχετικά με την *κινητική ανάπτυξη και την κινητικότητα* των ατόμων με τύφλωση ή διαταραχές όρασης, αυτές περιγράφονται γενικά περιορισμένες (Longmuir, & Bar-Or, 2000). Όπως δηλαδή, το τυπικώς αναπτυσσόμενο άτομο κάνει συστηματικές προσπάθειες προκειμένου να κατακτήσει ένα αντικείμενο του περιβάλλοντος του, για το τυφλό άτομο η απουσία ή η διαταραχή της όρασής του μειώνει τα κίνητρό του για να κινηθεί. Επίσης, πιθανές προηγούμενες οδυνηρές εμπειρίες ενός ατόμου με τύφλωση ή διαταραχές όρασης κατά τη μετακίνησή του, ενδέχεται να μειώσουν την επιθυμία του για φυσική εξερεύνηση και δραστηριότητα. Η κινητική ανάπτυξη μπορεί ακόμη να επηρεαστεί κι από το γεγονός ότι άτομα με χαμηλή όραση έχουν επίσης φτωχές κινητικές δεξιότητες, ο χώρος της κίνησής τους είναι περιορισμένος, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται ιδιαίτερα διστακτικοί (Heward, 2011). Για τους εκ γενετής τυφλούς, εξ αιτίας της απουσίας των οπτικών παραστάσεων, είναι πολύ δύσκολο να κατανοηθούν τα επιμέρους τμήματα μιας κίνησης. Ωστόσο, έρευνες καταδεικνύουν ότι διαθέτουν ισχυρά κίνητρα εκμάθησης τρόπων μετακίνησης, συγκριτικά με τα άτομα με επίκτητη τύφλωση, οι οποίοι απογοητεύονται γρηγορότερα στην προσπάθειά τους για ανεξάρτητη διαβίωση (Warren, & Kocon, 1974).

Η *κοινωνική τους προσαρμογή* και η *αλληλεπίδραση* διακρίνεται από μια επιβράδυνση στην ανάπτυξη των κοινωνικών δεξιοτήτων. Πολλά άτομα με αισθητηριακές μειονεξίες δυσκολεύονται στην πρόσληψη και έκφραση της στοργής, γεγονός που διευκολύνει τη μελλοντική ανάπτυξη σε άλλους τομείς της κοινωνικής επάρκειας (Compton, & Niemeier, 1994). Οι παράγοντες που επηρεάζουν την περιορισμένη εμπλοκή των εφήβων με διαταραχές όρασης είναι ότι τα άτομα αυτά λόγω της χαμηλής συχνότητας εμφάνισης της αναπηρίας δεν έχουν την δυνατότητα να ωφεληθούν από τη σύναψη σχέσεων με άλλα άτομα που αντιμετωπίζουν τις ίδιες δυσκολίες αλλά και προκλήσεις (Rosenblum, 2000). Επιπλέον, η αδυναμία τους να ανταποκριθούν στα κοινωνικά σήματα των συνανθρώπων, όπως χειρονομίες, εκφράσεις προσώπου, ελαττώνει τις ευκαιρίες για αμοιβαίες αλληλεπιδράσεις. Συχνά, τα άτομα με τύφλωση ή διαταραχές όρασης εκδηλώνουν επαναληπτικές κινήσεις, χρησιμοποιώντας σημεία του σώματός τους, όπως είναι το τρίψιμο των ματιών ή το φτερούγισμα των χεριών, με αποτέλεσμα οι στερεότυπες αυτές κινήσεις να γίνονται όλο και πιο αισθητές και να στρέφουν την αρνητική προσοχή στο άτομο που τις εκδηλώνει (Heward, 2011).

Η τύφλωση και οι συνακόλουθες διαταραχές όρασης δυσκολεύουν το άτομο να αποκτήσει όλες εκείνες τις εμπειρίες που λαμβάνουν άτομα με φυσιολογική όραση, γεγονός που δυσκολεύει περαιτέρω τις επιθυμίες του ατόμου να εξελιχθεί σε κάποιο επαγγελματικό επίπεδο, όπως να ασκήσει κάποιο βιοποριστικό επάγγελμα (Κρουσταλάκης, 1994). Είναι πολύ πιθανό η αναπηρία του ατόμου να επηρεάσει την επιδίωξη των στόχων του στη ζωή του, όπως τις προτεραιότητές τους, τις επιθυμίες του, τα μελλοντικά του σχέδια κι ακόμη τις ελπίδες του . Αυτή η ύπαρξη στόχων στη ζωή του ατόμου είναι μια κινητήριος δύναμη που επιδρά σημαντικά στην υγεία και στην γενικότερη ευεξία του ατόμου (Emmons, Colby, & Kaiser στο Wong, & Fry, 1998). Σχετικές έρευνες καταδεικνύουν ότι ανάμεσα στις βασικότερες προτεραιότητες των νέων ενηλίκων με προβλήματα όρασης αποτελεί η επιδίωξη διαφόρων στόχων, όπως είναι η αυτό-φροντίδα τους, η διασφάλιση της οικονομικής ασφάλειας, η δημιουργία οικογένειας (Boerner, & Cimarolli, 2005), αλλά και διάφοροι άλλοι στόχοι ψυχολογικής φύσεως, μεταξύ των οποίων μπορεί να είναι, η εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής, η προσαρμογή τους στην αναπηρία τους (Porivker, Wang, & Boerner, 2010).

Κεφάλαιο 4: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΚΟΗΣ

4.1. Ορισμός για τα προβλήματα ακοής

Η ακοή αποτελεί μια σημαντικότερες αισθήσεις του ανθρώπου, εφόσον αυτή συνδέεται με την ομιλία, η οποία αποτελεί το μέσο εκείνο με το οποίο οι άνθρωποι εκφράζουν τα συναισθήματά τους, λαμβάνουν πληροφορίες, σχηματίζουν έννοιες και εκδηλώνουν τις σκέψεις τους (Δελλασούδας, 2005).

Άτομα που εμφανίζουν ακουστικές αδυναμίες δυσκολεύονται να ακούσουν λόγω της λειτουργικής βλάβης στο όργανο της ακοής. Η *βαρηκοΐα (hyproacousie)* και η *κώφωση*, αποτελούν εκείνες τις αισθητηριακές δυσλειτουργίες που αλλοιώνουν την ποιότητα και την ένταση της ηχητικής αντίληψης (Κρουσταλάκης, 1994).

Ένα άτομο με *φυσιολογική ακοή* έχει επαρκή ακοή για να κατανοήσει την ομιλία, για να ερμηνεύσει την ομιλία σε καθημερινές καταστάσεις, χωρίς να έχει ανάγκη υποστήριξης ενός ειδικού μηχανήματος ή τεχνικής.

Η βαρηκοΐα είναι η εξασθένηση ή η μείωση της ακουστικής οξύτητας του ενός ή και των δύο αυτιών του ατόμου λόγω λειτουργικής βλάβης (Δελλασούδας, 2005). Ένα βαρήκοο άτομο παρουσιάζει σημαντική απώλεια ακοής, η οποία καθιστά αναγκαία την εφαρμογή ορισμένων ειδικών προσαρμογών. Τα βαρήκοα άτομα είναι σε θέση να χρησιμοποιούν την ακοή για να κατανοήσουν την ομιλία με τη χρήση ενός ακουστικού. Μολονότι οι δεξιότητες λόγου και ομιλίας ενός βαρήκοου ατόμου είναι περιορισμένες ή ελλειμματικές, αυτές αναπτύσσονται κυρίως μέσω του ακουστικού καναλιού.

Η κώφωση είναι η απώλεια της αίσθησης της ακοής και χαρακτηρίζει την αδυναμία του ανθρώπου να συλλάβει ακουστικά ερεθίσματα (Κρουσταλάκης, 1994). Η κώφωση συνίσταται σε ακουστική βλάβη, η οποία προκαλεί δυσμενείς συνέπειες στο άτομο, με αποτέλεσμα να αδυνατεί να επεξεργαστεί γλωσσικές πληροφορίες μέσω της ακοής με ή δίχως ακουστική ενίσχυση (Δελλασούδας, 2005). Δηλαδή, ένα κωφό άτομο δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει την ακοή για να κατανοήσει την ομιλία ακόμη και με ακουστικό βοήθημα, εφόσον η απώλεια της ακοής του είναι πολύ μεγάλη και δεν του επιτρέπει να κατανοεί την ομιλία μόνο μέσω των αυτιών. Ωστόσο, ένα κωφό άτομο μπορεί να αντιλαμβάνεται κάποιους ήχους μέσω της υπολειμματικής ακοής του, συχνά όμως τα άτομα αυτά χρησιμοποιούν την όραση ως βασικό επικοινωνιακό μέσο αλλά και ως μέσο μάθησης (Heward, 2011). Με άλλα

λόγια, ένα άτομο θεωρείται κωφό όταν η ακοή του έχει απολεσθεί σε τέτοιον βαθμό, ώστε η μάθηση και γενικά η διαβίωσή του να εξαρτώνται από οπτικά μέσα επικοινωνίας, όπως η γραφή, η χειλεανάγνωση, η επικοινωνία χειρονομιών (Δελλασούδας, 2005).

Συνέπεια της κώφωσης είναι συνήθως η αλαλία. Η αλαλία μπορεί να είναι συγγενής ή επίκτητη και αναφέρεται στην απουσία εσωτερικευμένων ηχητικών ερεθισμάτων (Δελλασούδας, 2005). Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι ο χρόνος εμφάνισης της ακουστικής απώλειας αποτελεί ένα κρίσιμο ζήτημα, με αποτέλεσμα να διαφοροποιούνται οι κωφοί σε «προγλωσσικούς» και «μεταγλωσσικούς». Ως «προγλωσσικοί» κωφοί χαρακτηρίζονται εκείνες οι πληθυσμιακές ομάδες που έχασαν την ακοή τους πριν από τα 2-3 χρόνια τους, δηλαδή πριν από την απόκτηση της ομιλούμενης γλώσσας. Ως «μεταγλωσσικοί» κωφοί, χαρακτηρίζονται εκείνοι που έχουν χάσει την ακοή τους σε ηλικίες, όπου έχουν ήδη κατακτήσει τις βασικές δομές της ομιλούμενης γλώσσας (Walker, 2013).

Για να προσδιοριστεί η ανεπάρκεια ή η υπολειτουργία της ακοής συνήθως χρησιμοποιείται το ακουόμετρο (audiometre) σύμφωνα με όσα ορίζονται από το διεθνώς καθιερωθέν κριτήριο ISO (International Standard Organization, Davis-Krantz) (Kirk, 1973). Σύμφωνα με τον Smith (1975), η διαφοροποίηση των κωφών ή βαρήκοων ατόμων με βάση το βαθμό της ακουστικής απώλειας του είναι απαραίτητη για την διαγνωστική διαδικασία, διότι υπάρχει αντιστοιχία μεταξύ του βαθμού απώλειας της ακοής και της ανάπτυξης της ομιλίας. Η ένταση ή η ηχηρότητα του ήχου μετράται σε ντεσιμπέλ, ενώ η συχνότητα του ήχου μετράται σε κύκλους ανά δευτερόλεπτο ή χερτζ (Hz). Η ανθρώπινη ακοή περιορίζεται σε ένα εύρος περίπου 20 έως 20.000 Hz, αλλά πολλοί ήχοι που μπορούν να ακουστούν βρίσκονται εκτός του φάσματος της ομιλίας, του εύρους της συχνότητας μιας συνηθισμένης ομιλίας. Το εύρος της συχνότητας που θεωρείται πιο σημαντικό για την ακρόαση της γλώσσας κυμαίνεται από 500 με 2.000Hz (Heward, 2011). Στις περιπτώσεις βαρηκοΐας, η χροιά αρχίζει από τα 50 dB να υφίσταται αλλοιώσεις. Τις πιο σοβαρές αλλοιώσεις υφίσταται η αρμονία και η μελωδία της φωνής, ενώ ο ρυθμός διατηρείται σε σταθερά επίπεδα.

Προκειμένου να προσδιοριστεί ο βαθμός της ακουστικής απώλειας είναι αναγκαίο να συμπεριληφθούν όλοι εκείνοι οι παράγοντες, όπως είναι ο χρόνος κατά τον οποίο

επήλθε η κώφωση, ο βαθμός και ο τύπος της ακουστικής απώλειας, η ηλικία έναρξης αυτής στο άτομο (Κρουσταλάκης, 1994).

4.2. Αιτιολογία προβλημάτων ακοής

Τα αίτια της βαρηκοΐας και της κώφωσης μπορούν να συνοψισθούν στις παρακάτω κατηγορίες:

α) Σε *Προγεννητικά αίτια*. Πρόκειται για προγεννητικές μολύνσεις ή διάφορες τοξικές συνθήκες της μητέρας. Ιδίως, οι ιοί της παρωτίτιδας και της γρίπης κατά τους πρώτους μήνες της κύησης είναι δυνατό να καταστρέψουν έναν σημαντικό αριθμό κυττάρων που τελικά ευθύνονται για την κώφωση του ατόμου (Κρουσταλάκης, 1994). Ακόμη, η ερυθρά που μπορεί να προσβάλλει τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ειδικά το πρώτο τρίμηνο, μπορεί να προκαλέσει κώφωση, προβλήματα όρασης, καρδιακά προβλήματα και άλλες σοβαρές αναπηρίες στο άτομο. Ο ιός της ιλαράς επίσης θεωρείται υπεύθυνος για την κώφωση (Heward, 2011). Διάφορες μορφές εμβρυοπάθειας που εμφανίστηκαν από τη χρήση φαρμάκων, όπως η θαλυδομίδα, από το κάπνισμα, από το αλκοόλ είναι δυνατόν να δημιουργήσουν καταστάσεις ακουστικής ανεπάρκειας (Κρουσταλάκης, 1994).

β) Σε *Περιγεννητικά αίτια*. Η ακουστική λειτουργία ενός ατόμου μπορεί να επηρεαστεί κατά την ώρα του τοκετού από τραυματισμούς, κακώσεις, ενδοκρανιακές αιμορραγίες, βλάβες του νευρικού συστήματος που πιθανώς προξένησε στο βρέφος η ιατρική παρέμβαση στην προσπάθεια υποβοήθησης της εξόδου του βρέφους από το γεννητικό σύστημα με άλλα όργανα, όπως με εμβρυουλκούς. Η αδυναμία οξυγόνωσης των εγκεφαλικών κυττάρων (ανοξία ή υποξία) του βρέφους σε έναν εργώδη και παρατεινόμενο τοκετό ή σε έναν πρόωρο τοκετό, η υπερβολική ακόμη νάρκωση του βρέφους θεωρούνται βασικές αιτίες για τον εκφυλισμό των νευρικών μηχανισμών και μπορούν να προξενήσουν κώφωση και αλλοιώσεις της ακουστικής οξύτητας.

γ) Σε *Μεταγεννητικά αίτια*, στις οποίες ανήκουν επίκτητες μορφές βαρηκοΐας και κώφωσης κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου και συνήθως προέρχονται από: i) Λοιμώξεις όπως η οστρακιά, παρωτίτιδα, διφθερίτιδα, ιλαρά, πνευμονία, γρίπη, μηνιγγίτιδα, μέση ωτίτιδα και άλλες. ii) Από κληρονομικές ασθένειες όπως, η ωτοσκλήρυνση, η οποία επηρεάζει την ακοή σε οποιαδήποτε ηλικία και επιφέρει

εκφυλισμό των κυττάρων του ακουστικού νεύρου. iii) Από διάφορα φάρμακα όπως, η στρεπτομυκίνη, η νεομυκίνη, διουρητικά. iv) Από διάφορα τραύματα που προξενούν σοβαρές βλάβες όπως, οι μηχανικές κακώσεις του κροταφικού, κατάγματα από λιθοειδούς, χειρουργικά λάθη, διασεισεις, έντονοι θόρυβοι υψηλής συχνότητας και v) από ψυχολογικούς και συναισθηματικούς παράγοντες, οι οποίοι ενεργοποιούνται σε επίπεδο ασυνείδητων διεργασιών και προξενούν καταστάσεις όπως η υστερική κώφωση (Κρουσταλάκης, 1994).

4.3. Χαρακτηριστικά των ατόμων με προβλήματα ακοής

Οι συνέπειες της κώφωσης στη ζωή ενός ατόμου συναρτώνται από σειρά πολλών παραγόντων όπως είναι: 1) ο βαθμός και η ηλικία της απώλειας της ακοής, 2) η γενική νοημοσύνη, 3) η γλωσσική ανάπτυξη, 4) η ηλικία χρήσης ακουστικών, 5) η ηλικία έναρξης της συστηματικής εκπαίδευσης, 6) το σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου, 7) η παράλληλη ύπαρξη άλλων αναπηριών και προβλημάτων (Δελλασούδας, 2005).

Η *ακαδημαϊκή επίδοση* πολλών βαρήκοων ατόμων συναντά πολλές δυσκολίες και ειδικότερα στα γνωστικά αντικείμενα της γλώσσας, όπως στην ανάγνωση, στο λεξιλόγιο στη σύνταξη, στη χρήση μεταγνωστικών στρατηγικών, στην αναγνωστική κατανόηση, στην παραγωγή του γραπτού λόγου αλλά και στην γνωστική περιοχή των μαθηματικών (Νικολαραϊζή στο Παντελιάδου, & Αργυρόπουλος, 2011). Μάλιστα, για τον μέσο κωφό άτομο που αποφοιτά στην ηλικία των 18 με 19 ετών, η αναγνωστική του ικανότητα ταιριάζει σε μαθητή της τετάρτης τάξης του δημοτικού. Περίπου το 30% των κωφών μαθητών είναι λειτουργικά αναλφάβητοι όταν αποφοιτούν από το σχολείο συγκριτικά με τους ακούοντες συνομηλίκους τους που είναι λειτουργικά αναλφάβητοι σε ποσοστό της τάξης του 1%. Θεωρείται πολύ σημαντικό, ωστόσο, να μην εξισώνεται η ακαδημαϊκή επίδοση με τη νοημοσύνη των κωφών-βαρήκοων ατόμων, καθώς υπάρχουν και περιπτώσεις κωφών μαθητών, οι οποίοι παρά την αναπηρία τους, έχουν κατορθώσει να αριστεύσουν ακαδημαϊκά (Heward, 2011). Ωστόσο, άτομα με προβλήματα ακοής που προέρχονται από γονείς με σχετικές αναπηρίες, διαπιστώνεται ότι σημειώνουν τα άτομα αυτά κατά τη διάρκεια εκπαίδευσής τους μεγαλύτερη ακαδημαϊκή επίδοση αλλά και καλύτερα επίπεδα

προσαρμογής στην αναπηρία τους (Hilburn, Marini, & Slate, 1997· Weisel, 1988· Delgado, 1982).

Αποτελέσματα πολλών σχετικών ερευνών συγκλίνουν σε ορισμένες κοινές διαπιστώσεις γύρω από την *προσωπικότητα* των ατόμων με κώφωση. Αυτές οι έρευνες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για άτομα ιδιαίτερα ευαίσθητα που τα διακρίνει ανωριμότητα αλλά και μια δύσκολη προσαρμογή στις διάφορες καταστάσεις. Επίσης, διαπιστώνεται ότι δύσκολα λαμβάνουν αποφάσεις απέναντι στα γεγονότα, καθώς δεν βρίσκονται σε αρμονική σχέση με το περιβάλλον, βασίζονται στο παρόν και δε φαντάζονται το μέλλον. Με άλλα λόγια, περιμένουν ότι η ζωή τους θα ρυθμιστεί από τους άλλους. Επιπλέον, παρουσιάζονται ως άτομα με ελλιπή εμπιστοσύνη στον εαυτό τους. Παρουσιάζουν ανασφάλεια, δυσπιστία, καχυποψία προς τους ακούοντες, όταν το άμεσο περιβάλλον δεν τους εξασφαλίζει αγάπη και την απαιτούμενη φροντίδα. Έχουν εγωκεντρισμό, ξεσπάσματα θυμού και συχνά ανεπαρκή ηθική κρίση (Ζαφειράτου-Κουλιούμπα, 1994). Ο Altshuler (1963, 1962) μελέτησε τη συμπεριφορά των κωφών ατόμων και κατέληξε στην διαπίστωση ότι συγκεντρώνουν κάποια χαρακτηριστικά γνώρισμα, όπως εγωκεντρισμό, έλλειψη ενσυναίσθησης, παρορμητισμό, μια αίσθηση εξάρτησης από τους άλλους και απουσία στοχαστικής ενδοσκόπησης. Άλλοι μελετητές, μεταξύ των οποίων και η Levine (1960) ανέφερε ότι όλες πολλά κωφά άτομα διακρίνονται από μια συναισθηματική ανωριμότητα, από μια συστολή και ανεπαρκή συναισθηματική προσαρμοστικότητα. Αργότερα, οι Schlesinger και Meadow (1972a) κατέληξαν στις ίδιες διαπιστώσεις ότι πιο συχνά για τα κωφά άτομα φαίνεται να παρουσιάζουν ένα υψηλό βαθμό συναισθηματικής ανωριμότητας».

Άλλες έρευνες καταδεικνύουν ότι ενήλικα άτομα με κώφωση εκδηλώνουν μια έλλειψη εμπιστοσύνης προς το περιβάλλον τους (Koester, & Meadow-Orlans, 1990· Nienhuys, & Tikotin, 1983), παρουσιάζουν ένα σχετικά χαμηλότερο επίπεδο αυτοελέγχου και προσωπικής αυτονομίας (Calderon, & Greenberg, 2003· Harvey, 2003· Yura, 1987· Day, 1986· Wedell-Mönnig, & Lumley, 1980), συμμετέχουν λιγότερο σε αυθόρμητες δραστηριότητες, παρουσιάζουν περιορισμένη εμπιστοσύνη στις προσωπικές τους δυνατότητες (Meadow-Orlans, 1990), αναπτύσσουν μια αίσθηση κατωτερότητας σε σύγκριση με τους ακούοντες ενήλικους (Klansek-Kyllo, & Rose, 1985) και γενικότερα εκδηλώνουν μια δυσκολία στη διαμόρφωση μιας ταυτότητας που ταιριάζει σε ένα ενήλικο άτομο (Desselle, & Perlmutter, 1997·

Holcomb, 1997· Bat-Chava, 1994· Glickman, & Carey, 1993· Cole, & Edelman, 1991· Weinberg, & Sterritt, 1986).

Επιπροσθέτως, οι *επικοινωνιακές δυσκολίες* που συναντούν στην καθημερινότητά τους άτομα με κώφωση, δυσχεραίνουν τη ομαλή διεξαγωγή μιας συζήτησης. Δεδομένου ότι τα άτομα με κώφωση προκειμένου να επικοινωνήσουν στηρίζονται κυρίως στην όραση συγκρινόμενοι με τους ακούοντες, είναι πολύ πιθανό να χάσουν ή ακόμη να παρερμηνεύσουν τμήματα της καθημερινής ομιλίας με τους συνανθρώπους τους, με άμεσο αποτέλεσμα να επιβαρύνεται η διαδικασία σύναψης σχέσεων με άλλα άτομα και ειδικά με ακούοντες (Marschark, & Hauser, 2008). Ακόμη, οι δυσκολίες στον επικοινωνιακό τομέα, δεν τους επιτρέπουν να περιγράψουν διάφορες εμπειρίες ή να εκδηλώσουν τα συναισθήματά τους και να γίνουν αυτά αντιληπτά από τους γύρω, με αποτέλεσμα να βιώνουν έντονα συναισθηματικά προβλήματα (Walker, 2013).

Τα άτομα με κώφωση και άλλα προβλήματα ακοής καταφέρνουν να διατηρούν κοινωνικές επαφές τόσο με τις μειονοτικές ομάδες των κωφών ατόμων σε μια κοινωνία όσο και με τον υπόλοιπο πληθυσμό δίχως αναπηρία (Van Gent, Goedhart, Knoors, Westenberg, & Treffers, 2012).

Ωστόσο, τα προβλήματα ακοής που αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτά είναι σε θέση να επηρεάσουν αρνητικά και την *κοινωνική λειτουργικότητα* ορισμένων ατόμων, τη συμπεριφορά τους αλλά και τον συναισθηματικό και κοινωνικό τους τομέα (Heward, 2011). Έρευνες δείχνουν ότι άτομα με κώφωση και σοβαρά προβλήματα ακοής, συγκρινόμενα με τους ακούοντες, συνάπτουν λιγότερο συχνά στενές σχέσεις με τα υπόλοιπα άτομα του κοινωνικού τους περιβάλλοντος (Holcomb, 1997, στο Levinger, & Ronev, 2010). Συγκριτικά με τα άτομα με σοβαρή έως βαριά βαρηκοΐα, αρκετές είναι και οι περιπτώσεις των ατόμων με ήπια ή μέτρια βαρηκοΐα που συχνά εκφράζουν ότι βιώνουν μια έντονη κοινωνική απομόνωση από τους συνομηλίκους τους εφόσον συνάπτουν λιγιστές κοινωνικές σχέσεις ακόμη και με άτομα που φέρουν την ίδια αναπηρία. Τόσο τα παιδιά όσο και οι ενήλικες με βαρηκοΐα συχνά εκφράζουν συναισθήματα κατάθλιψης, απόσυρσης και απομόνωσης, ειδικά όταν βιώνουν συμπτωματική απώλεια ακοής. Αναφορικά με τις περιπτώσεις κωφών παιδιών που προέρχονται από κωφούς γονείς έρευνες καταδεικνύουν ότι διαθέτουν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής ωριμότητας και συμπεριφορικό αυτοέλεγχο συγκριτικά με τα κωφά παιδιά που προέρχονται από ακούοντες γονείς, λόγω της πρώιμης νοηματικής επικοινωνίας μεταξύ γονέων και παιδιού. Ωστόσο, πολλά είναι τα κωφά άτομα που

επιθυμούν να εργαστούν και να εξελιχθούν επαγγελματικά αλλά και να διατηρήσουν έναν κύκλο κοινωνικών επαφών κυρίως με άλλα κωφά άτομα. Η επικοινωνία σε αυτό το σημείο διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή του ατόμου. Θεωρείται ότι τα άτομα με απώλεια ακοής είναι σε θέση να αναπτύξουν κοινωνικές σχέσεις με τους ακούοντες, εφόσον χρησιμοποιείται μια ικανοποιητική μέθοδος επικοινωνίας (Heward, 2011).

Κεφάλαιο 5: Νόημα Ζωής

5.1. Προσδιορισμός του όρου «Νόημα Ζωής»

Τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε ένα έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον σχετικά με το βαθμό στον οποίο ένα άτομο βιώνει το αίσθημα νοήματος της ζωής του (Reker, & Chamberlain, 2000· Wong, & Fry, 1998). Κατά καιρούς έχουν επιχειρηθεί διάφορες προσεγγίσεις για την οριοθέτηση της έννοιας «νόημα ζωής» (Steger, 2009) από πολλούς θεωρητικούς κυρίως της ψυχαναλυτικής, της ανθρωπιστικής και της υπαρξιακής προσέγγισης, οι οποίοι ανάλογα με το πως εκλαμβάνουν τη συγκεκριμένη έννοια, της αποδίδουν συγκεκριμένο περιεχόμενο.

Σύμφωνα με τον Adler (1931), κάθε άνθρωπος έχει ως βασικά καθήκοντα στη ζωή να διαιωνίσει και να διασφαλίσει το μέλλον της ανθρωπότητας στη γη καθώς και να ζει ως κοινωνικό ον. Για τον Adler λοιπόν, νόημα και αξία έχουν εκείνες οι πράξεις που συνάδουν με ένα αίσθημα κοινότητας.

Ο Maslow (1954) στην προσπάθεια οριοθέτησης της έννοιας «νόημα ζωής» διατυπώνει την άποψη ότι ο άνθρωπος έχει την τάση να ικανοποιεί τις ανάγκες του βάσει κάποιων προτεραιοτήτων. Εφόσον, δηλαδή, καλυφθούν οι πρωταρχικές ανάγκες του ανθρώπου, ο άνθρωπος επιδιώκει να ικανοποιεί υψηλότερες ανάγκες, όπως η ανάπτυξη του εαυτού και η αυτο-πραγμάτωσή του. Αντίστοιχα, ο Baumeister τονίζει την ανάγκη του ανθρώπου για νόημα και υπογραμμίζει ότι ο άνθρωπος έχει τέσσερα διαφορετικά είδη αναγκών για νόημα στη ζωή του. Συγκεκριμένα, κάθε άνθρωπος έχει ανάγκη για (α) σκοπό: θέλει να μπορεί να συνδέει γεγονότα του παρόντος με εκείνα που αφορούν το μέλλον· (β) αξία: θέλει οι πράξεις του να έχουν αξία· (γ) αποτελεσματικότητα: θέλει να επηρεάζει το περιβάλλον του και (δ) για αυτοαξία (Baumeister, 1991).

Από την πλευρά της υπαρξιακής προσέγγισης, ο Yalom (1980), διατείνεται ότι το νόημα ζωής μπορεί κανείς να το ανακαλύψει σε διαφορετικά επίπεδα. Ο ίδιος διαχωρίζει το νόημα σε «κοσμικό» και «κοσμικά προσωπικό». Το «κοσμικό νόημα» αναφέρεται σε μια ανώτερη άποψη του κόσμου, όπως αποτελεί μια θρησκευτική άποψη, ενώ το «κοσμικά προσωπικό νόημα» στηρίζεται στο περιεχόμενο και στους στόχους της ζωής, όπως είναι, για παράδειγμα, ο αλτρουισμός (Auhagen, 2000). Με άλλη διατύπωση, το περιεχόμενο του νοήματος ζωής αφορά στόχους, αξίες, σκοπούς και μπορεί να περιλαμβάνει και την έννοια της εκπλήρωσης ή της επίτευξης.

Στην υπαρξιακή θεωρητική προσέγγιση του Frankl, γνωστή ως «Λογοθεραπεία», το πρωταρχικό κίνητρο της ανθρώπινης συμπεριφοράς είναι η θέληση για νόημα. Με άλλα λόγια, η προσπάθεια του ανθρώπου να βρει ένα νόημα στην «πεπερασμένη» υπαρξή του (Frankl, 1979, 1959). Κύριος στόχος της Λογοθεραπείας είναι να βοηθήσει το άτομο να αναζητήσει το νόημα της ζωής του και να το ενδυναμώσει, ώστε να ζήσει μια ζωή με νόημα και υπευθυνότητα, ανεξάρτητα από τις συνθήκες διαβίωσής του. Το νόημα ζωής και οι διαστάσεις του (αίσθηση πληρότητας από τη ζωή, επίτευξη στόχων, ελευθερία επιλογών, θάνατος) διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο και μπορεί να διαφοροποιηθούν από τη μία χρονική στιγμή στην άλλη (Ψαρρά, & Κλεφτάρας στο Κλεφτάρας, & Καΐλα, 2011). Κατά συνέπεια, το νόημα της ζωής είναι δύσκολο να προσδιοριστεί με έναν ενιαίο τρόπο. Άλλωστε, η ίδια η «ζωή» δε σημαίνει κάτι το αόριστο αλλά αποτελεί κάτι πραγματικό και συγκεκριμένο και τα καθήκοντα που πρέπει να επιτελέσει ο άνθρωπος είναι επίσης συγκεκριμένα. «Ζωή» σημαίνει επίσης να αναλαμβάνεις την ευθύνη να διαχειρίζεσαι σωστά τα προβλήματα που προκύπτουν στην πορεία ζωής κάθε ατόμου. Κάποιος βιώνει νόημα ζωής, όταν ανταποκρίνεται έγκαιρα στις απαιτήσεις της κατάστασης στην οποία βρίσκεται, όταν ανακαλύπτει και αναλαμβάνει το δικό του μοναδικό και ειδικό καθήκον στη ζωή και όταν επιτρέπει στον εαυτό του να βιώσει ένα νόημα με βάση τις αξίες του, οι οποίες αποτελούν καθοριστικό παράγοντα στον τρόπο νοηματοδότησης της ζωής του (Frankl, 1973).

Σύμφωνα με την υπαρξιακή θεωρία του Frankl, ένα άτομο μπορεί να αντλήσει το νόημα της ζωής *«μέσα από τα κατορθώματά του, τα έργα του, τη δημιουργικότητά του, αλλ' επίσης μέσα από τις εμπειρίες του, με τον αγώνα του με ό,τι είναι αλήθινο, καλό και ωραίο στον κόσμο και, τέλος, -αλλ' όχι και το πιο ασήμαντο- με την αναστροφή του με τους άλλους, με συνανθρώπους, και με τις μοναδικές τους ιδιότητες»* (Frankl, 1987, σ. 25).

Ειδικότερα, ένας άνθρωπος μπορεί να ανακαλύψει το προσωπικό του νόημα ζωής με τρεις τρόπους: *Πρώτον*, μέσα από αυτό που 'δίνουμε στη ζωή', σε σχέση δηλαδή με τα κατορθώματά του, τα δημιουργικά έργα ή με τις δημιουργικές αξίες του ανθρώπου, τα οποία βιώνει μέσω της επίτευξης των στόχων του και αυτού που ο ίδιος συνεισφέρει στη ζωή (π.χ., εργασία, κατασκευή ενός σπιτιού, υπεράσπιση μιας πεποίθησης). *Δεύτερον*, με ό,τι 'λαμβάνουμε από τον κόσμο', σε σχέση με τις εμπειρικές αξίες του, τις οποίες ένα άτομο βιώνει μέσω οτιδήποτε καλού, όμορφου ή

αληθινού παίρνει από τη ζωή, όπως είναι η απόλαυση μιας μουσικής ή ενός τοπίου, η σύναψη μιας αληθινής σχέσης αγάπης με ένα άλλο άτομο. *Τρίτον*, μέσα από τις αξίες των στάσεων, οι οποίες βιώνονται μέσω της στάσης που κρατά ένας άνθρωπος σε μια δύσκολη κατάσταση ή σε μια κατάσταση που αναπόφευκτα συνοδεύεται από «πόνο». Σε αυτές τις στάσεις, ο Frankl ξεκαθαρίζει ότι οι άνθρωποι είναι έτοιμοι και πρόθυμοι να υποφέρουν, καθώς μπορεί να ανακαλύψουν ένα νόημα και σε αυτές. Η στάση αυτή δείχνει τη βαθύτερη αντίληψη του ατόμου απέναντι στη ζωή και στον κόσμο και εμπλέκει ακόμη και τη συναναστροφή του ατόμου με τους συνανθρώπους του (Frankl, 1988· 1987· 1973).

Ακόμη κι όταν ένα άτομο βρεθεί στην πιο οδυνηρή κατάσταση, όπου ούτε μέσα από τις δημιουργικές αξίες μπορεί να δώσει αξία στη ζωή του ούτε μέσα από τις εμπειρικές αξίες μπορεί να δώσει νόημα σε αυτή, τότε σε αυτές τις περιπτώσεις μπορεί ακόμη να δώσει νόημα στη ζωή του με τον τρόπο που θα αντιμετωπίσει τη μοίρα του, με τη στάση που θα δείξει και θα αναλάβει την ευθύνη του πόνου του (Frankl, 1987). Ο άνθρωπος παραμένει ελεύθερος στο να πάρει μια θέση απέναντι σε αυτές τις συνθήκες, καθώς πάντα κατέχει την ελευθερία να επιλέξει τη θέση του απέναντι σε αυτές τις συνθήκες και να υπερβεί τη μοίρα του (transcend). Εκεί που δεν μπορεί ο άνθρωπος να αλλάξει τη μοίρα του έμπρακτα, αυτό που πρέπει να γίνει είναι να διατηρήσει σωστή στάση απέναντι στη μοίρα. Ο άνθρωπος μπορεί να διατηρήσει μια θέση όχι μόνο απέναντι στον κόσμο αλλά και στον ίδιο του τον εαυτό (Frankl, 1987, σ. 39). Αυτό σημαίνει ότι, κάθε άνθρωπος μπορεί να αναζητήσει το νόημα της ζωής του σε όλες τις συνθήκες που βιώνει, όπως μπορεί είναι οι δοκιμασίες της ζωής, ο θάνατος (Frankl, 1959).

Στην πραγματικότητα, ο άνθρωπος είναι ελεύθερος και υπεύθυνος και αυτά τα δύο στοιχεία συνθέτουν την πνευματικότητά του. Ο άνθρωπος είναι ελεύθερος να είναι υπεύθυνος και είναι υπεύθυνος για την πραγματοποίηση του νοήματος στη ζωή του. Η υπευθυνότητα μπορεί να γίνει αντιληπτή με την έννοια της ολοκλήρωσης προσωπικών επιτευγμάτων και απαιτήσεων, την εκπλήρωση του προσωπικού και ατομικού νοήματος του καθενός. Ο άνθρωπος είναι υπεύθυνος για ό,τι κάνει αλλά και γι' αυτό που είναι, εφόσον ως άνθρωπος δε συμπεριφέρεται μόνο σύμφωνα με αυτό που είναι, αλλά γίνεται επίσης αυτό που είναι, σύμφωνα με το πώς συμπεριφέρεται. Ο άνθρωπος 'οικοδομεί' τον εαυτό του και δεν περιορίζεται σε συνθήκες και γεγονότα (Frankl, 1987, σ. 71-72, 135), καθώς έχει πάντα τη δυνατότητα της ελεύθερης

επιλογής (Frankl, 1983, σ. 48). Γι' αυτό εξάλλου, η ζωή δεν παύει να έχει νόημα έως και την τελευταία στιγμή, μέχρι και την τελευταία της πνοή. Ακόμη και στην περίπτωση, όπου ένας άνθρωπος στερείται δημιουργικότητας και δεκτικότητας, είναι ακόμη δυνατό να εκπληρώσει ένα νόημα στη ζωή του. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ότι ο πόνος έχει νόημα, όταν μια κατάσταση δεν μπορεί να αλλάξει και σε αυτές τις περιπτώσεις γίνεται λόγος για ηρωισμό. Διαφορετικά θα επρόκειτο για μαζοχισμό (Frankl, 1987).

Διάφορες τραυματικές εμπειρίες στη ζωή ενός ατόμου, όπως αποτελεί το γεγονός της αναπηρίας, εκλύουν ερωτήματα σχετικά με τον σκοπό και το νόημα της ζωής (Emmons, Colby, & Kaiser, 1998). Σε τέτοιες περιπτώσεις, όπου τα άτομα βιώνουν αρνητικές εμπειρίες ζωής και τελικά κατορθώνουν να ανακαλύψουν ένα νόημα σε αυτές τις αρνητικές τους εμπειρίες (Silver, Boon, & Stones, 1983), καταφέρνουν να διαχειριστούν καλύτερα την κατάσταση στην οποία βρίσκονται, σε σχέση με αυτούς που δεν μπορούν να βρουν ένα νόημα (Κλεφτάρας, Ψαρρά, & Καλαντζή-Αζίζι, 2007).

Σε αυτές τις περιπτώσεις, δίνεται ακόμη στον άνθρωπο μια ευκαιρία να αναζητήσει το προσωπικό του νόημα, να εκπληρώσει ένα νόημα, να πραγματοποιήσει ακόμη και την πιο υψηλή αξία, να εκπληρώσει ακόμη και το πιο βαθύ νόημα που είναι το νόημα του πόνου. Ο άνθρωπος μπορεί να προσδώσει ένα βαθύτερο νόημα στη ζωή του, μπορεί να εκμεταλλευτεί τις δυνατότητές του για να κατακτήσει ηθικές αξίες, δυνατότητες που του προσφέρουν ο πόνος και το σκληρό 'γύρισμα της ζωής'. Σημασία έχει ο άνθρωπος *«να μη χάσει την επαφή του με την πνευματική του διάσταση, να διατηρήσει την ατομικότητα, την ελευθερία της βούλησης, τη προσωπική του αξία και αξιοπρέπεια και να μην αποτελεί απλώς μια μονάδα μιας μεγάλης μάζας ατόμων»* (Ψαρρά, & Κλεφτάρας στο Κλεφτάρας, & Καΐλα, 2009, σ. 21). Σε αυτό το σημείο, ο άνθρωπος μπορεί ακόμη να διαπιστώσει πόσο είναι αντάξιος του πόνου του ή όχι (Frankl, 1979, σ. 91-92). Ο άνθρωπος είναι έτοιμος να επωμισθεί έναν πόνο, όταν κατορθώσει να βρει ένα νόημα σε αυτόν (Frankl, 1987, σ. 67). Κατά τον Νίτσε, αυτός που έχει ένα λόγο ύπαρξης, ένα σκοπό στη ζωή είναι σε θέση να αντέξει και το οτιδήποτε (Nietzsche, 1967).

Η κατανόηση της αποδοχής της αναπηρίας ως μιας υπαρξιακής διαδικασίας διεγείρει ακόμη περισσότερο το ενδιαφέρον για το τι νόημα αποδίδει κανείς στην εμπειρία μιας αναπηρίας (Ososkie, & Schultz, 2003). Η ύπαρξη της αναπηρίας στη

ζωή ενός ατόμου, του παρέχει ευκαιρίες όχι μόνο να διαλογιστεί τη στάση απέναντι στη ζωή αλλά αποτελεί συνάμα και μια πρόκληση αναζήτησης νοήματος σε αυτή την εμπειρία που βιώνει. Δε μπορεί κανείς βέβαια να αρνηθεί ότι στο γεγονός της αναπηρίας, το άτομο πρέπει να διαχειριστεί όλες τις αντίξοες συνθήκες που τη συνοδεύουν αλλά και να διευθετήσει τις αλλαγές και τις προκλήσεις που προκαλεί η αναπηρία στη ζωή του (Ososkie, & Schultz, 2003). Αυτή η διαδικασία αναζήτησης νοήματος στην αναπηρία, έχει βρεθεί ότι διευκολύνει την προσαρμογή του ατόμου σε αυτή (Amaral, 2009· Thompson, Coker, Krause, & Henry, 2003· Gallagher, & MacLachlan, 2000· Dunn, 1996) και βοηθά το άτομο να τη διαχειριστεί καλύτερα (Yang, Staps, & Hijmans, 2010· Amaral, 2009· Garcia, 2008· Chou, Liaw, Yu, & Tang, 2007· Lethborg, Aranda, Cox, & Kissane, 2007· Thompson, 2007· Baldacchino, & Draper, 2001· Daaleman, Kuckelman Cobb, & Frey, 2001· Ruiz, 2002· Dunn, 1994· Benner, Roskies, & Lazarus, 1980· Moos, & Tsu, 1977· Frankl, 1959).

Η αποδοχή της αναπηρίας από το ίδιο το άτομο προϋποθέτει ότι το άτομο αυτό έχει βιώσει την εμπειρία της αυθυπέμβασης, της αυτεπίγνωσης και της αναζήτησης ενός νοήματος στη ζωή (Ososkie, & Schultz, 2003). Αυτή τη θέση ασπάζονταν και ο ίδιος ο Frankl, ο οποίος ισχυριζόταν ότι, η ικανότητα διατήρησης μιας στάσης κατευθυνόμενης σε κάποιο νόημα, ενισχύει την προσαρμοστικότητα των ατόμων, η οποία με τη σειρά της, δίνει στους ανθρώπους τη δυνατότητα να έρθουν σε συμβιβασμό με την κατάστασή τους (Frankl, 1992a, 1988, 1966). Παράλληλα παρέχει στο άτομο τη δυνατότητα να αποκτήσει μια νέα αντίληψη για τον κόσμο ως μεστός νοήματος, να διαμορφώσει μια θετικότερη εικόνα για τον εαυτό του και για τις αντιλήψεις του σχετικά με τις ικανότητές του αλλά και το βαθμό της αυτονομίας του (Janoff-Bulman, & Frieze, 1983).

Η Λογοθεραπεία, ως η υπαρξιακή προσέγγιση του Frankl με την οποία ο ίδιος ασχολήθηκε εκτενώς, αναγνωρίζει την ικανότητα του ατόμου να μετατρέπει την τραγωδία σε θρίαμβο, να βρίσκει το άτομο την ευκαιρία να αποκτήσει κάποιο νόημα από μια αρνητική εμπειρία, όπως αποτελεί το γεγονός της αναπηρίας, φτάνοντας έτσι την πνευματική-νοολογική του διάσταση, η οποία τον βοηθά να ξεπεράσει όλες τις αρνητικές συνέπειες που του επιφέρει η αναπηρία στη ζωή του (Ososkie, & Schultz, 2003). Στην πραγματικότητα, ένα άτομο με αναπηρία μπορεί να φτάσει αυτή την πνευματική του διάσταση με τη σταδιακή υποτίμηση όλων των αξιών που έχουν

χαθεί ή απειλούνται από την παρουσία της αναπηρίας στη ζωή του και ακόμη με την εξεύρεση νέων ή αναπροσαρμοσμένων ενδιαφερόντων, τα οποία ασφαλώς δεν πρέπει να έρχονται σε σύγκρουση με αυτή την κατάσταση της αναπηρίας του (Persson, & Ryden, 2006). Το νόημα ενός ατόμου με αναπηρία προκύπτει ουσιαστικά από την αυτό-αποδοχή του στη ζωή, πιστεύοντας στις ατομικές του δυνάμεις για αλλαγή της κατάστασής του (Kim, & Kang, 2003).

Το άτομο με αναπηρία δεν μπορεί να αρνηθεί το γεγονός της αναπηρίας, ωστόσο, οφείλει να διαλέξει ελεύθερα τη ζωή που επιθυμεί να ζήσει και με υπευθυνότητα να διατηρήσει μια στάση απέναντι στη ζωή (Ososkie, & Schultz, 2003). Αυτή η πνευματική διάσταση της Λογοθεραπείας αποτελεί μια σημαντική πτυχή της κοσμοθεωρίας πολλών νέων ενηλίκων και πιο συχνά αναφέρεται σε μια αναζήτηση για υπέρβαση, για νόημα και σκοπό στη ζωή. Αποτελεί ακόμη και μια αίσθηση της σύνδεσης και ενότητας με τον εαυτό, με τους υπόλοιπους συνανθρώπους, με το περιβάλλον, με μια ανώτερη δύναμη (Carlozzi, Winterowd, Harrist, Thomason, Bratkovich, & Worth, 2010· Seaward, 1995· Whitmer, & Sweeney, 1992· Goodloe, & Arreola, 1991· Chapman, 1987), με το Θεό, υιοθετώντας παράλληλα ένα ιδανικό ή πραγματοποιώντας ένα καθήκον (Coetzer, 2003). Αυτή η πνευματικότητα του ατόμου συνίσταται στην υιοθέτηση μιας ατομικής στάσης για υπεροχή και αυθυπέμβαση (Carlozzi, Winterowd, Harrist, Thomason, Bratkovich, & Worth, 2010).

Έτσι, σε ένα αγώνα ανακάλυψης της αξίας και της σπουδαιότητας στη ζωή, τα άτομα βιώνουν ένα νόημα μέσα από την εκπλήρωση νέων υποχρεώσεων και τη σύναψη νέων σχέσεων (Garcia, 2008· Stiefel, Krenz, Zdrojewski, Stagno, Fernandez, Bauer, & Fegg, 2008· Chou et al., 2007· Arvig, 2006· Bower, Kemeny, Taylor, & Fahey, 1998· Janoff-Bulman, & Frantz, 1997). Η αυθυπέμβαση ενισχύει την αίσθηση που έχει ένα άτομο για την αξία των ικανοτήτων του και της εικόνας του εαυτού του (Coward, 1990). Αποτελεί μια από τις κυριότερες ψυχοκοινωνικές πηγές για προσωπική ωριμότητα, η οποία επιτρέπει σε ένα άτομο να επεκτείνει τα προσωπικά του όρια (Reed, 1991a).

Η Λογοθεραπεία επικεντρώνει το ενδιαφέρον της στο μέλλον, στα έργα, στους στόχους που πρέπει να επιτελέσει ο άνθρωπος. Ο λόγος ως νόημα και σκοπός συνδέεται με την ιδέα γι' αυτό και ο ίδιος θεωρεί ότι η Λογοθεραπεία είναι μια ψυχοθεραπεία προσανατολισμένη προς το νόημα. Δηλαδή, η Λογοθεραπεία φέρνει το άτομο αντιμέτωπο με την πραγματικότητα, αντιμέτωπο με το νόημα της ζωής του και

τον προσανατολίζει προς αυτό. Έχει ως κεντρικό άξονα την αναζήτηση ενός νοήματος ζωής, ενός προσωπικού λόγου για να ζήσει κάποιος. Ο σκοπός που πρόκειται να εκπληρώσει ο άνθρωπος δεν πρέπει να αποτελεί μια απλή επιθυμία του για αυτοέκφραση, για προβολή των ευσεβών του πόθων, διότι υπό αυτήν την οπτική δεν θα αποτελούσε κέντρισμα για υψηλές επιτεύξεις. Αντιθέτως, ο άνθρωπος οφείλει να ανακαλύπτει το σκοπό της ύπαρξής του (Frankl, 1979). Η θέληση για νόημα μπορεί έρθει στην επιφάνεια μόνο εάν το νόημα αυτό καθ' εαυτό μπορεί να ερμηνευτεί σαν κάτι περισσότερο από την απλή αυτοέκφρασή του. Το νόημα της ζωής θα πρέπει να το αντιληφθεί κανείς σαν το ειδικό νόημα μιας προσωπικής ζωής σε μια δεδομένη κατάσταση. Κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός και η προσωπική του ζωή είναι σημαντική. Κανένας δεν αντικαθίσταται από κάποιον άλλον αλλά ούτε η ζωή του επαναλαμβάνεται. Αυτή η διπλή μοναδικότητα προσθέτει στην υπευθυνότητα του ανθρώπου (Frankl, 1987).

Αν ένας άνθρωπος δεν κατορθώσει να ενσωματώσει ένα αρνητικό γεγονός στη ζωή του ή αν αυτή η προσπάθειά του εμποδιστεί για διάφορους λόγους, με αποτέλεσμα να αναζητήσει ένα νέο νόημα στη ζωή του, είναι πολύ πιθανό το άτομο αυτό, αργά ή γρήγορα, να χάσει την ψυχολογική του ευεξία (Frankl, 1979). Η απουσία προσπάθειας για μια αυθεντική ύπαρξη, η οποία απορρέει από την απουσία νοήματος στη ζωή, φέρνει το άτομο αντιμέτωπο με μια κατάσταση γνωστή ως «υπαρξιακό κενό» (existential vacuum) (Ψαρρά, & Κλεφτάρας στο Κλεφτάρας, & Καΐλα, 2009).

Ως «υπαρξιακό κενό» ο Frankl ορίζει το αίσθημα του κενού που νιώθει ο άνθρωπος και το οποίο αποκαλεί πλατιά διαδεδομένο φαινόμενο του 20^{ου} αιώνα. Αυτή η κατάσταση του «υπαρξιακού κενού» μπορεί να εκδηλωθεί με συμπτώματα ανίας, κατάθλιψης ή/ και επιθετικών συμπεριφορών. Το έντονο συναίσθημα κατάθλιψης που μπορεί να βιώνει ένα άτομο ως αποτέλεσμα της έλλειψης νοήματος στη ζωή του, μπορεί με τη σειρά του να οδηγήσει στην ενασχόληση με σκέψεις αυτοκτονίας. Το πιο πιθανό όμως είναι, η έλλειψη νοήματος ζωής μπορεί να επηρεάζει διττά την αυτοκτονική συμπεριφορά, αφενός έμμεσα, εξ' αιτίας της κατάθλιψης που μπορεί να δημιουργήσει και αφετέρου άμεσα, λόγω του ότι η ζωή και οι δυσκολίες της δεν φαίνεται πια να έχουν νόημα (Robak, & Griffin· 2000· Koslowsky, Bleich, & Apter, 1992· Drolet, 1990). Επιπλέον, σε τέτοιες περιπτώσεις υπαρξιακής κενότητας, δηλαδή όπου το άτομο δυσκολεύεται να βρει ένα νόημα ή

σκοπό στη ζωή του, συχνά βιώνει ένα αίσθημα πλήξης, ανηδονίας, απελπισίας και γενικά διακρίνεται από μια συνολικότερη έλλειψη κινήτρων που ασφαλώς δυσχεραίνουν την προσπάθειά του για την ενασχόλησή του με μια νέα δραστηριότητα (Frankl, 1973).

Το νόημα της ανθρώπινης ύπαρξης δεν απειλείται μόνο από τον πόνο αλλά μπορεί ακόμη να πυροδοτηθεί από την ενοχή και το θάνατο. Ο άνθρωπος συνεχώς έρχεται αντιμέτωπος με την ανθρώπινή του μοίρα, που περιλαμβάνει ό,τι ο ίδιος ο Frankl ονομάζει 'τραγική τριάδα της ανθρώπινης ύπαρξης', δηλαδή, τον πόνο, το θάνατο και την ενοχή (Frankl, 1987). Ο πόνος αποτελεί έναυσμα για την αναζήτηση ενός νοήματος και αναφέρεται σε καταστάσεις όπου ο άνθρωπος υποφέρει. Η ενοχή αναφέρεται σε ό,τι αφορά το παρελθόν του ανθρώπου, όπως στα πιθανά λάθη που διέπραξε, ενώ ο θάνατος απευθύνεται στο εφήμερο της ζωής (Ψαρρά, & Κλεφτάρας στο Κλεφτάρας, & Καΐλα, 2009· Frankl, 1987, σ.41). Αυτές οι αρνητικές εμπειρίες είναι που οδηγούν τον άνθρωπο να συνειδητοποιήσει πολύ περισσότερο την ανάγκη του για νόημα και για τους πνευματικούς του στόχους (Ψαρρά, & Κλεφτάρας στο Κλεφτάρας, & Καΐλα, 2009).

Σύμφωνα με τις παρατηρήσεις του Frankl, το να κατορθώσει ένας άνθρωπος να βρει ένα νόημα ή σκοπό στη ζωή του είναι ιδιαίτερα σημαντικό εφόσον το άτομο αυτό θεωρείται ιδιαίτερα ευτυχές. Το αίσθημα της ευτυχίας είναι το αποτέλεσμα μιας επιτυχούς αναζήτησης και ανακάλυψης του νοήματος σε ποικίλες καταστάσεις και γεγονότα στη ζωή ενός ατόμου (Frankl, 1977). Αναμφίβολα, το να κατορθώσει κάποιος να κατευθύνει τη ζωή του προς ένα σκοπό, αποτελεί γεγονός ζωτικής σημασίας. Ένα υγιές άτομο κατευθύνεται πρωτογενώς από την επιθυμία του να βρει νόημα στην ύπαρξή του, ενώ το ανθρώπινο ιδεώδες είναι η ανακάλυψη μιας πηγής νοήματος ζωής, παρά το γεγονός ότι η ζωή επιφυλάσσει στον άνθρωπο την αντιμετώπιση οδυνηρών εμπειριών, τον πόνο και τον αναπόφευκτο θάνατο. Το ψυχολογικά υγιές άτομο θα δώσει σημασία στις εμπειρίες που έχουν νόημα, ακόμη κι αν αυτές δεν είναι ευχάριστες (Längle, 1999).

Ο άνθρωπος ιδιαίτερα τη σημερινή εποχή ζει και μεγαλώνει κάτω από επίπονες δύσκολες συνθήκες. Συχνά το μυαλό του σύγχρονου ανθρώπου κυριεύουν πολλές υπαρξιακές ερωτήσεις, όπως αυτές που περιγράφει ο Tolstoy: «Τι θα έρθει από αυτό που κάνω σήμερα και που μπορεί να κάνω αύριο; Ποιο το όφελος από όλη μου την ζωή; Γιατί να ζω; Γιατί να εύχομαι για κάτι; Γιατί να κάνω κάτι; Υπάρχει κανένα

νόημα στη ζωή μου που δεν θα καταστραφεί από τον αναπόφευκτο θάνατο που με περιμένει;» (Tolstoy, 1929, σελ.20).

Οι απόψεις του Β. Φράνκλ βρίσκουν μεγάλη απήχηση σήμερα γιατί αφενός αποτελούν μια σημαντική εισαγωγή στις πιο σπουδαίες ψυχολογικές κινήσεις και αφετέρου αποτελούν βαθιές εμπειρίες που δεν μπορούν να αμφισβητηθούν. Ο Frankl διακατέχεται από μια εκπληκτικά αισιόδοξη και ελπιδοφόρα θεώρηση της δυνατότητας του ανθρώπου να ξεπερνά τη μοίρα του και να ανακαλύπτει μια αποτελεσματική καθοδηγητική αλήθεια που θα τον κατευθύνει αποκλειστικά μέσα από τις ίδιες του τις δυνάμεις.

5.2. Πηγές Νοήματος Ζωής

Η αναζήτηση ενός νοήματος στη ζωή αποτελεί μια δια βίου διαδικασία, που θεωρείται ότι αρχίζει κατά την ολοκλήρωση της σχολικής ηλικίας και η ενασχόληση με αυτή την αναζήτηση γίνεται πιο έντονη κατά τη μετάβαση του ατόμου στην εφηβεία (Fry, 1998).

Η αναζήτηση ενός νοήματος στη ζωή μπορεί επίσης να επηρεαστεί από ορισμένα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Η προσωπικότητα δηλαδή και ορισμένες αρετές της όπως, η δημιουργικότητα, η ευελιξία, η ευθύτητα, η προσαρμοστικότητα, η ευφυΐα, η υπευθυνότητα και το σύστημα πεποιθήσεων του ατόμου επηρεάζει αυτή την αναζήτηση του προσωπικού νοήματος ενός ατόμου (Wong, 1998a). Στην πραγματικότητα, όταν οι άνθρωποι καλούνται να προσδιορίσουν τα χαρακτηριστικά μιας γεμάτης νοήματος ύπαρξης, συχνά οι άνθρωποι αναφέρουν ότι μια ζωή με νόημα αποτελείται από φιλοδοξίες και ατομικούς στόχους, προσωπικές επιτεύξεις, επιθυμίες για προσφορά προς τους συνανθρώπους, οι οποίοι τις αναγνωρίζουν και τις επιθυμούν (Prager, 1998a, 1998b· Wong, 1998a). Ενώ οι πηγές άντλησης νοήματος μπορούν να αλλάξουν, η δύναμη για ένα σκοπό παραμένει αναλλοίωτη (Rosenmayr, 1983).

Αναφορικά με τις πηγές νοήματος, έχει υποστηριχθεί από σχετικές έρευνες ότι, η διατήρηση των ανθρώπινων αξιών, του πολιτισμού και των παραδόσεων αποτελούν ισχυρότερες πηγές νοήματος κυρίως για άτομα μεγαλύτερων ηλικιακά ομάδων σε σχέση με νεαρότερες ηλικιακές ομάδες, οι οποίες συνήθως αντλούν το ενδιαφέρον τους από την ολοκλήρωση και επίτευξη των δημιουργικών τους πράξεων (Prager,

1998a, 1998b). Βέβαια, αυτό το ερευνητικό αποτέλεσμα δεν είναι σύμφωνο με εκείνο άλλης σχετικής έρευνας που καταδεικνύει ότι οι δημιουργικές αξίες, όπως μπορεί να αποτελούν οι 'υλιστικές' επιθυμίες των νέων, δεν αποτελούν για αυτούς ουσιαστική πηγή νοήματος ζωής (Debats, 1999, σ.47).

Ακόμη, οι κοινωνικές σχέσεις αποτελούν μια θεμελιώδη πηγή νοήματος για πολλά άτομα (Hicks, & King, 2009b). Η διατήρηση ενός επαρκούς επιπέδου ποιοτικών κοινωνικών σχέσεων αποτελεί μια επιπρόσθετη πηγή νοήματος για άτομα όλων των ηλικιών (Debeats, 1999) και ειδικότερα όσον αφορά άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Ebersole, 1998· Wong, 1998a· Ebersole, & DePaola, 1989· Reker, & Wong, 1988). Πιο συγκεκριμένα, η οικογένεια, οι φίλοι αποτελούν πηγές προσωπικού νοήματος, διότι προσδίδουν μια αίσθηση ταυτότητας, αισθήματα σεβασμού και αγάπης (Wong, 1998a· Coleridge, 1993). Το να προσφέρεις πράγματα στο οικείο περιβάλλον και στους γύρω, δίνουν στο άτομο την ευκαιρία να αισθάνεται χρήσιμος και αναγκαίος, γεγονός που αποτελεί κύριο συστατικό της αναζήτησης ενός νοήματος στη ζωή (Ebersole, 1998· Wong, 1998a· Reker, & Wong, 1988). Η επαφή και η αλληλεπίδραση με άτομα από οικείο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, επιτρέπει στο άτομο να αντλήσει νόημα από αυτή την αλληλεπίδραση, με αποτέλεσμα να υιοθετεί μια πιο θετική στάση απέναντι στη ζωή (Heintzelman, & King, 2014). Κατά συνέπεια, η συχνότητα και η ποιότητα των κοινωνικών δεσμών με πρόσωπα του οικείου περιβάλλοντος, προσφέρει περισσότερες επιλογές για την πραγμάτωση ποικίλων δραστηριοτήτων και αποτελεί παράγοντα που είναι σε θέση να τονώσει όλες εκείνες τις δραστηριότητες που γίνονται πηγή προσωπικού νοήματος στη ζωή (Pinquart, 2002).

Ένα άτομο μπορεί ακόμη να αντλήσει το προσωπικό του νόημα μέσα από την ενασχόληση και την συνακόλουθη επίτευξη των ατομικών του στόχων. Η εκπλήρωση των προσωπικών του φιλοδοξιών αποτελεί μια σημαντική πηγή νοήματος για άτομο (Kim, & Kang, 2003).

Η εργασία αποτελεί άλλη μια σημαντική πηγή του νοήματος της ζωής, καθώς προσφέρει ευκαιρίες για να εκπληρώσει κανείς τις ανάγκες του για την προσωπική του επίτευξη, την ικανότητα ανάπτυξης και εξέλιξής του, τη δημιουργικότητά του (Hammel, 2003a· Ebersole, 1998· Reker, & Wong, 1988). Κατά τον Wilcock, η επαφή και ενασχόληση με κάποιο αντικείμενο, καλύπτει την ανάγκη «του πράττω, του βρίσκομαι και του ανήκω σε κάτι» (Wilcock, 1998). Υποστηρίζεται βαθιά η

πεποίθηση ότι, η εργασία, η ασχολία ενός ατόμου με κάποιο αντικείμενο αποτελεί την κύρια πηγή νοήματος της ζωής. Η εμπλοκή ενός ατόμου σε μια εργασία αποσκοπεί στην φροντίδα του εαυτού του, στην απόλαυση της ζωής και στην συνεισφορά στον κοινωνικό και οικονομικό ιστό της κοινότητας στην οποία ζει. Κάθε άτομο αποδίδει το δικό του προσωπικό του νόημα σε οποιαδήποτε εργασία, έτσι όπως το αντιλαμβάνεται το ίδιο υποκειμενικά (Canadian Association of Occupational Therapists, 2002).

Η εργασία και γενικότερα η δημιουργική απασχόληση του ατόμου σε δραστηριότητες είναι ιδιαίτερα ευεργετική τόσο για την υγεία όσο και την ευημερία του (Christiansen, 1999). Οι δραστηριότητες στις οποίες εμπλέκεται ένα άτομο στον ελεύθερο χρόνο του αποτελούν επίσης μια σημαντική πηγή νοήματος, καθώς τα άτομα αυτά επιλέγουν ελεύθερα να ασχοληθούν με ένα αντικείμενο από το οποίο αντλούν κάποιο νόημα, όπως αποτελεί ένα άθλημα (Taylor, & McGruder, 1996).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε άτομα με κινητικές-σωματικές αναπηρίες επισημαίνει τη σπουδαιότητα της ενασχόλησης κάποιου με ένα αντικείμενο σε πέντε διαστάσεις, οι οποίες προσφέρουν μια αίσθηση του νοήματος και εκπλήρωσης ενός σκοπού στο άτομο. Σε αυτές περιλαμβάνονται: η ανάγκη να μείνει κάποιος απασχολημένος σε κάτι, το οποίο με τη σειρά του, του δίνει τη δυνατότητα να είναι δραστήριος και ενεργητικός, να υπάρχει ένας λόγος για να ξεκινήσει κανείς τη μέρα του, να ανακαλύψει νέες ευκαιρίες και δυνατότητες, να οραματίζεται το μέλλον σκεπτόμενος τον εαυτό του σε μια αξιόλογη δραστηριότητα και η δυνατότητα συνεισφοράς στο κοινό καλό (Hammell, 2004, 1998a). Εξίσου σημαντική φαίνεται να είναι η αίσθηση του ανήκω σε κάτι, καθώς το άτομο αντιλαμβάνεται ότι η ζωή του έχει αξία για τους άλλους καθώς και για τον εαυτό του (Duggan, & Dijkers, 1999). Γίνεται σαφές ότι, η ικανότητα να αναζητά κάποιος νόημα μέσω μιας εργασίας, ενός επαγγέλματος ή μέσω μιας ενασχόλησης αποτελεί βασική θεώρηση στη ζωή των ανθρώπων (Jackson, Carlson, Mandel, Zemke, & Clark, 1998) και προσδίδει αναμφισβήτητα μια αίσθηση αυταξίας (Carpenter, 1994). Ειδικά για τις περιπτώσεις των ατόμων με συγγενείς αναπηρίες, τα οφέλη που προκύπτουν μέσα από την ενασχόληση με ενδιαφέρουσες για τα άτομα αυτά ενασχολήσεις, έχει έντονα επισημανθεί, καθώς τους δίνεται η δυνατότητα να ανακαλύψουν τόσο τον εαυτό τους αλλά και να αναζητήσουν ένα νόημα ζωής μέσα από την εκάστοτε ενασχόλησή τους (Specht, King, Brown, & Foris, 2002).

Νόημα ζωής μπορεί κανείς να αντλήσει και από την προσωπική του θρησκευτική πνευματικότητα. Τα ευρήματα της ψυχολογίας της θρησκείας με το νόημα της ζωής καταδεικνύουν μια θετική συσχέτιση μεταξύ της αίσθησης νοήματος και της ευεξίας (Beit-Hallahmi, & Argyle, 1997· Wulff, 1997· Shafaranski, 1996· Oser, & Reich, 1992· Schmitz, 1992· Antonovsky, 1987, 1979). Χαρακτηριστικές είναι οι μελέτες εκείνες που καταδεικνύουν ότι η θρησκεία είναι μια σημαντική πηγή του νοήματος για πολλούς ανθρώπους, καθώς θεωρείται ότι δίνει δύναμη για το σήμερα και την ελπίδα για το αύριο (Wong, 1998). Με άλλα λόγια, υποστηρίζεται από σχετικές έρευνες η ικανότητα της θρησκείας να δίνει νόημα, με την έννοια ότι τα άτομα που διατηρούν μια πίστη στο Θεό φαίνεται να βιώνουν μεγαλύτερο προσωπικό νόημα στη ζωή (Molcar, & Stuempfig, 1988). Η θρησκεία αποτελεί έναν πρωτόγονο τρόπο, μέσω του οποίου οι άνθρωποι αντλούν ένα νόημα για τον κόσμο που τους περιβάλλει (Ozorak, 2005), τους παρέχει ένα πλαίσιο για την κατανόηση τόσο ουσιαστικών καταστάσεων της καθημερινότητας όσο και υπαρξιακών ζητημάτων της (McIntosh, 1995), όπως είναι οι μεγάλες δυσκολίες που ταλανίζουν τους ανθρώπους (Spilka, Hood, Hunsberger, & Gorsuch, 2003). Σύμφωνα με τον Frankl, νόημα ζωής μπορεί να αντλήσει κανείς όταν επιτρέπει στον εαυτό του να βιώσει ή να πιστέψει σε ένα ανώτερο νόημα, το οποίο μπορεί να αναφέρεται, μεταξύ άλλων, και στην πίστη στο Θεό, με την έννοια να αισθάνεται καλά το άτομο με το Θεό (Frankl, 1979). Ένα άτομο μπορεί να αντλήσει το νόημα της ζωής του διατηρώντας μια προσωπική σχέση με το Θεό, πιστεύοντας στη μετα θάνατον ζωή ή ακόμη συνεισφέροντας στην πίστη της κοινότητας στην οποία ζει (Emmons, 2005).

Χρειάζεται ωστόσο να γίνει διάκριση μεταξύ της εγγενούς (intrinsic) και εξωγενούς (extrinsic) θρησκευτικότητας. Η εξωγενής στάση αναφέρεται σε μια ωφελμιστική συμπεριφορά και προσαρμόζεται στις εξωτερικές συνθήκες, όπως για παράδειγμα το πηγαίνει κανείς στην εκκλησία για να τον παρατηρήσουν οι άλλοι. Αντιθέτως, η εγγενής θρησκευτικότητα προέρχεται ολοκληρωτικά από μια εσωτερική κινητοποίηση και αντιπροσωπεύει το βασικό κίνητρο για τη ζωή (Auhagen, 2000), η οποία κατά τον Frankl ταυτίζεται με την αληθινή θρησκευτική πίστη και τη βαθιά πνευματικότητα (spirituality) (Ψαρρά, & Κλεφτάρας, 2009).

Θεωρείται ότι, μια αληθινή πίστη, ως στοιχείο της πνευματικότητας, επιδρά θετικά στην υποκειμενική ευεξία και αποδεικνύεται να έχει επίσης θετική σχέση με την αποδοχή του θανάτου. Άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι μια αληθινή, εγγενή

πίστη σχετίζεται σημαντικά με μια αίσθηση νοήματος ζωής (Donahue, 1985) και μάλιστα αυτή η πίστη όσο πιο εγγενώς βιώνεται τόσο μεγαλύτερη φαίνεται να είναι αυτή η αίσθηση νοήματος ζωής στο άτομο (Bolt, 1975). Αυτή η σχέση διαπιστώνεται κι από άλλη έρευνα στην οποία γίνεται σαφές ότι, η θρησκευτική πίστη ενδυναμώνει την αίσθηση νοήματος στη ζωή και ότι το νόημα της ζωής ενδυναμώνει την γενικότερη ευεξία του ατόμου (Byron, & Miller-Perrin, 2009). Αυτή η θετική συνάφεια επιβεβαιώνεται κι από πλήθος ερευνών, οι οποίες διαπιστώνουν ότι στις δυτικές κοινωνίες επισημαίνεται μια έντονα θετική σχέση ανάμεσα στη θρησκευτικότητα και στη γενικότερη ευεξία του ατόμου (Ellison, Boardman, Williams, & Jackson, 2001· Imamoglu, 1999· Beit-Hallahmi, & Argyle, 1997· Chamberlain, & Zika, 1988· Willits, & Crider, 1988· Witter, Stock, Okun, & Haring, 1985 στο Ardel, 2003).

Σχετική έρευνα καταδεικνύει ότι οι θρησκευόμενοι άνθρωποι φαίνεται να έχουν μια μεγαλύτερη αίσθηση του σκοπού στη ζωή, και εφόσον αυτό ληφθεί σοβαρά υπόψη ως γνωστική συνιστώσα της υποκειμενικής ευημερίας, τότε εύκολα κανείς διαπιστώνει ότι οι θρησκευόμενοι άνθρωποι είναι πιο ευτυχισμένοι (French, & Joseph, 1999). Άλλες έρευνες δείχνουν τη θετική επίδραση της αφοσίωσης ενός ατόμου στη θρησκεία ως προς την λειτουργική ικανότητα, την υγεία, το βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή, ενώ φαίνεται να έχει αρνητική σχέση με την κατάθλιψη, ειδικά σε άτομα μεγάλης ηλικίας (Koenig, McCullough, & Larson, 2001· Levin, Chatters, & Taylor, 1995· Levin, 1994· Idler, & Kasl, 1992· Morris, 1991· Idler, 1987· Markides, 1983· Guy, 1982· Cutler, 1976).

Η εμπλοκή ενός ατόμου σε θρησκευτικές δραστηριότητες φαίνεται να παρέχει μια θετική επίδραση όσον αφορά τις κοινωνικές στάσεις, τη γενικότερη θετική επιρροή στον τρόπο ζωής και το γάμο, ενώ παράλληλα παρέχει μια καλύτερη ερμηνεία του νοήματος ζωής των γεγονότων γύρω του (Koenig, McCullough, & Larson, 2001· Imamoglu, 1999· Neill, & Kahn, 1999· Strawbridge, Cohen, Shema, & Kaplan, 1997· Dull, & Skokan, 1995· Levin, 1994). Οι Tomer και Eliason (2000) διαπιστώνουν ότι η αφοσίωση στο θεό συσχετίζεται σημαντικά με την αίσθηση νοήματος στη ζωή. Στη βιβλιογραφία επισημαίνεται ενήλικα άτομα με σωματική αναπηρία είναι πολύ πιθανό να αναπτύξουν καταθλιπτική συμπεριφορά και λιγότερο πιθανό να παρευρίσκονται σε θρησκευτικές λειτουργίες (Ainlay, Singleton, & Swigert, 1992· Levin, & Markides, 1986· Steinitz, 1980).

Επιπλέον, σχετικές έρευνες δείχνουν ότι το νόημα ζωής συνδέεται θετικά με την αποδοχή του θανάτου (Ardelt, 2003· Thompson, Noone, & Guarino, 2003) και συνακόλουθα συνδέεται αρνητικά με το φόβο του θανάτου και την αποφυγή του (Tomer, & Eliason, 2000· Van Ransst, & Marcoen, 2000· Rappaport, Fossler, Bross, & Gilden, 1993· Bolt, 1978). Η ύπαρξη μιας σοβαρής ασθένειας, ενός τραυματισμού ή μιας αναπηρίας μπορεί να αφυπνίσει στο άτομο σκέψεις που σχετίζονται με το θάνατο εξ' αιτίας ακριβώς της σοβαρότητας της κατάστασης στην οποία αυτό βρίσκεται, καθώς η κατάσταση στην οποία βρίσκεται το άτομο είναι σε θέση να αντιπροσωπεύσει το θάνατο σε ένα ψυχολογικό επίπεδο (Martz, 2004· Livneh, 1982, 1985). Ο φόβος του θανάτου αποτελεί μια θεμελιώδη πηγή της ψυχοπαθολογίας και αναμφίβολα επηρεάζει την προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία του (Yalom, 1980). Σχετική έρευνα έδειξε ότι άτομα με αναπηρία που είναι ιδιαίτερα καταθλιπτικά σκέφτονται τον επικείμενο θάνατο και εκδηλώνουν τη δυστυχία τους (Livneh, & Antonak, 1997).

Από σχετικές έρευνες έχει αποδειχθεί σημαντική συνάφεια του νοήματος ζωής με την ψυχολογική ευεξία (Ho, Cheung, & Cheung, 2010· Visser, Garssen, & Vingerhoets, 2010· Chan, 2009· Holahan, Holahan, & Suzuki, 2008· Pan, Wong, Chan, & Joubert, 2008a· Halama, & Dedova, 2007· Jaarsma, Pool, Ranchor, & Sanderman, 2007· Lethborg, Aranda, Cox, & Kissane, 2007· Compton, 2000· Debats, 1996· Desormeaux, 2000· Labelle, Alain, Bastin, Bouffar, Dube, & Lapierre, 2001· Moomal, 1999· Scannell, Allen, & Burton, 2002· Zika & Chamberlain, 1992). Έρευνες διαπιστώνουν ότι παρουσιάζει σημαντικές συνάφειες με την ψυχική υγεία (White, Driver, & Warren, 2010· Ryff, & Singer, 1998).

Επίσης, πολλές έρευνες διαπιστώνουν μια θετική σχέση ανάμεσα στο νόημα ζωής με την ικανοποίηση που αντλεί το άτομο από τη ζωή (Kleftaras, & Psarra, 2012· Ho, Cheung, & Cheung, 2010· Konkolý Thege, Stauder, & Kopp, 2010· Chan, 2009· Mascaro, & Rosen, 2008· Pan, Wong, Chan, & Joubert, 2008b· Rauch, Cieza, & Stucki, 2008· Steger, & Kashdan, 2007· Steger, & Frazier, 2005· Heisel, & Flett, 2004· Kafka, & Kozma, 2002· King, & Napa, 1998· Ryff, 1989· Reker, Peacock, & Wong, 1987), ότι συνδέεται θετικά με την ευτυχία (Robak, & Griffin, 2000), με μια θετική θεώρηση για το μέλλον και τον κόσμο (Rappaport, Fossler, Bross, & Gilden, 1993· Molcar, & Stuempfig, 1988), με τη θετική εικόνα εαυτού και την αυτοεκτίμηση (Paradise, & Kernis, 2002).

Άλλες έρευνες επισημαίνουν την σχέση ανάμεσα στην αίσθηση νοήματος στη ζωή με την αποδοχή του θανάτου (Blazer, 1973) και μείωση της θνησιμότητας (Krause, Carter, Zhai, & Reed, 2009), με στρατηγικές διαχείρισης και αντιμετώπισης κρίσεων (Halama, & Bakosova, 2009· Auhagen, 2000), με μια καλύτερη προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας (Thompson, Coker, Krause, & Henry, 2003), με ξεκάθαρους στόχους και αξίες (Konkolý Thege et al., 2010· Yeager, & Bundick, 2009· Yalom, 1980) και με τις κοινωνικές στάσεις (Zeitchik, 2001· Chamberlain, & Zika, 1988· Shek, 1988· Crumbaugh, & Manolick, 1969, 1964). Επιπλέον, σχετίζεται θετικά και με την ανακούφιση ύστερα από πένθος ενός αγαπημένου προσώπου (Davis, & Nolen-Hoeksema, 2001· Edmonds, & Hooker, 1992· Ulmer, Range, & Smith, 1991).

Άλλες έρευνες διαπιστώνουν την αρνητικές συνάψεις ανάμεσα στο νόημα της ζωής και σε διάφορα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα (Ho et al., 2010· Fox, & Leung, 2009· Owens, Steger, Whitesell, & Herrera, 2009· Yalom, 1980), την κοινωνική απομόνωση (Ho et al., 2010), μια αποξένωση από τον εαυτό, τους άλλους και τον κόσμο (Ho et al., 2010· Cacioppo, Hawkley, Rickett, & Masi, 2005· Debats, 2000), με το φόβο του θανάτου (Routledge, & Juhl, 2010), αισθήματα πλήξης (Giuliano, 2002), απελπισίας (Yang, Staps, & Hijmans, 2010· Kang, Shim, Jeon, & Koh, 2009), ανησυχίας (Ishida, & Okada, 2006), με αυτοκτονικές τάσεις και με τη χρήση ουσιών (Fitzpatrick, 2009· Heisel, & Flett, 2004· Edwards, & Holden, 2001· Rahman, 2001· Kinnier, Metha, Keim, & Okey, 1994· Waisberg, & Porter, 1994).

Ακόμη, διαπιστώνεται ότι η έλλειψη νοήματος συνδέεται με την κατάθλιψη (Psarra, & Kleftharas, 2013, Kleftharas, & Psarra, 2012, Konkolý Thege et al., 2010· Westerhof, Bohlmeijer, van Beljouw, & Margriet, 2010· Stolovy, Lev-Wiesel, Doron, & Gelkopf, 2009· Mascaro, & Rosen, 2008· Simonelli, Fowler, Maxwell, & Andersen, 2008· Pinguart, 2002). Όσον αφορά τη αρνητική συσχέτιση του νοήματος ζωής και της κατάθλιψης μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι η κατάθλιψη μπορεί να αποφευχθεί όταν οι άνθρωποι έχουν την ευκαιρία να αποκτήσουν ένα προσωπικό νόημα από τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Οι άνθρωποι αυτοί συνήθως διακατέχονται από ένα έντονο αίσθημα αισιοδοξίας, πιστεύουν ότι έχουν τον έλεγχο και τη δυνατότητα επιλογής των πραγμάτων αλλά και νιώθουν ότι η ζωή τους είναι στα χέρια τους (Christiansen, 1999). Πράγματι, κατά τον υπαρξισμό, η ύπαρξη νοήματος, σκοπού και επιλογής στη ζωή είναι θεμελιώδη

συστατικά της, προκειμένου να βιώσει κανείς μια ζωή γεμάτη αξία (Plahuta, McCulloch, Kasarshis, Ross, Walter, & McDonald, 2002· Lavine, 1984).

Η αναζήτηση νοήματος σε μια κατάσταση αναπηρίας είναι ζήτημα υψίστης σημασίας. Το νόημα που αποδίδει ένα άτομο με αναπηρία στην κατάστασή του είναι ιδιαίτερα κρίσιμο και ιδιαίτερα για τα άτομα που η αναπηρία του μπορεί να εξελιχθεί μελλοντικά σε χειρότερη κατάσταση (Ososkie, & Schultz, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΕΙ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΠΟΥ ΑΣΚΕΙ ΤΟ ΝΟΗΜΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟ ΒΑΘΜΟ ΤΗΣ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΕΝΟΣ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΤΟΥ

Σύμφωνα με την υπαρξιακή προσέγγιση του Frankl, κάποιος μπορεί να αναζητήσει το νόημα της ζωής από πολλές και διαφορετικές πηγές. Πιθανές πηγές νοήματος μπορεί να αποτελούν για τον καθένα, η υπεράσπιση μιας αξίας ή ενός ιδανικού, διάφορες ανθρωπιστικές ανησυχίες, ο αλτρουισμός, η προσωπική ανάπτυξη και προσωπική επιτυχία, η σχέση με τη φύση, με τις παραδόσεις, τον πολιτισμό, η εμπλοκή σε κοινωνικές ή πολιτικές δραστηριότητες, οι προσωπικές σχέσεις με τους «σημαντικούς άλλους», οι δημιουργικές δραστηριότητες κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου, οι δραστηριότητες αναψυχής, η παροχή κληρονομιάς σε απογόνους, η διασφάλιση οικονομικής ασφάλειας, τα υλικά αγαθά, καθώς και η απλή ικανοποίηση των βασικών αναγκών του ανθρώπου (Prager, Savaya, & Bar-Tur, 2000· O'Connor, & Chamberlain, 1996· Reker, 1988, 1996· Reker, & Wong, 1988· Kaufman, 1987· DeVogler-Ebersole, & Ebersole, 1985).

Στην υπαρξιακή θεωρία, η θέληση αλλά και η δύναμη της θέλησης (will and will power) θεωρούνται αναγκαίες για να κατορθώσει το άτομο να πραγματοποιήσει τις αλλαγές που επιθυμεί και εύχεται (Yalom, 1980· 1974). Αυτή η αίσθηση νοήματος που αντλεί το άτομο από ζωή του μπορεί να προέρχεται και από τις επιμέρους τέσσερις διαστάσεις του νοήματος της ζωής, δηλαδή από «αίσθηση πληρότητας από τη ζωή», από «την επίτευξη των στόχων» που θέτει το άτομο, από «την ελευθερία των επιλογών του» αλλά και από τις «στάσεις του ατόμου απέναντι στο θάνατο». Οι έρευνες που ακολουθούν στηριζόμενες στις λογοθεραπευτικές ιδέες του Frankl, επικεντρώνονται στη σπουδαιότητα αναζήτησης του νοήματος της ζωής και των επιμέρους διαστάσεών του και καταδεικνύουν τη θετική τους επίδραση στην προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία του.

Η έρευνα των Psarra και Kleftaftara (2013), διερεύνησε στην Ελλάδα τη σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και την προσαρμογή στη σωματική-κινητική αναπηρία με συγκεκριμένες πτυχές του νοήματος της ζωής. Στην έρευνα συμμετείχαν 511 άτομα με διαφορετικά είδη αναπηρίας, μεταξύ των οποίων, παραπληγικοί, τετραπληγικοί, ημιπληγικοί και άτομα με άλλες μορφές αναπηρίας, άνδρες και γυναίκες ελληνικής

καταγωγής. Από αυτήν την έρευνα μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι όταν ένα άτομο με αναπηρία διαθέτει μια αίσθηση νοήματος και προσανατολισμού στη ζωή, έχει ξεκάθαρη αίσθηση μιας προσωπικής ταυτότητας και υπευθυνότητας στη ζωή, αποδέχεται το αναπόφευκτο γεγονός του θανάτου και ασχολείται με νέα ενδιαφέροντα και προκλήσεις στη ζωή, τότε αποδέχεται και προσαρμόζεται καλύτερα στην αναπηρία και συνακόλουθα, τόσο λιγότερο πιθανό είναι το ίδιο άτομο να παρουσιάσει μια καταθλιπτική συμπεριφορά και αντίστροφα. Επιπλέον, όσο περισσότερο ένα άτομο εκδηλώνει μια έλλειψη αισθήματος νοήματος ζωής, χωρίς στόχους και μια αποστολή στη ζωή, όταν διαθέτει συναισθήματα απάθειας, πλήξης και αδιαφορίας για τη ζωή του (υπαρξιακό κενό), τόσο πιθανότερο είναι να εκδηλώσει μια καταθλιπτική συμπτωματολογία και μάλιστα η παρουσία της κατάθλιψη στο άτομο δημιουργεί εκείνες της προϋποθέσεις για μια αμφίβολη προσαρμογή στη σωματική αναπηρία.

Προς αυτή την κατεύθυνση, χαρακτηριστική είναι η έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2003 από τους Thompson, Coker, Krause και Henry. Σε αυτήν την έρευνα συμμετείχαν 1,391 ενήλικα άτομα με κάκωση στο νωτιαίο μυελό. Τα αποτελέσματά της καταδεικνύουν ότι, η αναζήτηση νοήματος και σκοπού στη ζωή ενός ατόμου με αναπηρία είναι ένας προβλεπτικός παράγοντας για την ομαλή προσαρμογή του ατόμου στη ζωή με σοβαρή δυσλειτουργία (Thompson, Coker, Krause, & Henry, 2003).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η έρευνα του Dunn (1996), η οποία εξέτασε τη σχέση ανάμεσα στην αναζήτηση νοήματος στην κατάσταση της αναπηρίας με δύο μεταβλητές της ψυχολογικής ευημερίας: την κατάθλιψη και την αυτοεκτίμηση. Από την ανάλυση των ευρημάτων προκύπτει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η αίσθηση νοήματος του ατόμου, ως προς τα επίπεδα αισιοδοξίας και προσωπικού εσωτερικού ελέγχου απέναντι στο γεγονός της αναπηρίας τόσο λιγότερο καταθλιπτικό εμφανίζεται το άτομο και αποκτά μια θετικότερη αίσθηση της εικόνας του εαυτού, με αποτέλεσμα να προσαρμόζεται ομαλότερα στην αναπηρία του. Από την παρούσα έρευνα γίνεται σαφές ότι το νόημα της ζωής συνδέεται θετικά με την ψυχολογική ευεξία μετά τον ακρωτηριασμό.

Σε συνάφεια με την προαναφερόμενη έρευνα, η έρευνα των Gallagher και MacLachlan (2000) διερευνά πως βιώνουν οι άνθρωποι με αναπηρία την εμπειρία του ακρωτηριασμού τους και επίσης αν και κατά πόσο θεωρούν ότι έχει προκύψει κάτι

θετικό από τον ακρωτηριασμό τους. Στην έρευνα αυτή πήραν μέρος 104 άτομα με ακρωτηριασμό. Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες που απέδωσαν κάποιο νόημα στην αναπηρία τους σημείωσαν χαμηλά ποσοστά λειτουργικού περιορισμού στην καθημερινότητά τους και συνακόλουθα υψηλά ποσοστά σε όλους τους παράγοντες τις ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην αναπηρία. Γενικότερα, από την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων προκύπτει ότι, η επαναξιολόγηση της ζωής ως θετική, παρά το γεγονός της αναπηρίας αλλά και ο επαναπροσδιορισμός του ακρωτηριασμού στη ζωή, αποδίδοντας ένα θετικό νόημα στην αναπηρία και επισημαίνοντας την πιθανότητα των χειρότερων εξελίξεων στη ζωή κάποιου, αποτελούν τρόπους για να διαχειριστεί κανείς την αναπηρία του, να έχει καλύτερη σωματική υγεία και να προσαρμοστεί ευκολότερα σε αυτή.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η έρευνα των Coffey, Gallagher, Desmond και Ryall (2014), η οποία διερευνά αφενός το βαθμό της ποιότητας ζωής σε άτομα με ακρωτηριασμό, κατά την εισαγωγή τους στην μονάδα αποκατάστασης και κατά την έξοδό τους από αυτή και αφετέρου διερευνά εάν η επίτευξη των στόχων που θέτει το άτομο και η προσαρμογή σε αυτούς αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για καλύτερα αποτελέσματα της κατάστασης της αναπηρίας τους. Στην έρευνα συμμετείχαν 64 άτομα με απώλεια του κάτω άκρους. Από την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων παρατηρήθηκε σημαντικά στατιστική σχέση ανάμεσα στα επίπεδα δραστηριοποίησης με βάση την αναπηρία, καταδεικνύοντας ότι, η επιμονή στην εκπλήρωση των στόχων προβλέπει καλύτερα αποτελέσματα στην εξέλιξη και την προσαρμογή στο γεγονός της αναπηρίας.

Η έρευνα Smith και Zautra (2004) διερευνά το ρόλο που διαδραματίζει η αίσθηση νοήματος και σκοπού στη ζωή έπειτα από τη διαδικασία ανάρρωσής ασθενών που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση αντικατάστασης του γόνατος. Τα αποτελέσματα της αυτής της έρευνας καταδεικνύουν ότι η αίσθηση νοήματος και σκοπού που παρουσιάζει ένα άτομο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάρρωση των ασθενών με σοβαρή οστεοαρθρίτιδα του γόνατος, εφόσον τα ερευνητικά αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι αυτή η αίσθηση νοήματος και σκοπού συνδέεται σημαντικά με τη βελτίωση της ψυχικής και σωματικής υγείας των ασθενών του δείγματος.

Η έρευνα των Lustig, Rosenthal, Strauser και Haynes (2000) εξετάζει τη σχέση ανάμεσα στην αίσθηση συνοχής που επιδεικνύει ένα άτομο με αναπηρία, δηλαδή ως

προς την ικανότητά του να κατανοεί, να διαχειρίζεται και να ανακαλύπτει ένα νόημα στον κόσμο που τον περιβάλλει με το βαθμό της προσαρμογής στην αναπηρία τους. Πιο αναλυτικά, στην έρευνα συμμετείχαν 89 άτομα με ποικίλες αναπηρίες, με κινητικές και αισθητηριακές μειονεξίες. Τα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν την αρχική υπόθεση των συγγραφέων ότι αυτή η αίσθηση συνοχής διευκολύνει την προσαρμογή των ατόμων στην αναπηρία τους και πιο συγκεκριμένα αποδείχτηκε σημαντικά στατιστική σχέση ανάμεσα σε μια από τις τρεις υποκλίμακες της αίσθησης συνοχής, δηλαδή της ικανότητας του ατόμου για απόδοση νοήματος στην αναπηρία με το βαθμό προσαρμογής του σε αυτή, καταδεικνύοντας ότι, η απόδοση νοήματος στην αναπηρία, διευκολύνει και την προσαρμογή του σε αυτή.

Ενδιαφέρον προκαλεί και η έρευνα που διεξήχθη από τον Lustig το 2005, η οποία αξιολογεί τις αντιλήψεις ενός ατόμου έπειτα από το γεγονός της αναπηρίας και ελέγχει το βαθμό συνοχής ενός ατόμου απέναντι στη ζωή, δηλαδή ελέγχει εάν το άτομο με αναπηρία, έπειτα από την εμφάνιση της αναπηρίας στη ζωή του, έχει μειώσει σημαντικά την ικανότητά του να κατανοεί, να διαχειρίζεται και να ανακαλύπτει ένα νόημα στον κόσμο που τον περιβάλλει. Στην έρευνα συμμετείχαν 48 άτομα με κάκωση στο νωτιαίο μυελό. Από τα παραπάνω ερευνητικά δεδομένα, γίνεται σαφές ότι οι αντιλήψεις του ατόμου συσχετίζονται με το βαθμό προσαρμογής και αποδοχής στην αναπηρία του. Επίσης, προκύπτει ότι, η αίσθηση συνοχής που αντιλαμβάνεται ότι έχει ένα άτομο με αναπηρία απέναντι στη ζωή, όταν αυτή παρουσιάζεται εξασθενημένη συνδέεται σημαντικά με μη προσαρμοστικές συμπεριφορές απέναντι στην αναπηρία, με άμεσο αποτέλεσμα την επικράτηση μιας προβληματικής κατάστασης στην διαδικασία προσαρμογής στην αναπηρία.

Σε αντιστοιχία με την παραπάνω έρευνα, η έρευνα των Rena, Moshe και Abraham (1996) εξετάζει τη σχέση ανάμεσα στην αίσθηση συνοχής που παρουσιάζει ένα άτομο με το βαθμό προσαρμογής στην αναπηρία του. Συγκεκριμένα, σε αυτή την έρευνα συμμετείχαν δυο ομάδες, εκ των οποίων τη μια αποτέλεσαν 80 άτομα με αναπηρία και την άλλη ομάδα συγκροτούσαν άτομα δίχως αναπηρία και συγκεκριμένα οι 72 σύζυγοι των ατόμων με αναπηρία. Από την έρευνα διαπιστώθηκε η ύπαρξη θετικής σχέσης ανάμεσα στην αίσθηση συνοχής με τον βαθμό προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας.

Σε άλλη μελέτη (Martz, 2004), διερευνήθηκε ο βαθμός του φόβου του θανάτου, ως μια παράμετρος του νοήματος της ζωής, ανάμεσα σε άτομα με αναπηρία.

Ειδικότερα, με αφορμή ότι το γεγονός της αναπηρίας εμπλέκει το άτομο περισσότερο σε σκέψεις αναφορικά με το φόβο απέναντι στο θάνατο, διερευνήθηκε εάν ο φόβος του θανάτου λειτουργεί ως προβλεπτικός παράγοντας ανάπτυξης μετατραυματικού στρες σε άτομα με αναπηρία. Στην έρευνα συμμετείχαν 313 άτομα με κάκωση στον νωτιαίο μυελό. Από την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων προκύπτει ότι, ο υψηλός φόβος απέναντι στον θάνατο σε συνδυασμό με την ύπαρξη του πόνου που βιώνουν λόγω της αναπηρίας τους, αποτελούν παράγοντες πρόβλεψης μιας μετατραυματικής διαταραχής σε άτομα με σωματική-κινητική αναπηρία, η οποία ασφαλώς επηρεάζει την ψυχική τους υγεία.

Στην έρευνα του Amaral (2009) συμμετείχαν 9 άτομα με σωματική-κινητική αναπηρία, τα οποία κατάφεραν να προσαρμοστούν στην αναπηρία τους έπειτα από την επιτυχή αναζήτηση ενός προσωπικού νοήματος στο γεγονός της αναπηρίας. Οι συμμετέχοντες κατέθεσαν τις απαντήσεις τους μέσα από μια ημι-δομημένη συνέντευξη. Από την ποιοτική ανάλυση των δεδομένων έγινε σαφές ότι, οι συμμετέχοντες κατέληξαν να επιδεικνύουν ένα αξιόλογο βαθμό προσαρμογής, μια θέληση να διαχειριστούν την αναπηρία τους και τις προκλήσεις που απορρέουν από αυτή, επιτυγχάνοντας μια κοινωνική, σωματική και ψυχολογική προσαρμογή στην αναπηρία τους. Αυτή η πνευματική διάσταση που διακρίνει τα άτομα, τους δίνει τη δύναμη να επιτύχουν τους στόχους στη ζωή τους, διατηρώντας και τη δυνατότητα να προγραμματίσουν τις μελλοντικές τους δράσεις.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η έρευνα που διεξήχθη από τον Wineman (1990), στην οποία συμμετείχαν 118 άτομα με κινητική-σωματική αναπηρία και συγκεκριμένα με σκλήρυνση κατά πλάκας. Η συγκεκριμένη έρευνα εξετάζει τις σχέσεις ανάμεσα στην κοινωνική στήριξη, στο βαθμό της λειτουργικής ανικανότητας εξ' αιτίας της αναπηρίας τους, στην αντιλαμβανόμενη αβεβαιότητα για τη συμπτωματολογία και τη θεραπεία της αναπηρίας αλλά και στο βαθμό της ψυχολογικής προσαρμογής στην αναπηρία τους. Από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας προκύπτει ότι, όσο μεγαλύτερη θεωρείται η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη του ατόμου τόσο μεγαλύτερη είναι και η αίσθηση του σκοπού στη ζωή, και συνακόλουθα τόσο μικρότερο είναι το επίπεδο της κατάθλιψης, γεγονός που συσχετίζεται με μια ομαλότερη διαδικασία προσαρμογής στην κατάσταση της αναπηρίας.

Η έρευνα των Silver, Wortman και Klos (1982) εξετάζει τη σημασία της αναζήτησης νοήματος σε άτομα με αναπηρία και συσχετίζει τον παράγοντα αυτό με το βαθμό προσαρμογής στην αναπηρία τους. Στην έρευνα συμμετείχαν 102 άτομα με κάκωση στο νωτιαίο μυελό, οι περισσότεροι από τους οποίους είχαν μόνιμη αναπηρία. Από την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων προέκυψε ότι, τα άτομα που δυσκολεύτηκαν να αποδώσουν ένα νόημα στο γεγονός της αναπηρίας μετά το ατύχημα, παρουσιάστηκαν περισσότερο καταθλιπτικά, εκδήλωσαν περισσότερο θυμό και άγχος μέσα στις πρώτες λίγες εβδομάδες μετά τον τραυματισμό τους και πολύ εύκολα κατηγορούσαν τους άλλους και το περιβάλλον για την ύπαρξη του ατυχήματος. Αντιθέτως, τα άτομα που κατάφεραν να αποδώσουν ένα νόημα στο γεγονός της αναπηρίας τους, εμφανίστηκαν να είναι λιγότερο καταθλιπτικοί και οργισμένοι με το γεγονός του ατυχήματος, δεν απέδιδαν τις ευθύνες για την ύπαρξη του ατυχήματος ή στους άλλους και γενικά, παρουσίασαν μια καλύτερη πορεία στη διαδικασία της προσαρμογής στην αναπηρία τους.

Σε άλλη έρευνα (Ristner, Andersson, Johansson, Johansson, & Ponzer, 2000) διερευνάται ο βαθμός της αίσθησης συνοχής που βιώνει ένα άτομο στη ζωή και η αίσθηση ελέγχου που βιώνει σε σχέση με τα αποτελέσματα της φυσικής κατάστασης έπειτα από ορθοπεδικό τραυματισμό. Στην έρευνα συμμετείχαν 111 άτομα με αναπηρία. Το δείγμα της έρευνας που εμφάνισε χαμηλή αίσθηση συνοχής (66%), παρουσίασε μια άσχημη εικόνα αναφορικά με την κατάσταση της αναπηρίας του, χαμηλό βαθμό της σωματικής λειτουργικότητας και ελέγχου της αναπηρίας του, υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, και υψηλό βαθμό σωματικού πόνου, συγκρινόμενοι με εκείνους με υψηλή αίσθηση συνοχής (45%), που γενικά παρουσίασαν καλύτερη κλινική εικόνα της αναπηρίας, λιγότερο σωματικό και λειτουργικό περιορισμό, υψηλό εσωτερικό-προσωπικό έλεγχο, μικρότερα επίπεδα κατάθλιψης και μικρότερα επίπεδα σωματικού πόνου. Από την παραπάνω έρευνα προκύπτει ότι για την επίτευξη μιας καλύτερη κλινικής εικόνας, θεωρείται σημαντική η υιοθέτηση στρατηγικών αντιμετώπισης και αποδοχής της πραγματικότητας, μέσα από μια αναζήτηση νοήματος στο γεγονός της αναπηρίας, σε συνδυασμό με βιολογικούς, ψυχολογικούς και άλλους ατομικούς παράγοντες, προκειμένου το άτομο να εξασφαλίσει μια καλή σωματική ευεξία και υγεία.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1977 από τους Bullman και Wortman σε μια ομάδα παραπληγικών και τετραπληγικών, εξετάζονται οι επικρατούσες

αντιλήψεις τους σχετικά με το γεγονός της αναπηρίας τους. Μέσα από αυτές τις κυριαρχούσες αντιλήψεις των ατόμων του δείγματος απέναντι στο γεγονός της αναπηρίας τους, καταδεικνύεται ότι οι συμμετέχοντες κατάφεραν να αναζητήσουν ένα νόημα στην αναπηρία τους. Αυτές οι αντιλήψεις των ατόμων δείχνουν έναν προσανατολισμό προς το μέλλον, οι οποίες με τη σειρά τους βοηθούν τα άτομα να αποδεχθούν ευκολότερα αλλά και να προσαρμοστούν ομαλότερα στην κατάσταση τους, αποκτώντας με αυτόν τον τρόπο έναν έλεγχο στο περιβάλλον αλλά και μια δύναμη να σχεδιάσουν το μέλλον τους καλύτερα.

Η έρευνα του Allen (1989) εξετάζει το ρόλο που διαδραματίζει η αναζήτηση νοήματος στην διαδικασία της προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας. Στην έρευνα συμμετείχαν 25 άτομα με επίκτητη τύφλωση, οι οποίοι δήλωσαν ότι κατάφεραν να προσαρμοστούν καλύτερα στην αναπηρία τους, έπειτα από μια επιτυχή αναζήτηση ενός προσωπικού νοήματος στην αναπηρία τους.

Σε άλλη έρευνα των Stanton, Danoff-Burg, Sworowski, Collins, Branstetter, Rodriguez-Hanley, Kirk, & Austenfeld (2002) καταδεικνύεται ότι τόσο η σωματική όσο και η ψυχολογική διαδικασία της προσαρμογής ενός ατόμου στον καρκίνο του στήθους, ως χρόνια ασθένεια-αναπηρία, επηρεάζεται σημαντικά τόσο από την έκφραση των συναισθημάτων των ατόμων του δείγματος όσο και από την διαδικασία εντοπισμού ενός οφέλους σε αυτή τη στρεσογόνα κατάσταση.

Στην έρευνα του Carpenter (1994) συμμετείχαν 10 άτομα που είχαν υποστεί κάκωση στο νωτιαίο μυελό, οι οποίοι κατάφεραν να αποδώσουν ένα νόημα στην αναπηρία τους μέσα από την ανακάλυψη του νέου τους εαυτού και μέσα από τον επαναπροσδιορισμό της αναπηρίας στη ζωή τους, επιτυγχάνοντας έτσι καλύτερα μια ομαλότερη βίωση της εμπειρίας της αναπηρίας στη ζωή τους και γενικότερα μια καλύτερη προσαρμογή σε αυτή.

Στην έρευνα του Fife (2005) συμμετείχαν 76 άτομα με καρκίνο και 130 άτομα με HIV/AIDS. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας βρέθηκε ότι, η αίσθηση νοήματος που βιώνουν τα άτομα του δείγματος στη ζωή τους επηρεάζει αφενός τη διαδικασία προσαρμογής τους στην χρόνια ασθένεια-αναπηρία τους, ανεξάρτητα από τα συμπτώματα αυτής και αφετέρου ότι επηρεάζει θετικά την αυτοαντίληψή τους, η οποία με τη σειρά της επιδρά θετικά στη διαδικασία της προσαρμογής των ατόμων του δείγματος σε αυτή.

Στην έρευνα των Pakenham και Cox (2009) συμμετείχαν 388 άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας και από την ανάλυση των ευρημάτων βρέθηκε ότι ο εντοπισμός ενός οφέλους και απόδοσης νοήματος στην χρόνια ασθένεια αναπηρία τους από τους συμμετέχοντες φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά το βαθμό προσαρμογής τους στην κατάσταση της αναπηρίας τους.

Ακόμη, στην έρευνα των Bower, Meyerowitz, Desmond, Bernaards, Rowland και Ganz (2005) συμμετείχαν 763 άτομα που είχαν διαγνωστεί με καρκίνο. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι, οι συμμετέχοντες που κατόρθωσαν να αποδώσουν ένα θετικό νόημα στην ασθένεια-αναπηρία τους, επηρέασαν σημαντικά το βαθμό της ψυχολογικής προσαρμογής τους σε αυτή και παρουσίασαν μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Παρομοίως, στην έρευνα των Carver και Antoni (2004), συμμετείχαν 230 άτομα που επίσης είχαν διαγνωστεί με καρκίνο. Αυτή η έρευνα εξετάζει το βαθμό κατά τον οποίο ο εντοπισμός ενός οφέλους στο γεγονός της χρόνιας ασθένειας-αναπηρίας μπορεί να επηρεάσει τη διαδικασία της προσαρμογής των ατόμων σε αυτή. Από την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων βρέθηκε ότι, σε ένα μετεγχειρητικό επίπεδο 96 από τους συμμετέχοντες παρουσίασαν καλύτερα αποτελέσματα προσαρμογής στην χρόνια ασθένεια-αναπηρία τους, έπειτα από τον εντοπισμό ενός οφέλους σε αυτή.

Η έρευνα των Kuijer και De Ridder (2003) εξέτασε το ρόλο που διαδραματίζει η απόκλιση από την επίτευξη των στόχων της ζωής ενός ατόμου λόγω της χρόνιας ασθένειας των ατόμων του δείγματος στην ψυχολογική τους ευεξία και στη γενικότερη ποιότητα ζωής τους. Στην έρευνα συμμετείχαν 117 άτομα, εκ των οποίων 54 είχαν διαγνωστεί με άσθμα, 31 με διαβήτη και 32 με καρδιακή πάθηση. Σε αυτή την έρευνα, όπως διαπιστώθηκε από την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων, η επίτευξη σημαντικών προσωπικών στόχων ζωής από τα άτομα με χρόνια ασθένεια συνδράμει στην ενίσχυση της ψυχολογικής τους ευεξίας αλλά και στην διασφάλιση μιας καλύτερης ποιότητας ζωής.

Η έρευνα των Mackay, Charles, Kemp και Heckhausen (2011) διερευνά το ρόλο που διαδραματίζουν η ενασχόληση με τους προσωπικούς στόχους και η υιοθέτηση δύο στρατηγικών αντιμετώπισης (αυτο-ενοχοποίηση και άρνηση) στην εξασφάλιση της συναισθηματικής ευημερίας σε 99 ενήλικες με σωματική-κινητική αναπηρία. Από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας προκύπτει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η

εμπλοκή και ενασχόληση με τους στόχους που θέτει κάθε άτομο ξεχωριστά, τόσο μεγαλύτερη είναι η συναισθηματική ευημερία βιώνει το ίδιο αυτό άτομο.

Η έρευνα των O'Connor, Wicker και Germino (1990) διερευνά τη διαδικασία αναζήτησης ενός προσωπικού νοήματος 30 ασθενών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο στην χρόνια ασθένεια-αναπηρία τους. Από την ανάλυση των ευρημάτων, βρέθηκε ότι δύο σημαντικοί παράγοντες, η πίστη και η κοινωνική στήριξη που λαμβάνουν τα άτομα αυτά, παίζουν καθοριστικό ρόλο στη στάση που διατηρούν τα άτομα αυτά απέναντι στη ζωή και στον επικείμενο θάνατο.

Η έρευνα των Jim, Richardson, Susan, Golden-Kreutz, & Andersen (2006) εξετάζει τη σχέση ανάμεσα στην υιοθέτηση στρατηγικών αντιμετώπισης της εμφάνισης καρκίνου και της αναζήτησης ενός προσωπικού νοήματος σε αυτή τη χρόνια ασθένεια αναπηρία από ασθενείς δύο χρόνια μετά την εμφάνισή της. Από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας προέκυψε ότι, η υιοθέτηση θετικών στρατηγικών για τη διαχείριση του καρκίνου από τους ασθενείς του δείγματος, παρουσιάζει σημαντικά στατιστικές συνάψεις με την αίσθηση νοήματος που βιώνουν τα άτομα στη ζωή τους, καθώς τα άτομα αυτά εκδηλώνουν αισθήματα εσωτερικής γαλήνης και ηρεμίας, βιώνουν μια αίσθηση πληρότητας από τη ζωή και εκδηλώνουν την ικανοποίησή τους για το μέλλον. Αντιθέτως, η απουσία τέτοιων στρατηγικών αντιμετώπισης της χρόνιας ασθένειας-αναπηρίας από τα άτομα του δείγματος, συσχετίστηκε με ένα μειωμένο αίσθημα νοήματος στη ζωή και με αισθήματα γενικότερης σύγχυσης.

Η έρευνα των DeRoos-Cassini, de St. Aubin, Valvano, Hastings, Horn (2009) καταδεικνύει ότι η αντιλαμβανόμενη απώλεια των φυσικών λειτουργιών και ικανοτήτων του σώματος αλλά και η αναζήτηση νοήματος και σκοπού στη ζωή από 79 βετεράνους που είχαν υποστεί κάκωση στο νωτιαίο μυελό, παρουσιάζουν σημαντικά στατικές συσχετίσεις με το βαθμό της θετικής προσαρμογής στην αναπηρία τους.

Στην έρευνα των Unwin, Kacpersek και Clarke (2009) διερευνήθηκε αν η διαδικασία της ψυχολογικής προσαρμογής στο γεγονός του ακρωτηριασμού επηρεάζεται από δημογραφικούς παράγοντες αλλά και από σχετικές με την αναπηρία μεταβλητές. Στην έρευνα συμμετείχαν 99 άτομα με ακρωτηριασμό των κάτω άκρων. Από την ανάλυση των ευρημάτων διαπιστώθηκε ότι, η κοινωνική στήριξη αλλά και το αίσθημα ελπίδας κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης επηρεάζουν σημαντικά την

ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία του, ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντικά στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στη διαδικασία της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στο γεγονός του ακρωτηριασμού με τις δημογραφικές μεταβλητές (φύλο, ηλικία) αλλά και με εκείνες τις μεταβλητές που σχετίζονται με την αναπηρία (αιτία, τύπος).

Στην έρευνα των Κλεφτάρα, Ψαρρά, και Καλαντζή-Αζίζι, (2007) συμμετείχαν 401 νεοσύλλεκτοι άνδρες κατά τη διάρκεια της βασικής τους εκπαίδευσης στο Πολεμικό Ναυτικό. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη της σχέσης του νοήματος ζωής και των διαστάσεων του (αίσθηση πληρότητας από τη ζωή, επίτευξη στόχων, ελευθερία επιλογών, θάνατος) με την κατάθλιψη, καθώς επίσης και οι διαφορές στο νόημα ζωής μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Από την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων προέκυψαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του νοήματος ζωής και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Όσον αφορά τις διαστάσεις του νοήματος ζωής, μόνο η «αίσθηση πληρότητας από τη ζωή» και η «επίτευξη στόχων» διαφοροποιούσαν σημαντικά τα άτομα με την χαμηλή, τη μέτρια και την υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι το να είναι κάποιος/α παντρεμένος/η ή σε μια ερωτική σχέση, καθώς επίσης και η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες αποδείχτηκαν σημαντικές πηγές άντλησης νοήματος.

Τα αποτελέσματα της προαναφερόμενης έρευνας επιβεβαιώθηκαν και σε μετέπειτα έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Klefтарas και Psarra (2012), η οποία διερεύνησε τη σχέση ανάμεσα στο νόημα της ζωής και των επιμέρους διαστάσεων του (αίσθηση πληρότητας από τη ζωή, επίτευξη στόχων, ελευθερία επιλογών και θάνατος) με την κατάθλιψη και τη γενική ψυχολογική ευεξία σε 401 νεοσύλλεκτους ναύτες του Πολεμικού Ναυτικού. Ανάμεσα στους συμμετέχοντες παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις ως προς το βαθμό της αίσθησης νοήματος στη ζωή, καθώς άτομα με υψηλό νόημα ζωής παρουσίασαν αντίστοιχα καλύτερα αποτελέσματα ψυχολογικής υγείας και χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης.

Σε έρευνα του Yeager και Bundick (2009) διερευνήθηκε η σχέση ανάμεσα στους επαγγελματικούς στόχους με την αίσθηση νοήματος και σκοπού σε 148 έφηβους. Από την ανάλυση των ευρημάτων βρέθηκε ότι, το ποσοστό των νέων που είχαν ξεκάθαρους επαγγελματικούς σκοπούς στη ζωή τους, βίωναν και μια εντονότερη αίσθηση νοήματος σε αυτή, συγκρινόμενοι με εκείνους που δεν είχαν ορίσει

σχετικούς στόχους και σκοπούς, οι οποίοι όπως αποδείχθηκε προωθεί την αίσθηση νοήματος ενός ατόμου στη ζωή.

Σε άλλη έρευνα των Jiao, Heyne και Lam (2012) εξετάστηκε ο ρόλος που διαδραματίζει η αντιλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη αλλά και η καταθλιπτική συμπτωματολογία στην αποδοχή μιας κατάστασης αναπηρίας. Στην έρευνα συμμετείχαν 100 άτομα με κάκωση στο νωτιαίο μυελό. Από την ανάλυση των ερευνητικών αποτελεσμάτων βρέθηκε ότι, τα άτομα που έδειξαν μεγαλύτερη αποδοχή της αναπηρίας τους, εμφανίστηκαν να λαμβάνουν μεγαλύτερη κοινωνική στήριξη και λιγότερο καταθλιπτική συμπτωματολογία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

7.1. Εισαγωγή

Στη μελέτη που ακολουθεί, αναφέρονται διεξοδικά οι στόχοι της έρευνας και με βάση αυτούς τους βασικούς στόχους περιγράφονται οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας εμπειρικής μελέτης. Στη συνέχεια, δίνονται αναλυτικές πληροφορίες για τη δομή του δείγματος και τα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Ακολουθεί μια αναλυτική περιγραφή των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν ως μεθοδολογικά εργαλεία της έρευνας. Τέλος, γίνεται αναφορά στην συλλογή των ερευνητικών δεδομένων, όπου περιγράφεται αναλυτικά η διαδικασία της συγκέντρωσης των ερωτηματολογίων.

7.2. Σκοπός έρευνας

Σύμφωνα με τον Βίκτωρ Φρανκλ, αυτό που κάνει τη διαφορά στην επιβίωση των ανθρώπων δεν είναι η σωματική τους υγεία αλλά η ύπαρξη ενός νοήματος ζωής, ενός προσωπικού λόγου για να θέλει κάποιος να ζήσει, όποιος κι αν είναι αυτός ο λόγος.

Σκοπός λοιπόν της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει τον βαθμό της αίσθησης νοήματος ζωής σε άτομα με αναπηρία και σε άτομα χωρίς αναπηρία, καθώς και να διερευνήσει πως η αίσθηση νοήματος που βιώνουν τα άτομα με αναπηρία του δείγματος στη ζωή τους επηρεάζει αφενός την αναγνώριση-παραδοχή της αναπηρίας τους και αφετέρου τη διαδικασία προσαρμογής τους στην αναπηρία τους.

Συνεπώς, βασικοί στόχοι της παρούσας μελέτης είναι:

- α) η εξέταση του βαθμού της κλίμακας νοήματος ζωής σε άτομα με ή χωρίς αναπηρία,
- β) η συσχέτιση της κλίμακας του νοήματος ζωής με συγκεκριμένα ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ηλικία, επίπεδο μόρφωσης, επαγγελματική κατάσταση, προέλευση αναπηρίας) στα άτομα με και δίχως αναπηρία,
- γ) η εξέταση του βαθμού της αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας και της προσαρμογής τους σε αυτή στα άτομα με αναπηρία του δείγματος,
- δ) η συσχέτιση των δύο αυτών παραγόντων (αναγνώριση-παραδοχή, προσαρμογή) με συγκεκριμένα ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ηλικία, επίπεδο μόρφωσης, επαγγελματική κατάσταση, προέλευση αναπηρίας) στα άτομα με αναπηρία του δείγματος.

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

1. Αν προκύψει υψηλό αίσθημα νοήματος ζωής στα άτομα χωρίς αναπηρία, για τα άτομα με αναπηρία θα προκύψει χαμηλότερο αίσθημα νοήματος ζωής,

2. Αν η κλίμακα του νοήματος ζωής συσχετίζεται με συγκεκριμένα ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ηλικία, επίπεδο μόρφωσης, επαγγελματική κατάσταση, προέλευση αναπηρίας) στα άτομα με και δίχως αναπηρία του δείγματος,

3. Αν ο βαθμός της αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας συσχετίζεται με συγκεκριμένα ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ηλικία, επίπεδο μόρφωσης, επαγγελματική κατάσταση, προέλευση αναπηρίας) στα άτομα με αναπηρία του δείγματος,

4. Αν ο βαθμός της προσαρμογής της αναπηρίας συσχετίζεται με συγκεκριμένα ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ηλικία, επίπεδο μόρφωσης, επαγγελματική κατάσταση, προέλευση αναπηρίας) στα άτομα με αναπηρία του δείγματος,

5. Αν η σχέση του βαθμού της αίσθησης νοήματος ζωής και αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας είναι θετική στα άτομα με αναπηρία του δείγματος,

6. Αν η σχέση του βαθμού της αίσθησης νοήματος ζωής και προσαρμογής στην αναπηρία είναι θετική στα άτομα με αναπηρία του δείγματος.

7.3. Δείγμα

Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος άτομα με αναπηρία και άτομα χωρίς αναπηρία. Συγκεκριμένα, συμμετείχαν 65 άτομα χωρίς αναπηρία και 195 άτομα με αναπηρία εκ των οποίων 65 ήταν με προβλήματα όρασης, 65 με προβλήματα ακοής και 65 με κινητικά προβλήματα.

Η δομή του δείγματος ως προς τα ατομικά τους χαρακτηριστικά περιλαμβάνει το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την εργασιακή κατάσταση και την προέλευση της αναπηρίας για τα άτομα του δείγματος με αναπηρία.

Ως προς το φύλο των συμμετεχόντων στα άτομα με προβλήματα όρασης 37 είναι άνδρες και 28 γυναίκες, στα άτομα με προβλήματα ακοής 29 είναι άνδρες και 36 γυναίκες και στα άτομα του δείγματος με κινητικά προβλήματα 45 είναι άνδρες και 20 γυναίκες. Από το σύνολο των συμμετεχόντων χωρίς αναπηρία 17 είναι άνδρες και 48 γυναίκες. Στο σύνολο του δείγματος 128 (49,2%) είναι άνδρες και 132 (50,8%) είναι γυναίκες. (Πίνακας 1)

Πίνακας 1: Κατανομή δείγματος ως προς το Φύλο

		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Προβλήματα Όρασης	Συχνότητα	37	28	65
	% μερικού συνόλου	14,2%	10,8%	25,0%
Προβλήματα Ακοής	Συχνότητα	29	36	65
	% μερικού συνόλου	11,2%	13,8%	25,0%
Κινητικά Προβλήματα	Συχνότητα	45	20	65
	% μερικού συνόλου	17,3%	7,7%	25,0%
Χωρίς αναπηρία	Συχνότητα	17	48	65
	% μερικού συνόλου	6,5%	18,5%	25,0%
Σύνολο	Συχνότητα	128	132	260
	% του Συνόλου	49,2%	50,8%	100,0%

Η ηλικία των συμμετεχόντων με προβλήματα όρασης ήταν για 9 άτομα από 18 έως 25 ετών, για 31 άτομα από 26 έως 35 ετών, για 15 άτομα από 36 έως 45 ετών, για 7 άτομα από 46 έως 55 ετών και 3 άτομα με προβλήματα όρασης ήταν άνω των 55 ετών. Στα άτομα του δείγματος με προβλήματα ακοής 7 ήταν από 18 έως 25 ετών, 24

από 26 έως 35 ετών, 16 άτομα από 36 έως 45 ετών, 10 άτομα από 46 έως 55 ετών και 8 άτομα είχαν ηλικία άνω των 55 ετών. Από τους συμμετέχοντες με κινητικά προβλήματα 11 άτομα ήταν από 18 έως 25 ετών, 28 άτομα από 26 έως 35 ετών, 15 άτομα από 36 έως 45 ετών, 8 άτομα από 46 έως 55 ετών και 3 άτομα με ηλικία άνω των 50 ετών.

Στους συμμετέχοντες χωρίς αναπηρία 29 άτομα είναι από 18 έως 25 ετών, 14 άτομα από 26 έως 35 ετών, 12 άτομα από 36 έως 45 ετών, 7 άτομα από 46 έως 55 ετών και 3 άτομα με ηλικία άνω των 55 ετών.

Στο σύνολο του δείγματος 56 άτομα είναι από 18 έως 25 ετών (21,5%), 97 από 26 έως 35 ετών (37,3%), 58 από 36 έως 45 ετών (22,3%), 32 από 46 έως 55 ετών (12,3%) και 17 άνω των 55 ετών (6,5%). (Πίνακας 2)

Πίνακας 2: Κατανομή δείγματος ως προς την Ηλικία

		Ηλικία					Σύνολο
		18-25	26-35	36-45	46-55	>55	
Προβλήματα Όρασης	Συχνότητα	9	31	15	7	3	65
	% μερικού συνόλου	3,5%	11,9%	5,8%	2,7%	1,2%	25,0%
Προβλήματα Ακοής	Συχνότητα	7	24	16	10	8	65
	% μερικού συνόλου	2,7%	9,2%	6,2%	3,8%	3,1%	25,0%
Κινητικά Προβλήματα	Συχνότητα	11	28	15	8	3	65
	% μερικού συνόλου	4,2%	10,8%	5,8%	3,1%	1,2%	25,0%
Χωρίς αναπηρία	Συχνότητα	29	14	12	7	3	65
	% μερικού συνόλου	11,2%	5,4%	4,6%	2,7%	1,2%	25,0%
Σύνολο	Συχνότητα	56	97	58	32	17	260
	% του Συνόλου	21,5%	37,3%	22,3%	12,3%	6,5%	100,0%

Από τα 260 άτομα του δείγματος 165 είναι άγαμοι/ες (63,5%), 84 έγγαμοι/ες (32,3%) και 11 διαζευγμένοι/ες (4,2%). Ανά αναπηρία η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων είναι:

Στα άτομα με προβλήματα όρασης 43 είναι άγαμοι/ες, 20 έγγαμοι/ες και 2 διαζευγμένοι/ες. Στα άτομα με προβλήματα ακοής 31 είναι άγαμοι/ες, 30 έγγαμοι/ες και 4 διαζευγμένοι/ες. Από τους συμμετέχοντες με κινητικά προβλήματα 43 είναι άγαμοι/ες, 18 έγγαμοι/ες και 2 διαζευγμένοι/ες.

Από τους συμμετέχοντες χωρίς αναπηρία 48 είναι άγαμοι/ες, 16 έγγαμοι/ες και 1 διαζευγμένος/η. (Πίνακας 3)

Πίνακας 3: Κατανομή δείγματος ως προς την Οικογενειακή Κατάσταση

		Οικογενειακή Κατάσταση			Σύνολο
		Άγαμος/η	Έγγαμος/η	Διαζευγμένος/η	
Προβλήματα Όρασης	Συχνότητα	43	20	2	65
	% μερικού συνόλου	16,5%	7,7%	0,8%	25,0%
Προβλήματα Ακοής	Συχνότητα	31	30	4	65
	% μερικού συνόλου	11,9%	11,5%	1,5%	25,0%
Κινητικά Προβλήματα	Συχνότητα	43	18	4	65
	% μερικού συνόλου	16,5%	6,9%	1,5%	25,0%
Χωρίς αναπηρία	Συχνότητα	48	16	1	65
	% μερικού συνόλου	18,5%	6,2%	0,4%	25,0%
Σύνολο	Συχνότητα	165	84	11	260
	% του Συνόλου	63,5%	32,3%	4,2%	100,0%

Στους συμμετέχοντες με προβλήματα όρασης 5 είναι Α' θμιας Εκπαίδευσης, 24 Β' θμιας Εκπαίδευσης, 32 Γ' θμιας Εκπαίδευσης, 3 έχουν Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Σπουδών και 1 είναι κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου. Από τα άτομα του δείγματος με προβλήματα ακοής 25 είναι Α' θμιας Εκπαίδευσης, 17 Β' θμιας Εκπαίδευσης, 20 Γ' θμιας Εκπαίδευσης και 3 έχουν Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Σπουδών. Από τους συμμετέχοντες με κινητικά προβλήματα 6 είναι Α' θμιας Εκπαίδευσης, 40 Β' θμιας Εκπαίδευσης, 15 Γ' θμιας Εκπαίδευσης, 3 έχουν Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Σπουδών και 1 είναι κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου.

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων χωρίς αναπηρία που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα 2 είναι Α' θμιας Εκπαίδευσης, 22 Β' θμιας Εκπαίδευσης, 30 Γ' θμιας Εκπαίδευσης και 11 έχουν Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Σπουδών.

Στο σύνολο του δείγματος 38 (14,6%) είναι Α' θμιας Εκπαίδευσης, 103 (39,6%) Β' θμιας Εκπαίδευσης, 97 (37,3%) Γ' θμιας Εκπαίδευσης, 20 (7,7%) έχουν Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Σπουδών και 2 (0,8%) είναι κάτοχοι Διδακτορικού Τίτλου. (Πίνακας 4)

Η υψηλή ανεργία τόσο στα άτομα με αναπηρία του δείγματος όσο και στα άτομα χωρίς αναπηρία είναι εμφανής. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει δε το γεγονός ότι η

ανεργία στα άτομα χωρίς αναπηρία το ποσοστό που είναι άνεργοι (12,3%) είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό ανέργων στις ομάδες ατόμων με αναπηρία (6,5%, 11,2% και 10,8%).

Πίνακας 4:Κατανομή δείγματος ως προς το Μορφωτικό Επίπεδο

		Εκπαίδευση					Σύνολο
		Α'θμια	Β'θμια	Γ'θμια	Μεταπτυχιακό	Διδακτορικό	
Προβλήματα Όρασης	Συχνότητα	5	24	32	3	1	65
	% μερικού συνόλου	1,9%	9,2%	12,3%	1,2%	0,4%	25,0%
Προβλήματα Ακοής	Συχνότητα	25	17	20	3	0	65
	% μερικού συνόλου	9,6%	6,5%	7,7%	1,2%	0,0%	25,0%
Κινητικά Προβλήματα	Συχνότητα	6	40	15	3	1	65
	% μερικού συνόλου	2,3%	15,4%	5,8%	1,2%	0,4%	25,0%
Χωρίς αναπηρία	Συχνότητα	2	22	30	11	0	65
	% μερικού συνόλου	0,8%	8,5%	11,5%	4,2%	0,0%	25,0%
Σύνολο	Συχνότητα	38	103	97	20	2	260
	% του Συνόλου	14,6%	39,6%	37,3%	7,7%	0,8%	100,0%

Συγκεκριμένα, στους συμμετέχοντες με προβλήματα όρασης 17 είναι άνεργοι/ες, 25 εργάζονται, 2 είναι ημιαπασχολούμενοι και 21 είναι συνταξιούχοι/ες. Στα άτομα με προβλήματα ακοής 29 είναι άνεργοι/ες, 24 εργάζονται, 6 είναι ημιαπασχολούμενοι και 6 είναι συνταξιούχοι/ες. Στους συμμετέχοντες με κινητικά προβλήματα 28 είναι άνεργοι/ες, 21 εργάζονται, 3 είναι ημιαπασχολούμενοι και 13 είναι συνταξιούχοι/ες.

Στο σύνολο των ατόμων χωρίς αναπηρία 32 είναι άνεργοι/ες, 20 εργάζονται, 9 είναι ημιαπασχολούμενοι και 4 είναι συνταξιούχοι/ες. Στο σύνολο του δείγματος 106 (40,8%) είναι άνεργοι/ες, 90 (34,6%) εργάζονται, 20 (7,7%) είναι ημιαπασχολούμενοι και 44 (16,9%) είναι συνταξιούχοι/ες. (Πίνακας 5)

Από τα 195 άτομα του δείγματος με αναπηρία, επίκτητη η αναπηρία ήταν σε 113 (57,9%) από αυτά, ενώ εκ γενετής σε 82 (42,1%). Αναλυτικά, επίκτητα τα προβλήματα όρασης ήταν για 43 άτομα, ενώ εκ γενετής για 22 άτομα. Τα προβλήματα ακοής επίλθαν μεταγενέστερα της γέννησης για 24 άτομα, ενώ για 41

άτομα ήταν εκ γενετής. Τα κινητικά προβλήματα ήταν επίκτητα για 46 άτομα, ενώ εκ γενετής για 19 άτομα. (Πίνακας 6)

Πίνακας 5: Κατανομή δείγματος ως προς την Επαγγελματική Κατάσταση

		Επαγγελματική Κατάσταση				Σύνολο
		Άνεργος/η	Εργαζόμενος/η	Ημιαπασχολούμενος/η	Συνταξιούχος/α	
Προβλήματα Όρασης	Συχνότητα	17	25	2	21	65
	% μερικού συνόλου	6,5%	9,6%	0,8%	8,1%	25,0%
Προβλήματα Ακοής	Συχνότητα	29	24	6	6	65
	% μερικού συνόλου	11,2%	9,2%	2,3%	2,3%	25,0%
Κινητικά Προβλήματα	Συχνότητα	28	21	3	13	65
	% μερικού συνόλου	10,8%	8,1%	1,2%	5,0%	25,0%
Χωρίς αναπηρία	Συχνότητα	32	20	9	4	65
	% μερικού συνόλου	12,3%	7,7%	3,5%	1,5%	25,0%
Σύνολο	Συχνότητα	106	90	20	44	260
	% του Συνόλου	40,8%	34,6%	7,7%	16,9%	100,0%

Πίνακας 6: Κατανομή δείγματος ως προς την Προέλευση Αναπηρίας

		Προέλευση Αναπηρίας		Σύνολο
		Επίκτητη	Εκ γενετής	
Προβλήματα Όρασης	Συχνότητα	43	22	65
	% μερικού συνόλου	22,1%	11,3%	33,3%
Προβλήματα Ακοής	Συχνότητα	24	41	65
	% μερικού συνόλου	12,3%	21,0%	33,3%
Κινητικά Προβλήματα	Συχνότητα	46	19	65
	% μερικού συνόλου	23,6%	9,7%	33,3%
Σύνολο	Συχνότητα	113	82	195
	% του Συνόλου	57,9%	42,1%	100,0%

7.4. Ερευνητικά εργαλεία

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, στο πλαίσιο επιλογής εργαλείων μέτρησης του νοήματος ζωής και των αντιδράσεων των ατόμων με αναπηρία ως προς την αναγνώριση-παραδοχή της αναπηρίας και ως προς την προσαρμογή σε αυτή η επισκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για υφιστάμενα ερωτηματολόγια εντόπισε τα εξής:

- Κλίμακα Νοήματος Ζωής (Purpose-In-Life Test [PIL])

J.C. Crumbaugh και L.T. Maholick (Προσαρμογή: Γ. Κλεφτάρας, Ε. Ψαρρά)

Η κλίμακα αυτή μετρά το βαθμό στον οποίο ένα άτομο βιώνει ένα αίσθημα νοήματος στη ζωή του, όπως αυτό ορίζεται βάσει της υπαρξιακής θεώρησης του Victor Frankl. Σύμφωνα με τη θεώρηση του Frankl, η στάση απέναντι στη ζωή που υιοθετεί ένα άτομο με βάση τις αξίες του αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στον τρόπο νοηματοδότησής της (Frankl, 1959, 1969).

Η PIL περιλαμβάνει 20 δηλώσεις-ερωτήσεις στις οποίες το άτομο καλείται να απαντήσει και οι οποίες αφορούν τις αντιλήψεις που έχει το άτομο σε σχέση με την ελευθερία επιλογών, την ύπαρξη του, το θάνατο, την αξία της ζωής και γενικότερα τη στάση του απέναντι στη ζωή. Το νόημα ζωής βιώνεται μέσα από τις δημιουργικές και τις εμπειρικές αξίες, καθώς και τις αξίες στάσεων.

Βάσει μιας κλίμακας επτά διαβαθμίσεων τύπου Likert η βαθμολογία του ατόμου μπορεί να κυμαίνεται από 20 έως 140 βαθμούς. Ο τελικός βαθμός διαμορφώνεται από το άθροισμα των απαντήσεων του σε όλες τις ερωτήσεις - δηλώσεις της κλίμακας. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία ενός ατόμου, τόσο πιο έντονη είναι η αίσθηση προσωπικού νοήματος ζωής που θεωρείται ότι το άτομο αυτό βιώνει. Οι Crumbaugh και Maholick (1964, 1969) προτείνουν το μέσο όρο βαθμολογίας 112 στην PIL ως σημείο τομής, ενδεικτικό των φυσιολογικών ατόμων, και το μέσο όρο 92 ως το σημείο τομής που υποδηλώνει ψυχική ασθένεια. Έτσι, βαθμολογίες πάνω από 112 αντιστοιχούν σε ένα ισχυρό αίσθημα νοήματος ζωής, ενώ αυτές κάτω από 92 δείχνουν έλλειψη νοήματος ζωής (Crumbaugh, & Maholick, 1964, 1969).

Στην παρούσα έρευνα προσαρμόστηκε αναλόγως κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων τύπου Likert (από 1= Βαριέμαι πάρα πολύ έως 5=Είμαι ενθουσιώδης), οπότε η βαθμολογία του ατόμου μπορεί να κυμαίνεται από 20 έως 100 βαθμούς. Υπολογίζοντας το λόγο 112 προς 140 και το λόγο 92 προς 140 προέκυψε ότι σημείο

τομής ενδεικτικό των φυσιολογικών ατόμων στην παρούσα έρευνα είναι το 80 ενώ το σημείο τομής που υποδηλώνει ψυχική ασθένεια είναι το 65,7.

- Ερωτηματολόγιο Αντιδράσεων στη Σωματική Βλάβη και τη Δυσλειτουργία (Reactions to Impairment and Disability Inventory [RIDDI])

H. Livneh & R. Antonak (Προσαρμογή: Ε. Ψαρρά και Γ. Κλεφτάρας)

Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει ως στόχο την εκτίμηση των προσωπικών ψυχολογικών αντιδράσεων ενός ατόμου που παρουσιάζει σωματική βλάβη ή δυσλειτουργία.

Το RIDDI αποτελείται από 60 προτάσεις-δηλώσεις που δηλώνουν πιθανές αντιδράσεις στο γεγονός μιας σωματικής βλάβης ή μιας κατάστασης αναπηρίας. Αποτελείται από οκτώ υποκλίμακες που συνδέονται με μια υποτιθέμενη χρονική δομή, όπου οι αντιδράσεις που δεν ευνοούν την προσαρμογή του ατόμου συνδέονται με χρονιότητα και βιώνονται πιο συχνά στο παρελθόν από ότι στο μέλλον (Livneh, & Antonak, 1991).

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας υπολογίστηκαν δύο από τις οκτώ υποκλίμακες οι οποίες μετρούν (α) την αναγνώριση-παραδοχή (π.χ. «Έχω περάσει μια κρίση και νιώθω ότι κατανοώ τα πράγματα καλύτερα») (ερωτήσεις 8,9,10,11,12,13,14 του ερωτηματολογίου, Παράρτημα) και (β) την προσαρμογή (π.χ. «Όλα στη ζωή μου δένουν και πάλι μεταξύ τους») (ερωτήσεις 15,16,17,18,19,20,21,22 του ερωτηματολογίου, Παράρτημα). Η απάντηση σε κάθε ερώτηση γίνεται σε μία κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων: 1=Ποτέ - Η αντίδραση δεν βιώνεται ποτέ, 2= Σπάνια - Η αντίδραση βιώνεται σπάνια, 1 έως 4 φορές το μήνα, 3= Μερικές φορές - Η αντίδραση βιώνεται περιστασιακά, 5 έως 9 φορές το μήνα, 4= Συχνά - Η αντίδραση βιώνεται συχνά, 10 ή περισσότερες φορές το μήνα και 5= Πολύ συχνά - Η αντίδραση βιώνεται καθημερινά. Ο βαθμός κάθε υποκλίμακας προκύπτει από το άθροισμα των επιμέρους ερωτήσεων.

7.5. Επιλογή δείγματος - Συλλογή ερευνητικών δεδομένων

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

Η συγκέντρωση των ερωτηματολογίων διήρκεσε από τον Οκτώβριο του 2013 έως και το Φεβρουάριο του ίδιου έτους. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε συλλόγους ατόμων με αναπηρία σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας και πιο συγκεκριμένα στις περιφέρειες της Ηπείρου, της Μακεδονίας, της Θεσσαλίας και της Πελοποννήσου, και σε άτομα χωρίς αναπηρία από την περιφέρεια της Ηπείρου. Ωστόσο, από τα ερωτηματολόγια που επεστράφησαν, εξαιρέθηκαν από την παρούσα διαναπηρική έρευνα 13 ελλιπώς συμπληρωμένα ερωτηματολόγια από άτομα με τύφλωση και κώφωση, καθώς δεν κρίθηκαν ως αξιοποιήσιμα. Συγκεντρώθηκαν 65 ερωτηματολόγια από κάθε κατηγορία αντίστοιχα.

7.6. Στατιστική επεξεργασία δεδομένων

Για τη Στατιστική Επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το SPSS for Windows, version 21.0 (Statistical Package for Social Sciences- Στατιστικό πακέτο εφαρμογών για τις Κοινωνικές Επιστήμες).

Για την ανάλυση των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της περιγραφικής στατιστικής, υπολογίζοντας τα περιγραφικά στοιχεία μέσος όρος, τυπική απόκλιση και εύρος τιμών.

Η ύπαρξη συνοχής μεταξύ των κλιμάκων υπολογίστηκε μέσω του δείκτη Cronbach α ο οποίος είναι ένας από τους ευρέως χρησιμοποιούμενους δείκτες αξιοπιστίας και υπολογίστηκε από τον Cronbach (1951). Αλλιώς ονομάζεται και δείκτης εσωτερικής συνάφειας (internal consistency coefficient). Ο δείκτης αυτός μπορεί να ερμηνευτεί ως ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ μιας κλίμακας και όλων των πιθανών κλιμάκων που περιλαμβάνουν τον ίδιο αριθμό θεμάτων και οι οποίες θα μπορούσε να δημιουργηθούν από ένα υποθετικό σύνολο θεμάτων τα οποία μετρούν το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό. Θεωρητικά μπορεί να κυμαίνεται από το μείον άπειρο έως το 1 (μόνο οι θετικές τιμές έχουν νόημα).

Ενδεικτικές τιμές αξιοπιστίας είναι οι παρακάτω:

- < 0.6 η κλίμακα είναι αναξιόπιστη
- 0.6 το ελάχιστο αποδεκτό όριο
- 0.7 επαρκές
- 0.8 καλύτερο
- 0.9 πολύ υψηλή αξιοπιστία (μάλλον σπάνιο)

Για τον έλεγχο κανονικότητας των δεδομένων των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov καθώς το μέγεθος του δείγματος είναι >50.

Για τη διερεύνηση της διαφοράς μέσω μεταξύ δύο ομάδων ως προς μια εξαρτημένη μεταβλητή τα δεδομένα της οποίας ακολουθούν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ανεξάρτητων δειγμάτων ενώ τα αριθμητικά δεδομένα με μη κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό ισοδύναμο κριτήριο Mann-Whitney's U. Στην περίπτωση που οι ομάδες ήταν περισσότερες από δύο εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Anova) όπου τα αριθμητικά δεδομένα ακολουθούσαν την κανονική κατανομή και το μη παραμετρικό ισοδύναμο κριτήριο Kruskal-Wallis στην περίπτωση που δεν υπήρχε κανονικότητα στα αριθμητικά δεδομένα.

Για τον έλεγχο συσχέτισης της κλίμακας νοήματος ζωής με τις υποκλίμακες αντιδράσεων στη σωματική βλάβη και τη Δυσλειτουργία χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson.

Το επίπεδο σημαντικότητας p του ελέγχου ορίστηκε στις τιμές 0.05, 0.01 και 0.001. Οι τιμές του στατιστικού ελέγχου οι οποίες αντιστοιχούν στο επίπεδο σημαντικότητας p ονομάζονται κρίσιμες τιμές και προσδιορίζουν την ύπαρξη συσχέτισης ή όχι μεταξύ των μεταβλητών. Επίπεδο σημαντικότητας p μικρότερο των κρίσιμων τιμών προϋποθέτει ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης ή διαφοράς μεταξύ των μεταβλητών. Συγκεκριμένα, όσο μικρότερη είναι η κρίσιμη τιμή τόσο πιο στατιστικά σημαντική συσχέτιση ή διαφορά υποδεικνύεται.

7.7. Αποτελέσματα

7.7.1. Εξέταση βαθμού αίσθησης νοήματος ζωής

Προκειμένου να υπολογιστεί ο βαθμός αίσθησης νοήματος ζωής υπολογίστηκε για κάθε ομάδα του δείγματος ο μέσος όρος του αθροίσματος των επιμέρους ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.

Προκύπτει ότι ο μέσος όρος της βαθμολογίας νοήματος ζωής δεν είναι για καμία από τις ομάδες του δείγματος κάτω από 65,7, βαθμολογία που θα έδειχνε έλλειψη νοήματος ζωής αλλά ούτε και πάνω από 80, βαθμολογία που αντιστοιχεί σε ένα ισχυρό αίσθημα νοήματος ζωής. (Πίνακας 7).

Επιπρόσθετα, κατά μέσο όρο την υψηλότερη βαθμολογία αίσθησης νοήματος ζωής παρουσιάζουν τα άτομα δίχως αναπηρία με μέσο όρο 79,36 (εύρος τιμών 48, τυπική απόκλιση 8,50), το οποίο και βρίσκεται πολύ κοντά στο σημείο τομής 80, ενδεικτικό των φυσιολογικών ατόμων.

Από τις τρεις ομάδες του δείγματος με αναπηρία με υψηλότερη βαθμολογία κατα μέσο όρο στην αίσθηση νοήματος ζωής βρίσκονται τα άτομα με κινητικά προβλήματα με μέσο όρο 77,33 (εύρος τιμών 45, τυπική απόκλιση 9,13) και αρκετά κοντά βρίσκεται η βαθμολογία της αίσθησης νοήματος ζωής για τα άτομα με προβλήματα όρασης με μέσο όρο 76,24.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο βαθμός αίσθησης νοήματος ζωής για τα άτομα με προβλήματα ακοής, μέσος όρος 71,78 (εύρος τιμών 54, τυπική απόκλιση 11,07) ο οποίος έχει τη μεγαλύτερη απόκλιση από τον αντίστοιχο βαθμό των υπολοίπων ομάδων του δείγματος.

Επίσης, πρέπει να τονισθεί ότι αν και ο βαθμός αίσθησης νοήματος ζωής για τα άτομα με προβλήματα ακοής είναι πάνω από το σημείο τομής 65,7, ενδεικτικό έλλειψης νοήματος ζωής, και κάτω από το σημείο τομής 80, ενδεικτικό υψηλής αίσθησης νοήματος ζωής, βρίσκεται πιο κοντά στο σημείο τομής 65,7.

Πίνακας 7: Περιγραφικά στοιχεία κλίμακας Νοήματος Ζωής

Ομάδα ατόμων	Κλίμακα Νοήματος Ζωής	N	Εύρος τιμών	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Χωρίς αναπηρία	PIL	65	48,00	48,00	96,00	79,3692	8,50840
Προβλήματα Όρασης	PIL	65	52,00	43,00	95,00	76,2462	9,14643
Προβλήματα Ακοής	PIL	65	54,00	40,00	94,00	71,7846	11,07854
Κινητικά Προβλήματα	PIL	65	45,00	51,00	96,00	77,3385	9,13318

7.7.2. Ανάλυση αξιοπιστίας κλίμακας νοήματος ζωής

Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου ως προς την κλίμακα Νοήματος Ζωής εκτιμήθηκε βάσει του δείκτη alpha του Cronbach.

Η συνοχή των δεδομένων του ερωτηματολογίου ως προς την κλίμακα Νοήματος Ζωής που αφορά τα άτομα χωρίς αναπηρία προέκυψε στο καλύτερο επίπεδο καθώς οι τιμές του δείκτη alpha του Cronbach και στις τρεις ομάδες του δείγματος είναι άνω του 0,8. Ανάλογα αποτελέσματα προέκυψαν και για τη συνοχή των δεδομένων στην κλίμακα ζωής που αφορά τα άτομα χωρίς αναπηρία όπου η τιμή του δείκτη alpha του Cronbach είναι 0,806. (Πίνακας 8)

Πίνακας 8: Συνοχή δεδομένων κλίμακας Νοήματος Ζωής σύμφωνα με τον δείκτη εσωτερικής συνάφειας Cronbach a

Ομάδα Ατόμων	Κλίμακα Νοήματος Ζωής	Cronbach a	Αριθμός ερωτήσεων
Χωρίς αναπηρία	PIL	0,806	20
Προβλήματα Όρασης	PIL	0,829	20
Προβλήματα Ακοής	PIL	0,809	20
Κινητικά Προβλήματα	PIL	0,822	20

7.7.3. Έλεγχος κανονικότητας δεδομένων κλίμακας νοήματος ζωής

Επειδή κάθε ομάδα του δείγματος έχει μέγεθος $n=65 > 50$ το στατιστικό κριτήριο που είναι κατάλληλο να ελέγξει την ύπαρξη ή μη κανονικότητας των δεδομένων της κλίμακας νοήματος ζωής είναι εκείνο των Kolmogorov-Smirnov. Συνεπώς λαμβάνοντας ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 5%, διατυπώνουμε τη μηδενική υπόθεση H_0 η οποία απορρίπτεται αν $p < 0,05$ και την εναλλακτική υπόθεση H_1 οι οποίες είναι:

H_0 : Η κατανομή του δείγματος μας δεν απέχει και πολύ από την κανονική κατανομή

H_1 : Η κατανομή του δείγματος μας, απέχει πολύ από την κανονική κατανομή

Προκύπτει ότι η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται μόνο για τα δεδομένα της κλίμακας νοήματος ζωής των ατόμων με προβλήματα ακοής ($p=0,015 < 0,05$). Συνεπώς, η κανονικότητα των δεδομένων της κλίμακας νοήματος ζωής ισχύει για τα δεδομένα των ατόμων χωρίς αναπηρία ($p=0,200 > 0,05$), με προβλήματα όρασης ($p=0,178 > 0,05$) και με κινητικά προβλήματα ($p=0,200 > 0,05$), ενώ δεν ισχύει για τα δεδομένα των ατόμων με προβλήματα ακοής. (Πίνακας 9)

Πίνακας 9: Κριτήριο ύπαρξης κανονικότητας δεδομένων κλίμακας νοήματος ζωής ανά ομάδα του δείγματος

Ομάδα Ατόμων	Κλίμακα Νοήματος Ζωής	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Statistic	df	Sig.
Χωρίς αναπηρία	PIL	,085	65	,200*
Προβλήματα Όρασης	PIL	,100	65	,178
Προβλήματα Ακοής	PIL	,124	65	,015
Κινητικά Προβλήματα	PIL	,095	65	,200*

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

7.7.4 Βαθμός κλίμακας νοήματος ζωής ανά ατομικό στοιχείο

Προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της μέσης βαθμολογίας στην κλίμακα νοήματος ζωής ως προς τα ατομικά στοιχεία των ομάδων του δείγματος πραγματοποιήθηκε επαγωγική στατιστική ανάλυση σύγκρισης μέσων. Συγκεκριμένα, στην περίπτωση που τα δεδομένα της κλίμακας δεν απείχαν πολύ από την κανονική κατανομή, χρησιμοποιήθηκε η διαδικασία Ανάλυσης Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Anova) όπου οι ανεξάρτητες μεταβλητές είχαν περισσότερες από δύο κατηγορίες (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική κατάσταση) και ο t test έλεγχος ανεξάρτητων δειγμάτων για μεταβλητές με δύο κατηγορίες (φύλο, προέλευση αναπηρίας). Μη παραμετρικά κριτήρια σύγκρισης μέσων χρησιμοποιήθηκαν όπου η κατανομή των δεδομένων της κλίμακας νοήματος ζωής απέχει πολύ από την κανονική κατανομή. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney (μη παραμετρικό κριτήριο ισοδύναμο του t test ανεξάρτητων δειγμάτων) για τις ανεξάρτητες μεταβλητές με δύο κατηγορίες και το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis (μη παραμετρικό ισοδύναμο του One Way Anova) για τις ανεξάρτητες μεταβλητές με περισσότερες από δύο κατηγορίες.

Εφαρμόζοντας στη συνέχεια αντιστοίχως τους παραπάνω στατιστικούς ελέγχους δεν προέκυψε για καμία από τις ομάδες του δείγματος στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου βαθμολογίας της κλίμακας νοήματος ζωής ως προς τα ατομικά τους στοιχεία ($p > 0,05$). Παρόλα αυτά, είναι σκόπιμο να αναφερθούν για κάθε ομάδα δείγματος τα εξής:

- Στα άτομα χωρίς αναπηρία παρατηρείται ότι ο μέσος βαθμός αίσθησης νοήματος ζωής είναι μεγαλύτερος στους άνδρες από ότι στις γυναίκες, στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας από ότι στα άτομα μικρότερης ηλικίας, στους έγγαμους από ότι στους διαζευγμένους ή στους άγαμους, στα άτομα με μεταπτυχιακό δίπλωμα ζωής αν και εδώ τον μικρότερο βαθμό εμφανίζουν οι απόφοιτοι Γ' θμιας εκπαίδευσης, και στους εργαζομένους από ότι στους άνεργους ή στους συνταξιούχους ενώ τα άτομα με ημιαπασχόληση εμφανίζουν τον μικρότερο βαθμό. (Πίνακας 10)

- Στα άτομα με κινητικά προβλήματα του δείγματος παρατηρείται ότι, μεγαλύτερος μέσος βαθμός αίσθησης νοήματος ζωής είναι στους άνδρες από ότι στις γυναίκες, στα άτομα με κινητικά προβλήματα η αναπηρία των οποίων είναι επίκτητη και όχι εκ γενετής. Όμως, αντίθετα από ότι στα άτομα χωρίς αναπηρία του δείγματος

υψηλότερο μέσο βαθμό εμφανίζουν οι άγαμοι συμμετέχοντες από ότι οι έγγαμοι ή οι διαζευγμένοι, οι ημιαπασχολούμενοι από ότι οι εργαζόμενοι, ενώ ακολουθούν οι άνεργοι και τελευταίοι σε βαθμολογία έρχονται οι συνταξιούχοι, οι απόφοιτοι Α'θμιας ή Β'θμιας από ότι οι απόφοιτοι Γ'θμιας ή κάτοχοι Μεταπτυχιακού διπλώματος, ενώ αν και ως προς την ηλικία τα άτομα με ηλικία άνω των 55 ετών έχουν τη μεγαλύτερη μέση βαθμολογία στην αίσθηση νοήματος ζωής ωστόσο τα άτομα με κινητικά προβλήματα ηλικία 46 έως 55 έχουν τη μικρότερη. (Πίνακας 10)

- Στα άτομα με προβλήματα ακοής του δείγματος παρατηρείται ότι υψηλότερο μέσο βαθμό αίσθησης νοήματος ζωής παρουσιάζουν οι γυναίκες από ότι οι άνδρες, τα άτομα μικρότερης ηλικίας από ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, οι έγγαμοι με τους άγαμους από ότι οι διαζευγμένοι, οι έχοντες πλήρη ή μερική εργασία από ότι οι άνεργοι ή οι συνταξιούχοι, οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού διπλώματος ενώ ακολουθούν οι απόφοιτοι Β'θμιας εκπαίδευσης, οι απόφοιτοι Γ'θμιας και με το μικρότερο βαθμό είναι οι απόφοιτοι Α'θμιας εκπαίδευσης. Επιπλέον, υψηλότερο βαθμό αίσθησης νοήματος ζωής παρουσιάζουν τα άτομα με προβλήματα ακοής των οποίων η αναπηρία είναι επίκτητη από ότι εκείνα των οποίων είναι εκ γενετής. (Πίνακας 10)

- Τέλος, στα άτομα με προβλήματα όρασης ο μέσος βαθμός αίσθησης νοήματος ζωής είναι μεγαλύτερος στους άνδρες από ότι στις γυναίκες, στους έχοντες ημιαπασχόληση από ότι στους εργαζόμενους, ενώ ακολουθούν οι συνταξιούχοι και τελευταίοι σε βαθμολογία έρχονται οι άνεργοι, στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας από ότι στα άτομα μικρότερης ηλικίας με εξαίρεση όμως τα άτομα με προβλήματα όρασης ηλικίας άνω των 55 ετών που παρουσιάζουν τον μικρότερο μέσο βαθμό αίσθησης νοήματος ζωής, στους άγαμους από ότι στους έγγαμους (οι διαζευγμένοι είναι μόλις το 0,8% του δείγματος), στα άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου από ότι στα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου με προβλήματα όρασης. Σε αντίθεση με τις άλλες δύο ομάδες ατόμων αναπηρίας του δείγματος, έρχεται ο μέσος βαθμός αίσθησης νοήματος ζωής των ατόμων με προβλήματα όρασης των οποίων η αναπηρία είναι επίκτητη, ο οποίος είναι μικρότερος από τον μέσο βαθμό αίσθησης νοήματος ζωής για τα άτομα με προβλήματα όρασης των οποίων η αναπηρία είναι εκ γενετής. (Πίνακας 10)

Πίνακας 10: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με κλίμακα νοήματος ζωής για κάθε ομάδα του δείγματος

		Προβλήματα Όρασης		Προβλήματα Ακοής		Κινητικά Προβλήματα		Χωρίς Αναπηρία	
		M.O.	sig. (p)	M.O.	sig. (p)	M.O.	sig. (p)	M.O.	sig. (p)
Φύλο	Άνδρας	76,7027	0,647	70,5862	0,706	78,2000	0,257	82,2941	0,099
	Γυναίκα	75,6429		72,7500		75,4000		78,3333	
Ηλικία	18-25	74,5556	0,398	74,7143	0,053	76,1818	0,738	78,1379	0,896
	26-35	76,8065		74,3333		78,6071		80,6429	
	36-45	77,6667		74,5000		77,4000		80,1667	
	46-55	77,0000		66,5000		73,7500		80,0000	
	>55	66,6667		62,7500		79,0000		80,6667	
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος/η	76,7209	0,476	72,0645	0,301	77,9535	0,747	78,6667	0,500
	Έγγαμος/η	74,6500		72,6333		76,0000		81,5625	
	Διαζευγμένος/η	82,0000		63,2500		76,7500		78,0000	
Μορφωτικό Επίπεδο	Α'θμια	67,6000	0,141	67,7200	0,085	78,5000	0,704	79,0000	0,574
	Β'θμια	75,2500		75,1176		78,2750		79,0909	
	Γ'θμια	77,7813		72,7000		74,8000		78,4000	
	Μεταπτυχιακό	82,0000		80,6667		74,0000		82,6364	
	Διδακτορικό	77,0000		-		81,0000		-	
Επαγγελματική Κατάσταση	Άνεργος/η	71,8824	0,056	71,2414	0,613	75,0714	0,257	79,0625	0,640
	Εργαζόμενος/η	78,8800		73,2917		79,3810		81,0500	
	Ημιαπασχόληση	84,0000		72,8333		83,3333		76,6667	
	Συνταξιούχος/α	75,9048		67,3333		77,5385		79,5000	
Προέλευση Αναπηρίας	Επίκτητη	74,9767	0,119	74,7500	0,239	78,0217	0,352		
	Εκ γενετής	78,7273		70,0488		75,6842			

7.7.5. Εξέταση βαθμού ως προς την αναγνώριση-παραδοχή της αναπηρίας και ως προς την προσαρμογή σε αυτή

Προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός ως προς την αναγνώριση-παραδοχή της αναπηρίας και ως προς την προσαρμογή σε αυτή, οι συμμετέχοντες του δείγματος με αναπηρία κλήθηκαν να απαντήσουν στις αντίστοιχες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αντιδράσεων στη σωματική βλάβη και τη δυσλειτουργία, επιλέγοντας τη δήλωση που τους αντιπροσωπεύει από μια κλίμακα πέντε βαθμίδων τύπου Likert. Ο βαθμός κάθε μίας από τις δύο υποκλίμακες του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου προκύπτει από το άθροισμα των επιμέρους ερωτήσεων.

Γίνεται κατανοητό ότι, καθώς ο βαθμός ως προς την αναγνώριση-παραδοχή της αναπηρίας προκύπτει από το άθροισμα επτά ερωτήσεων ο μικρότερος βαθμός ενός ατόμου μπορεί να είναι το 7 και ο μέγιστος το 35 (ένδειξη 7 υποδηλώνει ότι κατά μέσο όρο στο δείγμα η αντίδραση δεν βιώνεται ποτέ, ένδειξη 14 κατά μέσο όρο η αντίδραση βιώνεται σπάνια, 1 έως 4 φορές το μήνα, ένδειξη 21 κατά μέσο όρο η αντίδραση βιώνεται περιστασιακά, 5 έως 9 φορές το μήνα, ένδειξη 28 κατά μέσο όρο η αντίδραση βιώνεται συχνά, 10 ή περισσότερες φορές το μήνα, ένδειξη 35 κατά μέσο όρο η αντίδραση βιώνεται καθημερινά).

Ανάλογα, ο μικρότερος βαθμός ως προς την προσαρμογή ενός ατόμου στην αναπηρία μπορεί να είναι το 8 και ο μέγιστος το 40 καθώς προκύπτει από το άθροισμα οκτώ ερωτήσεων (ένδειξη 8 υποδηλώνει ότι κατά μέσο όρο στο δείγμα η αντίδραση δεν βιώνεται ποτέ, ένδειξη 16 κατά μέσο όρο η αντίδραση βιώνεται σπάνια, 1 έως 4 φορές το μήνα, ένδειξη 24 κατά μέσο όρο η αντίδραση βιώνεται περιστασιακά, 5 έως 9 φορές το μήνα, ένδειξη 32 κατά μέσο όρο η αντίδραση βιώνεται συχνά, 10 ή περισσότερες φορές το μήνα, ένδειξη 40 κατά μέσο όρο η αντίδραση βιώνεται καθημερινά).

Σύμφωνα με τα παραπάνω προκύπτουν για κάθε υποκλίμακα αντίδρασης στη σωματική βλάβη και τη δυσλειτουργία τα ακόλουθα:

- Ο βαθμός ως προς την αναγνώριση-παραδοχή της αναπηρίας σε κάθε ομάδα ατόμων του δείγματος με αναπηρία υποδηλώνει ότι, η συχνότητα εμφάνισης της συγκεκριμένης αντίδρασης στα άτομα με αναπηρία που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα είναι από περιστασιακή έως συχνή. Συγκεκριμένα, στα άτομα με προβλήματα όρασης ο βαθμός της εν λόγω υποκλίμακας είναι 25,24, στα άτομα με προβλήματα ακοής 23,50 και στα άτομα με κινητικά προβλήματα 25,10. Συμπεραίνουμε ότι πιο

περιστασιακή είναι η αναγνώριση-παραδοχή της αναπηρίας στα άτομα με προβλήματα ακοής ενώ πιο συχνή στα άτομα με προβλήματα όρασης και με κινητικά προβλήματα. (Πίνακας 11)

- Ο βαθμός ως προς την προσαρμογή στην αναπηρία των ατόμων με αναπηρία του δείγματος υποδηλώνει επίσης περιστασιακή εμφάνιση της αντίδρασης αυτής με πιο περιστασιακά να προσαρμόζονται τα άτομα με προβλήματα ακοής (Μ.Ο. 24,09), ενώ περιστασιακά κατά κύριο λόγο μεν αλλά σχετικά πιο συχνά από ότι τα άτομα με προβλήματα ακοής, προσαρμόζονται στην αναπηρία τους τα άτομα με προβλήματα όρασης (Μ.Ο. 25,15) και ακόμη περισσότερο τα άτομα με κινητικά προβλήματα (Μ.Ο. 26,76). (Πίνακας 11)

Πίνακας 11: Περιγραφικά στοιχεία υποκλιμάκων αντιδράσεων στην Σωματική Βλάβη και τη Δυσλειτουργία

	Ομάδα ατόμων	N	Εύρος τιμών	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Αναγνώριση – Παραδοχή	Προβλήματα Όρασης	65	22,00	11,00	33,00	25,2462	4,63017
	Προβλήματα Ακοής	65	28,00	7,00	35,00	23,5077	5,73401
	Κινητικά Προβλήματα	65	22,00	11,00	33,00	25,1077	4,43045
Προσαρμογή	Προβλήματα Όρασης	65	25,00	12,00	37,00	25,1538	5,38873
	Προβλήματα Ακοής	65	29,00	8,00	37,00	24,0923	6,73777
	Κινητικά Προβλήματα	65	24,00	12,00	36,00	26,7692	5,03044

7.7.6. Ανάλυση αξιοπιστίας υποκλιμάκων αντιδράσεων ως προς την αναγνώριση- παραδοχή και ως προς την προσαρμογή

Η συνοχή των δεδομένων του ερωτηματολογίου ως προς τις υποκλίμακες αντίδρασης στη σωματική βλάβη και τη δυσλειτουργία που αφορά τα άτομα με αναπηρία κάθε ομάδας του δείγματος προέκυψε από επαρκής έως σε καλό καλύτερο επίπεδο καθώς οι τιμές του δείκτη alpha του Cronbach για την υποκλίμακα αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας κυμαίνονται από 0,69 έως 0,79 και για την υποκλίμακα προσαρμογής στην αναπηρία είναι ακόμα καλύτερο καθώς ο δείκτης alpha του Cronbach κυμαίνεται από 0,76 έως 0,83. (Πίνακας 12)

Πίνακας 12: Συνοχή δεδομένων υποκλιμάκων αντίδρασης στη σωματική βλάβη και τη δυσλειτουργία σύμφωνα με τον δείκτη εσωτερικής συνάφειας Cronbach a

Ομάδα Ατόμων	Υποκλίμακες Αντίδρασης	Cronbach a	Αριθμός ερωτήσεων
Προβλήματα Όρασης	Αναγνώριση-Παραδοχή	0,792	7
	Προσαρμογή	0,761	8
Προβλήματα Ακοής	Αναγνώριση-Παραδοχή	0,786	7
	Προσαρμογή	0,836	8
Κινητικά Προβλήματα	Αναγνώριση-Παραδοχή	0,691	7
	Προσαρμογή	0,761	8

7.7.7. Έλεγχος κανονικότητας δεδομένων υποκλιμάκων αντίδρασης στη σωματική βλάβη και τη δυσλειτουργία

Αναζητώντας την κανονικότητα των δεδομένων με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov καθώς το μέγεθος δείγματος είναι μεγαλύτερο από 50, προκύπτει ότι η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται για τα δεδομένα της υποκλίμακας προσαρμογής στην αναπηρία των ατόμων με προβλήματα ακοής ($p=0,029<0,05$) και για τα δεδομένα ως προς την αναγνώριση-παραδοχή της αναπηρίας στα άτομα με προβλήματα όρασης ($p=0,003<0,01$) και με κινητικά προβλήματα ($p=0,025<0,05$).

Συνεπώς, η κανονικότητα των δεδομένων ισχύει για τα δεδομένα της υποκλίμακας ως προς την προσαρμογή στην αναπηρία των ατόμων με προβλήματα όρασης ($p=0,086>0,05$) και με κινητικά προβλήματα ($p=0,200>0,05$) και για τα δεδομένα της υποκλίμακας ως προς την αναγνώριση-παραδοχή της αναπηρίας στα άτομα με προβλήματα ακοής ($p=0,173>0,05$). (Πίνακας 13)

Πίνακας 13: Κριτήριο ύπαρξης κανονικότητας υποκλιμάκων αντίδρασης στη σωματική βλάβη και τη δυσλειτουργία ανά ομάδα του δείγματος

Ομάδα Ατόμων	Υποκλίμακες αντίδρασης	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Statistic	Df	Sig.
Προβλήματα Όρασης	Αναγνώριση-Παραδοχή	,140	65	,003
	Προσαρμογή	,103	65	,086
Προβλήματα Ακοής	Αναγνώριση-Παραδοχή	,100	65	,173
	Προσαρμογή	,117	65	,029
Κινητικά Προβλήματα	Αναγνώριση-Παραδοχή	,118	65	,025
	Προσαρμογή	,091	65	,200*

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

7.7.8. Βαθμός υποκλιμάκων αντίδρασης στη σωματική βλάβη και τη δυσλειτουργία ανά ατομικό στοιχείο

Για τη σύγκριση των μέσων όρων ανά ατομικό στοιχείο των ομάδων του δείγματος με αναπηρία ως προς τις δύο υποκλίμακες αντίδρασης στη σωματική βλάβη και τη δυσλειτουργία, αναγνώριση-παραδοχή αναπηρίας και προσαρμογή σε αυτή, προκειμένου να διαπιστωθούν τυχόν στατιστικά σημαντικές διαφορές εφαρμόστηκαν παραμετρικά κριτήρια, όπου η κατανομή των δεδομένων δεν απέχει πολύ από την κανονική κατανομή και μη παραμετρικά, όπου η κατανομή των δεδομένων απέχει από την κανονική κατανομή.

Παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου βαθμού αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας ως προς την ηλικία των ατόμων με προβλήματα ακοής ($p=0,012<0,05$), ως προς το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων με προβλήματα ακοής ($p=0,039<0,05$) και ως προς την προέλευση της αναπηρίας στα άτομα με κινητικά προβλήματα ($p=0,038<0,05$). Συγκεκριμένα, στα άτομα με προβλήματα ακοής η στατιστικά σημαντική διαφορά στην ηλικία εντοπίζεται στον υψηλότερο βαθμό ως προς την αναγνώριση-παραδοχή αναπηρίας που παρουσίασαν τα άτομα μικρότερης ηλικίας από ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και η στατιστικά σημαντική διαφορά στο μορφωτικό επίπεδο εντοπίζεται στον υψηλότερο βαθμό ως προς την αναγνώριση-παραδοχή αναπηρίας που παρουσίασαν τα άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου από ότι τα άτομα χαμηλότερου. Στα άτομα με κινητικά προβλήματα, η στατιστικά σημαντική διαφορά στην προέλευση αναπηρίας εντοπίζεται στον υψηλότερο βαθμό ως προς την αναγνώριση-παραδοχή αναπηρίας που παρουσίασαν τα άτομα των οποίων η αναπηρία είναι επίκτητη από ότι τα άτομα η αναπηρία των οποίων είναι εκ γενετής. (Πίνακας 14)

Ο βαθμός προσαρμογής στην αναπηρία παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά στα άτομα με προβλήματα όρασης ως προς την ηλικία ($p=0,039<0,05$) και την επαγγελματική κατάσταση ($p=0,031<0,05$), και στα άτομα με προβλήματα ακοής ως προς το φύλο ($p=0,009<0,01$) και την ηλικία ($p=0,036<0,05$). Αναλυτικά, στα άτομα με προβλήματα όρασης οι μεγαλύτερης ηλικίας (46 και άνω) και οι μικρότερης ηλικίας (18-25) εμφανίζουν μικρότερο βαθμό προσαρμογής από ότι τα άτομα με ηλικία από 26-35 και από 36-45.

Πίνακας 14: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με βαθμό ως προς την αναγνώριση-παραδοχή της αναπηρίας για κάθε ομάδα του δείγματος

		Προβλήματα Όρασης		Προβλήματα Ακοής		Κινητικά Προβλήματα	
		Αναγνώριση-παραδοχή της αναπηρίας					
		M.O.	sig. (p)	M.O.	sig. (p)	M.O.	sig. (p)
Φύλο	Άνδρας	26,1351	0,089	23,0690	0,584	25,2000	0,564
	Γυναίκα	24,0714		23,8611		24,9000	
Ηλικία	18-25	24,6667	0,436	26,4286	0,012	23,0000	0,527
	26-35	25,5806		24,7500		25,2143	
	36-45	26,6000		24,5625		25,6667	
	46-55	22,4286		21,0000		26,3750	
	>55	23,3333		18,2500		25,6667	
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος/η	26,2093	0,054	23,7742	0,806	24,9767	0,605
	Έγγαμος/η	23,6000		23,4667		24,8889	
	Διαζευγμένος/η	21,0000		21,7500		27,5000	
Μορφωτικό Επίπεδο	Α'θμια	23,2000	0,221	21,0000	0,039	23,6667	0,386
	Β'θμια	25,3750		24,7647		25,5750	
	Γ'θμια	25,1563		25,0500		24,3333	
	Μεταπτυχιακό	28,0000		27,0000		24,0000	
	Διδακτορικό	27,0000		-		30,0000	
Επαγγελματική Κατάσταση	Άνεργος/η	26,4118	0,828	23,0345	0,850	23,6786	0,118
	Εργαζόμενος/η	24,8400		23,4583		26,1905	
	Ημιαπασχόληση	28,5000		25,1667		24,3333	
	Συνταξιούχος/α	24,4762		24,3333		26,6154	
Προέλευση Αναπηρίας	Επίκτητη	24,8140	0,257	23,9583	0,632	25,8478	0,038
	Εκ γενετής	26,0909		23,2439		23,3158	

Ως προς την επαγγελματική κατάσταση των ατόμων με προβλήματα όρασης ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο υψηλότερος βαθμός προσαρμογής που εμφανίζουν τα άτομα με προβλήματα όρασης σε ημιαπασχόληση, ενώ ακολουθούν οι άνεργοι και τέλος έρχονται οι εργαζόμενοι και οι συνταξιούχοι. Στα άτομα με προβλήματα ακοής, η στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίζεται στον υψηλότερο βαθμό προσαρμογής που εμφανίζουν οι γυναίκες έναντι των ανδρών, καθώς και τα άτομα με προβλήματα ακοής μικρότερης ηλικίας από ότι εκείνα με προβλήματα ακοής σε μεγαλύτερη ηλικία. (Πίνακας 15)

Πίνακας 15: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με βαθμό ως προς την προσαρμογή στην αναπηρία για κάθε ομάδα του δείγματος

		Προβλήματα Όρασης		Προβλήματα Ακοής		Κινητικά Προβλήματα	
		Προσαρμογή στην αναπηρία					
		M.O.	sig. (p)	M.O.	sig. (p)	M.O.	sig. (p)
Φύλο	Άνδρας	25,7297	0,326	22,3103	0,09	26,2000	0,173
	Γυναίκα	24,3929		25,5278		28,0500	
Ηλικία	18-25	23,6667	0,039	27,0000	0,036	26,2727	0,785
	26-35	25,4516		26,1250		27,3214	
	36-45	27,8000		23,3125		26,1333	
	46-55	22,7143		22,6000		25,7500	
	>55	19,0000		18,8750		29,3333	
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος/η	26,0698	0,160	25,8710	0,148	27,5581	0,212
	Έγγαμος/η	23,3500		22,7333		25,2222	
	Διαζευγμένος/η	23,5000		20,5000		25,2500	
Μορφωτικό Επίπεδο	Α'θμια	21,2000	0,556	22,5600	0,212	25,1667	0,454
	Β'θμια	25,4583		23,7059		27,2000	
	Γ'θμια	25,3750		25,4500		25,6667	
	Μεταπτυχιακό	26,3333		30,0000		27,3333	
	Διδακτορικό	27,0000		-		34,0000	
Επαγγελματική Κατάσταση	Άνεργος/η	26,8235	0,031	23,9310	0,845	26,1071	0,286
	Εργαζόμενος/η	24,0800		24,9167		26,6667	
	Ημιαπασχόληση	34,0000		22,5000		32,0000	
	Συνταξιούχος/α	24,2381		23,1667		27,1538	
Προέλευση Αναπηρίας	Επίκτητη	25,1860	0,947	22,2500	0,196	26,5652	0,615
	Εκ γενετής	25,0909		25,1707		27,2632	

7.7.9. Συσχέτιση κλίμακας νοήματος ζωής με υποκλίμακες αντίδρασης στη σωματική βλάβη και τη δυσλειτουργία

Προκειμένου να ελεγχθεί η συσχέτιση της κλίμακας νοήματος ζωής με τις υποκλίμακες αντίδρασης στη σωματική βλάβη και τη δυσλειτουργία, αναγνώριση-παραδοχή αναπηρίας και προσαρμογή σε αυτή, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson. Πρέπει να σημειωθεί ότι θετική συσχέτιση αντιστοιχεί σε ανάλογη μεταβολή των μεταβλητών ενώ αρνητική συσχέτιση σε αντιστρόφως ανάλογη μεταβολή των μεταβλητών.

Όπως παρατηρούμε στον πίνακα 16, ο οποίος αφορά την ομάδα του δείγματος με προβλήματα όρασης, υπάρχει στατιστικά πολύ σημαντική θετική συσχέτιση ($p < 0,001$) μεταξύ των υποκλιμάκων αναγνώριση-παραδοχή και προσαρμογή με την κλίμακα νοήματος ζωής.

Συγκεκριμένα, η θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση του βαθμού αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας με την κλίμακα νοήματος ζωής ($r = 0,574$, $p = 0,000 < 0,001$) υποδηλώνει πως αύξηση του βαθμού αίσθησης νοήματος ζωής για τα άτομα με προβλήματα όρασης έχει ανάλογη αύξηση στον βαθμό αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας τους. Αντίστοιχα, η θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση του βαθμού προσαρμογής στην αναπηρία με την κλίμακα νοήματος ζωής ($r = 0,538$, $p = 0,000 < 0,001$) υποδηλώνει πως αύξηση του βαθμού αίσθησης νοήματος ζωής για τα άτομα με προβλήματα όρασης έχει ανάλογη αύξηση στον βαθμό ως προς την προσαρμογή της αναπηρίας τους.

Επιπρόσθετα, παρατηρείται ότι και ο βαθμός προσαρμογής στην αναπηρία έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον βαθμό αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας ($r = 0,665$, $p = 0,000 < 0,001$) για τα άτομα με προβλήματα όρασης. (Πίνακας 16)

Ανάλογα αποτελέσματα με τα άτομα με προβλήματα όρασης παρουσιάζονται και στα άτομα με κινητικά προβλήματα στα οποία υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας αναγνώριση-παραδοχή ($p = 0,012 < 0,05$) με την κλίμακα νοήματος ζωής και στατιστικά πολύ σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας προσαρμογή στην αναπηρία ($p = 0,000 < 0,001$) με την κλίμακα νοήματος ζωής.

Συνεπώς, αντίστοιχα και στα άτομα με κινητικά προβλήματα, η θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση του βαθμού αναγνώρισης-παραδοχής ($r = 0,308$) της αναπηρίας

και του βαθμού προσαρμογής στην αναπηρία ($r=,439$) με την κλίμακα νοήματος ζωής υποδηλώνει πως αύξηση του βαθμού αίσθησης νοήματος ζωής για τα άτομα με κινητικά προβλήματα έχει ανάλογη αύξηση στον βαθμό αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας τους και στον βαθμό προσαρμογής τους σε αυτή.

Επιπρόσθετα, παρατηρείται ότι και ο βαθμός προσαρμογής στην αναπηρία έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον βαθμό αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας ($r=,312$, $p=0,011<0,05$) για τα άτομα με κινητικά προβλήματα. (Πίνακας 17).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει εντούτοις η διαπίστωση ότι για τα άτομα με προβλήματα ακοής στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση παρουσιάζεται μεταξύ της κλίμακας νοήματος ζωής με τον βαθμό αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας ($r=,335$, $p=0,006<0,01$) ενώ η θετική συσχέτιση της κλίμακας νοήματος ζωής με τον βαθμό προσαρμογής στην αναπηρία δεν είναι στατιστικά σημαντική ($r=,439$, $p=0,084>0,05$) σε 5% επίπεδο σημαντικότητας.

Αντίστοιχα όμως με τις δύο προαναφερόμενες ομάδες αναπηρίας, παρατηρείται και για τα άτομα με προβλήματα ακοής ότι ο βαθμός προσαρμογής του στην αναπηρία έχει στατιστικά θετική σημαντική συσχέτιση με τον βαθμό αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας τους ($r=,573$, $p=0,000<0,001$). (Πίνακας 18).

Πίνακας 16: Συσχέτιση κλίμακας νοήματος ζωής με υποκλίμακες αντίδρασης στη σωματική βλάβη και τη δυσλειτουργία για τα άτομα με προβλήματα όρασης

		PIL	Αναγνώριση- Παραδοχή	Προσαρμογή
PIL	Pearson Correlation		,574**	,538**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N		65	65
Αναγνώριση- Παραδοχή	Pearson Correlation	,574**		,665**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	65		65
Προσαρμογή	Pearson Correlation	,538**	,665**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	65	65	

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

Πίνακας 17: Συσχέτιση κλίμακας νοήματος ζωής με υποκλίμακες αντίδρασης στη σωματική βλάβη και τη δυσλειτουργία για τα άτομα με κινητικά προβλήματα

		PIL	Αναγνώριση- Παραδοχή	Προσαρμογή
PIL	Pearson Correlation		,308*	,439**
	Sig. (2-tailed)		,012	,000
	N		65	65
Αναγνώριση- Παραδοχή	Pearson Correlation	,308*		,312*
	Sig. (2-tailed)	,012		,011
	N	65		65
Προσαρμογή	Pearson Correlation	,439**	,312*	
	Sig. (2-tailed)	,000	,011	
	N	65	65	

** . Correlation is significant at the 0.01 level

* Correlation is significant at the 0.05 level

Πίνακας 18: Συσχέτιση κλίμακας νοήματος ζωής με υποκλίμακες αντίδρασης στη σωματική βλάβη και τη δυσλειτουργία για τα άτομα με προβλήματα ακοής

		PIL	Αναγνώριση- Παραδοχή	Προσαρμογή
PIL	Pearson Correlation		,335**	,216
	Sig. (2-tailed)		,006	,084
	N		65	65
Αναγνώριση- Παραδοχή	Pearson Correlation	,335**		,573**
	Sig. (2-tailed)	,006		,000
	N	65		65
Προσαρμογή	Pearson Correlation	,216	,573**	
	Sig. (2-tailed)	,084	,000	
	N	65	65	

** . Correlation is significant at the 0.01 level

7.8. Συζήτηση

Σύμφωνα με τον πρώτο ερευνητικό στόχο που αναφέρεται στην εξέταση του βαθμού της κλίμακας νοήματος ζωής σε άτομα με και χωρίς αναπηρία και λαμβάνοντας υπόψη την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας προκύπτει ότι, ανάμεσα στα άτομα με και δίχως αναπηρία, την υψηλότερη κατά μέσο όρο βαθμολογία αίσθησης νοήματος ζωής παρουσιάζουν τα άτομα δίχως αναπηρία με μέσο όρο 79,36 ο οποίος μάλιστα βρίσκεται πολύ κοντά στο σημείο τομής 80, ενδεικτικό των φυσιολογικών ατόμων. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνεται κι από άλλες σχετικές έρευνες που έχουν κατά καιρούς πραγματοποιηθεί και οι οποίες καταδεικνύουν ότι άτομα με αναπηρία βιώνουν γενικά ένα χαμηλότερο αίσθημα πληρότητας και ικανοποίησης από τη ζωή συγκριτικά με το άτομα δίχως αναπηρία (Post, van Leeuwen, 2012). Ομοίως, το ερευνητικό αυτό αποτέλεσμα προκύπτει κι από την έρευνα των Post, Van Dijk, Van Asbeck, Schrijvers (1998), όπου διαπιστώνεται ότι αν και άτομα με αναπηρία παρουσιάζουν ένα ικανοποιητικό αίσθημα προσωπικής επάρκειας από τη ζωή, ωστόσο αυτό η αίσθηση πληρότητας από τη ζωή είναι χαμηλότερη για τα άτομα με αναπηρία συγκριτικά με τα άτομα του δείγματος δίχως αναπηρία.

Αναφορικά με τις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος με αναπηρία, παρουσιάζονται διαφοροποιήσεις ως προς το μέσο βαθμό αίσθησης νοήματος ζωής στα άτομα με κινητική αναπηρία, τύφλωση και κώφωση. Συγκεκριμένα, από τις τρεις ομάδες του δείγματος με αναπηρία παρατηρείται υψηλότερη βαθμολογία κατά μέσο όρο στην αίσθηση νοήματος ζωής για τα άτομα με κινητικά προβλήματα με μέσο όρο 77,33. Προς αυτή την κατεύθυνση ακολουθούν τα άτομα με προβλήματα όρασης με μέσο όρο 76,24, ο οποίος βρίσκεται αρκετά κοντά με τη βαθμολογία της αίσθησης νοήματος ζωής των ατόμων με κινητικές δυσλειτουργίες. Ωστόσο, τα άτομα με προβλήματα ακοής φαίνεται να παρουσιάζουν μεγαλύτερη στατιστική διαφορά με τις υπόλοιπες δυο κατηγορίες αναπηρίας, εφόσον ο μέσος βαθμός αίσθησης νοήματος ζωής ανέρχεται στο 71,78. Φαίνεται δηλαδή, τα άτομα με κινητικά προβλήματα αλλά και τα άτομα με προβλήματα όρασης να σημειώνουν ένα ισχυρότερο νόημα ζωής και να υιοθετούν μια θετικότερη στάση απέναντι στη ζωή και στις συνθήκες διαβίωσής τους συγκριτικά με τα άτομα που έχουν προβλήματα ακοής.

Όσον αφορά το δεύτερο στόχο της έρευνας που αφορά τη συσχέτιση της κλίμακας νοήματος ζωής με συγκεκριμένα ατομικά χαρακτηριστικά, δεν προέκυψαν

σημαντικά στατιστικές συσχετίσεις τόσο για τα άτομα δίχως αναπηρία όσο και για τα άτομα με αναπηρία. Παρόλα αυτά, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το φύλο των συμμετεχόντων, καθώς φαίνεται ότι στα άτομα δίχως αναπηρία αν και όχι με στατιστικά σημαντική διαφορά, οι άνδρες παρουσιάζουν έναν υψηλότερο μέσο βαθμό νοήματος ζωής συγκριτικά με το βαθμό που συγκέντρωσαν οι γυναίκες του δείγματος χωρίς αναπηρία. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με εκείνο άλλων ερευνών, στις οποίες διαπιστώνεται ότι οι γυναίκες συγκεντρώνουν χαμηλά επίπεδα νοήματος ζωής σε σχέση με τους άνδρες, οι οποίοι σημείωσαν μια ισχυρή αίσθηση νοήματος ζωής (Hedberg, Gustafson, & Brulin, 2010· Nygren, Alex, Jonse'n, Gustavsson, Norberg, & Lundman, 2005). Το ίδιο αποτέλεσμα επιβεβαιώνεται κι από την έρευνα των Carmel, Anson, Levpnson, Bonne, & Maoz (1991), στην οποία διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ευερέθιστες στην εμφάνιση και διαχείριση αρνητικών γεγονότων ζωής, συγκριτικά με τους άνδρες, οι οποίοι έδειξαν καλύτερα επίπεδα υποκειμενικής ευεξίας. Ωστόσο, τα ευρήματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με άλλες σχετικές έρευνες που καταδεικνύουν ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν έναν μεγαλύτερο βαθμό νοήματος στη ζωή συγκριτικά με τους άνδρες (Molasso, 2006· Reker, 2005· Meier, & Edwards, 1974).

Ακολούθως, παρόλο που και στην περίπτωση των ατόμων με αναπηρία δεν προέκυψε κάποια σημαντική στατιστική διαφορά ανάμεσα στα ατομικά στοιχεία του δείγματος των ατόμων με αναπηρία και την κλίμακα νοήματος ζωής, εντούτοις ενδιαφέρον παρουσιάζουν κάποιες συγκρίσεις ανάμεσα στην συσχέτιση του φύλου στις ομάδες ατόμων με αναπηρία του δείγματος με την κλίμακα νοήματος ζωής.

Συγκεκριμένα, όπως παρατηρείται από την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων, στα άτομα με κινητικά προβλήματα, οι άνδρες αυτής της κατηγορίας αναπηρίας παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέσο όρο αίσθησης νοήματος ζωής (78,20) συγκριτικά με τις γυναίκες της ίδιας κατηγορίας αναπηρίας (75,40). Αξιοσημείωτο είναι ότι, ο μέσος βαθμός αίσθησης νοήματος ζωής των ανδρών με επίκτητη κινητική αναπηρία (78,02) είναι πολύ μεγαλύτερος από το μέσο βαθμό της αίσθησης νοήματος ζωής με συγγενή κινητική αναπηρία (75,68). Αυτή η υπεροχή των ανδρών ως προς το βαθμό της αίσθησης νοήματος ζωής συγκριτικά με τις γυναίκες του δείγματος διαπιστώνεται και στην κατηγορία των ατόμων με τύφλωση, όπου οι άνδρες επίσης παρουσιάζουν υψηλότερο μέσο βαθμό νοήματος ζωής (76,70) συγκριτικά με τις γυναίκες (75,64), με τη διαφορά όμως ότι, ο μέσος βαθμός αίσθησης νοήματος ζωής των ατόμων με

επίκτητη τύφλωση είναι μικρότερος (74,97) από τον μέσο βαθμό αίσθησης νοήματος ζωής για τα άτομα με εκ γενετής τύφλωση (78,72). Αντίθετα με τις δύο προαναφερόμενες κατηγορίες αναπηρίας, στην περίπτωση των ατόμων με προβλήματα ακοής, φαίνεται πως οι γυναίκες σημειώνουν μεγαλύτερο μέσο βαθμό αίσθησης νοήματος ζωής (72,75) συγκριτικά με τους άνδρες με κώφωση (70,58). Ομοίως με τα άτομα με κινητικά προβλήματα και στα άτομα με προβλήματα ακοής των οποίων η κώφωση είναι επίκτητη, ο μέσος βαθμός αίσθησης νοήματος ζωής (74,75) είναι υψηλότερος από το μέσο βαθμό αίσθησης νοήματος ζωής στα άτομα με προβλήματα ακοής των οποίων η αναπηρία είναι εκ γενετής (70,04).

Αν και στην παρούσα έρευνα δεν παρατηρήθηκε σημαντικά στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στην κλίμακα νοήματος ζωής και στο φύλο, ωστόσο, η σχέση αυτή αποδεικνύεται στατιστικά σημαντική σε άλλες σχετικές έρευνες, στις οποίες οι άνδρες με επίκτητη αναπηρία φαίνεται να επιδεικνύουν χαμηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας και συνακόλουθα να επιδεικνύουν μια μεγαλύτερη αίσθηση νοήματος ζωής καθώς και υψηλά επίπεδα ζωής, συγκριτικά με το γυναικείο πληθυσμό του δείγματος με επίκτητη αναπηρία (Krause, Broderick, Broyles, 2004· Cederfjäll, Langius-eklöf, Lidman, & Wredling, 2001). Σε άλλες σχετικές έρευνες στις οποίες συμμετείχαν γυναίκες με χρόνια ασθένεια-αναπηρία, βρέθηκε ότι αν και παρουσίαζαν κάποια επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, άγχους, φόβου και ανησυχίας λόγω της εμφάνισης της αναπηρίας τους, παρουσίασαν ένα σχετικά υψηλό βαθμό νοήματος ζωής παρά την εμφάνιση της αναπηρίας στη ζωή τους (Evangelista, Doering, & Dracup, 2003).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης και το επαγγελματικό επίπεδο των εργαζομένων. Πιο συγκεκριμένα, στα άτομα χωρίς αναπηρία παρατηρείται ότι εκείνοι που σημειώνουν ένα υψηλό μέσο βαθμό νοήματος ζωής είναι οι εργαζόμενοι (81,05), ακολουθούν οι συνταξιούχοι (79,50) και οι άνεργοι (79,06) με μικρή διαφορά μεταξύ τους, και τέλος οι ημιαπασχολούμενοι (76,6667). Ο θετικός ρόλος της επαγγελματικής κατάστασης του ατόμου στην αίσθηση νοήματος ζωής, μπορεί να εξηγηθεί μέσα από τη θεωρία του Βίκτωρ Φράνκλ, σύμφωνα με τον οποίον, ένα άτομο μπορεί να αντλήσει νόημα ζωής μέσα από τις διάφορες δημιουργικές του αξίες όπως μπορεί να αποτελέσει μια εργασία ή απασχόληση (Frankl, 1973·1987·1988). Πολλές είναι οι έρευνες που καταδεικνύουν τις ευεργετικές ιδιότητες της εργασίας στην γενικότερη ευεξία του ατόμου, καθώς προσφέρει ευκαιρίες για να εκπληρώσει

κανείς τις ανάγκες του για την προσωπική του επίτευξη, την ικανότητα ανάπτυξης και εξέλιξης του εαυτού του αλλά και τη δημιουργικότητά του (Hammel, 2003a· Ebersole, 1998· Reker, & Wong, 1988).

Εξίσου ενδιαφέροντα, αν και όχι ανάλογα με τα αποτελέσματα στα άτομα δίχως αναπηρία, είναι τα ερευνητικά αποτελέσματα που προκύπτουν για τον ρόλο της επαγγελματικής κατάστασης στην αίσθηση νοήματος ζωής για τα άτομα του δείγματος με αναπηρία. Αναλυτικότερα, τα άτομα με κινητική αναπηρία που παρουσιάζουν υψηλότερο μέσο βαθμό νοήματος ζωής είναι οι ημιαπασχολούμενοι (83,33) από ότι οι εργαζόμενοι (79,38), ενώ ακολουθούν οι συνταξιούχοι (77,53) και τελευταίοι σε βαθμολογία έρχονται οι άνεργοι (75,07). Για τα άτομα με τύφλωση προέκυψε ότι, υψηλότερο μέσο βαθμό νοήματος ζωής εμφανίζουν οι ημιαπασχολούμενοι (84,00) από ότι οι εργαζόμενοι (78,88), ενώ ακολουθούν οι συνταξιούχοι (75,90) και τελευταίοι σε βαθμολογία έρχονται οι άνεργοι (71,88).

Η απόδοση αυτή υψηλού νοήματος ζωής στους ημιαπασχολούμενους αναπήρους συγκριτικά με τα άτομα με αναπηρία με πλήρη απασχόληση, ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι αν και η δημιουργική απασχόληση του ατόμου σε δραστηριότητες είναι ιδιαίτερα ευεργετική τόσο για την υγεία όσο και την ευημερία του (Christiansen, 1999), ωστόσο, τα άτομα με αναπηρίες πολλές φορές έρχονται αντιμέτωπα με την καχυποψία πολλών εργοδοτών, οι οποίοι συχνά δίνουν έμφαση στο γεγονός της αναπηρίας τους και συχνά αγνοούν τις ιδιαίτερες ικανότητές τους, τα πιθανά ταλέντα τους και ακόμη την επιθυμία τους για δημιουργικότητα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, πρέπει να διατηρήσουν και να προφυλάξουν την αξιοπρέπεια και την έννοια της προσωπικής τους αξίας, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις αντιξοότητες και τις δυσκολίες που καθημερινά θα αντιμετωπίζουν εξ' αιτίας της αναπηρίας τους (Κλεφτάρας, 2007).

Επιπλέον, η διαπίστωση αυτή, μπορεί να εξηγηθεί κι από το γεγονός ότι τα άτομα με αναπηρίες πολλές φορές αδυνατούν να επιλέξουν εκείνες τις θέσεις εργασίας που επιθυμούν και δυσκολεύονται γενικότερα να ακολουθήσουν μια επαγγελματική καριέρα σύμφωνη με τα ενδιαφέροντά τους, τις επιθυμίες και με τις φιλοδοξίες τους, με αποτέλεσμα προκειμένου να διαχειριστούν αποτελεσματικότερα την αδυναμία επιλογής τους, μειώνουν τη σπουδαιότητα επίτευξης των επαγγελματικών τους στόχων και να τους εγκαταλείπουν (Nair, & Wade, 2003).

Για τα άτομα με προβλήματα ακοής, προέκυψαν ελαφρώς διαφοροποιημένα αποτελέσματα, καθώς παρατηρήθηκε ότι υψηλότερο μέσο βαθμό νοήματος ζωής εμφανίζουν οι έχοντες πλήρη (73,2917) ή μερική εργασία (72,8333) από ότι οι άνεργοι (71,2414) ή οι συνταξιούχοι (67,3333). Σε αυτήν την περίπτωση των ατόμων με κώφωση, αξίζει να σχολιαστεί ο χαμηλός μέσος βαθμός νοήματος ζωής των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, ο οποίος βρίσκεται στο (67,33), δηλαδή αρκετά κοντά στο σημείο τομής 65,7, ενδεικτικό της έλλειψης νοήματος ζωής. Σύμφωνα με τον Βίκτωρ Φράνκλ, όταν κάποιος αποσυρθεί από το επάγγελμά του, θα πρέπει να εντοπίσει άλλα έργα που να μπορεί να υλοποιήσει και φέρει εις πέρας. Σε τέτοιες περιπτώσεις, χαρακτηριστική είναι η αντίδραση πολλών συνταξιούχων, οι οποίοι διακρίνονται από την μόνιμη νεύρωση απραξίας, καθώς συνειδητοποιούν ότι ο φόρτος της πολυάσχολης ζωής τους σταματάει και τότε είναι που αναζητούν την ενασχόληση με νέα αντικείμενα ή ενδιαφέροντα (Frankl, 1987, σ. 133), καταδεικνύοντας τη σπουδαιότητα που αποκτά στη ζωή καθενός η ύπαρξη ενός σκοπού αλλά και οι προσπάθειες που καταβάλλει κανείς για να τους υλοποιήσει.

Ως προς την εξέταση στα άτομα με αναπηρία του δείγματος του βαθμού αντίδρασης στην αναγνώριση-παραδοχή της αναπηρίας προέκυψε ότι αυτή μπορεί να χαρακτηριστεί από περιστασιακή μέχρι συχνή. Συγκεκριμένα, στα άτομα με προβλήματα όρασης και στα άτομα με κινητικά προβλήματα προέκυψε ότι η συχνότητα της αντίδρασης αυτής βιώνεται περίπου λίγο περισσότερο από 9 φορές το μήνα, ενώ στα άτομα με προβλήματα ακοής πιο περιστασιακά, περίπου 5 έως 9 φορές το μήνα. Συνεπώς, πιο περιστασιακή είναι η αναγνώριση-παραδοχή της αναπηρίας στα άτομα με προβλήματα ακοής, ενώ πιο συχνή είναι η αντίδραση της αναγνώρισης-παραδοχής στα άτομα με προβλήματα όρασης και με κινητικά προβλήματα.

Ένας λόγος που ενδεχομένως να εξηγεί τη διαφοροποίηση που παρατηρείται ως προς το βαθμό της αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας για τα άτομα με προβλήματα ακοής μπορεί να είναι η δυσκολία που συναντούν στην επικοινωνία με τους γύρω τους. Συχνά, τα άτομα με κώφωση συναντούν στην καθημερινότητά τους αλλά και στη συναναστροφή με τους συνανθρώπους τους εμπόδια αναφορικά με την ομαλή διεξαγωγή μιας επικοινωνίας, καθώς πομπός και δέκτης δε χρησιμοποιούν κοινό γλωσσικό κώδικα. Όταν η επικοινωνία συντελείται ανάμεσα σε ένα άτομο που χρησιμοποιεί ως μέσο επικοινωνίας την ελληνική γλώσσα και σε ένα κωφό ή

βαρήκοο άτομο που χρησιμοποιεί την ελληνική νοηματική γλώσσα, τότε η διεξαγωγή μιας συζήτησης δυσχεραίνεται και παρεμποδίζεται.

Επιπροσθέτως, αν διαλογιστεί κανείς ότι τα άτομα με προβλήματα ακοής προκειμένου να επικοινωνήσουν στηρίζονται κυρίως στην όραση συγκρινόμενοι με τους ακούοντες συνομιλητές, είναι πολύ πιθανό να χάσουν ή ακόμη να παρερμηνεύσουν τμήματα της καθημερινής ομιλίας με τους συνανθρώπους τους, με άμεσο αποτέλεσμα να επιβαρύνεται περαιτέρω η διαδικασία μιας ομαλής επικοινωνίας (Marschark, & Hauser, 2008). Άλλες έρευνες παρατηρούν ότι, τα άτομα με προβλήματα ακοής που διακρίνονται από ένα υψηλό βαθμό καταληπτότητας ή αντιληπτότητας αναφορικά με το λόγο των συνομιλητών τους, φαίνεται να σημειώνουν αντίστοιχα υψηλότερα επίπεδα αποδοχής της αναπηρίας τους (Polat, 2003).

Σχετικά με την υποκλίμακα του ερωτηματολογίου αντιδράσεων στη σωματική βλάβη και τη δυσλειτουργία, ο βαθμός των ατόμων με αναπηρία ως προς την προσαρμογή τους σε αυτή, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως περιστασιακή μέχρι συχνή. Συγκεκριμένα, στα άτομα με προβλήματα ακοής η αντίδραση αυτή έχει συχνότητα 5 έως 9 φορές το μήνα, στα άτομα με προβλήματα όρασης και με κινητικά προβλήματα η αντίδραση αυτή έχει συχνότητα 5 έως 9 φορές το μήνα ή και συχνότερα. Από τα παραπάνω ερευνητικά δεδομένα που αντικατοπτρίζονται και στον πίνακα 11, μπορεί κανείς να διαπιστώσει ότι όσο συχνότερα βιώνεται η αντίδραση της αναγνώρισης-παραδοχής τόσο πιο ισχυρότερα βιώνεται και η αντίδραση της προσαρμογής από τα άτομα με αναπηρία του δείγματος. Αυτή η πεποίθηση μπορεί να γίνει κατανοητή και από τη διαπίστωση, κατά την οποία προκειμένου ένα άτομο με αναπηρία να σημειώσει έναν ικανοποιητικό βαθμό προσαρμογής στην αναπηρία του, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ικανότητα που διακατέχει το άτομο να διαχειριστεί με επιτυχία όλες τις προσωπικές ψυχολογικές αντιδράσεις του απέναντι στο γεγονός της αναπηρίας (Κλεφτάρας, 2007). Όσο πιο εύκολα διαχειριστεί την αντίδραση της αναγνώρισης παραδοχής της αναπηρίας, τόσο πιο γρήγορα πιθανόν θα είναι και η προσαρμογή του στο γεγονός της αναπηρίας.

Όσον αφορά τον τέταρτο στόχο της παρούσας μελέτης, δηλαδή τη συσχέτιση των δύο αυτών παραγόντων αντίδρασης (αναγνώρισης-παραδοχής και προσαρμογής) με συγκεκριμένα ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, ηλικία, επίπεδο μόρφωσης, επαγγελματική κατάσταση, προέλευση αναπηρίας), προέκυψε

στατιστική σημαντικότητα με συγκεκριμένα ατομικά χαρακτηριστικά, κάτι που επιβεβαιώνεται κι από άλλες έρευνες (Unwin, Kacperek, & Clarke, 2009). Συγκεκριμένα, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου βαθμού αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας ως προς την ηλικία των ατόμων με προβλήματα ακοής αλλά και ως προς το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων με προβλήματα ακοής. Αναλυτικότερα, στα άτομα με προβλήματα ακοής, η στατιστικά σημαντική διαφορά στην ηλικία εντοπίζεται στον υψηλότερο βαθμό ως προς την αναγνώριση-παραδοχή αναπηρίας που παρουσίασαν τα άτομα μικρότερης ηλικίας από ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και η στατιστικά σημαντική διαφορά στο μορφωτικό επίπεδο εντοπίζεται στον υψηλότερο βαθμό ως προς την αναγνώριση-παραδοχή αναπηρίας που παρουσίασαν τα άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου από ότι τα άτομα χαμηλότερου.

Πράγματι, διάφορες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε άτομα με αναπηρία, διαπιστώνουν ότι η ηλικία αποτελεί ένα κρίσιμο παράγοντα στην προσπάθεια που καταβάλλει ένα άτομο, προκειμένου να αποδεχθεί και τελικά να προσαρμοστεί στην αναπηρία του. Από σχετικές έρευνες επισημαίνεται ότι όσο πιο νέος σε ηλικία βρίσκεται ένα άτομο τόσο πιο εύκολα φαίνεται να αποδέχεται μια δυσλειτουργία (Whiteneck, Charlifue, Frankel, Fraser, Gardner, Gerhart, Krishnan, Menter, Nuseibeh, Short, & Silver, 1992), συγκριτικά με άτομα που μεγαλύτερης ηλικίας που συχνά δυσκολεύονται στην αποδοχή μιας αναπηρίας στη μετέπειτα ζωή τους (Polat, 2003). Αυτή η θετική σχέση ανάμεσα στον βαθμό αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας και στην ηλικία των ατόμων επιβεβαιώνεται κι από άλλες έρευνες, στις οποίες γίνεται κατανοητό ότι όσο πιο νωρίς εμφανιστεί η αναπηρία στη ζωή ενός ατόμου τόσο υψηλότερα επίπεδα αποδοχής αναμένεται να επιδείξει το άτομο αυτό (Grist, 2010· Linkowski, & Grooms, 2007). Επιπλέον, όταν η αναπηρία, όπως αποτελεί εδώ η απώλεια ακοής, εμφανίζεται σε μικρή ηλικία, το άτομο έχει περισσότερο χρόνο να αποδεχτεί τον εαυτό του, να διαχειριστεί τις δυσκολίες που επιφέρει η απώλεια της ακοής του και να προσαρμοστεί καλύτερα στην κατάστασή του από ότι αν αυτό το γεγονός της αναπηρίας του συνέβαινε σε μεγαλύτερη ηλικία (Loeb, & Sarigani, 1986).

Όσον αφορά τη σημαντικά στατιστική σχέση που προέκυψε ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων με προβλήματα ακοής και στο βαθμό της αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας, το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται κι από

άλλες παρόμοιες έρευνες. Συγκεκριμένα, το επίπεδο εκπαίδευσης των ατόμων φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με την αναγνώριση-παραδοχή της αναπηρίας και με καλύτερα αποτελέσματα προσαρμογής σε αυτή (Jiao, Heyne, & Lam, 2012· Κλεφτάρας, 2006· Collings, 1990· Horowitz, Reese, & Horowitz, 1965· Siller, 1964). Αυτή η θετική συνάφεια ανάμεσα στην ακαδημαϊκή επίδοση και στο βαθμό αναγνώρισης-παραδοχής στην αναπηρία, διαπιστώνεται και σε άλλη έρευνα, όπου γίνεται σαφές ότι άτομα με προβλήματα ακοής που καταφέρνουν να αποκτήσουν μια αξιόλογη ακαδημαϊκή πορεία, φαίνεται να αποδέχονται καλύτερα την αναπηρία τους (Polat, 2003).

Εξίσου στατιστικά σημαντική διαφορά προέκυψε για τα άτομα με κινητικά προβλήματα των οποίων η αναπηρία είναι επίκτητη ή εκ γενετής. Συγκεκριμένα, στα άτομα με κινητικά προβλήματα η στατιστικά σημαντική διαφορά στην προέλευση αναπηρίας εντοπίζεται στον υψηλότερο βαθμό ως προς την αναγνώριση-παραδοχή αναπηρίας που παρουσίασαν τα άτομα των οποίων η αναπηρία είναι επίκτητη από ότι τα άτομα, η αναπηρία των οποίων είναι εκ γενετής. Το αποτέλεσμα της παρούσας ερευνητικής μελέτης μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι τα άτομα με συγγενείς αναπηρίες εμφανίζονται πιο ευπροσάρμοστα συγκρινόμενα με τα άτομα που παρουσιάζουν επίκτητες αναπηρίες. Αυτό μπορεί να γίνει αντιληπτό από το γεγονός ότι το άτομο με συγγενή αναπηρία αποδέχεται ευκολότερα την κατάστασή του, διότι δε γνώρισε ποτέ τον εαυτό του διαφορετικά, είχε πάντα τις ίδιες ικανότητες και δε βίωσε την εμπειρία του ψυχολογικού τραύματος και της αλλοιωμένης εικόνας σώματος που βιώνει το άτομο με επίκτητη αναπηρία (Κλεφτάρας, 2006).

Όσον αφορά τον βαθμό προσαρμογής στην αναπηρία, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα άτομα με προβλήματα όρασης ως προς την ηλικία και την επαγγελματική κατάσταση, και στα άτομα με προβλήματα ακοής ως προς το φύλο και την ηλικία. Αναλυτικότερα, στα άτομα με διαταραχές όρασης, οι μεγαλύτερης ηλικίας (46 και άνω) και οι μικρότερης ηλικίας (18-25) εμφανίζουν μικρότερο βαθμό προσαρμογής από ότι τα άτομα με ηλικία από 26-35 και από 36-45. Αυτό το ερευνητικό αποτέλεσμα που παρατηρήθηκε τόσο στην παρούσα μελέτη όσο και σε άλλες έρευνες, μπορεί να εξηγηθεί κι από το γεγονός ότι, οι νεώτεροι ηλικιακά άνθρωποι διακρίνονται για την πλαστικότητα του χαρακτήρα τους και συχνά εμφανίζονται πρόθυμοι να δοκιμάσουν πράγματα, νέες καταστάσεις και καινούριους ρόλους που τους ταιριάζουν καλύτερα (Κλεφτάρας, 2006).

Ως προς την επαγγελματική κατάσταση των ατόμων με προβλήματα ή διαταραχές όρασης ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο υψηλότερος βαθμός προσαρμογής που εμφανίζουν τα άτομα με προβλήματα όρασης σε ημιαπασχόληση, ενώ ακολουθούν οι άνεργοι και τέλος έρχονται οι εργαζόμενοι και οι συνταξιούχοι. Η τύφλωση και οι συνακόλουθες διαταραχές όρασης αναμφίβολα δυσκολεύουν το άτομο να αποκτήσει όλες εκείνες τις εμπειρίες που λαμβάνουν άτομα με φυσιολογική όραση, γεγονός που δυσκολεύει περαιτέρω τις επιθυμίες του ατόμου να εξελιχθεί σε κάποιο επαγγελματικό επίπεδο, όπως να ασκήσει κάποιο βιοποριστικό επάγγελμα (Κρουσταλάκης, 1994). Επίσης, άτομα με τύφλωση, διαμορφώνουν σε πολύ μεγάλο βαθμό την άποψή τους για τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά από την αλληλεπίδραση που αναπτύσσουν με το κοινωνικό σύνολο, μέσα από τις κριτικές και τις απόψεις των ατόμων που βρίσκονται γύρω τους για τον εαυτό τους. Αυτά τα χαρακτηριστικά που αφορούν τους εαυτούς τους σχετίζονται με σωματικά, νοητικά και συναισθηματικά γνωρίσματα, με αξίες, στάσεις, με φόβους και ελπίδες, όλα εκείνα δηλαδή τα στοιχεία που συγκροτούν την εικόνα που έχει για τον εαυτό του (Tuttle, & Tuttle, 2004). Συχνά, τα άτομα με τύφλωση δέχονται αρνητικά σχόλια από το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο ζουν σχετικά με για τις λειτουργικές τους ικανότητες και το βαθμό ολοκλήρωσης ενός έργου από μέρους τους με επιτυχία, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται καθοριστικά οι αντιλήψεις του ατόμου για την γενικότερη εικόνα του εαυτού τους (Kaplan-Myrth, 2000).

Στα άτομα με προβλήματα ακοής, η στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίζεται στον υψηλότερο βαθμό προσαρμογής που εμφανίζουν οι γυναίκες έναντι των ανδρών, εύρημα το οποίο διαπιστώνεται κι από άλλη σχετική έρευνα (Campling, 1979). Ωστόσο, το ερευνητικό αυτό δε βρίσκεται σε αντιστοιχία με εκείνα άλλων ερευνών, όπου διαπιστώνεται οι άνδρες να διαχειρίζονται καλύτερα την αναπηρία τους συγκριτικά με τις γυναίκες (McGeary, Mayer, Gatchel, Anagnostis, & Proctor, 2003). Αυτή η δυσκολία προσαρμογής μιας γυναίκας στην αναπηρία της, σύμφωνα με άλλη σχετική έρευνα, μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι μια γυναίκα με αναπηρία, θα πρέπει να διαχειριστεί διπλά τόσο το γεγονός ότι είναι γυναίκα όσο και την ίδια της την αναπηρία. Ως γυναίκα, βρίσκεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης διάφορων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων (άγχος, στρες) και προβλημάτων υγείας συγκριτικά με έναν άνδρα. Επιπλέον, ως άτομο με αναπηρία, καλείται να διαχειριστεί την

επικρατούσα ανισότητα μεταξύ των δύο φύλων και να διατηρήσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο πληρότητας από τη ζωή, παρά την αναπηρία της (Nosek, & Hughes, 2003).

Επιπλέον, στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίζεται στον υψηλότερο βαθμό προσαρμογής που εμφανίζουν τα άτομα με προβλήματα ακοής μικρότερης ηλικίας από ότι εκείνα με προβλήματα ακοής σε μεγαλύτερη ηλικία. Η θετική σχέση της ηλικίας και του βαθμού προσαρμογής στην αναπηρία επιβεβαιώνεται κι από άλλες έρευνες, στις οποίες γίνεται εμφανές ότι όσο πιο νέο στην ηλικία είναι ένα άτομο, τόσο πιο εύκολα αποδέχεται και προσαρμόζεται στο γεγονός της αναπηρίας του (Borthwick, 2002 · Li, & Moore, 1998).

Αναφορικά με τη σχέση ανάμεσα στην κλίμακα νοήματος ζωής και στις υποκλίμακες αντίδρασης στη σωματική βλάβη και τη δυσλειτουργία, επιβεβαιώνεται η θετική συσχέτιση αυτών για τα άτομα με αναπηρία του δείγματος. Ειδικότερα, προκύπτει ότι στα άτομα του δείγματος με προβλήματα όρασης, υπάρχει στατιστικά πολύ σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων αναγνώριση-παραδοχή και προσαρμογή με την κλίμακα νοήματος ζωής, υποδηλώνοντας πως η αύξηση του βαθμού αίσθησης νοήματος ζωής για τα άτομα με προβλήματα όρασης έχει ανάλογη αύξηση στον βαθμό αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας τους και προσαρμογής τους σε αυτή.

Αυτή η υψηλή αναλογία στον βαθμό αφενός της αίσθησης νοήματος ζωής και αφετέρου στον βαθμό της αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας από τα άτομα του δείγματος με απώλεια όρασης, μπορεί να ερμηνευθεί από το ότι τα άτομα του δείγματος με απώλεια όρασης έχουν κατορθώσει να αναζητήσουν το προσωπικό νόημα ζωής τους στην αναπηρία τους. Επίσης, η ύπαρξη αυτής της θετικής σχέσης ανάμεσα στην διαδικασία της αυτο-αποδοχής και της αναζήτησης ενός προσωπικού νοήματος σε μια κατάσταση αναπηρίας συμπληρώνεται κι από άλλες σχετικές έρευνες (Crumbaugh, & Maholick, 1969 στο Reker, 1977· Allen, 1989).

Αντίστοιχα, η θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση του βαθμού προσαρμογής στην αναπηρία με την κλίμακα νοήματος ζωής καταδεικνύει ότι η αναζήτηση ενός προσωπικού νοήματος στην αναπηρία αποτελεί καταλυτικό παράγοντα που ενδέχεται να βελτιώσει την αποδοχή και προσαρμογή του ατόμου αλλά και τη γενικότερη ποιότητα της ζωής ενός ατόμου με αναπηρία (Thompson, Coker, Krause, & Henry, 2003).

Επιπρόσθετα, παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο υποκλίμακες αντιδράσεων, στην υποκλίμακα της αναγνώρισης-παραδοχής και στην υποκλίμακα της προσαρμογής απέναντι στο γεγονός της αναπηρίας. Συγκεκριμένα, προκύπτει ότι για τα άτομα με προβλήματα όρασης ο βαθμός προσαρμογής στην αναπηρία έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον βαθμό αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας. Ανάλογα, από σχετική έρευνα, διαφαίνεται ότι άτομα με τύφλωση κατάφεραν να παρουσιάσουν ένα επαρκές και ικανοποιητικό επίπεδο προσαρμογής, εφόσον πρώτα είχαν αποδεχθεί το γεγονός της τύφλωσής τους (Ash, Keegan, & Greenough, 1978). Στο ίδιο αποτέλεσμα καταλήγουν και οι Reinhardt, Boerner και Horowitz, σύμφωνα με τους οποίους όσο μεγαλύτερες προσπάθειες καταβάλλει ένα άτομο προκειμένου να αποδεχθεί την αναπηρία του κι όσο μεγαλύτερη είναι η χρήση των τεχνικών της αποδοχής που υιοθετεί, τόσο καλύτερα επίπεδα προσαρμογής στην αναπηρία θα σημειώσει και μάλιστα με μακροχρόνιες συνέπειες (Reinhardt, Boerner, & Horowitz, 2009).

Ανάλογα αποτελέσματα με τα άτομα με προβλήματα όρασης παρουσιάζονται και στα άτομα με κινητικά προβλήματα στα οποία υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας αναγνώριση-παραδοχή με την κλίμακα νοήματος ζωής και στατιστικά πολύ σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας προσαρμογή στην αναπηρία με την κλίμακα νοήματος ζωής. Συνεπώς, αντίστοιχα και στα άτομα με κινητικά προβλήματα, η θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση του βαθμού αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας και του βαθμού προσαρμογής στην αναπηρία με την κλίμακα νοήματος ζωής υποδηλώνει πως αύξηση του βαθμού αίσθησης νοήματος ζωής για τα άτομα με κινητικά προβλήματα έχει ανάλογη αύξηση στον βαθμό αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας τους και στον βαθμό προσαρμογής τους σε αυτή.

Το παρόν ερευνητικό αποτέλεσμα βρίσκεται σε αναλογία με τα αποτελέσματα της έρευνας των Psarra, & Kleftaftara (2013) που πραγματοποιήθηκε σε άτομα με κινητική αναπηρία. Οι τελευταίοι, μέσα από την έρευνά τους καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι όταν ένα άτομο με αναπηρία διαθέτει μια ξεκάθαρη αίσθηση νοήματος και προσανατολισμού στη ζωή, αποδέχεται ευκολότερα την αναπηρία του και συνακόλουθα προσαρμόζεται καλύτερα σε αυτή. Στο ίδιο ερευνητικό αποτέλεσμα καταλήγει και άλλη έρευνα και πιο συγκεκριμένα η έρευνα των Smith, & Zautra (2004), στην οποία επιβεβαιώνεται η θετική σχέση ανάμεσα στην αίσθηση νοήματος

και σκοπού στη ζωή στην υποκειμενική ευεξία των ατόμων που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση αντικατάστασης του γόνατος, εφόσον η αίσθηση νοήματος και σκοπού των ατόμων του δείγματος συνδέθηκε σημαντικά με τη βελτίωση της ψυχικής και σωματικής υγείας τους.

Επιπρόσθετα, όπως συνέβη και στην κατηγορία των ατόμων με προβλήματα όρασης, παρατηρείται ότι και ο βαθμός προσαρμογής στην αναπηρία έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον βαθμό αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας για τα άτομα με κινητικά προβλήματα. Αυτή η θετική σχέση ανάμεσα στην υποκλίμακα της αναγνώρισης-παραδοχής και στην αποδοχή της αναπηρίας επιβεβαιώνεται κι από άλλα αποτελέσματα ερευνών. Χαρακτηριστική είναι η μελέτη, στην οποία η αναγνώριση της αναπηρίας θεωρείται το «μονοπάτι» που διασχίζει ένα άτομο, προκειμένου να πετύχει τα καλύτερα αποτελέσματα προσαρμογής του (Livneh, & Antonak, 1997). Κατά συνέπεια, ένας καλός βαθμός αναγνώρισης-παραδοχής συνεπάγεται ένα ικανοποιητικό επίπεδο προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας. Αντίστοιχα, ένα μικρός βαθμός αναγνώρισης-παραδοχής μιας αναπηρίας, πιθανόν οδηγεί στην βίωση κι άλλων αρνητικών ψυχολογικών αντιδράσεων, όπως κατάθλιψη, οργή ή επιθετικότητα.

Αξιοσημείωτο είναι ότι για τα άτομα με προβλήματα ακοής στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση παρουσιάζεται μεταξύ της κλίμακας νοήματος ζωής με τον βαθμό αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας, ενώ η θετική συσχέτιση της κλίμακας νοήματος ζωής με τον βαθμό προσαρμογής στην αναπηρία δεν είναι στατιστικά σημαντική. Αυτή η σημαντική στατιστική διαφορά που παρουσιάζουν τα άτομα του δείγματος με προβλήματα ακοής ως προς τη σχέση ανάμεσα στην αίσθηση νοήματος ζωής και στον βαθμό της προσαρμογής, μπορεί να εξηγηθεί από το ότι η κώφωση και τα άλλα προβλήματα ακοής, δεν γίνονται άμεσα αντιληπτά από τους ακούοντες, με αποτέλεσμα η αναπηρία ορισμένων ατόμων να παραγνωρίζεται ή ακόμη και να υποβαθμίζεται από τους άλλους. Αν και τα άτομα με κώφωση και άλλες διαταραχές ακοής συναντούν έντονες δυσκολίες στον επικοινωνιακό τομέα με τους συνανθρώπους τους, εντούτοις, πολλοί από αυτούς είναι σε θέση να χρησιμοποιήσουν άλλες επικοινωνιακές τεχνικές προκειμένου να επικοινωνήσουν, όπως τη χειλεανάγνωση, τις χειρονομίες, με συνακόλουθο αποτέλεσμα να πραγματοποιείται ένας εναλλακτικός τρόπος επικοινωνίας ανάμεσα σε κωφούς και ακούοντες και να υποβαθμίζεται η ύπαρξη του προβλήματός τους. Συνεπώς, τα άτομα

με κώφωση πιθανόν συμβιβάζονται με τις επικρατούσες συνθήκες επικοινωνίας με τους γύρω τους, νιώθοντας ήδη προσαρμοσμένα σε μια κατάσταση που βιώνουν.

Αντίστοιχα όμως με τις δύο προαναφερόμενες ομάδες αναπηρίας, παρατηρείται και για τα άτομα με προβλήματα ακοής ότι ο βαθμός προσαρμογής τους στην αναπηρία έχει στατιστικά θετική σημαντική συσχέτιση με τον βαθμό αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας τους, μια σχέση που επιβεβαιώθηκε και σε άλλη σχετική έρευνα (Livneh, & Antonak, 1997).

Σύμφωνα με τα παραπάνω αλλά και με βάση τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, μια από τις ερευνητικές υποθέσεις που εξετάζεται από την παρούσα μελέτη, είναι ότι το αίσθημα νοήματος ζωής στα άτομα χωρίς αναπηρία είναι υψηλότερο από ότι στα άτομα με αναπηρία. Η αρχική αυτή ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώνεται από πολλές έρευνες (Post, van Leeuwen, 2012· Post, Van Dijk, Van Asbeck, Schrijvers, 1998· Boschen, 1990), όπου διαπιστώνεται ότι αν και άτομα με αναπηρία παρουσιάζουν ένα ικανοποιητικό αίσθημα προσωπικής επάρκειας από τη ζωή και φαίνεται παρά την αναπηρία τους να έχουν αποκτήσει ένα νόημα σε αυτή και στις απώλειες που τη συνοδεύουν, ωστόσο αυτή η αίσθηση πληρότητας από τη ζωή είναι χαμηλότερη για τα άτομα με αναπηρία συγκριτικά με τα άτομα του δείγματος δίχως αναπηρία.

Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση που αφορά τη συσχέτιση ανάμεσα στο βαθμό της αίσθησης νοήματος ζωής με συγκεκριμένα ατομικά χαρακτηριστικά (όπως είναι το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης, η επαγγελματική κατάσταση αλλά και η προέλευση της αναπηρίας) τόσο για τα άτομα με αναπηρία όσο και για τα άτομα δίχως αναπηρία, αν και δεν βρέθηκε στην παρούσα έρευνα σημαντική στατιστική συσχέτιση μεταξύ τους, εντούτοις, σε πολλές έρευνες που προαναφέρθηκαν επισημαίνεται η θετική σχέση ανάμεσα στην κλίμακα νοήματος ζωής και σε ορισμένα ατομικά στοιχεία τόσο για τα άτομα με αναπηρία όσο και για τα άτομα δίχως αναπηρία.

Η τρίτη ερευνητική υπόθεση, που περιγράφει τη συσχέτιση ανάμεσα στο βαθμό της αναγνώρισης-παραδοχής με τα ατομικά χαρακτηριστικά των ατόμων με αναπηρία του δείγματος επιβεβαιώνεται, καθώς ορισμένα από αυτά τα χαρακτηριστικά, όπως αποτελεί η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων με κώφωση, η προέλευση της αναπηρίας στα άτομα με κινητικά προβλήματα προέκυψε στατιστικά σημαντική. Ειδικά, η θετική σχέση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων με

αναπηρία και στο βαθμό της αναγνώρισης-παραδοχής έχει τονιστεί κι από άλλες έρευνες, ενώ στην ίδια έρευνα λιγότερο θετική στατιστικά σχέση αποδεικνύεται η σχέση ανάμεσα στην ηλικία και στο βαθμό της αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας με βάση τις δηλώσεις των συμμετεχόντων (Jiao, Heyne, & Lam, 2012).

Σύμφωνα με την τέταρτη ερευνητική υπόθεση που εξετάζει τη σχέση ανάμεσα στο βαθμό της προσαρμογής ενός ατόμου στην αναπηρία του με τα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, στην παρούσα μελέτη βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσά τους, με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (όπως η ηλικία, το φύλο, η επαγγελματική κατάσταση), με αποτέλεσμα να επηρεαστεί ο βαθμός της προσαρμογής ενός ατόμου στην αναπηρία του.

Η πέμπτη ερευνητική υπόθεση που αφορά αποκλειστικά τα άτομα με αναπηρία, επιβεβαιώνεται στην παρούσα έρευνα, καθώς διαπιστώθηκε μια θετική σχέση μεταξύ του βαθμού αίσθησης νοήματος ζωής και αναγνώρισης-παραδοχής αναπηρίας. Αυτή η απόδοση του νοήματος στην αναπηρία αλλά και η σημασία που αποδίδεται σε πρακτικό επίπεδο λόγω της αναπηρίας του, θα καθορίσει πόσο τελικά θα αποδεχθεί το πρόβλημά του. Η θετική σχέση που παρατηρήθηκε ανάμεσα στην κλίμακα νοήματος ζωής και στον βαθμό της αναγνώρισης-παραδοχής της αναπηρίας έχει επιβεβαιωθεί από πολλές έρευνες. Η αναζήτηση νοήματος στην αναπηρία φαίνεται να επιδρά σημαντικά στον βαθμό που ένα άτομο αποδέχεται την αναπηρία του (Amaral, 2009· Thompson, Coker, Krause, & Henry, 2003· Dunn, 1996· Gallagher, & MacLachlan, 2000). Αυτή η θετική σχέση μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι η αναζήτηση νοήματος σε μια δυσλειτουργία συνδέεται με καλύτερες στρατηγικές αντιμετώπισης της κατάστασης και με υψηλότερα επίπεδα αποδοχής της (Yang, Staps, & Hijmans, 2010· Amaral, 2009· Ruiz, 2002· Baldacchino, & Draper, 2001· Daaleman, Kuckelman Cobb, & Frey, 2001· Dunn, 1994· Benner, Roskies, & Lazarus, 1980· Moos, & Tsu, 1977· Frankl, 1959).

Από σχετικά ερευνητικά δεδομένα προκύπτει ότι τα άτομα που αποδέχονται την αναπηρία τους φαίνεται να παρουσιάζουν καλύτερη κατάσταση σωματικής υγείας και σημειώνουν χαμηλά ποσοστά αρνητικών συναισθηματικών αντιδράσεων και άλλων σοβαρών ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων (Turner, Lloyd, & Taylor, 2006· Livneh, Lott, & Antonak, 2004· Garofalo, 2000), τα οποία αποτελούν πιθανές αντιδράσεις στην εμφάνιση μιας αναπηρίας.

Τέλος, η έκτη ερευνητική υπόθεση, που αφορά αποκλειστικά τα άτομα με αναπηρία, επιβεβαιώνεται στην παρούσα έρευνα, καθώς διαπιστώθηκε μια θετική συνάφεια μεταξύ του βαθμού αίσθησης νοήματος ζωής και του βαθμού της προσαρμογής στην αναπηρία, με εξαίρεση μόνο την περίπτωση των ατόμων με προβλήματα ακοής όπου δε βρέθηκε σημαντικά στατιστική σχέση με την κλίμακα νοήματος ζωής και το βαθμό προσαρμογής τους., συγκριτικά με τις άλλες δύο κατηγορίες αναπηρίας του δείγματος. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με εκείνα πρόσφατων ερευνών, στις οποίες καταδεικνύεται ότι η αναζήτηση νοήματος στην αναπηρία αποτελεί καταλυτικό παράγοντα που μπορεί να βελτιώσει την προσαρμογή αλλά και την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρίες (Psarra, & Klefтарas, 2013· Thompson, Coker, & Krause, 2003). Όσο μεγαλύτερος εμφανίζεται ο βαθμός της αίσθησης του συνολικού νοήματος ζωής για τα άτομα με αναπηρία, τόσο μεγαλύτερος αναμένεται να είναι κι ο βαθμός των τεσσάρων διαστάσεων του νοήματος για τα άτομα αυτά, ως προς την αίσθηση πληρότητας στη ζωή, ως προς την ελευθερία των επιλογών του, ως προς την επίτευξη των στόχων του και τέλος, ως προς την αποδοχή του θανάτου ως φυσιολογικού γεγονότος στη ζωή (Psarra, & Klefтарas, 2013). Ένας μεγάλος βαθμός στο συνολικό νόημα ζωής και στις διαστάσεις του συνεπάγεται καλύτερες συνθήκες προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας.

Όπως συνέβη και με τα άτομα του δείγματος, ένα άτομο με υψηλό νόημα ζωής (όπου η τιμή κυμαίνεται στο 80 περίπου= ισχυρό νόημα ζωής) θα παρουσιάσει και υψηλές τιμές ως προς την αίσθηση της προσωπικής του επάρκειας από τη ζωή, ως προς την επίτευξη των στόχων που θέτει και διαμορφώνει στην πορεία ζωής του, ως προς την ελευθερία των επιλογών του και το βαθμό της υπευθυνότητάς του και χαμηλές τιμές αναφορικά με το φόβο του θανάτου και καλύτερα επίπεδα προσαρμογής στην αναπηρία του. Αντίστοιχα, όταν ένα άτομο σημειώνει χαμηλές τιμές στην κλίμακα νοήματος της ζωής, κάτι που σε γενικές γραμμές δεν προέκυψε στο δείγμα της παρούσας έρευνας, τότε θα παρουσιάσει χαμηλές τιμές τόσο στις διαστάσεις του νοήματος ζωής όσο και στον βαθμό της προσαρμογής στην αναπηρία του. Το άτομο αυτό αντιδρά με δυσπροσαρμοστικό τρόπο απέναντι στην αναπηρία του, διακρίνεται για την ελλιπή στοχοθεσία του ή ακόμη και την πιθανή απουσία στόχων και την ύπαρξη μια αποστολής στη ζωή. Ακόμη, δεν έχει μια ξεκάθαρη αίσθηση προσωπικής ταυτότητας, δεν νιώθει ελεύθερος/-η να κάνει επιλογές με υπευθυνότητα και αδυνατεί να αποδεχθεί το θάνατο ως φυσική πτυχή της ζωής

(Psarra, & Klefтарas, 2013). Αυτή η αρνητική σχέση ανάμεσα στην κλίμακα νοήματος ζωής και σε μια αρνητική προσαρμογή, επιβεβαιώνεται κι από άλλες έρευνες (Dunn, 1994).

Η αναγνώριση-παραδοχή και η συνακόλουθη προσαρμογή στην αναπηρία είναι καθοριστικά ζητήματα, που αναμφίβολα επηρεάζουν την ψυχική ευημερία και την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρίες (Κλεφτάρας, 2006). Όσο πιο γρήγορα το άτομο αποδεχθεί την απώλειά του και αναγνωρίσει ότι η αναπηρία του είναι συνυφασμένη με την ίδια του τη ζωή, τόσο πιο γρήγορα θα αποδεχθεί και θα προσαρμοστεί στην κατάστασή του. Η αντίδραση ενός ατόμου απέναντι στην εμφάνιση μιας αναπηρίας επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων είναι τα προσωπικά βιώματα και οι εμπειρίες, η προσωπικότητα, η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, η στάση που κρατά το κοινωνικό σύνολο απέναντι στο άτομο με αναπηρία, ο βαθμός του λειτουργικού περιορισμού. Ανάμεσα σε αυτούς τους παράγοντες, όπως διαπιστώθηκε και από την παρούσα έρευνα αλλά και από τα ερευνητικά δεδομένα της βιβλιογραφίας, στη δυναμική διαδικασία της προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζει η σημασία και το νόημα που αποδίδει κανείς στην αναπηρία του. Η αναζήτηση προσωπικού νοήματος ζωής στην αναπηρία, μπορεί να επιτευχθεί από ένα άτομο, υιοθετώντας έναν εναλλακτικό τρόπο σκέψης και εντοπίζοντας ορισμένα οφέλη στο γεγονός της αναπηρίας του παρά τις δυσκολίες, τις απώλειες και τους περιορισμούς που του επιφέρει.

Η έννοια του «νοήματος ζωής» παρέχει ουσιαστικά ένα βαθύτερο τρόπο σκέψης που οδηγεί σε μια ουσιαστικότερη και πιο ολοκληρωμένη αντίληψη απέναντι στα διάφορα γεγονότα της ζωής (Κλεφτάρας, 2005), τα οποία τις περισσότερες φορές αποτελούν πρόκληση για τον άνθρωπο, ώστε να διαλογιστεί και να διαχειριστεί αποτελεσματικά τους φόβους του και τελικά να υιοθετήσει μια υπεύθυνη στάση απέναντι στα δύσκολα 'γυρίσματα' της ζωής.

7.9. Περιορισμοί έρευνας - Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Στο σημείο αυτό, με την ολοκλήρωση της έρευνας, είναι χρήσιμο να επισημανθούν κάποιοι περιορισμοί, αλλά και να γίνουν μερικές προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Αναφορικά με τους περιορισμούς, ένας από αυτούς είναι ότι το δείγμα των ατόμων χωρίς αναπηρία που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα προέρχονταν αποκλειστικά από την περιφέρεια Ηπείρου. Επίσης, πρέπει να αναφερθεί είναι ότι δεν έγινε μελέτη της σχέσης της κλίμακας ζωής με όλες τις υποκλίμακες από το ερωτηματολόγιο αντίδρασης στη σωματική βλάβη και τη δυσλειτουργία αλλά επιλέχθηκαν δύο από τις οκτώ υποκλίμακες αυτού που αφορούν την αναγνώριση-παραδοχή της αναπηρίας και την προσαρμογή σε αυτή.

Ένας ακόμη περιορισμός της παρούσας μελέτης αποτελεί το γεγονός ότι τα άτομα του δείγματος με ή χωρίς αναπηρία ήταν ενήλικες και στην παρούσα έρευνα δεν συμμετείχαν άτομα με αναπηρία ή χωρίς αναπηρία από τη μαθητική κοινότητα.

Ο ίδιος ο Victor Frankl που ασχολήθηκε εκτενώς με το αίσθημα νοήματος ζωής και το οποίο προσδιόρισε ως τις επιδιώξεις του ατόμου για σημαντικές προσπάθειες και σκοπούς στη ζωή του, σημείωσε ότι αποτελεί ένα αναπόφευκτο οντολογικό ζήτημα με το οποίο πολλά άτομα καλούνται να διαχειριστούν από την μικρή τους ηλικία. Γι' αυτό πρωταρχικό ζήτημα παραμένει η ενίσχυση της αίσθησης νοήματος ζωής του ανθρώπου από νωρίς.

Μολονότι, το νόημα της ζωής και η διαδικασία αναζήτησής του συνιστά μια απόλυτα ατομική και προσωπική διεργασία, καθοριστικό ρόλο σε αυτό το σημείο διαδραματίζει η εκπαίδευση και οι εκπρόσωποί της. Συγκεκριμένα, η εκπαίδευση και οι φορείς της καλούνται να αναλάβουν δράση σε αυτή τη διαδικασία της αναζήτησης του νοήματος της ζωής, προετοιμάζοντάς και εκπαιδεύοντας τα άτομα κατάλληλα για τις αξίες και τα ιδανικά της ζωής, για τις δυσκολίες που πρόκειται να αντιμετωπίσουν, το ενδεχόμενο πόνο αλλά και τις διάφορες ατυχίες της ζωής.

Γι' αυτό το λόγο κρίνεται σκόπιμο, οι νέοι να έχουν εκπαιδευτεί από τη σχολική τους ηλικία σε αναγκαίες Δεξιότητες Ζωής (Life Skills Education), προκειμένου να προετοιμαστούν αποτελεσματικά στις απαιτήσεις και τις δυσκολίες της καθημερινότητας. Μέσω μιας κατάλληλα σχεδιασμένης παρεχόμενης εκπαίδευσης και με την οργάνωση μιας ποικιλίας βιωματικών τεχνικών, όπως μπορεί να αποτελέσει η ομαδική συζήτηση με συνομηλίκους αλλά και διάφορες παρουσιάσεις

σε ομηλικούς, οι νέοι μπορούν ως ενήλικοι να αποκτήσουν όλες εκείνες τις δεξιότητες που θα τους βοηθήσουν να ανταποκριθούν στις προκλήσεις της καθημερινής ζωής. Τέτοιες δεξιότητες ζωής που αναμένεται να κατακτηθούν από την εκπαιδευτική διαδικασία μπορεί να αποτελέσουν οι δεξιότητες λήψης αποφάσεων, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, η ικανότητα αυτογνωσίας και άλλες.

Επίσης, θεωρείται αναγκαία η εισαγωγή μαθημάτων σχετικών με τη διαχείριση των συναισθημάτων στο σχολείο, προκειμένου ως ενήλικες τα άτομα να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τόσο τα συναισθήματά τους όσο και των άλλων που βρίσκονται γύρω τους, να αντιλαμβάνονται εκείνα τα συναισθήματα που επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους και γενικότερα την ψυχολογική τους ευεξία. Κατά συνέπεια, η προετοιμασία ενός ατόμου στον έλεγχο και στη διαχείριση των συναισθημάτων των συναισθημάτων πρέπει να πραγματοποιείται από τη σχολική ηλικία μέσα από μια ποικιλία μεθόδων, όπως με προσφερόμενα μαθήματα ή ακόμη και μέσω διαλέξεων, σεμιναρίων από ειδικά καταρτισμένους εκπαιδευτικούς. Με άλλα λόγια, η ικανότητα για ενσυναίσθηση, πρέπει να καλλιεργείται από νωρίς στους νέους, καθώς αυτή θα διευκολύνει το άτομο αφενός στην διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων του και αφετέρου στην πιθανή ενσωμάτωση ενός αρνητικού γεγονότος στη ζωή του, με αποτέλεσμα να μπορεί το ίδιο το άτομο να αναζητήσει ένα νέο νόημα σε αυτή.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι για να κριθεί δυνατή η γενίκευση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, κρίνεται χρήσιμη η επιβεβαίωσή τους και από μελλοντικές έρευνες που θα λαμβάνουν υπόψη τους περιορισμούς που επισημάνθηκαν. Έτσι, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να διερευνήσουν διεξοδικότερα την σχέση της κλίμακας νοήματος ζωής ως προς όλες τις υποκλίμακες αντίδρασης στη σωματική βλάβη και τη δυσλειτουργία, ειδικότερα σε μέλη της μαθητικής κοινότητας με αναπηρία αλλά και στους εκπαιδευτές και εκπροσώπους τους.

Σε αυτή την δύσκολη εποχή όπου οι αξίες αλλά και ο σύγχρονος τρόπος ζωής κλονίζονται και επανεξετάζονται, φαίνεται να αποτελεί επιτακτική ανάγκη ο επαναπροσδιορισμός της αίσθησης του νοήματος της ζωής που βιώνει ένα άτομο. Είναι δηλαδή κρίσιμο, ο σύγχρονος άνθρωπος, μέσα από την κατάλληλη εκπαίδευση, να στραφεί σε προσωπικές πηγές νοήματος που θα του προσφέρουν μια αίσθηση πληρότητας και ικανοποίησης αλλά και μια αίσθηση χαράς, που θα τον προετοιμάσουν να θωρακιστεί απέναντι στις καθημερινές δυσκολίες της ζωής.

Βιβλιογραφία

- Adler, A. (1931). *Wozu leben wir?* Frankfurt: Fisher.
- Adolfo, F. Z. (2001). *Τα συμπλέγματα* (Μτφρ. Ζ. Κόλλια). Εκδόσεις: Δαίδαλος.
- Ainlay, S. C., Singleton, R., & Swigert, V. L. (1992). Aging and religious participation: Reconsidering the effects of health. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 31, 175-188.
- Allen, M. N. (1989). The meaning of visual impairment to visually impaired adults. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 640-646.
- Altshuler, K., (1962). Psychiatric Consideration in the Adult Deaf. *American Annals of the Deaf*, 107(4), 560-561.
- Altshuler, K., (1963). Sexual Patterns and family relationships. In: J. D., Rainer, K. Z., Altshuler, & F. J., Kallmann (Eds), *Family and Mental Health Problems in a Deaf population*. New York: New York State Psychiatric Institute, Columbia University.
- Amaral, M. T. M. P. (2009). A new sense for living: A comprehensive study about the adaptation process following spinal cord injuries. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43, 573-580.
- Antonak, R. F., & Livneh, H. (1991). A hierarchy of reactions to disability. *International Journal of Rehabilitation Research*, 14, 13-24.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arvig, T. (2006). Meaning in life for individuals with physical disabilities. *Psychological Reports*, 98, 683-688.
- Ash, D. D., Keegan, D. L. & Greenough, T. (1978). Factors in adjustment to blindness. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 9(2), 47-51.
- Attig, T. (2001). Relearning the world: Making and finding meanings. In: R. Neimeyer (Ed.). *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp. 33-53). Washington, DC: American Psychological Association.
- Auhagen, A. E. (2000). On the psychology of meaning of life. *Swiss Journal of Psychology*, 59, 34-48.
- Baldacchino, D., & Draper, P. (2001). Spiritual coping strategies: A review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 833-841.
- Bamford, E., Grundy, D., & Russell, J. (1986). ABC of spinal cord injury. Social needs of the patient and his family. *Br Med J*, 22, 546-548.
- Barker, R. G., Wright, B. A., Meyerson, L., & Gonick, M. R. (1953). *Adjustment to physical handicap and illness: A survey of the social psychology of physique and disability*. (Bull. 55, Rev. ed.). New York: Social Science Research Council.
- Barrera, M. (1986). Distinctions Between Social Support Concepts, Measures, and Models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Bard, M., & Sangrey, D. (1979). *The crime victim's book*. New York: Basic Books.

- Bat-Chava, Y. (1994). Group identification and self-esteem of deaf adults. *Personality and Social Psychology, 20*, 494–502.
- Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. New York: Guilford.
- Beedie, A., & Kennedy, P. (2002). Quality of social support predicts hopelessness and depression post spinal cord injury. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 9*(3), 227-234.
- Beit-Hallahmi, B., & Argyle, M. (1997). *The psychology of religious behavior, belief, and experience*. London: Routledge.
- Belgrave, F. Z. (1991). Psychosocial predictors of adjustment to disability in African Americans. *Journal of Rehabilitation, 57*(1), 37-40.
- Belgrave, F. Z., & Lewis, D. M. (1994). The Role of Social Support in Compliance and Other Health Behaviors for African Americans with Chronic Illnesses. *Journal of Health & Social Policy, 5*(3-4), 55-68.
- Benner, P., Roskies, E., & Lazarus, R. S. (1980). Stress and coping under extreme conditions. In: J. E. Dimsdale (Ed.), *Survivors, victims and perpetrators: Essays on the Nazi holocaust*. Washington, D.C.: Hemisphere.
- Best, B. A. (1992). *Teaching Children with Visual Impairments*. Milton Keynes: Open University Press.
- Best, S. J., & Bigge, J. L. (2005). Cereblar palsy. In: S. J., Best, K. W., Heller, & J. L. Bigge (2009). *Teaching individuals with physical or multiple disabilities*. (5th ed.) (pp. 87-109). Upper Saddle River, NJ: Merrill/ Prentice Hall.
- Bishop, M., & Feist-Price, S. (2001). Quality of life in rehabilitation counseling: Making the philosophical practical. *Rehabilitation Education, 15*, 201-212.
- Blanes, L., Carmagnani, M. I. S., & Ferreira, L. M. (2009). Quality of life and self-esteem of persons with paraplegia living in Sao Paulo, Brazil. *Qual Life Res, 18*, 15–21.
- Blazer, J. A. (1973). The relationship between meaning in life and fear of death. *Psychology (Savannah, Ga.), 10*, 33-34.
- Boerner, K., & Cimarolli, V. R. (2005). Optimizing rehabilitation for adults with visual impairment: attention to life goals and their links to well-being. *Clinical Rehabilitation, 19*, 790–798.
- Bolt, M. (1975). Purpose in life and religious orientation. *Journal of Psychology and Theology, 3*, 116-118.
- Bolt, M. (1978). Purpose in life and death concern. *Journal of Genetic Psychology, 132*, 159-160.
- Borthwick, A. M. (2002). Self-esteem among post-secondary students with orthopedic physical disabilities. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 63* (6-B), 2991.
- Boschen, Kathryn A. (1990). *Life satisfaction, housing satisfaction, and locus of control: A comparison between spinal cord injured and non-disabled individuals*. *Canadian Journal of Rehabilitation, 4*(2), 75-85.
- Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Fahey, J. L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality

- among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 979-986.
- Bower, J. E., Meyerowitz, B. E., Desmond, K. A., Bernaards, C. A., Rowland, J. H., & Ganz, P. A. (2005). Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 29(3), 236-245.
- Brown, D. J., Judd, F. K., & Ungar, G. H. (1987). Continuing care of the spinal cord injured. *Paraplegia*, 25, 296-300.
- Brown, D. J. (1992). Spinal cord injuries: The last decade and the next. *Paraplegia*, 30, 77- 82.
- Bullman, R .J., & Wortman, C. B. (1977). Attributions of blame and coping in the 'real world': Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 351-363.
- Burgess, A., & Holmstrom, L. (1976). Coping behavior of the rape victim. *American Journal of Psychiatry*, 13, 413-417.
- Burns, R. B. (1982). *Self-concept development and education*. London: Holt, Rinehart and Winston.
- Byron, K., & Miller-Perrin, C. (2009). The value of life purpose: Purpose as a mediator of faith and well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 4(1), 64-70.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Rickett, E. M., & Masi, C. M. (2005). Sociality, spirituality, and meaning making: Chicago health, aging, and social relations study. *Review of General Psychology*, 9, 143-155.
- Calderon, R., & Greenberg, M. T. (2003). Social and emotional development of deaf children: Family, school, and program effects. In: M. Marschark, & P. E. Spencer (Eds.), *Oxford handbook of deaf studies, language, and education* (pp. 177-189). New York: Oxford University Press.
- Campling, J. (1979). *Better Lives For Disabled Women*. Great Britain: Virago Limited.
- Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT] (2002). *Enabling occupation. An occupational therapy perspective* (Rev. ed.). Ottawa, ON: CAOT.
- Carlozzi, B. L., Winterowd, C., Harrist, R. S., Thomason, N. Bratkovich, K., Worth, S. (2010). Spirituality, anger, and stress in early adolescents. *Journal of Religion and Health*, 49(4), 445-459.
- Carmel, S., Anson, O., Levpnson, A., Bonneh, D. Y., & Maoz, B. (1991). Life events, sense of coherence and health: Gender differences on the kibbutz. *Social Science Medicine*, 32(10), 1089-1096.
- Carpenter, W. T., & Strauss, J. S. (1977). Methodological issues in the study of outcome. In: J. S. Strauss, H. M., Babigian, & M. Roff (Eds.), *The origin and course of psychopathology* (pp. 345-367). New York: Plenum Press.
- Carpenter, C. (1994). The experience of spinal cord injury: The individual's perspective- implications for rehabilitation practice. *Physical Therapy*, 74, 614-629. Publications ACE.

- Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology, 23*(6), 595-598.
- Cederfjäll, C., Langius-eklöf, A., Lidman, K., & Wredling, R. (2001). Gender Differences in Perceived Health-Related Quality of Life Among Patients with HIV Infection. *Aids Patient Care and STDs, 15*(1), 31-39.
- Chamberlain, K., & Zika, S. (1988). Religiosity, life meaning and well-being: Some relationships in a sample of women. *Journal for the Scientific Study of Religion, 27*, 411-420. In: M., Ardel (2003). Effects of religion and purpose in life on elders' subjective well-being and attitudes. *Journal of Religious Gerontology, 14*, 55-77.
- Chan, D. W. (2009). Orientations to happiness and subjective well-being among Chinese prospective and in-service teachers in Hong Kong. *Educational Psychology, 29*, 139-151.
- Chan, F., Da Silva Cardoso, E., & Chronister, J. A. (2009) (Eds.). *Understanding Psychosocial Adjustment to Chronic Illness and Disability: A handbook for evidence-based practitioners in rehabilitation*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Chapman, L. S. (1987). Developing a useful perspective on spiritual health: Well-being, spiritual potential and the search for meaning. *American Journal of Health Promotion 1*, 31-39.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health & Illness, 5*, 168-195.
- Charmaz, K. (1991). *Good days, bad days*. New Brunswick, NJ: Rutgers. University Press.
- Charmaz, K. (1995). The body, identity, and self: Adapting to impairment. *The Sociological Quarterly, 36*, 657-680.
- Charlifue, S. W., & Gerhart, K. A. (1991). Behavioural and demographic predictors of suicide after traumatic spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil, 72*, 488-492.
- Chen, D., & Dowing, J. E. (2006). *Tactile learning strategies: Interacting with children who have visual impairment and multiple disabilities*. New York: AFB Press.
- Christiansen, C. (1999). Defining lives: Occupation as identity: An essay on competence, coherence, and the creation of meaning, 1999 Eleanor Clarke Slagle lecture. *American Journal of Occupational Therapy, 53*, 547-558.
- Chronister, J., A., Johnson, E. K., & Berven, N. (2006). Measuring social support in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation, 28*(2), 75- 84.
- Chou, H. L., Liaw, J. J., Yu, L. H., & Tang, W. R. (2007). An exploration of life attitudes in patients with nasopharyngeal carcinoma. *Cancer Nursing, 30*, 317-323.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300-314.

- Coetzer, P. H. (2003). *Viktor Frankl's Avenues to Meaning: A compendium of concepts, phrases and terms in logotherapy*. Benmore, South Africa: Viktor Frankl Foundation of South Africa.
- Coffey, L., Gallagher, P., Desmond, D., & Ryall, N. (2014). Goal pursuit, goal adjustment, and affective well-being following lower limb amputation. *British Journal of Health Psychology, 19*(2), 409–424.
- Cohen, C. B., Napolitano D. (2007). Adjustment to Disability. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation, 6*(1-2), 135-155.
- Cole, S. H., & Edelmann, R. J. (1991). Identity patterns and self- and teacher-perception problems for deaf adolescents: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32*, 1159–1165.
- Coleridge, P. (1993). *Disability, liberation and development*. Oxford: Oxfam.
- Collings, J. A. (1990). Psychosocial well-being and epilepsy: An empirical study, *Epilepsia, 31*(4), 418-426.
- Compton, M. V., & Niemeyer, J. A. (1994). Expression of affection in young children with sensory impairments: A research agenda. *Education and Treatment of Children, 17*, 68-85.
- Compton, W. C. (2000). Meaningfulness as a mediator of subjective well-being. *Psychological Reports, 87*, 156-160.
- Coward, D. D. (1990). The lived experience of self-transcendence in women with advanced breast cancer. *Nursing Science Quarterly, 3*(4), 162–169.
- Creed, F. (1997). Assessing depression in the context of physical illness. In: M. M. Robertson, & C. L. E. Katona (Eds.), *Perspectives in psychiatry: Depression and physical illness*. (volume 6). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Crews, J. E., & Campbell, V. A. (2004). Vision impairment and hearing loss among community-dwelling older Americans: Implications for health and functioning. *American Journal of Public Health, 94*, 823–829.
- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1964). An experimental studying existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology, 20*, 589-596. Προσαρμογή: Γ. Κλεφτάρας και Ε. Ψαρρά. Στο: Α. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα, & Π. Ρούσση, *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα* (2012). Αθήνα: Πεδίο.
- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1969). Manual for Instruelions for the Purpose-in Life Test. Munster: Psychometric Affiliates. In: Reker, G. T. (1977). The Purpose-in-Life test in an inmate population: an empirical investigation. *Journal of Clinical Psychology, 33*(3), 688-693.
- Cull, J. G., & Hardy, R. E. Understanding the psychological aspects of disability (1973). In: J. G., Cull, & D. E., Hardy (Eds.), *Understanding Disability for Social and Rehabilitation Services* (pp. 97-111). Thomas: Spring-field, IL.
- Cutler, S. J. (1976). Membership in different types of voluntary associations and psychological well-being. *The Gerontologist, 16*, 335-339.
- Cutsforth, T. D. (1951). *The blind in school and society: A psychological study*. (rev. ed.). New York: American Foundation for the Blind.

- Daaleman, T. P., Kuckelman Cobb, A., & Frey, B. B. (2001). Spirituality and well being: An exploratory study of the patient perspective. *Social Science & Medicine*, *53*, 1503-1511.
- Davis, C. (2001). The tormented and the transformed: Understanding response to loss and trauma. In: R. Neimeyer (Ed.), *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp. 137–155). Washington, DC: American Psychological Association.
- Davis, C. G., & Nolen-Hoeksema, S. (2001). Loss and Meaning: How Do People Make Sense of Loss? *American Behavioral Scientist*, *44*, 726-741.
- Dawson, H (1984). Pathogenesis and Control of Blinding Trachoma. In: Lane, S., Mikhail, B., Reizian, A., Courtright, P., Marx, R., & Dawson, S., Sociocultural aspects of blindness in an Egyptian delta hamlet: Visual impairment vs. visual disability. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, *15*(3), 245-260.
- Day, P. S. (1986). Deaf children's expression of communicative intentions. *Journal of Communication Disorders*, *19*, 367–385.
- Debats, D. L. (1996). Meaning in life: clinical relevance and predictive power. *British Journal of Clinical Psychology*, *35*, 503-516.
- Debats, D. L. (1999). Sources of Meaning: An Investigation of Significant Commitments in Life. *Journal of Humanistic Psychology*, *39*(30), 30-57.
- Debats, D. L. (2000). An inquiry into existential meaning: Theoretical, clinical, and phenomenal perspectives. In: G. T. Reker, & K. Chamberlain (Eds.), *Exploring existential meaning: Optimizing human development across the life span* (pp. 93-106). California: Sage.
- Δελλασούδας, Α. Γ. (2005). *Εισαγωγή στην Ειδική Παιδαγωγική: Διδακτική μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες*. (Τόμ. Β'). Αθήνα: Εκδ. του ιδίου.
- Delgado, G. (1982). Beyond the norm-social maturity and deaf ness. *American Annals of the Deaf*, *127*, 356–360.
- Dembo, T., Leviton, G. L., & Wright, B. A. (1956). Adjustment to misfortune: A problem of social-psychological rehabilitation. *Artificial Limbs*, *3*(2), 4-62.
- DeRoon-Cassini, T. A., de St. Aubin, Ed., Valvano, A., Hastings, J., & Horn, P. (2009). Psychological well-being after spinal cord injury: Perception of loss and meaning making. *Rehabilitation Psychology*, *54*(3), 306-314.
- DeSanto-Madeya, S. (2006a). The meaning of living with spinal cord injury 5 to 10 years following the initial injury. *Western Journal of Nursing Research*, *28*, 265-289.
- Desselle, D. D., & Perlmutter, L. (1997). Navigating two cultures: Deaf children, self-esteem, and parents' communication patterns. *Social Work Education*, *19*, 23–30.
- Desormeaux, L. (2000). Meaning: Relationship to coping mechanisms and well-being. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, *61*, 3274.
- DeVivo, M. J., & Fine, P. R. (1985). Spinal cord injury: Its short-term impact on marital status. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *66*, 501–504.

- DeVivo M. J., Richards, J. S. (1992). Community re-integration and quality of life following spinal cord injury. *Paraplegia*, 30, 108–112.
- DeVogler-Ebersole, K., & Ebersole, P. (1985). Depth of meaning in life: Explicit rating criteria. *Psychological Reports*, 56, 303-310.
- Dewing, J. (1997). Altered body-image and disability. In: M. Salter (Ed.), *Altered Body-image: The Nurses Role*. Ballliere Tindall, London.
- Dewis, M. E. (1989). Spinal cord injured adolescents and young adults: the meaning of body change. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 389-396.
- Dijkers, M. (1998). Community integration: conceptual issues and measurement approaches in rehabilitation research. *Top Spinal Cord Injury Rehabil*, 4, 1–15.
- Dijkers, M. (2005). Quality of life of individuals with spinal cord injury: A review of conceptualization, measurement, and research findings. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 42(3), 87-110.
- Dittmar, S. (1989). *Rehabilitation nursing: Process and application*. St. Louis: C.V. Mosby.
- Donahue, M. J. (1985). Intrinsic and extrinsic religiousness: Review and meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 400-419.
- Drolet, J. L. (1990). Transcending death during early adulthood: Symbolic immortality, death anxiety, and purpose in life. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 148-160.
- Duggan, C. H., & Dijkers, M. (1999). Quality of life- Peaks and valleys: A qualitative analysis of the narratives of persons with spinal cord injuries. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 12, 181-191.
- Dull, V. T., & Skokan, L. A. (1995). A cognitive model of religion's influence on health. *Journal of Social Issues*, 51, 49-64.
- Dunn, M. E. (1975). Psychological intervention in a spinal cord injury center: An introduction. *Rehabilitation Psychology*, 22, 165–178.
- Dunn, D. S. (1994). Positive meaning and illusions following disability: Reality negotiation, normative interpretation, and value change. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, 123-138.
- Dunn, D. S. (1996). Well-being following amputation: salutary effects of positive meaning, optimism and control. *Rehabilitation Psychology*, 41, 285-302.
- Ebersole, R., & DePaola, S. (1989). Meaning in life depth in the active married elderly. *Journal of Psychology*, 123, 171-178.
- Ebersole, P. (1998). Types and depth of written life meanings. In: P. T. Wong, & P. S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning* (pp. 178-191). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Edmonds, S., & Hooker, K. (1992). Perceived changes in life meaning following bereavement. *Omega-The Journal of Death and Dying*, 25, 307-318.
- Edwards, M. J., & Holden, R. R. (2001). Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1517-1534.

- Eide, A. H., & Røysamb, E. (2002). The relationship between level of disability, psychological problems, social activity, and social networks. *Rehabilitation Psychology, 47*, 165–183.
- Elliott, T. R., Richards, J. S. (1999). Living with the facts, negotiating the terms: unrealistic beliefs, denial, and adjustment in the first year of acquired physical disability. *Journal of Personal and Interpersonal Loss, 4*(4), 361-381.
- Elliott, T., Uswatte, G., Lewis, L., & Palmatier, A. (2000). Goal instability and adjustment to physical disability. *Journal of Counseling Psychology, 47*(2), 251-265.
- Ellison, C. G., Boardman, J. D., Williams, D. R., & Jackson, J. S. (2001). Religious involvement, stress, and mental health: Findings from the 1995 Detroit Area Study. *Social Forces, 80*, 215-249. In: M. Ardel (2003), Effects of religion and purpose in life on elders' subjective well-being and attitudes. *Journal of Religious Gerontology, 14*, 55-77.
- Emmons, R. A., Colby, P. M., & Kaiser, H. A. (1998). When losses lead to gains: Personal goals and the recovery of meaning. In: P. T. P. Wong, & P. S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications* (pp. 295-305). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Emmons, R. A. (2005). Striving for the Sacred: Personal Goals, Life Meaning, and Religion. *Journal of Social Issues, 61*(4), 731–745.
- English, R. W. (1977) (Eds.). Correlates of stigma toward physically disabled persons. In: R. P., Marinelli, & A. E., Dell Orto. *Psychological and Social Impact of Physical Disability*. New York: Springer Publishing Co.
- Evangelista, L. S., Doering, L., & Dracup, K. (2003). Meaning and life purpose: The perspectives of post-transplant women. *Heart Lung, 32*, 250-257.
- Fiedler, I. G., Indermuehle, D. L., Drobac, W., & Laud, P. (2002). Perceived barriers to employment in individuals with spinal cord injury. *Top Spinal Cord Injury Rehabil, 7*, 73–82.
- Fife, B. L. (2005). The role of constructed meaning in adaptation to the onset of life-threatening illness. *Social Science & Medicine, 61*(10), 2132-43.
- Fitzpatrick, Y., Newman, S., Archer, R., Shipley, M. (1991). Social support, disability and depression: a longitudinal study of rheumatoid arthritis. *Social Science and Medicine, 33*(5), 605-611.
- Fitzpatrick, J. J. (2009). Preventing suicide: Developing meaning in life. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*, 275-276.
- Φλουρής, Γ. Σ. (1989). *Αυτοαντίληψη, σχολική επίδοση και επίδραση γονέων*. Αθήνα: Γρηγόρη.
- Fox, A. P., & Leung, N. (2009). Existential well-being in younger and older people with anorexia nervosa: A preliminary investigation. *European Eating Disorders Review, 17*, 24-30.
- Frankl, V. (1959). *Man's search for meaning*. London: Hodder & Stoughton.
- Frankl, V. (1992a). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. Boston: Beacon Press.

- Frankl, V. E. (1966). Self-transcendence as a human phenomenon. *Journal of Humanistic Psychology*, 6, 97-106.
- Frankl, V. (1973). *The doctor and the soul. From psychotherapy to logotherapy*. New York: Random House.
- Frankl, V. (1977). Paradoxes of happiness. *Life and Thought*, 1, 33–45.
- Frankl, V. (1979). *Αναζητώντας νόημα ζωής και ελευθερίας: από το Στρατόπεδο του θανάτου στον Υπαρξισμό: Εισαγωγή στη Λογοθεραπεία*. (Μτφ Τ. Χ. Ευδόκας, Κ. Δ. Χριστοφίδου). (Δ' Έκδοση). Λευκωσία: Ταμασός.
- Frankl, V. (1983). *Un significato per l'esistenza. Psicoterapia e umanesimo*. Citta nuova.
- Frankl, V. (1987). *Ψυχοθεραπεία και Υπαρξισμός: Η Λογοθεραπεία στην πράξη*. (Μτφ.: Μ. Π. Σταύρου). Μ. Αβραάμ (Επίμ.). Εκδόσεις: Ταμασός.
- Frankl, V. E. (1988). *The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy*. New York: Meridian.
- French, S., & Joseph, S. (1999) Religiosity and its association with happiness, purpose in life, and self-actualisation. *Mental Health, Religion & Culture*, 2(2), 117-120.
- Fry, E. S. (1998). The development of personal meaning and wisdom in adolescence: A reexamination of moderating and consolidating factors and influences. In: E T. Wong, & R S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning* (pp. 91-110). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Gallagher, P., & MacLachlan, M. (2000). Positive meaning in amputation and thoughts about the amputated limb. *Prosthetics and Orthotics International*, 24, 196-204.
- Gardner, B. P., Theocleous, F., Watt, J. W., & Krishnan, K. R. (1985). Ventilation or dignified death for patients with high tetraplegia. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 291(6509), 1620–1622.
- Garcia, N. L. (2008). Giving meaning to life from end-stage disease: A qualitative study influenced by R. R. Parse's theory. *Medicina Paliativa*, 15, 210-219.
- Garofalo, J. P. (2000). Psychological adjustment in medical populations. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 647-653.
- Gill, M. (1999). Psychosocial implications of spinal cord injury. *Critical Care Nursing Quarterly*, 22, 1-7.
- Giuliano, D. (2002). The relationships among boredom, lack of life meaning and adolescent violence [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. A, The Humanities and Social Sciences*, 62, 3689.
- Glickman, N. S., & Carey, J. C. (1993). Measuring deaf cultural identities: A preliminary investigation. *Rehabilitation Psychology*, 38, 275–383.
- Goldberg, R. T. (1977). Rehabilitation research on disability. *Journal of Rehabilitation*, 4-2, 14-18.
- Goldstein, H. (1980). *The Demography of Blindness Throughout the World*. New York: American Federation of the Blind.

- Goodloe, N. R., & Arreola, P. M. (1991). Spiritual Health: Out of the closet. *Journal of Health Education* 23, 221–226.
- Grist, V. L. (2010). The Relationships Between Age of Disability Onset, Adaptation to Disability, and Quality of Life Among Older Adults with Physical Disabilities. *Electronic Theses, Treatises and Dissertations*. Paper 3953.
- Guy, R. F. (1982). Religion, physical disabilities, and life satisfaction in older age cohorts. *International Journal of Aging and Human Development*, 15, 225-232.
- Halama, P., & Bakosova, K. (2009). Meaning in life as a moderator of the relationship between perceived stress and coping. *Studia Psychologica*, 51, 143-148.
- Halama, P., & Dedova, M. (2007). Meaning in life and hope as predictors of positive mental health: Do they explain residual variance not predicted by personality traits? *Studia Psychologica*, 49, 191-200.
- Hammell, K.W. (1998a). *From the neck up: Quality in life following high spinal cord injury*. Vancouver, BC: The University of British Columbia, Unpublished doctoral dissertation.
- Hammell, K. W. (2004a). Using qualitative evidence to inform theories of occupation. In: K. W. Hammell, & C. Carpenter (Eds.), *Qualitative research in evidence-based rehabilitation*. (pp. 14-26). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Hammell, K. W. (2004). Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 296-305.
- Hammell, K. W. (2004). Quality of life among people with high spinal cord injury living in the community. *Spinal Cord*, 42, 607–620.
- Hammell, K. W. (2004). Quality of life after spinal cord injury: a meta-synthesis of qualitative findings, *Spinal Cord*, 45, 124–139.
- Hampton, N. Z. (2004). Subjective well-being among people with spinal cord injuries: The role of self-efficacy, perceived social support, and perceived health. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(1), 31-37.
- Hampton, N. Z., & Qin-Hilliard, D. B. (2004). Dimensions of quality of life for Chinese Adults with spinal cord injury: A qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 26(4), 203-212.
- Harter, S. (1986). Processes underlying the construction, maintenance, and enhancement of the self-concept in children. In: J. Suls, & A. G. Greenwald, (Eds.), *Psychology perspectives on the self* (p. 136-182). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A development perspective*. New York: Guilford.
- Harvey, M. A. (2003). *Psychotherapy with deaf and hard-of-hearing persons: A systemic model* (2nd ed). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Hawley, D., & Wolfe, F. (1988). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis: a prospective study. *Rheumat* 15, 932-941.
- Hedberg, P., Gustafson, Y., & Brulin, C. (2010). Purpose in life among men and women aged 85 years and older. *International Journal of Aging and Human Development*, 70(3), 213-229.

- Heintzelman, S. J., & King, L. A. (2014). Life is Pretty Meaningful. *American Psychologist*, Feb 3, (in press).
- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2004). Purpose in life, satisfaction with life, and suicide ideation in a clinical sample. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 26, 127-135.
- Henderson, K. A., Bedini, L. A., Hecht, L., & Schuler, R. (1995). Women with physical disabilities and the negotiation of leisure constraints, *Leisure Studies*, 14(1), 17-31.
- Hermann, B. P., Whitman, S., Wyler, A. R., Anton, M. T., & Vanderzwegg, R. (1990). Psychosocial predictors of psychopathology in epilepsy. *The British Journal of Psychiatry*, 156, 98-105.
- Heward, W. L. (2011). *Παιδιά με ειδικές ανάγκες: Μια εισαγωγή στην Ειδική Εκπαίδευση*. (Μτφ.: Χ. Λυμπεροπούλου). Α. Δαβάζογλου, Κ. Κόκκινος (Επιμ.). (β' εκδ.) Αθήνα : Τόπος.
- Hicks, J. A., & King, L. A. (2009b). Positive mood and social relatedness as information about meaning in life. *Journal of Positive Psychology*, 4, 471-482.
- Hilburn, S., Marini, I., & Slate, J. R. (1997). Self-esteem among deaf versus hearing children with deaf versus hearing parents. *Journal of American Deafness and Rehabilitation Association*, 30, 9-12.
- Hill, J. L. (1999). *Meeting the needs of students with special physical and health care needs*. Upper Saddle River, NJ: Merrill/ Prentice Hall.
- Hilton, B. (1989). The relationship of uncertainty, control, commitment, and threat of recurrence to coping strategies used by women diagnosed with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 12(1), 39-54.
- Ho, M. Y., Cheung, F. M., & Cheung, S. F. (2010). The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, 48, 658-663.
- Holahan, C. K., Holahan, C. J., & Suzuki, R. (2008). Purposiveness, physical activity, and perceived health in cardiac patients. *Disability and Rehabilitation*, 30, 1772-1778.
- Holcomb, T. K. (1997). Development of deaf bicultural identity. *American Annals of the Deaf*, 142, 89-93. In: M. Levinger, & T. Ronen (2010). The Link Among Self-Esteem, Differentiation, and Spousal Intimacy in Deaf and Hearing Adults. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 9(1), 27-52.
- Horowitz, L. S., Rees, N. S., & Horowitz, M. W. (1965). Attitudes toward Deafness as a Function of Increasing Maturity. *The Journal of Social Psychology*, 66(2), 331-336.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley, Reading, MA.
- Huebner, K. M. (2000). Visual Impairment. In: M. C. Holbrook, & A. J. Koenig (Eds.), *Foundations of Education. Vol. I: History and theory of teaching children and youths with visual impairments* (pp. 55-76). ABF Press.
- Hudson, D. (1994). Causes of Emotional and Psychological Reactions to Adventitious Blindness. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 88(6), 498-506.

- Huurre, T. M., Komulainen, E. J., & Aro, H. M. (1996). Social network *and* social support among adolescents with visual impairments. *Journal of Social Medicine*, 33, 113-120.
- Idler, E. L. (1987). Religious involvement and the health of the elderly: Some hypotheses and an initial test. *Social Forces*, 66, 226-238.
- Idler, E.L., & Kasl, S. V. (1992). Religion, disability, depression and the timing of death. *The American Journal of Sociology*, 97, 1052-1079.
- Imamoglu, E. O. (1999). Some correlates of religiosity among Turkish adults and elderly within a cross-cultural perspective. In: L. E. Thomas, & S. A. Eisenhandler (Eds.), *Religion, belief, and spirituality in late life* (pp. 93-110). New York: Springer. In: M., Ardel (2003). Effects of religion and purpose in life on elders' subjective well-being and attitudes. *Journal of Religious Gerontology*, 14, 55-77.
- International Council of Ophthalmology. "International Standards: Visual Standards — Aspects and Ranges of Vision Loss with Emphasis on Population Surveys." April 2002.
- Ishida, R., & Okada, M. (2006). Effects of a firm purpose in life on anxiety and sympathetic nervous activity caused by emotional stress: Assessment by psychophysiological method. *Stress and Health*, 22, 275-281.
- Jaarsma, T. A., Pool, G., Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2007). The concept and measurement of meaning in life in Dutch cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16, 241-248.
- Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., & Clark, F. (1998). Occupation in life-style redesign: The well elderly study occupational therapy program. *American Journal of Occupational Therapy*, 52, 326-336.
- Janoff-Bulman, R., & Wortman, C. B. (1977). Attributions of blame and coping in the "real world": Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35(5), 351-363.
- Janoff-Bulman, R., & Frieze, I. H. (1983). A Theoretical Perspective for Understanding Reactions to Victimization. *Journal of Social Issues*, 39(2), 1-17.
- Janoff-Bulman, R., & Frantz, C. M. (1997). The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. In: M. Power, & C. Brewin (Eds.), *The transformation of meaning in psychological therapies: Integrating theory and practice* (pp. 91-106). Chichester, UK: Wiley.
- Jernigan, K. (1969). *Blindness: Concepts and misconceptions*. Baltimore: National Federation of the Blind.
- Jiao, J., Heyne, M. M., Lam, C. S. (2012). Acceptance of Disability among Chinese Individuals with Spinal Cord Injuries: The Effects of Social Support and Depression. *Psychology*, 3(Special Issue), 775-781.
- Jim, H. S., Richardson, S. A., Golden-Kreutz, D. M., & Andersen, B. L. (2006). Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology*, 25(6), 753-761.

- Judd, F. K., Burrows, G. D., & Brown, D. J. (1986). Depression following acute spinal cord injury. *Paraplegia*, 24, 358–363.
- Kafka, G. J., & Kozma, A. (2002). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-Being (SPWB) and their relationship to measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 57, 171-190.
- Kang, K. A., Shim, J. S., Jeon, D. G., & Koh, M. S. (2009). The effects of logotherapy on meaning in life and quality of life of late adolescents with terminal cancer. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 39, 759-768.
- Κασσωτάκης, Μ., Παπαπέτρου, Σ., & Φακιολάς, Ν. (1996). Φραγμοί στην εκπαίδευση και την επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Στο: Η. Κατσούλης, Δ. Καραντινός, Λ. Μαράτου-Αλιπράντη, & Έ. Φρονίμου (2005) (Επίμ.), *Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα* (Τομ. Α). Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
- Kaufman, S. R. (1987). *The ageless self: Sources of meaning in late life*. New York, NY: Meridian.
- Keany, K., & Glueckauf, R. (1999). Disability and value change: An overview and reanalysis of acceptance of loss theory. In: R., Marinelli, & A., Dell Orto (Eds.), *The psychological and social impact of disability* (pp. 139-151). New York: Springer Publishing Co.
- Kef, S., & Bos, H. (2006). Is love blind? Sexual behavior and psychological adjustment of adolescents with blindness. *Sexuality and Disability*, 24(2), 89-100.
- Kemp, B. J., & Krause, J. S. (1999). Depression and life satisfaction among people ageing with post-polio and spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 21(5-6), 241-249.
- Kemp, B., & Ettelson, D. (2001). Quality of life while living and aging with a spinal cord injury and other impairments. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 6(3), 116-127.
- Kendall, E., & Buys, N. (1998). An integrated model of psychosocial adjustment following acquired disability. *Journal of Rehabilitation*, 64(2), 16–20.
- Kennedy, P. (Ed.) (2007). *Psychological management of physical disabilities. A practitioner's guide*. London: Routledge.
- Kennedy, P., Duff, J., Evans, M., & Beedie, A. (2003). Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injuries. *Br J Clin Psychol Med Settings*, 12, 93–98.
- Kennedy, P., Lude, P., & Taylor, N. (2006). Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord*, 44, 95–105.
- Kim, S. J., & Kang, K. A. (2003). Meaning of life for adolescents with a physical disability in Korea. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 145–157.
- King, L. A., & Napa, C. K. (1998). What Makes a Life Good? *Journal of Personality of Social Psychology*, 75, 156-165.

- Kinnier, R. T., Metha, A. T., Keim, J. S., & Okey, J. L. (1994). Depression, meaninglessness, and substance abuse in 'normal' and hospitalized adolescents. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 39, 101-111.
- Kirk, S. A. (1973). *Η εκπαίδευση των αποκλινόντων παιδιών*. (Μτφ.: Κ. Τσιμπούκη). Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση.
- Klanssek-Kyllo, V., & Rose, S. (1985). Using the scale of independent behavior with hearing-impaired students. *American Annals of the Deaf*, 130, 533-537.
- Kleftaras, G., & Psarra, E. (2012). Meaning in life, psychological well-being and depressive symptomatology: A comparative study. *Psychology*, 3, 337-345.
- Κλεφτάρας, Γ. (2003). Η σημασία των πολιτισμικών παραγόντων στη συμβουλευτική ατόμων με σωματικές ή νοητικές δυσλειτουργίες. *Ψυχολογία*, 10(2 και 3), 362-377.
- Κλεφτάρας, Γ. (2004). Η εικόνα σώματος και η σημασία της στην ψυχολογική συμβουλευτική ατόμων με σωματικές δυσλειτουργίες. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής- Προσανατολισμού*, 68-69, 43-63.
- Κλεφτάρας, Γ. (2005). Η έννοια της απώλειας και οι αντιδράσεις στη σωματική δυσλειτουργία: Η σημασία τους στην ψυχολογική συμβουλευτική. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής- Προσανατολισμού*, 72-73, 77-95.
- Κλεφτάρας, Γ. (2006). Παράγοντες αυτο-αποδοχής της σωματικής δυσλειτουργίας και ψυχολογική συμβουλευτική. *Το βήμα των κοινωνικών επιστημών*, 45, 53-72.
- Κλεφτάρας, Γ. (2007). Στάδια προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία: Ο ρόλος της ψυχολογικής συμβουλευτικής. *Το βήμα των κοινωνικών επιστημών*, 49, 149-180.
- Κλεφτάρας, Γ., Ψαρρά, Ε., & Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2007). Νόημα ζωής: Συγκριτική μελέτη μεταξύ ατόμων χαμηλής, μέτριας και υψηλής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. *Ψυχολογία: Το Περιοδικό της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας*, 14(3), 311-325.
- Koenig, A. J., & Holbrook, M. C. (2000). Literacy Skills. In: A. J. Koenig, & M. C. Holbrook (Eds.), *Foundations of Education*. Vol. II: Instructional Strategies for Teaching Children and Youths with Visual Impairments (pp. 246-312). AFB Press στο: Β. Αργυρόπουλος, Η εκπαίδευση παιδιών με σοβαρά προβλήματα όρασης: Ερευνητική και πρακτική προσέγγιση στο χώρο της διδασκαλίας. Στο: Παντελιάδου, Σ., & Αργυρόπουλος, Β. (Επιμ.) (2011). *Ειδική Αγωγή: Από την έρευνα στη διδακτική πράξη*. Αθήνα: Πεδίο.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- Koester, L. S., & Meadow-Orlans, K. P. (1990). Parenting a deaf child: Stress, strength, and support. In: D. F. Moores & K. P. Meadow-Orlans (Eds.), *Educational and developmental aspects of deafness* (pp. 299-320). Washington, DC: Gallaudet University Press.
- Konkolý Thege, B. K., Stauder, A., & Kopp, M. S. (2010). Relationship between meaning in life and intensity of smoking: Do gender differences exist? *Psychology & Health*, 25, 589-599.

- Koslowsky, M., Bleich, A., & Apter, A. (1992). Structural equation modeling of some of the determinants of suicide risk. *British Journal of Medical Psychology*, *65*, 157-165.
- Krantz, D. S., & Deckel, A. W. (1983). Coping with coronary heart disease and stroke. In: T. G. Burish, & L. A. Bradley (Eds.), *Coping with chronic disease: Research and applications* (pp. 85–112). New York: Academic Press.
- In: H., Livneh, & R. F. Antonak, (2005). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Primer for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, *83*(1), 12-20.
- Krause, J. S., & Crewe, N. M. (1987). Prediction of long-term survival of persons with spinal cord injury: An 11-year prospective study. *Rehabilitation Psychology*, *32*(4), 205-213.
- Krause, J. S. (1991). Survival following spinal cord injury: A fifteen-year prospective study. *Rehabilitation Psychology*, *36*(2), 89-98.
- Krause, J. S., & Kjorsvig, J. M. (1992). Mortality after spinal cord injury: A four year prospective study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *73*, 558-563.
- Krause, J. S., Broderick, L. E., & Broyles, J. (2004). Subjective well-being among African-Americans with spinal cord injury: an exploratory study between men and women. *NeuroRehabilitation*, *19*(2), 81-89.
- Krause, J. S., Carter, R., Zhai, Y., & Reed, K. (2009). Psychologic factors and risk of mortality after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*, *90*(4), 628-633.
- Kreuter, M., Siösteen, A., Erkhölm, B., Byström, U., & Brown, D. J. (2005). Health and quality of life of persons with spinal cord lesion in Australia and Sweden. *Spinal Cord*, *43*, 123–129.
- Κρουσταλάκης, Γ. Σ. (1994). *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και το σχολείο: Ψυχοπαιδαγωγική Παρέμβαση για μια Συμβουλευτική Γονέων και Εκπαιδευτικών*. Αθήνα: Λύχνος.
- Krupnick, J., & Horowitz, M. (1980). Victims of violence: Psychological responses, treatment implications. *Evaluation and Change*, *42-46*.
- Kuijjer, R. G., & De Ridder, D.T. D. (2003). Discrepancy in Illness-related Goals and Quality of Life in Chronically Ill Patients: The Role of Self-efficacy. *Psychology & Health*, *18*(3), 313-330.
- Kwam, M.H., Loeb, M., & Tambs, K. (2007). Mental health in deaf adults: Symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *12*(1), 1–7.
- Labelle, R., Alain, M., Bastin, E., Bouffard, L., Dube, M., & Lapierre, S. (2001). Well-being and psychological stress: Toward a hierarchical, cognitive-affective model in mental health. *Revue Quebecoise de Psychologie*, *22*, 71-87.
- Laliberte-Rudman, D., Yu, B., Scott, E., & Pajouhandeh, P. (2000). Exploration of the perspectives of persons with schizophrenia regarding quality of life. *American Journal of Occupational Therapy*, *54*, 137-147.

- Langer, K. G. (1994). Depression in Disabling Illness: Severity and Patterns of Self-Reported Symptoms in Three Groups. *Journal of Geriatric Psychiatry Neurology*, 7(2), 121-128.
- Längle, A. (1999). Existential analysis-These search for an approval of life (English translation of Existenzanalyse-die Zustimmung zum Leben finden). *Fundamenta Psychiatrica*, 12, 139-1.
- Lavine, T. Z. (1984). *From Socrates to Sartre: The philosophic quest*. New York: Bantam.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9-23.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, Coping*. Springer: New York.
- Lethborg, C., Aranda, S., Cox, S., & Kissane, D. (2007). To what extent does meaning mediate adaptation to cancer? The relationship between physical suffering, meaning in life, and connection to others in adjustment to cancer. *Palliative & Supportive Care*, 5, 377-388.
- Λεοντάρη, Α. (1996). *Αυτοαντίληψη*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Levin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.
- Levin, K. (1936). *Principals of topological psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Levine, E. (1960). *The Psychology of Deafness*. New York: Columbia University Press.
- Levin, J. S., & Markides, K. S. (1986). Religious attendance and subjective health. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 25, 31-40.
- Levin, J. S. (1994). Religion and health: Is there an association, is it valid, and is it causal? *Social Science and Medicine*, 38, 1475-1482.
- Levin, J. S., Chatters, L. M., & Taylor, R. J. (1995). Religious effects on health status and life satisfaction among Black Americans. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B, S154-S163.
- Li, L., & Moore, D. (1998). Acceptance of disability and its correlates. *Journal of Social Psychology*, 138(1), 13-25.
- Linkowski, D. C., & Groomes, D. A. (2007). Examining the structure of the revised acceptance disability scale. *Journal of Rehabilitation*, 73(3), 3-9.
- Λιοδάκης, Δ. Β. (2000). *Εκπαιδευτικά προγράμματα για τυφλούς*. Αθήνα: Ατραπός.
- Livneh, H. (1982). On the origins of negative attitudes toward people with disabilities. *Rehabilitation Literature*, 43, 338-347.
- Livneh, H. (1985). Death attitudes and their relationship to perceptions of physically disabled persons. *Journal of Rehabilitation*, 51, 38-41, 80.
- Livneh, H. (1986). A unified approach to existing models of adaptation to disability: I. A model adaptation. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 17(1), 5-17, 56.
- Livneh, H., & Antonak, R. (1991). A hierarchy of reactions to disability. *International Journal of Rehabilitation Research*, 14, 13-24. Προσαρμογή: Ε. Ψαρρά και Γ.

- Κλεφτάρας. Στο: Α. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα, & Π. Ρούσση, *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα* (2012). Αθήνα: Πεδίο.
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44, 151–160.
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (1990). Reactions to disability: An empirical investigation of their nature and structure. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 21(4), 13–21.
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (1990). Reactions to disability: An empirical investigation of their nature and structure. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 21(4), 13–21. In: E. Martz (2004). Do reactions of adaptation to disability influence the fluctuation of future time orientation among individuals with spinal cord injury? *Rehabilitation Bulletin*, 47(2) 86-98.
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (1991). Temporal structure of adaptation to disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 34, 298–318.
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (1994). Psychosocial reactions to disability: A review and critique of the literature. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*, 6(1), 1–100.
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44, 151–160.
- Livneh, H., & Wilson, M. L. (2003). Coping Strategies as Predictors and Mediators of Disability-Related Variables and Psychosocial Adaptation: An Exploratory Investigation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46(4), 194-208.
- Livneh, H., Lott, S. M., & Antonak, R. F. (2004). Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A cluster analytic approach. *Psychology Health and Medicine*, 9, 411-430.
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (2005). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Primer for Counselors, *Journal of Counseling & Development*, 83(1), 12-20.
- Livneh, H., & Parker, R. M. (2005). Psychological Adaptation to Disability: Perspectives From Chaos and Complexity Theory. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 49(1), 17-28.
- Loeb, R., & Sarigani, P. (1986). The impact of hearing impairment on self-perceptions of children. *The Volta Review*, 88, 89–100.
- Longmuir, P. E., & Bar-Or, O. (2000). Factors influencing the physical activity levels of youths with physical and sensory disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 17, 40–53.
- Lotery, A., Xu, X., Zlatava, G., & Loftus, J. (2007). Burden of illness, visual impairment and health resource utilization of patient with neovascular age-related

- macular degeneration: Result from the UK cohort of a five country cross-sectional study. *British Journal of Ophthalmology*, 91, 1303–1307.
- Lupsakko, T. A., Mäntyjärvi, M. I., Sulkava, R. O., & Kautiainen, H. J. (2002). Combined functional vision and hearing impairment in a population aged 75 and older in Finland and its influence on activities of daily living. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 808–813.
- Lustig, D. C., Rosenthal, D. A., Strauser D. R., & Haynes, K. (2000). The Relationship Between Sense of Coherence and Adjustment in Persons with Disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 43(3), 134-141.
- Lustig, D. C. (2005). The adjustment process for individuals with spinal cord injury: The effects of pre-morbid sense of coherence. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48, 146-157.
- Lyons, M., Orozovic, N., Davis, J., & Newman, J. (2002). Doing-being-becoming: Occupational experiences of persons with life-threatening illnesses. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 285-295.
- Mackay, J., Charles, S. T., Kemp, B., & Heckhausen, J. (2011). Goal Striving and Maladaptive Coping in Adults Living With Spinal Cord Injury: Associations With Affective Well-Being. *Journal of Aging and Health*, 23(1), 158 –176.
- Macleod, A. D. (1988). Self neglect of spinal cord patients. *Paraplegia*, 26, 340–349.
- Markides, K. S. (1983). Aging, religiosity, and adjustment: A longitudinal analysis. *Journal of Gerontology*, 38, 621-625.
- Marschark, M., & Hauser, P. C. (2008). Cognitive underpinnings of learning by deaf and hard-of-hearing students. In: M. Marschark, & P. C. Hauser (Eds.), *Deaf cognition: Foundations and outcomes* (pp. 3–23). New York, NY: Oxford University Press.
- Martz, E. (2004). Death anxiety as a predictor of posttraumatic stress levels among individuals with spinal cord injuries, *Death Studies*, 28(1), 1-17.
- Martz, E., Livneh, H., Priebe, M., Wuermsler, L. A., Ottomanelli, L. (2005). Predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury or disorder. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(6), 1182-92.
- Mascaro, N., & Rosen, D. M. (2008). Assessment of existential meaning and its longitudinal relations with depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(6), 576-599.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Mason, H., & Arter, C. (1997). The preparation of Raised Diagrams. In: H. Mason, & S. McCall (Eds.), *Visual impairment: access to education for children and young people* (pp. 171-186). London: David Fulton: Publishers.
- McCull, M. A., Lei, H., & Skinner, H. (1995). Structural relationships between social support and coping. *Social Science & Medicine*, 41(3), 395-407.
- McDermott, S., Moran, R., Platt, T., & Dasari, S. (2007). Health conditions among women with a disability. *Journal of Women's Health*, 16, 713-720.

- McGeary, D. D., Mayer, T. G., Gatchel, R. J., Anagnostis, C., & Proctor, T. J. (2003). Gender-related differences in treatment outcomes for patients with musculoskeletal disorders. *The Spine Journal*, 3(3), 197-203.
- McIntosh, D. N. (1995). Religion-as-schema, with implications for the relation between religion and coping. *International Journal for the Psychology of Religion*, 5, 1-16.
- Meadow-Orlans, K. P. (1990). Research on developmental aspects of deafness. In: D. F. Moores, & K. P. Meadow-Orlans (Eds.), *Educational and developmental aspects of deafness* (pp. 283–298). Washington, DC: Gallaudet University Press.
- Meier, A., & Edwards, E. (1974). Purpose in Life Test: Age and sex differences. *Journal of Clinical Psychology*, 30, 384-386.
- Meyerowitz, B. E. (1983). Postmastectomy coping strategies and quality of life, *Health Psychology*, 2, 117–132. In: H. Livneh, & R. F. Antonak (2005). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Primer for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, 83(1), 12-20.
- Melges, F. T. (1982). *Time and the inner future: A temporal approach to psychiatric disorders*. New York: Wiley.
- Mitra, M., Wilber, N., Allen, D., & Walker, D. K. (2005). Prevalence and correlates of depression as a secondary condition among adults with disabilities. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 76-85.
- Molasso, W. R. (2006). Exploring Frankl's purpose in life with college students. *J Coll Character*, 7, 1–10.
- Molcar, C. C., & Stuempfig, D. W. (1988). Effects of world view on purpose in life. *The Journal of Psychology*, 122, 365-371.
- Moomal, Z. (1999). The relationship between meaning in life and mental well-being. *South African Journal of Psychology*, 29, 36-41.
- Moos, R. H., & Tsu, V. D. (1977). The crisis of physical illness: An overview. In: R. H. Moos (Ed.), *Coping with physical illness*. New York: Plenum.
- Morris, D. C. (1991). Church attendance, religious activities, and the life satisfaction of older adults in Middletown, U.S.A. *Journal of Religious Gerontology*, 8, 83-96.
- Myers, J. K., Lindenthal, J. J., & Pepper, M. P. (1975). Life events, social integration and psychiatric symptomatology. *Journal of Health and Social Behavior*, 16(4), 421-427.
- National Center for Injury Prevention and Control, Centers of Communicable Diseases (2003). Spinal cord injury (SCI). In: B. Brillhar (2004). Studying the Quality of Life and Life Satisfaction among Persons with Spinal Cord Injury Undergoing Urinary Management. *Rehabilitation Nursing* 29(4), 122-126.
- Nair, K. P., & Wade, D. T. (2003). Changes in life goals of people with neurological disabilities. *Clinical Rehabilitation*, 17, 797-803.
- Naugle, R. I. (1988). Denial in rehabilitation: Its genesis, consequences, and clinical management. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 31, 218–231.

- Neill, C. M., & Kahn, A. S. (1999). Role of personal spirituality and religious social activity on the life satisfaction of older widowed women. *Sex Roles, 40*, 319-329.
- Neimeyer, R. (1998). *Lessons of loss: A guide to coping*. New York: McGraw-Hill.
- Neimeyer, R., Prigerson, H., & Davies, B. (2002). Mourning and meaning. *American Behavioral Scientist, 46*, 235-251.
- Newman S., Fitzpatrick R., Lamb R., & Shipley, M. (1989). The origins of depressed mood in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology, 16*(6), 740-744.
- Nienhuys, T. G., & Tikotin, J. A. (1983). Pre-speech communication in hearing and hearing-impaired children. *Journal of the British Association of Teachers of the Deaf, 7*(6), 182-194.
- Nietzsche, F. (1967). *Thus Spoke Zarathustra*. London: Free Association Books.
- Nishinaga, M., Chi, S., Kazusa, Y., Takata, J., & Doi, Y. (2007). Geriatric syndrome: Slightly reduced visual and hearing impairments reduce activities daily living (ADL) and quality of life (QOL) in the community-dwelling elderly. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi, 44*, 302-304.
- Νόμος 958/1979. ΦΕΚ 191 Α'.
- North, N. T. (1999). The psychological effects of spinal cord injury: A review. *Spinal Cord, 37*, 671-679.
- Nosek, M. A., & Hughes, R. B. (2003). Psychosocial Issues of Women with Physical Disabilities The Continuing Gender Debate. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 46*(4), 224-233.
- Nygren, B., Alex, L., Jonse'n, E., Gustavsson, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging Ment Health, 9*, 354-362.
- O'Connor, K., & Chamberlain, K. (1996). Dimensions of life meaning: A qualitative investigation at midlife. *British Journal of Psychology, 87*, 461-477.
- Odland, M. (1981). Hereditary diseases of the eye in a study of blind and partially sighted. *Acta Ophthalmol (Copenh), 59*(2), 275-285.
- Oser, F., & Reich, K. H. (1992). Entwicklung und Religiosität. In: E. Schmitz (Hrsg.), *Religionspsychologie* (s. 25-63). Göttingen: Hogrefe.
- Ososkie, J. N., & Schultz, J. C. (2003). Disability acceptance theories and logotherapy. *International Forum for Logotherapy, 26*, 21-26.
- Owens, G. P., Steger, M. F., Whitesell, A. A., & Herrera, C. J. (2009). Posttraumatic stress disorder, guilt, depression, and meaning in life among military veterans. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 654-657.
- Ozorak, E. (2005). Religion and cognitive psychology. In: R. F. Paloutzian, & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion* (pp. 216/234). New York: Guilford.
- Παπαδόπουλος, Κ. (2007). *Εκπαίδευση Ατόμων με προβλήματα όρασης*. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστημιακές Σημειώσεις, Τμήματος Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

- Papavasiliou, A. S. (2009). Management of motor problems in cerebral palsy: A critical update for a physician. *European Journal of Paediatric Neurology*, 13(5), 387-396. Doi: 10.1016/j.ejpn.2008.07.009
- Pakenham, K. I., & Cox, S. (2009). The dimensional structure of benefit finding in multiple sclerosis and relations with positive and negative adjustment: A longitudinal study. *Psychology & Health*, 24(4), 373-393.
- Pan, J.-Y., Wong, D. F. K., Chan, C. L. W., & Joubert, L. (2008a). Meaning of life as a protective factor of positive affect in acculturation: A resilience framework and a cross-cultural comparison. *International Journal of Intercultural Relations*, 32, 505-514.
- Παντελιάδης, Χ. (1995). Ημιπληγική εγκεφαλική παράλυση: Αίτια, διάγνωση και ψυχοκοινωνικές συνέπειες. Στο: Μ. Καίλα, Ν. Πολεμικός, Γ. Φιλίππου (Επίμ.), *Άτομα με ειδικές ανάγκες: Σύγχρονες κατευθύνσεις και απόψεις σε προβλήματα πρόληψης, παρέμβασης, αντιμετώπισης*. (Τομ. Α) (2^η εκδ.) (σ. 262-264). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Νικολαραϊζή, Μ. (2011). Εκπαίδευση κωφών/βαρήκοων παιδιών: η αναγκαιότητα αποτελεσματικών και ερευνητικά τεκμηριωμένων εκπαιδευτικών στρατηγικών. Στο: Σ. Παντελιάδου, & Β. Αργυρόπουλος (Επιμ.), *Ειδική Αγωγή: Από την έρευνα στη διδακτική πράξη* (σ. 135-184). Αθήνα: Πεδίο.
- Paradise, A. W., & Kernis, M. H. (2002). Self-esteem and psychological well-being: Implications of fragile self-esteem. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 21, 345-361.
- Pellegrino, L. (2007). Cerebral palsy. In: M. L., Batshaw, L., Pellegrino, & N. J., Roizen (Eds.), *Children with disabilities*. (6th ed.). Baltimore: Brooks.
- Persson, L. O., & Ryden, A. (2006). Themes of effective coping in physical disability: an interview study of 26 persons who have learnt to live with their disability. *Scand J Caring Sci.*, 20(3), 355-363.
- Piazza, D., Holcombe, J., Foote, A., Paul, P., Love, S., & Daffin, P. (1991). Hope, social support and self-esteem of patients with spinal cord injuries. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 23, 224-230.
- Pinquart, M. (2002). Creating and maintaining purpose in life in old age: A meta-analysis. *Ageing International*, 27(2), 90-114.
- Plahuta, J. M., McCulloch, B. J., Kasarshis, E. J., Ross, M. A., Walter, R. A., & McDonald, E. R. (2002). Amyotrophic lateral sclerosis and hopelessness: Psychosocial factors. *Social Science and Medicine*, 55, 2131-2140.
- Polat, F. (2003). Factors Affecting Psychosocial Adjustment of Deaf Students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8(3), 325-339.
- Popivker, L., Wang, S., & Boerner, K. (2010). Eyes on the prize: life goals in the context of visual disability in midlife. *Clinical Rehabilitation*, 24, 1127-1135.
- Post, M. W. M., Van Dijk, A. J., Van Asbeck, F. W. A., & Schrijvers, A. J. P. (1998). Life satisfaction of persons with spinal cord injury compared to a population group. *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*, 30, 23-30.

- Post, M. W., & van Leeuwen, C. M. (2012). Psychosocial issues in spinal cord injury: a review. *Spinal Cord*, 50(5), 382-389.
- Prager, E. (1998a). Observations of personal meaning sources for Israeli age cohorts. *Aging and Mental Health*, 2, 128-136.
- Prager, E. (1998b). Men and meaning in later life. *Journal of Clinical Geropsychology*, 4, 191-203.
- Prager, E., Savaya, R., & Bar-Tur, L. (2000). The development of a culturally sensitive measure of sources of life meaning. In: G. T. Reker, & K. Chamberlain (Eds.), *Exploring existential meaning: Optimizing human development across the life span* (pp. 123-136). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Pruzinsky, T., Edgerton, M. T. (1990). *Body-image change in cosmetic plastic surgery*. In: T. F. Cash, & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Images: Development, Deviance and Change*. Guilford Press, New York.
- Psarra, E., & Kleftras, G. (2013). Adaptation to Physical Disabilities: The Role of Meaning in Life and Depression. *The European Journal of Counselling Psychology*, 2(1).
- Putzke, J. D., Elliott, T. R., & Richards, J. S. (2001). Marital Status and Adjustment 1 Year Post-Spinal-Cord-Injury. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8(2), 101-107.
- Putzke, J. D., Richards, J. S., Hicken, B. L., & DeVivo, M. L. (2002). Predictors of life satisfaction: a spinal cord injury cohort study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(4), 555-561.
- Quinby, J. M., & Abraham, A. (2005). Musculoskeletal problems in cerebral palsy. *Current Paediatrics*, 15(1), 9-14.
- Rahman, T. (2001). Mental health and purpose in life of drug addicts in Bangladesh. *International Forum for Logotherapy*, 24, 83-87.
- Rappaport, H., Fossler, R. J., Bross, L. S., & Gilden, D. (1993). Future time, death anxiety, and life purpose among older adults. *Death Studies*, 17, 369-379.
- Rauch, A., A. Cieza, & G. Stucki (2008). How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice. *Eur J Phys Rehabil Med*, 44, 329-342.
- Reed, P. G. (1991a). Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Advances in Nursing Science*, 13(4), 64-77.
- Reinhardt, J. P., Boerner, K. & Horowitz, A. (2009). Personal and social resources and adaptation to chronic vision impairment over time. *Aging & Mental Health*, 13(3), 367-375.
- Reker, G. T., Peacock, E. J., & Wong, P. T. P. (1987). Meaning and purpose in life and well-being: A life-span perspective. *Journal of Gerontology*, 42, 44-49.
- Reker, G. T., & Wong, E. T. (1988). Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In: J. Birren, & V. Bengtson (Eds.), *Emergent theories on aging* (pp. 214-247). New York: Springer.

- Reker, G. T., & Chamberlain, K. (Eds.). (2000). *Exploring existential meaning: Optimizing human development across the life span*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Reker, G. T. (2005). Meaning in life of young, middle-aged, and older adults: Factorial validity, age, and gender invariance of the Personal Meaning Index (PMI). *Personality and Individual Differences*, 38, 71-85.
- Rena, F., Moshe, S., & Abraham, O. (1996). Couples' adjustment to one partner's disability: the relationship between sense of coherence and adjustment. *Social Science & Medicine*, 43(2), 163-171.
- Rintala, D., Young, J., Hart, K., Clearman, R., & Fuhrer, M. (1992). Social support and the well-being of persons with spinal cord injury living in the community. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 37(3), 155-163.
- Ristner, G., Andersson, R., Johansson, L. M., Johansson, S. E., Ponzer, S. (2000). Sense of coherence and lack of control in relation to outcome after orthopaedic injuries. *Injury, international journal care injured*, 31, 751 – 756
- Robak, R. W., & Griffin, P. W. (2000). Purpose in life: What is its relationship to happiness, depression, and grieving? *North American Journal of Psychology*, 2, 113-119.
- Roessler, R., & Bolton, B. (1978). *Psychosocial adjustment to disability*. Baltimore, MD: University Park Press.
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., Bax, M., Damiano, D., Dan, B., & Jacobsson, B. (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(109), 8-14.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenblum, L. P. (2000). Perceptions of the impact of visual impairments on the lives of adolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94(7), 434-445.
- Rosenmayr, L. (1983). Die späte Freiheit [Late freedom]. Berlin, Germany: Severin, & Seidler. In: M. Pinguart (2002). Creating and maintaining purpose in life in old age: A meta-analysis. *Ageing International*, 27(2), 90-114.
- Routledge, C., & Juhl, J. (2010). When death thoughts lead to death fears: Mortality salience increases death anxiety for individuals who lack meaning in life. *Cognition and Emotion*, 24, 848-854.
- Ruiz, P. (2002). Commentary: Hispanic access to health/mental health services. *The Psychiatric Quarterly*, 73, 85-91.
- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The role of purpose in life and personal growth in positive human health. In: P. T. Wong, & P. S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning* (pp. 213- 235). Mahwah, NJ: Erlbaum
- Saleh, M., Scott, B.W. (1992). Pitfalls and complications in leg lengthening: the Sanders, C., Donovan, J., & Dieppe, P. (2002). The significance and consequences of having painful and disabled joints in old age: Co-existing

- accounts of normal and disrupted biographies. *Sociology of Health and Illness*, 24, 227-253.
- Sapountzi-Krepia, D., Soumilas, A., & Papadakis, N. (1998). Post traumatic paraplegics living in Athens: the impact of pressure sores and UTI's on everyday life activities. *Spinal Cord*, 36, 432-437.
- Scannell, E. D., Allen, F. C. L., & Burton, J. (2002). Meaning in life and positive and negative well-being. *North American Journal of Psychology*, 4, 93-112.
- Schilder, P. (1950). *The image and appearance of the human body*. New York: International Universities Press.
- Schlesinger, H., & Meadow, K. (1972a). *Sound and Sign: Childhood Deafness and Mental Health*. Berkeley: University of California Press.
- Schmitz, E. (1992). Religion und Gesundheit. In: E. Schmitz (Hrsg.), *Religionpsychologie*, (s. 25-63). Göttingen: Hogrefe. Sheffield experience. *Seminars in Ortho-paedics*, 7(3), 207-222.
- Schnyder, U., Buchi, S., Sensky, T., & Klaghofer, R. (2000). Antonvsky's sense of coherence: Trait or state? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(6), 296-302.
- Schontz, F. (1975). *The psychological aspect of illness*. New York: Macmillan. In: Nemeč, P. B., & Taylor, J. A. (1990). Adjustment to Psychiatric Disability, *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 21(4), 49-51.
- Seaward, B. L. (1995). Reflections on human spirituality for the worksite. *American Journal of Health Promotion*, 9, 371-378.
- Siller, J. (1964). Personality detriments: A reaction to the physically disabled. *American Foundation Research Bulletin*, 66(7), 37-52.
- Silver, R. L., Wortman, C. B., & Klos, D. S. (1982). Cognitions, affect and behavior following uncontrollable outcomes: A response to current human helplessness research. *Journal of Personality*, 50, 480-514.
- Silver, R. L., Boon, C., & Stones, M. H. (1983). Searching for Meaning in Misfortune: Making Sense of Incest. *Journal of Social Issues*, 39(2), 81-102.
- Simonelli, L. A., Fowler, J., Maxwell, G. L., & Andersen, B. L. (2008). Physical sequelae and depressive symptoms in gynecologic cancer survivors: Meaning in life as a mediator. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 275-284.
- Shafaranski, E. P. (1996). *Religion and clinical practice of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Shontz, F. C. (1975). *The psychological aspects of physical illness and disability*. New York: Macmillan.
- Smart, J. (2001). *Disability, society, and the individual*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Smith, C. R. (1975). Residual hearing and speech production in deaf children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 18(4), 795-811.
- Smith, R. (1984). Identity crisis. *Nursing Mirror*, 158, i-vi.
- Smith, B. W., & Zautra, A. J. (2004). The Role of Purpose in Life in Recovery from Knee Surgery. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11(4), 197-202.
- Snead, S. L., & Davis, J. R. (2002). Attitudes of individuals with acquired brain injury towards disability. *Brain Injury*, 16(11), 947-953.

- Song, H. (2005). Modeling social re-integration in persons with spinal cord injury, *Disability & Rehabilitation*, 27, 131-141.
- Specht, J., King, G., Brown, E., & Foris, C. (2002). The Importance of Leisure in the Lives of Persons With Congenital Physical Disabilities. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(4), 436-445.
- Σπετσιώτης, Ι. Μ., & Σταθόπουλος, Σ. Α. (2003). *Παιδαγωγική και διδακτική των παιδιών με κινητικά προβλήματα*. Αθήνα: Ωρίων.
- Spilka, B., Hood, R. W., Jr, Hunsberger, B., & Gorsuch, R. (2003). *The psychology of religion: An empirical approach*. (3rd Edn). Guilford: New York.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L. A., Collins, C. A., Branstetter, A., Rodriguez-Hanley, A., Kirk, S. B., & Austenfeld, J. L. (2002). Randomized, Controlled Trial of Written Emotional Expression and Benefit Finding in Breast Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*, 20(20), 4160–4168.
- Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2002). Emotional expression, expressive writing, and cancer. In: S. J. Lepore, & J. M. Smyth (Eds.), *The writing cure: How expressive writing promotes health and emotional well-being* (pp. 31-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Starr, P., & Heiserman, K. (1977). Acceptance of disability by teenagers with oral-facial clefts. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 20(3), 198-201.
- Steger, M. F., & Frazier, P. (2005). Meaning in life: One link in the chain of religion to well-being. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 57-582.
- Steger, M. F., & Kashdan, T. B. (2007). Stability and specificity of meaning in life and life satisfaction over one year. *Journal of Happiness Studies*, 8, 161-179.
- Steger, M. F. (2009). Meaning in life. In: S. J. Lopez (Ed.), *Handbook of positive psychology*. (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Steinitz, L. Y. (1980). Religiosity, well-being, and Weltanschauung among the elderly. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 19, 60-67.
- Stewart, J. (1994). Denial of disabling conditions and specific interventions in the rehabilitation counseling setting. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 25(3), 7–15.
- Stiefel, F., Krenz, S., Zdrojewski, C., Stagno, D., Fernandez, M., Bauer, J., Fegg, M. (2008). Meaning in life assessed with the «Schedule for meaning in life evaluation» (SMILE): A comparison between a cancer patient and student sample. *Supportive Care in Cancer*, 16, 1151-1155.
- Stolovy, T., Lev-Wiesel, R., Doron, A., & Gelkopf, M. (2009). The meaning in life for hospitalized patients with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 133-135.
- Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J., & Kaplan, G. A. (1997). Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. *American Journal of Public Health*, 87, 957-961.
- Sue, D. W., & Sue, D. (1990). *Counseling the culturally different: Theory and practice*. (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Symonds, M. (1980). The “second injury” to victims. *Evaluation and Change*, 36-38.

- Tate, D., Kirsch, N., Maynard, F., Peterson, C., Forchheimer, M., Roller, A., & Hansen, N. (1994). Coping with the late effects: differences between depressed and nondepressed polio survivors. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 73(1), 27–35.
- Taylor, L. P. S., & McGruder, J. E. (1996). The Meaning of Sea Kayaking for Persons With Spinal Cord Injuries. *The American Journal of Occupational Therapy*, 50(1), 39-46.
- Thompson, E. H., Jr., Noone, M. E., & Guarino, A. B. (2003). Widows' spiritual journeys: Do they quest? *Journal of Religious Gerontology*, 14, 119–138.
- Thompson, N. J., Coker, J., & Krause, J. S. (2003). Purpose in life as a mediator of adjustment after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 48, 100-108.
- Thompson, P. (2007). The relationship of fatigue and meaning in life in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 34, 653-660.
- Tolstoy, L. (1929). *My Confession, My Religion, The Gospel in Brief*. N.Y: Charles Scribner.
- Tomer, A., & Eliason, G. (2000). Beliefs about self, life, and death: Testing aspects of a comprehensive model of death anxiety and death attitudes. In: A. Tomer (Ed.), *Death attitudes and the older adult. Theories, concepts, and applications* (pp. 137-153). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- Trieschmann, R. B. (1988). *Spinal cord injuries: Psychological, social and vocational rehabilitation*. (2nd ed.). New York: Demos Publications.
- Truan, M. B., & Trent, S. D. (1997). Impact of adolescents' adjustment to progressive vision loss on Braille reading skills: Case studies. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 91, 301-308.
- Tsivgoulis, G., Triantafyllou, N., Papageorgiou, C., Evangelopoulos, M. E., Kararizou, E., Sfagos, C., & Vassilopoulos, D. (2007). Associations of the Expanded Disability Status Scale with anxiety and depression in multiple sclerosis outpatients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 115, 67-72.
- Turner, R. J., & Beiser, M. (1990). Major depression and depressive symptomatology among the physically disabled: Assessing the role of chronic stress. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 343-350.
- Turner, R. J., Lloyd, D. A., & Taylor, J. (2006). Physical disability and mental health: An epidemiology of psychiatric and substance disorders. *Rehabilitation Psychology*, 51, 214-223.
- Tuttle, D. W. (1987). The role of the special education teacher-counselor in meeting students' self-esteem needs. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 81, 156-161.
- Tzonichaki I, Kleftaras G. (2002). Paraplegia from spinal cord injury: self-esteem, loneliness, and life satisfaction. *Occup Participation Health*, 22, 96–103.
- Ulmer, A., Range, L. M., & Smith, P. C. (1991). Purpose in life: A moderator of recovery from bereavement. *Omega-The Journal of Death and Dying*, 23, 279-289.

- Unwin, J., Kacperek, L., & Clarke, C. (2009). A prospective study of positive adjustment to lower limb amputation. *Clinical Rehabilitation*, *23*, 1044–1050.
- Vahle, V. J., Andresen, E. M., & Hagglund, K. J. (2000). Depression measures in outcomes research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *81*, S53-S62.
- Vall, J., Braga, V. A. B., & de Almeida, P. C. (2006). Estudo da qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *64*, 451–455.
- Van Gent, T., Goedhart, A. W., Knoors, H. E. T., Westenberg, P. M., & Treffers, P. D. A. (2012). Self-concept and Ego Development in Deaf Adolescents: A Comparative Study. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *17*(3), 333-351.
- Van Ranst, N., & Marcoen, A. (2000). Structural components of personal meaning in life and their relationship with death attitudes and coping mechanisms in late adulthood. In: G. T. Reker, & K. Chamberlain (Eds.), *Exploring existential meaning. Optimizing human development across the life span* (pp. 59-74). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Vash, C., & Crewe, N. (2004). *Psychology of disability*. (2nd ed.). New York: Springer.
- Vaughan, D., & Asbury, T. (1983). General Ophthalmology. Los Altos, California: Lange Medical Publications. In: S., Lane, B., Mikhail, A., Reizian, P., Courtright, R., Marx, & S., Dawson, Sociocultural aspects of blindness in an Egyptian delta hamlet: Visual impairment vs. visual disability. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, *15*(3), 245-260.
- Visser, A., Garssen, B., & Vingerhoets, A. (2010). Spirituality and well-being in cancer patients: A review. *Psycho-Oncology*, *19*, 565-572.
- Vogel, L. C., & Anderson, C. J. (2000). Adult outcomes and life satisfaction of pediatric-onset spinal cord injuries: Implications. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, *6*(1), 182-187.
- Wagner-Lampi, A., & Oliver, G. W. (1994). Folklore of blindness. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, *88*, 267-276.
- Waisberg, J. L., & Porter, J. E. (1994). Purpose in life and outcome of treatment for alcohol dependence. *The British Journal of Clinical Psychology*, *33*, 49-63.
- Waite, R., & Calamaro, C. (2009). Cultural competency – Culture and depression: A case example of a young African American man. *Perspectives in Psychiatric Care*, *45*, 232-238.
- Walker, J.G., Anstey, K.J., & Lord, S.R. (2006). Psychological distress and visual functioning in relation to vision-related disability in older individuals with cataracts. *British Journal of Health Psychology*, *11*, 303–317.
- Walker, R. (2013). Child mental health and deafness. *Paediatrics and child health*, *23*(10), 438-442.
- Waltz, M., Badura, B., Pfaff, H., & Schott, T. (1988). Marriage and the psychological consequences of a heart attack: a longitudinal study of adaptation to chronic illness after 3 years. *Social Science & Medicine*, *27*(2), 149-58.

- Warren, D. H., & Kocon, J. A. (1974). Factors in the successful mobility of the blind: A review. *American Foundation for the Blind Research Bulletin*, 28, 191-218.
- Webster, A. & Roe, J. (1998). *Children with Visual Impairments*. London: Routledge.
- Wedell-Monnig, J., & Lumley, M. (1980). Child deafness and mother-child interaction. *Child Development*, 51, 766-774.
- Weinberg, N., & Sterritt, M. (1986). Disability and identity: A study of identity patterns in adolescents with hearing impairment. *Rehabilitation Psychology*, 31, 95-102.
- Weisel, A. (1988). Parental hearing status, reading comprehension skills and social-emotional adjustment. *American Annals of the Deaf*, 133, 356-359.
- Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., van Beljouw, I. M. J., & Margriet, A. (2010). Improvement in personal meaning mediates the effects of a life review intervention on depressive symptoms in a randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 50, 541-549.
- Williams, R. A., Brody, B. L., Thomas, R. G., Kaplan, R. M., & Brown, S. I. (1998). The psychosocial impact of macular degeneration. *Archives of Ophthalmology*, 116, 514-520.
- Wilson-Jones, M., Morgan, E., Shelton, J. E., & Thorogood, C. (2007). Cerebral palsy: Introduction and diagnosis (part I). *Journal of Pediatric Health Care*, 21(3), 146-152.
- Wheeler, S., & Lord, L. (1999). Denial: A conceptual analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13, 311-320.
- White, C. A. (2000). Body image dimensions and cancer: a heuristic cognitive behavioral model. *Psycho-Oncology*, 9(3), 183-192.
- White, B., Driver, S., & Warren, A. M. (2010). Resilience and indicators of adjustment during rehabilitation from a spinal cord injury. *Rehabil Psychol*, 55(1), 23-32.
- Whiteneck, G. G., Charlifue, S. W., Frankel, H. L., Fraser, M. H., Gardner, B. P., Gerhart, K. A., Krishnan, K. R., Menter, R. R., Nuseibeh, I., Short, D. J., & Silver, J. R. (1992). Mortality, morbidity and psychosocial outcomes of persons with spinal cord injury injured more than twenty years ago. *Paraplegia*, 30, 617-630.
- Whitmer, J. M., & Sweeney, T. J. (1992). A holistic model for wellness prevention over the life span. *Journal of Counseling and Development*, 71, 140-148.
- Wiklund, I., Sanne, H., Vedin, A., & Wilhelmsson, C. (1985). Coping with myocardial infarction: a model with clinical applications, a literature review. *International Rehabilitation Medicine*, 7(4), 167-175.
- Wilcock, A. A. (1998). Occupation for health. *British Journal of Occupational Therapy*, 61, 340-345.
- Willits, F. K., & Crider, D. M. (1988). Religion and well-being: Men and women in the middle years. Review of Religious Research, 29, 281-294. In: M., Ardel (2003). Effects of religion and purpose in life on elders' subjective well-being and attitudes. *Journal of Religious Gerontology*, 14, 55-77.

- Wineman, N. M. (1990). Adaptation to multiple sclerosis: The role of social support, functional disability, and perceived uncertainty. *Nursing Research*, 39(5), 294-299.
- Witter, R. A., Stock, W. A., Okun, M. A., & Haring, M. J. (1985). Religion and subjective well-being in adulthood: A quantitative synthesis. *Review of Religious Research*, 26, 332-342. In: M., Ardel (2003). Effects of religion and purpose in life on elders' subjective well-being and attitudes. *Journal of Religious Gerontology*, 14, 55-77.
- Wong, P. T. (1998a). Implicit theories of meaningful life and the development of the Personal Meaning Profile. In: P. T. Wong, & P. S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning* (pp. 111-140). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wong, P. T. P., & Fry, P. S. (Eds.). (1998). *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wong, P. T. P. (1998). Spirituality, meaning, and successful aging. In: P. T. P. Wong & P. S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications* (pp. 359-394). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- World Health Organization (2009). ICD-10. Geneva: Author. Retrieved from <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>.
- Στο: Pinguart, M., & Pfeiffer, J. P. (2012). Psychological Adjustment in Adolescents with Vision Impairment, *International Journal of Disability, Development and Education*, 59(2), 145-155.
- Wright, B. A. (1980). *Total rehabilitation*. Boston: Little Brown and Company.
- Wright, B. A. (1983). *Physical disability: A psychosocial approach*. (2nd ed.). New York: Harper & Row.
- Wulff, D. M. (1997). *The psychology of religion: Classic and temporary*. New York: Willey.
- Yalom, I. (1974). *Every Day Gets a Little Closer*. N.Y.: Basic Books.
- Yalom, I. (1980). *Existential Psychotherapy*. N.Y.: Basic Books.
- Yang, W., Staps, T., & Hijmans, E. (2010). Existential crisis and the awareness of dying: The role of meaning and spirituality. *Omega*, 61, 53-69.
- Yeager, D. S., & Bundick, M. J. (2009). The role of purposeful work goals in promoting meaning in life and in schoolwork during adolescence. *Journal of Adolescent Research*, 24, 423-452.
- Yoshida, K. K. (1993). Reshaping of self: A pendular reconstruction of self and identity among adults with traumatic spinal cord injury. *Sociology of Health & Illness*, 15, 217-245.
- Yura, M. T. (1987). Family subsystem functions and disabled children: Some conceptual issues. *Marriage and Family Review*, 11, 135-151.
- Ζαφειράτου-Κουλιούμπα, Ε. (1994). *Γνωριμία με την Κώφωση*. Αθήνα: Έλλην.
- Zika, S., & Chamberlain, K. (1992). On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology*, 83, 133-145.

Ψαρρά, Ε., & Κλεφτάρας, Γ. (2009). Νόημα ζωής, ψυχική υγεία και ψυχοπαθολογία.
Στο: Γ. Κλεφτάρας, & Μ. Καΐλα (Επίμ.), *Από την ψυχοπαθολογία στο νόημα ζωής*
(σ. 15-36). Αθήνα: Πεδίο.

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο 1 (διατέθηκε σε άτομα με αναπηρία)



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Στο πλαίσιο της ερευνητικής εργασίας που διεξάγεται θα σας παρακαλούσαμε να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο. Η συμμετοχή σας θα έχει ιδιαίτερη βαρύτητα και σας παρακαλούμε θερμά να απαντήσετε ειλικρινά σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Τα στοιχεία που παρέχετε θα παραμείνουν απολύτως ανώνυμα.

Σημειώστε με ένα (X) την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

1. Φύλο

Άνδρας Γυναίκα

2. Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος/-η Έγγαμος/-η Διαζευγμένος/-η

3. Ηλικία

18-25 26-35 36-45 46-55 άνω των 55

4. Επίπεδο μόρφωσης

Απόφοιτος/-η Α-βάθμιας εκπαίδευσης Απόφοιτος/-η Β-βάθμιας εκπαίδευσης

Πτυχιούχος Γ-βάθμιας εκπαίδευσης Μεταπτυχιακό

Διδακτορικό

5. Επαγγελματική κατάσταση

Ανεργός/-η

Εργαζόμενος/-η

Ημιαπασχολούμενος/-η

Συνταξιούχος

6. Έχετε κάποια αναπηρία;

Τύφλωση Κώφωση Κινητική-Σωματική

7. Η αναπηρία σας είναι

επίκτητη εκ γενετής

Στις παρακάτω προτάσεις κυκλώστε τον αριθμό που εκφράζει τον βαθμό στον οποίο βιώνετε την κάθε αντίδραση.

1= Ποτέ - Η αντίδραση δεν βιώνεται ποτέ

2= Σπάνια - Η αντίδραση βιώνεται σπάνια, 1 έως 4 φορές το μήνα

3= Μερικές φορές - Η αντίδραση βιώνεται περιστασιακά, 5 έως 9 φορές το μήνα

4= Συχνά - Η αντίδραση βιώνεται συχνά, 10 ή περισσότερες φορές το μήνα

5= Πολύ συχνά - Η αντίδραση βιώνεται καθημερινά

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 8. Αναθεωρώ κάποιες από τις προτεραιότητες μου στη ζωή | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Έχω περάσει μια κρίση και νιώθω ότι κατανοώ τα πράγματα καλύτερα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Αναζητώ ένα νέο νόημα για τη ζωή μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Με ενδιαφέρει να συναναστρέφομαι κοινωνικά με άλλους ανθρώπους | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Δε με πειράζει να δέχομαι βοήθεια όταν τη χρειάζομαι | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Με ενδιαφέρει να δημιουργήσω καινούριες φιλίες | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Με ενδιαφέρει να κάνω σχέδια για το μέλλον μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Είμαι ικανοποιημένος με τις τωρινές μου ικανότητες παρά τη σωματική μου δυσλειτουργία | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Υπάρχουν πιο σημαντικά πράγματα στη ζωή από αυτά που η σωματική μου βλάβη με εμποδίζει να κάνω | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Παρόλο που είμαι περιορισμένος/-η σε ορισμένα πράγματα, υπάρχουν ακόμη πολλά που μπορώ να κάνω | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

18. Αντιλαμβάνομαι τον εαυτό μου ως μια 1 2 3 4 5
δυσλειτουργία
19. Όλα στη ζωή μου «δένουν» και πάλι μεταξύ τους 1 2 3 4 5
20. Αντιλαμβάνομαι ότι η σωματική μου βλάβη είναι 1 2 3 4 5
μέρος στη ζωή μου αλλά δεν την αφήνω να
παρέμβει στη ζωή μου
21. Παρά τη σωματική μου βλάβη, μπορώ να κάνω τα 1 2 3 4 5
περισσότερα πράγματα από όσα μπορούν να κάνουν
τα άτομα χωρίς σωματική βλάβη
22. Μπορώ να τα βγάλω πέρα με σχεδόν όλα τα 1 2 3 4 5
προβλήματα που αντιμετωπίζω

Στις παρακάτω προτάσεις επιλέξτε τη δήλωση που σας εκφράζει περισσότερο.

23. Συνήθως:

1	2	3	4	5
Βαριέμαι πάρα πολύ		(ουδέτερα)		Είμαι ενθουσιώδης

24. Για μένα η ζωή φαίνεται:

5	4	3	2	1
Πάντα ενδιαφέρουσα		(ουδέτερα)		Εντελώς «ρουτίνα»

25. Στη ζωή:

1	2	3	4	5
Δεν έχω καθόλου στόχους ή σκοπούς		(ουδέτερα)		Έχω πολύ ξεκάθαρους στόχους ή σκοπούς

26. Η προσωπική μου ύπαρξη:

1	2	3	4	5
Δεν έχει απολύτως κανένα νόημα, χωρίς σκοπό		(ουδέτερα)		Είναι γεμάτη νόημα και σκοπό

27. Κάθε μέρα είναι:

1	2	3	4	5
Πάντα διαφορετική για «καινούρια μέρα»		(ουδέτερα)		Ακριβώς η ίδια με όλες τις άλλες

28. Αν μπορούσα να επιλέξω, θα:

1	2	3	4	5
Προτιμούσα να μην είχα γεννηθεί		(ουδέτερα)		Ήθελα να ζούσα άλλες εννιά ζωές ακριβώς σαν αυτή

29. Όταν πάρω σύνταξη, θα:

5	4	3	2	1
Θα κάνω μερικά από ενδιαφέροντα πράγματα που πάντοτε ήθελα		(ουδέτερα)		Χαζεύω, θα περιφέρομαι άσκοπα για το υπόλοιπο της ζωής μου

30. Όσον αφορά την επίτευξη των στόχων της ζωής μου:

1	2	3	4	5
Δεν έχω κάνει καμία πρόοδο		(ουδέτερα)		Έχω φτάσει στην πραγματική «ολοκλήρωση»

31. Η ζωή μου:

1	2	3	4	5
Είναι άδεια γεμάτη μόνο από απελπισία		(ουδέτερα)		Περνά με συναρπαστικά και όμορφα πράγματα

32. Αν επρόκειτο να πεθάνω σήμερα, θα ένιωθα ότι η ζωή μου:

5	4	3	2	1
Άξιζε πολύ τον κόπο		(ουδέτερα)		Δεν είχε απολύτως καμία αξία

33. Σκεπτόμενος/η τη ζωή μου:

1	2	3	4	5
Αναρωτιέμαι συχνά γιατί υπάρχω		(ουδέτερα)		Πάντα βλέπω ένα λόγο για για να υπάρχω εδώ

34. Καθώς βλέπω τον κόσμο σε σχέση με τη ζωή μου, ο κόσμος:

1	2	3	4	5
Μου προκαλεί πολύ μεγάλη σύγχυση		(ουδέτερα)		Ταιριάζει και δίνει νόημα στη ζωή μου

35. Είμαι ένα:

1	2	3	4	5
Πολύ ανεύθυνο άτομο		(ουδέτερα)		Πολύ υπεύθυνο άτομο

36. Όσον αφορά την ελευθερία του ανθρώπου να κάνει τις επιλογές του, πιστεύω ότι ο άνθρωπος είναι:

5	4	3	2	1
Απολύτως ελεύθερος για κάθε επιλογή ζωής		(ουδέτερα)		Εντελώς δέσμιος των περιορισμών της κληρονομικότητας και του περιβάλλοντος

37. Όσον αφορά το θάνατο, είμαι:

5	4	3	2	1
Προετοιμασμένος/η και δε φοβάμαι		(ουδέτερα)		Απροετοίμαστος/η και τρομαγμένος/η

38. Όσον αφορά την αυτοκτονία:

1	2	3	4	5
Την έχω σκεφτεί σοβαρά ως μια διέξοδο		(ουδέτερα)		Δεν την έχω σκεφτεί ποτέ σοβαρά

39. Θεωρώ την ικανότητά μου να βρίσκω ένα νόημα, έναν σκοπό ή μια αποστολή στη ζωή μου ως:

5	4	3	2	1
Πολύ μεγάλη		(ουδέτερα)		Πρακτικά ανύπαρκτη

40. Η ζωή μου:

5	4	3	2	1
Είναι στα χέρια μου		(ουδέτερα)		Δεν είναι στα χέρια μου και ελέγχεται από εξωγενείς παραγοντες

41. Η επαφή μου με τις καθημερινές μου δραστηριότητες είναι:

5	4	3	2	1
Πηγή ευχαρίστησης		(ουδέτερα)		Μια οδυνηρή Και βαρετή εμπειρία

42. Έχω ανακαλύψει ότι:

1	2	3	4	5
Δεν έχω νόημα/ σκοπό στη ζωή μου		(ουδέτερα)		Έχω ξεκάθαρους στόχους κι ένα ικανοποιητικό νόημα ζωής

Ερωτηματολόγιο 2 (διατέθηκε σε γενικό πληθυσμό)



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Στο πλαίσιο της ερευνητικής εργασίας που διεξάγεται θα σας παρακαλούσαμε να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο. Η συμμετοχή σας θα έχει ιδιαίτερη βαρύτητα και σας παρακαλούμε θερμά να απαντήσετε ειλικρινά σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Τα στοιχεία που παρέχετε θα παραμείνουν απολύτως ανώνυμα.

Σημειώστε με ένα (X) την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει.

1. Φύλο

Ανδρας Γυναίκα

2. Οικογενειακή κατάσταση

Αγαμος/-η Έγγαμος/-η Διαζευγμένος/-η

3. Ηλικία

18-25 26-35 36-45 46-55 άνω των 55

4. Επίπεδο μόρφωσης

Απόφοιτος/-η Α-βάθμιας εκπαίδευσης Απόφοιτος/-η Β-βάθμιας
εκπαίδευσης Πτυχιούχος Γ-βάθμιας εκπαίδευσης Μεταπτυχιακό
Διδακτορικό

5. Επαγγελματική κατάσταση

Ανεργος/-η Εργαζόμενος/-η
Ημιαπασχολούμενος/-η Συνταξιούχος

6. Έχετε κάποια αναπηρία;

Ναι Όχι

7. Η αναπηρία σας είναι

επίκτητη εκ γενετής

Στις παρακάτω προτάσεις επιλέξτε τη δήλωση που σας εκφράζει περισσότερο.

8. Συνήθως:

1	2	3	4	5
Βαριέμαι πάρα πολύ		(ουδέτερα)		Είμαι ενθουσιώδης

9. Για μένα η ζωή φαίνεται:

5	4	3	2	1
Πάντα ενδιαφέρουσα		(ουδέτερα)		Εντελώς «ρουτίνα»

10. Στη ζωή:

1	2	3	4	5
Δεν έχω καθόλου στόχους ή σκοπούς		(ουδέτερα)		Έχω πολύ ξεκάθαρους στόχους ή σκοπούς

11. Η προσωπική μου ύπαρξη:

1	2	3	4	5
Δεν έχει απολύτως κανένα νόημα, χωρίς σκοπό		(ουδέτερα)		Είναι γεμάτη νόημα και σκοπό

12. Κάθε μέρα είναι:

1	2	3	4	5
Πάντα διαφορετική		(ουδέτερα)		Ακριβώς η
για «καινούρια μέρα»				ίδια με όλες τις άλλες

13. Αν μπορούσα να επιλέξω, θα:

1	2	3	4	5
Προτιμούσα να		(ουδέτερα)		Ήθελα να ζούσα
μην είχα γεννηθεί				άλλες εννιά ζωές ακριβώς σαν αυτή

14. Όταν πάρω σύνταξη, θα:

5	4	3	2	1
Θα κάνω μερικά από τα		(ουδέτερα)		Χαζεύω, θα
ενδιαφέροντα πράγματα				περιφέρομαι
που πάντοτε ήθελα				άσκοπα για το υπόλοιπο της ζωής μου

15. Όσον αφορά την επίτευξη των στόχων της ζωής μου:

1	2	3	4	5
Δεν έχω κάνει		(ουδέτερα)		Έχω φτάσει
καμία πρόοδο				στην πραγματική «ολοκλήρωση»

16. Η ζωή μου:

1	2	3	4	5
Είναι άδεια γεμάτη		(ουδέτερα)		Περνά με

μόνο από απελπισία

συναρπαστικά και
όμορφα πράγματα

17. Αν επρόκειτο να πεθάνω σήμερα, θα ένιωθα ότι η ζωή μου:

5	4	3	2	1
Αξιζε πολύ τον κόπο		(ουδέτερα)		Δεν είχε απολύτως καμία αξία

18. Σκεπτόμενος/η τη ζωή μου:

1	2	3	4	5
Αναρωτιέμαι συχνά γιατί υπάρχω		(ουδέτερα)		Πάντα βλέπω ένα λόγο για να υπάρχω εδώ

19. Καθώς βλέπω τον κόσμο σε σχέση με τη ζωή μου, ο κόσμος:

1	2	3	4	5
Μου προκαλεί πολύ μεγάλη σύγχυση		(ουδέτερα)		Ταιριάζει και δίνει νόημα στη ζωή μου

20. Είμαι ένα:

1	2	3	4	5
Πολύ ανεύθυνο άτομο		(ουδέτερα)		Πολύ υπεύθυνο άτομο

21. Όσον αφορά την ελευθερία του ανθρώπου να κάνει τις επιλογές του, πιστεύω ότι ο άνθρωπος είναι:

5	4	3	2	1
Απολύτως ελεύθερος για κάθε επιλογή ζωής		(ουδέτερα)		Εντελώς δέσμιος των περιορισμών της κληρονομικότητας και του περιβάλλοντος

22. Όσον αφορά το θάνατο, είμαι:

5	4	3	2	1
Προετοιμασμένος/η και δε φοβάμαι		(ουδέτερα)		Απροετοίμαστος/η και τρομαγμένος/η

23. Όσον αφορά την αυτοκτονία:

1	2	3	4	5
Την έχω σκεφτεί σοβαρά ως μια διέξοδο		(ουδέτερα)		Δεν την έχω σκεφτεί ποτέ σοβαρά

24. Θεωρώ την ικανότητά μου να βρίσκω ένα νόημα, έναν σκοπό ή μια αποστολή στη ζωή μου ως:

5	4	3	2	1
Πολύ μεγάλη		(ουδέτερα)		Πρακτικά ανύπαρκτη

25. Η ζωή μου:

5	4	3	2	1
Είναι στα χέρια μου		(ουδέτερα)		Δεν είναι στα χέρια και ελέγχεται από εξωγενείς παράγοντες

26. Η επαφή μου με τις καθημερινές μου δραστηριότητες είναι:

5	4	3	2	1
Πηγή ευχαρίστησης		(ουδέτερα)		Μια οδυνηρή και βαρετή εμπειρία

27. Έχω ανακαλύψει ότι:

1	2	3	4	5
Δεν έχω νόημα/ σκοπό στη ζωή μου		(ουδέτερα)		Έχω ξεκάθαρους στόχους κι ένα ικανοποιητικό νόημα ζωής

Ευχαριστώ πολύ για την συμμετοχή σας!

Υπεύθυνη έρευνας: Χριστίνα Τάσση