



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ  
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:  
ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ  
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

**Η ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ Η ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΩΣ  
ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΤΗΣ ΕΥΤΥΧΙΑΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ:  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

Διπλωματική Εργασία  
της Βορδώνη Παναγιώτας

Τριμελής επιτροπή:

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

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

Μέλος: Σαρρής Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Π.Τ.Ν. Ιωαννίνων

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2017

## Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1: Συνοχή δεδομένων της ευτυχίας και των διαστάσεών της σύμφωνα με τον δείκτη εσωτερικής συνέφειας Cronbach $\alpha$ .....	79
Πίνακας 2: Συνοχή δεδομένων υποκλιμάκων προσαρμογής στην αναπηρία σύμφωνα με τον δείκτη εσωτερικής συνέφειας Cronbach $\alpha$ .....	81
Πίνακας 3: Συνοχή δεδομένων κλίμακας αυτοεκτίμησης σύμφωνα με τον δείκτη εσωτερικής συνέφειας Cronbach $\alpha$ .....	82
Πίνακας 4: Περιγραφικά στοιχεία διαστάσεων ευτυχίας ανά είδος αναπηρίας .....	86
Πίνακας 5: Επίδραση του είδους της αναπηρίας στις διαστάσεις της ευτυχίας και στη συνολική ευτυχία.....	87
Πίνακας 6: Περιγραφικά στοιχεία υποκλιμάκων προσαρμογής στην αναπηρία .....	90
Πίνακας 7: Επίδραση του είδους της αναπηρίας στη συνολική προσαρμογή στην αναπηρία και στις υποκλίμακές της .....	91
Πίνακας 8: Πολλαπλές συγκρίσεις της μετατροπής από συγκριτικές αξίες σε προσόντα ως προς το είδος της αναπηρίας.....	92
Πίνακας 9: Πολλαπλές συγκρίσεις της συνολικής προσαρμογής ως προς το είδος της αναπηρίας.....	93
Πίνακας 10: Περιγραφικά στοιχεία κλίμακας αυτοεκτίμησης .....	94
Πίνακας 11: Επίδραση του είδους της αναπηρίας στην αυτοεκτίμηση.....	94
Πίνακας 12: Επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και των υποκλιμάκων της στην ικανοποίηση από τη ζωή.....	95
Πίνακας 13: Επίδραση ατομικών στοιχείων στην ικανοποίηση από τη ζωή .....	96
Πίνακας 14: Επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και των υποκλιμάκων της στην ενεργητικότητα.....	98
Πίνακας 15: Επίδραση ατομικών στοιχείων στην ενεργητικότητα .....	98
Πίνακας 16: Επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και των υποκλιμάκων της στο θετικό συναίσθημα .....	100
Πίνακας 17: Επίδραση ατομικών στοιχείων στο θετικό συναίσθημα.....	101
Πίνακας 18: Επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και των υποκλιμάκων της στην κοινωνικότητα.....	103
Πίνακας 19: Επίδραση ατομικών στοιχείων στην κοινωνικότητα.....	103
Πίνακας 20: Επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και των υποκλιμάκων της στη συνολική ευτυχία.....	106

Πίνακας 21: Επίδραση ατομικών στοιχείων στη συνολική ευτυχία .....	106
Πίνακας 22: Συσχέτιση της κλίμακας αυτοεκτίμησης με τις διαστάσεις της ευτυχίας και τη συνολική ευτυχία .....	109
Πίνακας 23: Παράγοντες (κλίμακες προσαρμογής στην αναπηρία, αυτοεκτίμηση, ατομικά στοιχεία) που συμβάλλουν στην ικανοποίηση από τη ζωή .....	110
Πίνακας 24: Περιγραφικά στοιχεία της ικανοποίησης από τη ζωή ως προς τα επίπεδα περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας .....	111
Πίνακας 25: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της ικανοποίησης από τη ζωή με τα επίπεδα περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας .....	111
Πίνακας 26: Περιγραφικά στοιχεία της ικανοποίησης από τη ζωή ως προς τα επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης.....	112
Πίνακας 27: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της ικανοποίησης από τη ζωή με τα επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης.....	112
Πίνακας 28: Παράγοντες (κλίμακες προσαρμογής στην αναπηρία, αυτοεκτίμηση, ατομικά στοιχεία) που συμβάλλουν στην ενεργητικότητα .....	113
Πίνακας 29: Περιγραφικά στοιχεία της ενεργητικότητας ως προς τη συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα.....	114
Πίνακας 30: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της ενεργητικότητας με τα επίπεδα της συναναστροφής με συγγενικά πρόσωπα .....	114
Πίνακας 31: Περιγραφικά στοιχεία της ενεργητικότητας ως προς τα επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης .....	115
Πίνακας 32: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της ενεργητικότητας με τα επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης .....	115
Πίνακας 33: Περιγραφικά στοιχεία της ενεργητικότητας ως προς την ύπαρξη πόνου ....	116
Πίνακας 34: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της ενεργητικότητας με την ύπαρξη πόνου .....	116
Πίνακας 35: Περιγραφικά στοιχεία της ενεργητικότητας ως προς το είδος της αναπηρίας .....	116
Πίνακας 36: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της ενεργητικότητας με το είδος της αναπηρίας ....	117
Πίνακας 37: Παράγοντες (κλίμακες προσαρμογής στην αναπηρία, αυτοεκτίμηση, ατομικά στοιχεία) που συμβάλλουν στο θετικό συναίσθημα .....	118
Πίνακας 38: Περιγραφικά στοιχεία του θετικού συναισθήματος ως προς τη συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα.....	118
Πίνακας 39: Συγκρίσεις κατά ζεύγη του θετικού συναισθήματος με τα επίπεδα της συναναστροφής με συγγενικά πρόσωπα .....	119

Πίνακας 40: Παράγοντες (κλίμακες προσαρμογής στην αναπηρία, αυτοεκτίμηση, ατομικά στοιχεία) που συμβάλλουν στην κοινωνικότητα .....	120
Πίνακας 41: Περιγραφικά στοιχεία της κοινωνικότητας ως προς τη συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα.....	120
Πίνακας 42: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της κοινωνικότητας με τη συναστροφή με συγγενικά πρόσωπα .....	121
Πίνακας 43: Παράγοντες (κλίμακες προσαρμογής στην αναπηρία, αυτοεκτίμηση, ατομικά στοιχεία) που συμβάλλουν στη συνολική ευτυχία.....	122
Πίνακας 44: Περιγραφικά στοιχεία της συνολικής ευτυχίας ως προς τον περιορισμό των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας .....	122
Πίνακας 45: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της συνολικής ευτυχίας με τον περιορισμό των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας .....	123
Πίνακας 46: Περιγραφικά στοιχεία της συνολικής ευτυχίας ως προς τη διεύρυνση του πεδίου αξιών.....	123
Πίνακας 47: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της συνολικής ευτυχίας με τη διεύρυνση του πεδίου αξιών.....	124
Πίνακας 48: Περιγραφικά στοιχεία της συνολικής ευτυχίας ως προς την υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης.....	124
Πίνακας 49: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της συνολικής ευτυχίας με την υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης.....	125
Πίνακας 50: Περιγραφικά στοιχεία της συνολικής ευτυχίας ως προς τη συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα.....	125
Πίνακας 51: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της συνολικής ευτυχίας με τη συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα.....	126

## Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη .....	7
Abstract.....	7
Εισαγωγή .....	9
Κεφάλαιο 1: Οριοθέτηση αναπηριών.....	10
1.1 Χρόνιες ασθένειες.....	10
1.1.1 Μεσογειακή αναιμία.....	11
1.1.2 Σακχαρώδης διαβήτης .....	12
1.1.3 Σκλήρυνση κατά πλάκας.....	14
1.2 Οπτική αναπηρία.....	15
1.3 Ακουστική αναπηρία.....	17
1.4 Κινητική αναπηρία.....	19
Κεφάλαιο 2: Οριοθέτηση της έννοιας της αυτοεκτίμησης.....	20
2.1 Προσδιορισμός της έννοιας της αυτοεκτίμησης.....	20
2.2 Παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης.....	24
2.2 Η αυτοεκτίμηση στα άτομα με αναπηρία.....	27
Κεφάλαιο 3: Η διαδικασία της αποδοχής και της προσαρμογής σε μία κατάσταση αναπηρίας.....	34
3.1 Προσδιορισμός της έννοιας της αναγνώρισης και της προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας.....	34
3.2 Μοντέλα προσαρμογής στην αναπηρία .....	37
3.3 Παράγοντες που επιδρούν στην προσαρμογή στην αναπηρία .....	43
Κεφάλαιο 4: Οριοθέτηση της έννοιας της ευτυχίας.....	49
4.1 Προσδιορισμός της έννοιας της ευτυχίας.....	49
4.2 Παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση της ευτυχίας.....	53
Κεφάλαιο 5: Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με την επίδραση που ασκούν η προσαρμογή ενός ατόμου στην αναπηρία του, η αυτοεκτίμησή του, καθώς και ατομικοί παράγοντες στα επίπεδα ευτυχίας του.....	57
Κεφάλαιο 6: Εμπειρική μελέτη.....	68
6.1 Εισαγωγή.....	68
6.2 Σκοπός έρευνας.....	68
6.3 Δείγμα.....	70
6.4 Ερευνητικά εργαλεία.....	77
6.5 Επιλογή δείγματος - Συλλογή ερευνητικών δεδομένων .....	82
6.6 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων .....	83

6.7 Αποτελέσματα .....	84
6.7.1 Διερεύνηση της ευτυχίας και των διαστάσεών της στα άτομα με αναπηρία του δείγματος .....	84
6.7.2 Διερεύνηση της προσαρμογής στην αναπηρία και των υποκλιμάκων της στα άτομα με αναπηρία του δείγματος .....	88
6.7.3 Διερεύνηση της αυτοεκτίμησης στα άτομα με αναπηρία του δείγματος.....	93
6.7.4 Επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και ατομικών στοιχείων του δείγματος στην ικανοποίηση από τη ζωή .....	94
6.7.5 Επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και ατομικών στοιχείων του δείγματος στην ενεργητικότητα .....	97
6.7.6 Επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και ατομικών στοιχείων του δείγματος στο θετικό συναίσθημα .....	100
6.7.7 Επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και ατομικών στοιχείων του δείγματος στην κοινωνικότητα .....	102
6.7.8 Επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και ατομικών στοιχείων του δείγματος στη συνολική ευτυχία.....	105
6.7.9 Συσχέτιση της αυτοεκτίμησης με την ευτυχία και τις διαστάσεις της .....	108
6.7.10 Μοντέλα ερμηνείας της ευτυχίας και των διαστάσεών της .....	109
6.7.10.1 Μοντέλο ερμηνείας της διάστασης της ικανοποίησης από τη ζωή με ανεξάρτητες μεταβλητές τις κλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία και την αυτοεκτίμηση καθώς και ατομικά στοιχεία .....	110
6.7.10.2 Μοντέλο ερμηνείας της διάστασης της ενεργητικότητας με ανεξάρτητες μεταβλητές τις κλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία και της αυτοεκτίμησης καθώς και ατομικά στοιχεία .....	113
6.7.10.3 Μοντέλο ερμηνείας της διάστασης του θετικού συναισθήματος με ανεξάρτητες μεταβλητές τις κλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία και της αυτοεκτίμησης καθώς και ατομικά στοιχεία .....	118
6.7.10.4 Μοντέλο ερμηνείας της διάστασης της κοινωνικότητας με ανεξάρτητες μεταβλητές τις κλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία και της αυτοεκτίμησης καθώς και ατομικά στοιχεία .....	119
6.7.10.5 Μοντέλο ερμηνείας της συνολικής ευτυχίας με ανεξάρτητες μεταβλητές τις κλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία και της αυτοεκτίμησης καθώς και ατομικά στοιχεία .....	121
Κεφάλαιο 7: Συζήτηση.....	126
7.1 Η ευτυχία, η προσαρμογή στην αναπηρία και η αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία.....	127
7.2 Ευτυχία στα άτομα με αναπηρία: Η επίδραση ατομικών στοιχείων.....	128
7.3 Ευτυχία στα άτομα με αναπηρία: Η επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και της αυτοεκτίμησης.....	131
7.4 Περιορισμοί της έρευνας – Προτάσεις εκπαιδευτικής παρέμβασης.....	134

Βιβλιογραφία .....	138
Παράρτημα Ι .....	167
Παράρτημα ΙΙ .....	173

## Περίληψη

Η παρούσα ερευνητική μελέτη έχει ως σκοπό να διερευνήσει την ευτυχία ατόμων με αναπηρία και συγκεκριμένα ατόμων με οπτική, ακουστική, κινητική αναπηρία ή χρόνιες ασθένειες, καθώς και να εξετάσει την επίδραση της αυτοεκτίμησης και της προσαρμογής στην αναπηρία στη διαμόρφωση της ευτυχίας. Παράλληλα, η έρευνα εξετάζει αν στοιχεία δημογραφικά και στοιχεία που αφορούν στην κατάσταση της αναπηρίας είναι ρυθμιστικοί παράγοντες που καθορίζουν τα επίπεδα της ευτυχίας. Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε ότι η προσαρμογή στην αναπηρία, η αυτοεκτίμηση, το είδος της αναπηρίας, η ύπαρξη πόνου και η ικανοποίηση από τις σχέσεις με τους συγγενείς αποτελούν σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες των διατάσεων της ευτυχίας. Ακόμη, η ευτυχία των ατόμων με αναπηρία διαφοροποιήθηκε με βάση κάποια ατομικά χαρακτηριστικά και στοιχεία που αφορούν στη φύση της αναπηρίας, όπως η προέλευση και η χρονική διάρκεια της αναπηρίας, η επαγγελματική κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο, η ύπαρξη δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου, η διάθεση για επικοινωνία πληροφοριών σχετικών με την αναπηρία, και η ικανοποίηση από τις σχέσεις με τους φίλους. Τα αποτελέσματα συζητούνται με βάση την προϋπάρχουσα βιβλιογραφία, ενώ κατατίθενται και προτάσεις για ανάπτυξη κατάλληλης εκπαιδευτικής παρέμβασης στο υπό διερεύνηση θέμα.

*Λέξεις κλειδιά:* ευτυχία, προσαρμογή στην αναπηρία, αυτοεκτίμηση, οπτική αναπηρία, ακουστική αναπηρία, κινητική αναπηρία, χρόνιες ασθένειες

## Abstract

The aim of the present dissertation was to explore happiness of people with disabilities and specifically people with visual, hearing, physical disability or chronic illness as well as to examine the impact of self-esteem and adaptation to disability in shaping happiness. At the same time, the survey examines whether demographic data and disability-related items are regulatory factors that determine the levels of happiness. Statistical analysis has shown that adaptation to disability, self-esteem, type of disability, physical pain, and satisfaction with relationships with relatives are important predictors of happiness. In addition, happiness of people with disabilities has been differentiated on the basis of some individual characteristics, such as duration of disability, employment status, educational level, leisure



activities, mood of giving information about disability, and satisfaction with relationships with friends. The results are discussed on the basis of the pre-existing bibliography, while proposals are made for the development of appropriate educational interventions in student population.

Key words: happiness, adaptation to disability, self-esteem, visual disability, deafness / hearing loss, physical disability, chronic diseases

## Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη η επιδίωξη του αγαθού ή των αγαθών αποτελεί το κύριο κίνητρο των ανθρώπινων πράξεων. Η αριστοτελική ηθική βασίζεται σε μια γενική θεωρία της επιδίωξης των αγαθών, στην οποία η ευτυχία (ευδαιμονία), διαδραματίζει τον ρόλο του ύψιστου αγαθού, δηλαδή του ύψιστου στόχου των επιδιώξεων μας. Παρά το γεγονός ότι η ευτυχία έχει απασχολήσει και εξακολουθεί να απασχολεί σημαντικά την επιστημονική κοινότητα, δεν είναι πολλές οι έρευνες διεθνώς και ιδιαίτερα στην Ελλάδα που έχουν ασχοληθεί με την ευτυχία των ατόμων με αναπηρία. Το κενό αυτό επιχειρεί να καλύψει μερικώς η παρούσα μελέτη, σκοπός της οποίας είναι η διερεύνηση της ευτυχίας των ατόμων με αναπηρία μέσω της εξέτασης παραμέτρων όπως είναι η αυτοεκτίμηση και η προσαρμογή των ατόμων στην αναπηρία τους, καθώς και ατομικά στοιχεία και στοιχεία που αφορούν την κατάσταση της αναπηρίας.

Η εργασία διαρθρώνεται σε 7 κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο καταγράφονται βασικοί ορισμοί και συγκεκριμένα οριοθετούνται η οπτική, η ακουστική και η κινητική αναπηρία καθώς και κάποιες χρόνιες ασθένειες, ο σακχαρώδης διαβήτης, η σκλήρυνση κατά πλάκας και η μεσογειακή αναιμία. Στο δεύτερο κεφάλαιο οριοθετείται η έννοια της αυτοεκτίμησης και περιγράφονται διάφοροι προσδιοριστικοί παράγοντες, ενώ επιχειρείται και μία ανασκόπηση ερευνών που εξετάζουν την αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία. Στο επόμενο κεφάλαιο, το τρίτο, περιγράφεται η έννοια της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην αναπηρία καθώς και διάφοροι παράγοντες που επιδρούν σε αυτή τη διαδικασία. Ακολουθεί το τέταρτο κεφάλαιο, στο οποίο αποσαφηνίζεται η έννοια της ευτυχίας και περιγράφονται επίσης παράμετροι που επιδρούν στη διαμόρφωσή της. Στη συνέχεια, στο πέμπτο κεφάλαιο επιχειρείται μία ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφορικά με την εξέταση της ευτυχίας στα άτομα με αναπηρία. Στο έκτο κεφάλαιο περιγράφονται αναλυτικά οι στόχοι της έρευνας, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν καθώς και τα χαρακτηριστικά του δείγματος, δίνονται πληροφορίες για τα βήματα που ακολουθήθηκαν κατά τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν. Στο τελευταίο κεφάλαιο επιχειρείται μία ερμηνεία των αποτελεσμάτων, εξετάζεται η συνάφειά τους με προϋπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα, γίνεται αναφορά σε ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς της έρευνας και δίνονται κατευθύνσεις για μελλοντική διαμόρφωση εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, με σκοπό την καλλιέργεια διαφόρων δεξιοτήτων στους μαθητές.

## Κεφάλαιο 1: Οριοθέτηση αναπηριών

### 1.1 Χρόνιες ασθένειες

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «χρόνιες είναι οι ασθένειες που δεν μεταβιβάζονται από το ένα άτομο στο άλλο. Εμφανίζουν μακρά διάρκεια και γενικά αργή εξέλιξη. Οι τέσσερις βασικοί τύποι χρόνιων ασθενειών είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις (όπως η καρδιακή προσβολή και το εγκεφαλικό επεισόδιο), τα διάφορα είδη καρκίνου, οι χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις (όπως η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και το άσθμα), καθώς και ο διαβήτης» (WHO, 2016).

Οι χρόνιες ασθένειες αποτελούν σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας, καθώς μπορούν να οδηγήσουν σε νοσηρότητα, θνησιμότητα, αναπηρία και μειωμένη ποιότητα ζωής. Αποτελούν την κύρια αιτία θανάτων σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ το 2012 ήταν υπεύθυνες για το 68% των θανάτων παγκοσμίως. Από αυτούς ποσοστό μεγαλύτερο του 40% ήταν πρόωροι θάνατοι ηλικίας κάτω των 70 ετών (WHO, 2014).

Διακριτά χαρακτηριστικά των χρόνιων ασθενειών είναι: α) η πολυπαραγοντική τους αιτιολογία, καθώς πολλαπλοί παράγοντες οδηγούν στην εμφάνισή τους, β) η μακρά περίοδος ανάπτυξης της νόσου, στην διάρκεια της οποίας μπορεί να μην υπάρχουν συμπτώματα, γ) η παρατεταμένη κλινική πορεία της νόσου, που πιθανώς να οδηγήσει σε άλλες επιπλοκές υγείας, δ) η σύνδεση της νόσου με λειτουργική ανεπάρκεια ή αναπηρία (AIHW, 2011).

Επιπρόσθετα, οι χρόνιες ασθένειες επηρεάζουν όλες τις πτυχές της ζωής του ατόμου, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών και οικογενειακών σχέσεων, της οικονομικής ευημερίας, των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, καθώς και ψυχαγωγικών και επαγγελματικών δραστηριοτήτων. Η έκταση των επιδράσεων της νόσου εξαρτάται από: την φύση της κατάστασης, την προσωπικότητα του ατόμου, την έννοια της ασθένειας ή της αναπηρίας για το ίδιο το άτομο, τις τρέχουσες συνθήκες της ζωής του ατόμου, τον βαθμό της οικογενειακής και κοινωνικής υποστήριξης. Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι αρκετοί παράγοντες επηρεάζουν την έκταση των επιπτώσεων της κάθε νόσου, κάθε χρόνια ασθένεια απαιτεί κάποια διαφοροποίηση και προσαρμογή της καθημερινής ζωής (Falvo, 2005).

Η μεσογειακή αναιμία, η οποία ανήκει στην ομάδα των διαταραχών του αίματος, η σκλήρυνση κατά πλάκας που προσβάλλει το κεντρικό νευρικό σύστημα και ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελούν ασθένειες που συγκαταλέγονται στις χρόνιες ασκώντας σημαντική

επίδραση στην καθημερινότητα του ατόμου που τις φέρει. Οι συγκεκριμένες ασθένειες συγκαταλέγονται στο δείγμα της οικείας εργασίας και περιγράφονται στη συνέχεια.

### **1.1.1 Μεσογειακή αναιμία**

Η *μεσογειακή αναιμία* ή *θαλασσαιμία* σύμφωνα με τη σύγχρονη βιβλιογραφία συνιστά μία γενετική διαταραχή της σύνθεσης της αιμοσφαιρίνης, που χαρακτηρίζεται από ελάττωση ή πλήρη κατάργηση της σύνθεσης της μιας ή περισσοτέρων αλύσεων της σφαιρίνης (α ή β). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την άνιση σύνθεση των αλύσεων της σφαιρίνης που είναι η κύρια αιτία των κλινικών εκδηλώσεων της νόσου (Κουτελέκος & Χαλιάσος, 2013).

Ανάλογα με τα γονίδια που βλάπτονται και το αντίστοιχο αποτέλεσμα στην παραγωγή αλύσεων σφαιρίνης, η μεσογειακή αναιμία διακρίνεται σε: α-μεσογειακή αναιμία και β-μεσογειακή αναιμία. Υπάρχουν και σπανιότερες μορφές οι γ-, δ-, δβ-θαλασσαιμίες. Η β-μεσογειακή αναιμία ή νόσος του Cooley ή β-θαλασσαιμία είναι συχνότερη και έχει βαρύτερη κλινική εικόνα. Εμφανίζεται ως ετερόζυγη μορφή με το όνομα μεσογειακό στίγμα ή ως ομόζυγη μείζων β-μεσογειακή αναιμία (Cappellini et al., 2008). Το στίγμα της β-μεσογειακής αναιμίας οφείλεται στην ύπαρξη μιας μόνο μετάλλαξης στον ένα γόνο των β-αλυσίδων. Χαρακτηρίζεται από μικροκυττάρωση και υποχρωμία, ήπια αναιμία όπου τα άτομα είναι ασυμπτωματικά (Κουτελέκος & Χαλιάσος, 2013)

Η μεσογειακή αναιμία αποτελεί παγκοσμίως μία από τις πιο συχνές κληρονομικές παθήσεις του αίματος. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, περίπου το 1,5% του παγκόσμιου πληθυσμού (80 έως 90 εκατομμύρια άτομα) είναι φορείς της β-μεσογειακής αναιμίας, με περίπου 50.000 συμπτωματικά βρέφη να γεννώνται ετησίως. Η συνολική ετήσια επίπτωση των συμπτωματικών ατόμων υπολογίζεται σε 1 στους 100.000 σε όλο τον κόσμο και 1 στα 10.000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Επίσης, εκτιμάται ότι, η μεσογειακή αναιμία θα λάβει ανησυχητικές διαστάσεις, καθώς αναμένονται περίπου 900.000 γεννήσεις ατόμων με κλινικά σημαντική νόσο στα επόμενα 20 χρόνια (Cappellini et al., 2008).

Αρχικά, είχε θεωρηθεί ότι εκδηλωνόταν κυρίως στις χώρες της Μεσογείου και για τον λόγο αυτόν χαρακτηριζόταν με τον όρο «μεσογειακή». Στην πραγματικότητα όμως, η συχνότητα εμφάνισης της μεσογειακής αναιμίας είναι αυξημένη στις χώρες της Μεσογείου, στη Μέση Ανατολή, στη Νότια και Ανατολική Ασία, στον Νότιο Ειρηνικό και στη Νότια Κίνα με ποσοστό φορέων που κυμαίνεται από 2-25% (Weatherall, 2010; Cappellini et al., 2008). Η υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης φορέων στην Μεσόγειο αναφέρεται στην Κύπρο (14%) και τη Σαρδηνία (10,3%) (Galanello & Origa, 2010; Weatherall, 2010).

Ωστόσο, η μετακίνηση των πληθυσμών έχει ως αποτέλεσμα την επέκταση του προβλήματος και σε άλλες χώρες, όπως στη Νότια και Βόρεια Αμερική και την Αυστραλία (Weatherall, 2012; Rachmilewitz & Giardina, 2011).

Η θεραπεία της νόσου είναι συμπτωματική και περιλαμβάνει την αντιμετώπιση της αναιμίας με συστηματικές μεταγγίσεις, την εξασφάλιση φυσιολογικής ανάπτυξης και την προφύλαξη από την αιμοσιδήρωση των οργάνων (Carpellini et al., 2008; Chattopadhyay, 2006; Κουτελέκος & Χαλιάσος, 2013). Παρά την πρόοδο της θεραπείας και την επακόλουθη βελτίωση της πρόγνωσης των ασθενών, οι επιπλοκές αποτελούν την κύρια αιτία νοσηρότητας και θνητότητας. Ειδικότερα, οι καρδιολογικές επιπλοκές αποτελούν την αιτία θανάτου στους μισούς ασθενείς με μεσογειακή αναιμία, ενώ αντισώματα του ιού της ηπατίτιδας C έχουν βρεθεί στο 85% πολυμεταγγιζόμενων ασθενών στην Ιταλία, 23% στο Ηνωμένο Βασίλειο, 35% στις Ηνωμένες Πολιτείες, το 34% στη Γαλλία και 21% στην Ινδία (Borgna-Pignatti et al., 2005).

Ο προγεννητικός έλεγχος είναι δυνατόν να μειώσει σημαντικά την συχνότητα εμφάνισης της νόσου, ωστόσο η ανεπαρκής πληροφόρηση σχετικά με την πρόληψη, την νόσο αυτή καθαυτή και τα σχετιζόμενα ψυχοκοινωνικά και πολιτιστικά ζητήματα αποτελούν τους κύριους παράγοντες που καθιστούν τη νόσο μη ελεγχόμενη (Armeli, Robbins, & Eunpu, 2005; Khorasani, Kosaryan, Vahidshahi, Shakeri, & Nasehi, 2008).

### **1.1.2 Σακχαρώδης διαβήτης**

Ο *σακχαρώδης διαβήτης* (ΣΔ) είναι μια παθολογική κατάσταση η οποία αποτελεί ένα από τα συχνότερα χρόνια νοσήματα και μια από τις σημαντικότερες αιτίες πρόωρης θνησιμότητας (WHO, 2011). Πρόκειται για μία ομάδα μεταβολικών παθήσεων που χαρακτηρίζονται από υπεργλυκαιμία ως συνέπεια διαταραχών στην έκκριση ινσουλίνης, στη δράση της ή και στα δύο (American Diabetes Association, 2014). Οι κυριότεροι τύποι ΣΔ είναι:

*Σακχαρώδης διαβήτης τύπου I* (ή ινσουλινοεξαρτώμενος ή νεανικός διαβήτης): Είναι αυτοάνοσο νόσημα που χαρακτηρίζεται από την καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος, με αποτέλεσμα την τακτική εμφάνιση αυξημένων επιπέδων γλυκόζης, λόγω της ολικής έλλειψης ή ελάχιστης έκκρισης ινσουλίνης στον οργανισμό. Έχει γενετική προδιάθεση και συναντάται κυρίως σε παιδιά, μπορεί όμως να προσβάλει και ενήλικες. Ο ασθενής με ΣΔ τύπου 1 είναι απόλυτα εξαρτημένος από την εξωγενή χορήγηση ινσουλίνης προκειμένου τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα του να διατηρηθούν σε φυσιολογικά επίπεδα

(American Diabetes Association, 2014, 2017). Στους ενήλικες, η συγκεκριμένη μορφή ΣΔ υπολογίζεται περίπου στο 5% του συνόλου των διαβητικών (Centers for Disease Control and Prevention, 2014).

*Σακχαρώδης διαβήτης τύπου II* (ή μη ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης): Προέρχεται από τον συνδυασμό μειωμένης έκκρισης ινσουλίνης και ελαττωμένης ευαισθησίας των κυττάρων στην ινσουλίνη. Η μειωμένη δράση της ινσουλίνης αποτελεί την κύρια διαταραχή στα αρχικά στάδια της νόσου, παρόλο που τα επίπεδα ινσουλίνης στον οργανισμό είναι αυξημένα (American Diabetes Association, 2014, 2017). Αποτελεί τη συχνότερη αιτία ΣΔ στους ενήλικες (περίπου το 90%-95% του συνόλου των διαβητικών) (Centers for Disease Control and Prevention, 2014). Προδιαθεσιακοί παράγοντες είναι η παχυσαρκία, η ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό. Τα κλασικά συμπτώματα είναι παρόμοια με τα συμπτώματα του ΣΔ τύπου I με τη διαφορά ότι τα συμπτώματα του ΣΔ τύπου 2 είναι πιο ήπια (American Diabetes Association, 2014, 2017).

*Σακχαρώδης διαβήτης κύησης*: Ο συγκεκριμένος τύπος διαβήτη εμφανίζεται για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της κύησης και υποχωρεί μετά τον τοκετό. Προσβάλλει το 3-5% των κυήσεων. Όπως ο ΣΔ Τύπου II, ο σακχαρώδης διαβήτης κύησης χαρακτηρίζεται από μειωμένη έκκριση ινσουλίνης και ελαττωμένη ευαισθησία των κυττάρων στην ινσουλίνη (American Diabetes Association, 2014, 2017). Η παχυσαρκία αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης αυτού του τύπου διαβήτη, ενώ το 5%-10% των γυναικών με ΣΔ κύησης εμφανίζουν ΣΔ αργότερα στη ζωή τους (συνήθως ΣΔ Τύπου II). Επιπλέον, παιδιά γυναικών που εμφάνισαν ΣΚ κύησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους βρίσκονται κάποιες φορές σε κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας και διαβήτη (Centers for Disease Control and Prevention, 2014).

Ο ΣΔ αποτελεί σήμερα την έβδομη αιτία θανάτου (Centers for Disease Control and Prevention, 2014), ενώ διπλασιάζει τη θνητότητα από οποιαδήποτε αιτία, με κύρια αιτία θανάτου τη στεφανιαία νόσο (Nwaneri, Cooper, & Bowen-jones, 2013). Επιπλέον, από την έρευνα των Franco, Steyerberg, Hu, Mackenbach, & Nusselder, (2007) προέκυψε ότι οι άνδρες και οι γυναίκες με ΣΔ σε σχέση με άνδρες και γυναίκες χωρίς ΣΔ, ζουν λιγότερο κατά μέσο όρο 7,5 και 8,2 έτη αντίστοιχα.

Ο ΣΔ ως χρόνια ασθένεια έχει δυσμενείς συχνά επιπλοκές που οδηγούν σε σημαντική νοσηρότητα, αναπηρία και θανάτους, που προσθέτουν σαφώς κακή ποιότητα ζωής, αλλά και μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης, ενώ ταυτόχρονα επιβαρύνουν οικονομικά το σύστημα υγείας (International Diabetes Federation, 2015). Η χρόνια υπεργλυκαιμία στον ΣΔ σχετίζεται με την πρόκληση μακροχρόνιων βλαβών, δυσλειτουργίας ή ανεπάρκειας

διαφόρων οργάνων, και ιδιαιτέρως των οφθαλμών, των νεφρών, των νεύρων, της καρδιάς και των αγγείων (American Diabetes Association, 2014). Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των ιατρών οι οποίοι παρακολουθούν τους ασθενείς με ΣΔ τύπου 2, το 59,3% των διαγνωσμένων ασθενών θα παρουσιάσει κάποια στιγμή στη ζωή τους κάποια επιπλοκή εξαιτίας του ΣΔ, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για όσους δεν είναι ρυθμισμένοι είναι 73,3% (Tsiantou et al., 2014).

### 1.1.3 Σκλήρυνση κατά πλάκας

Η *σκλήρυνση κατά πλάκας* (ΣκΠ) ή *πολλαπλή σκλήρυνση* κατά τη σύγχρονη ορολογία είναι μια φλεγμονώδης διαταραχή του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ). Στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ η ΣκΠ είναι η κύρια αιτία της μη τραυματικής νευρολογικής αναπηρίας σε νεαρά άτομα (MS Multiple Sclerosis Society, 2015). Αποτελεί μία χρόνια νόσο που εκδηλώνεται στην πρώιμη ενήλικη ζωή (η μέση ηλικία εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων της ασθένειας είναι 29 ετών) (Kanavos et al., 2016). Τυχαίες εξάρσεις φλεγμονής (υποτροπές ή ώσεις) καταστρέφουν το περίβλημα μυελίνης, προκαλώντας τις απομυελινωτικές πλάκες. Η ονομασία της ασθένειας προέρχεται από τις πολλαπλές περιοχές πλακών, οι οποίες χαρακτηρίζουν την διαδικασία της νόσου. Οι ουλές κατά μήκος του περιβλήματος της μυελίνης ενέχονται στη μετάδοση των νευρικών ώσεων, προκαλώντας με αυτό τον τρόπο τη συμπτωματολογία της ΣκΠ (Ωρολογάς, 2005).

Η φλεγμονή μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε περιοχή του εγκεφάλου, του νωτιαίου μυελού και του οπτικού νεύρου με συχνά εμφανιζόμενα συμπτώματα την κατάθλιψη και το άγχος, τους περιορισμούς στην κινητικότητα, τον μειωμένο έλεγχο του χεριού και του δαχτύλου, την μη καθαρή ομιλία, την ακράτεια ούρων και κοπράνων, την γνωστική δυσλειτουργία, προκαλώντας δυσκολίες στην μνήμη και στην συγκέντρωση της προσοχής, προκαλώντας προβλήματα με τις λέξεις, και θέτοντας σε κίνδυνο τις οπτικοχωρικές ικανότητες και τις ικανότητες για σχεδιασμό και επίλυση προβλημάτων. Ανάλογα με τη θέση της φλεγμονής εντός του ΚΝΣ, η ΣκΠ μπορεί να παρουσιαστεί με μια σειρά από συμπτώματα ποικίλης σοβαρότητας και με διαφορετική πορεία της ασθένειας (Kanavos et al., 2016).

Υπάρχουν τρεις βασικοί τύποι της ΣκΠ, καθένας από τους οποίους εκδηλώνεται σε διαφορετικό ποσοστό ασθενών και σχετίζεται με την σοβαρότητα των συμπτωμάτων:

1) *Υποτροπιάζουσα Διαλείπουσα ΣκΠ* (Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis, RRMS): Αποτελεί την πιο συνηθισμένη μορφή που επηρεάζει περίπου το 85% των ατόμων με ΣκΠ.

Οι ασθενείς βιώνουν προσωρινή ανικανότητα λόγω οξέων νευρολογικά συμπτωμάτων, τα οποία είναι γνωστά ως υποτροπές και ακολουθούνται από περιόδους ύφεσης όπου τα συμπτώματα υποχωρούν (Scalfari, Neuhaus, Daumer, Muraro, & Ebers, 2014).

2) *Δευτεροπαθής Προϊούσα ΣκΠ* (Secondary Progressive Multiple Sclerosis, SPMS): Συνήθως ακολουθεί την Υποτροπιάζουσα Διαλείπουσα σε ποσοστό 50% όταν υπάρχει εξέλιξη της νόσου μεταξύ των κρίσεων. Τα περισσότερα άτομα με SPMS ξεκινούν με RRMS και κατόπιν τα συμπτώματα και οι εξάρσεις επιδεινώνονται σταθερά (Kanavos et al., 2016).

3) *Πρωτοπαθής Προϊούσα ΣκΠ* (Primary Progressive Multiple Sclerosis, PPMS): Αφορά το 10%-15% των ασθενών και περιγράφεται από μια πιο σταθερή αύξηση της αναπηρίας με την απουσία οξέων υποτροπών (Kanavos et al., 2016).

Άλλη λιγότερο συχνή μορφή ΣκΠ είναι η *Προϊούσα Υποτροπιάζουσα ΣκΠ* (Progressive Relapsing Multiple Sclerosis, PRMS). Αποτελεί την σοβαρότερη μορφή που αφορά στο 5% των ασθενών και χαρακτηρίζεται από βαθμιαία επιδείνωση των συμπτωμάτων με διαστήματα εξάρσεων (Kanavos et al., 2016).

Αν και η παθοφυσιολογία της νόσου είναι γνωστή, τα αίτια που οδηγούν σε αυτήν παραμένουν άγνωστα. Υποστηρίζεται η άποψη ότι ο συνδυασμός γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων προκαλεί την εμφάνισή της (Βοζίκης & Σωτηροπούλου, 2012). Θεωρείται επίσης ότι η ΣκΠ μειώνει το προσδόκιμο ζωής κατά 5-10 χρόνια σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό (Moore et al., 2016). Επιπλέον, η συχνότητα εμφάνισης της ασθένειας στις γυναίκες είναι υψηλότερη σε σχέση με τους άντρες, ένα ποσοστό το οποίο έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια (2,3-3,5 γυναίκες κατά μέσο όρο έναντι 1 ανδρών). Το εύρημα αυτό δεν φαίνεται να σχετίζεται με κάποιον συγκεκριμένο γενετικό τύπο του χρωμοσώματος X αλλά με την γυναικεία φυσιολογία και την έκκριση ορμονών, αν και η εξέλιξη της ασθένειας είναι συνήθως πιο αργή και ήπια στις γυναίκες απ' ό,τι στους άντρες (Harbo, Gold, & Tintoré, 2013).

## **1.2 Οπτική αναπηρία**

Τα προβλήματα όρασης αντιπροσωπεύουν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών της οπτικής ικανότητας, ενώ συνιστούν από τα πιο συνηθισμένα και σοβαρά προβλήματα των αισθητηρίων οργάνων, τα περισσότερα από τα οποία διορθώνονται με ιατρικά μέσα.



Ωστόσο, υπάρχουν και περιπτώσεις όπου τα προβλήματα όρασης είναι πολύ σοβαρά και εμποδίζουν την απρόσκοπτη πορεία του ατόμου.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας υπάρχουν τέσσερα επίπεδα τα οποία αναφέρονται στην οπτική λειτουργία: 1) η κανονική όραση, 2) η ήπια οπτική βλάβη, 3) η σοβαρή οπτική βλάβη, και 4) η τύφλωση. Η ήπια και η σοβαρή οπτική βλάβη αναφέρονται με τον όρο «μειωμένη όραση», ο οποίος μαζί με τον όρο «τύφλωση» συνιστούν την οπτική αναπηρία (WHO, 2016b). Η οπτική αναπηρία ανάλογα με τον χρόνο εμφάνισης του προβλήματος της όρασης διακρίνεται σε εκ γενετής, στις περιπτώσεις όπου η συγκεκριμένη αναπηρία ενυπάρχει από τη στιγμή της γέννησης του ατόμου και σε επίκτητη, σε περιπτώσεις όπου αυτή παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου.

Συνήθως, τα προβλήματα όρασης ορίζονται με βάση την οπτική οξύτητα και το οπτικό πεδίο. Η οπτική αξύτητα αναφέρεται στην ικανότητα της λεπτομερούς διάκρισης μορφών ή λεπτομερειών και συχνά μετρείται μέσα από συγκεκριμένες ασκήσεις, όπως είναι η ανάγνωση γραμμάτων, συλλαβών, ή άλλων συμβόλων από τον οπτότυπο Snellen Eye (Heward, 2011). 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 (Corn & Erin, 2010).

Σύμφωνα με την 10<sup>η</sup> έκδοση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ένα άτομο έχει χαμηλή όραση εάν η οπτική του οξύτητα στο καλύτερο μάτι (με διόρθωση) είναι από 0.3 έως 0.05 ή/και έχει μία αντίστοιχη μείωση στο οπτικό του πεδίο σε λιγότερο από 20 βαθμούς. Η οπτική οξύτητα του 0.3 αναφέρεται στην ικανότητα να διακρίνει ένα σύμβολο στα 6m (20 πόδια), το οποίο ένας φυσιολογικός κατά μέσο όρο παρατηρητής θα ήταν ικανός να το διακρίνει στα 20m (67 πόδια). Στη σημειογραφία Snellen αυτό παρουσιάζεται είτε ως 6/20 (μετρικό σύστημα) είτε ως 20/67 (ισχύον σύστημα). Αξίζει να σημειωθεί ότι όσο αυξάνει ο παρονομαστής 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). Ανάλογα, η κανονική όραση αντανακλά μία οπτική οξύτητα 1 και αντιστοιχεί σε όραση 6/6 ή 20/20. Η τύφλωση αναφέρεται ως η οπτική οξύτητα που είναι λιγότερη από 0.05 (δηλαδή 6/120 ή 20/400) και/ή μία αντίστοιχη μείωση στο οπτικό πεδίο σε λιγότερο από 10 βαθμούς (WHO, 2010).

Η Ελληνική Νομοθεσία (Ν.958/1979) ορίζει ότι άτομο με ολική απώλεια όρασης θεωρείται κάθε άτομο του οποίου η οπτική οξύτητα είναι μικρότερη από το 1/20 της φυσιολογικής στο καλύτερο μάτι, ακόμα και με την καλύτερη δυνατή διόρθωση.

Η όραση είναι μία από τις κυρίαρχες ανθρώπινες αισθήσεις, η οποία παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόσκτηση κινητικών δεξιοτήτων (Hashemi, Dehghani, Saboonch, Roozbahani, & Roonasi, 2012) και στην ανάπτυξη της κιναισθησης (Navarro, Fukujima, Fontes, Matas, & Prado, 2004). Η οπτική αναπηρία επιδρά σημαντικά στον τρόπο που το άτομο προσλαμβάνει πληροφορίες από το περιβάλλον του, στον τρόπο που επικοινωνεί και εκτελεί τις διάφορες φυσικές δραστηριότητες (Παπαδόπουλος, 2005). Επιπλέον, ασκεί σημαντική επίδραση στη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου (Houwen, Hartman, & Visscher, 2009) και για τον λόγο αυτό θα πρέπει να μελετάται από κοινού με τις συναισθηματικές, κοινωνικές και ψυχολογικές συνέπειες για το ίδιο το άτομο και το περιβάλλον του (Mason & McCall, 2005).

Γενικά, ως άτομα με μειωμένη όραση, αμβλύωπες ή άτομα χωρίς όραση, χαρακτηρίζονται τα άτομα με διαταραχές ή μειονεξίες στην οπτική λειτουργία, οι οποίες αφορούν την οπτική αντίληψη-προσαρμογή, την οξύτητα ή το οπτικό πεδίο και την ποιότητα της όρασης. Πρακτικά, τα άτομα με μειωμένη όραση μπορούν να διαβάσουν ένα κείμενο ή να αντιληφθούν το περιεχόμενο μιας εικόνας με την ενίσχυση ενός υλικού ή λογισμικού μεγέθυνσης χαρακτήρων, ενώ αντίθετα τα τυφλά άτομα δεν αντιλαμβάνονται το οπτικό ερέθισμα (Schurink, Cox, Cillessen, van Rens, & Boonstra, 2011).

### **1.3 Ακουστική αναπηρία**

Η ακοή αποτελεί μια από τις βασικές αισθήσεις του ανθρώπου, καθώς συνδέεται με την ομιλία, η οποία αποτελεί μέσο έκφρασης συναισθημάτων και σκέψεων, λήψης πληροφοριών και σχηματισμού εννοιών (Δελλασούδας, 2005). Άτομα που εμφανίζουν ακουστικές αδυναμίες δυσκολεύονται να ακούσουν λόγω της λειτουργικής βλάβης στο αισθητήριο όργανο της ακοής.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επισημαίνει ότι ένα άτομο που δεν είναι σε θέση να ακούσει όπως κάποιος άλλος με φυσιολογική ακοή θεωρείται ότι έχει απώλεια ακοής. Η απώλεια της ακοής μπορεί να επηρεάσει το ένα αντί ή και τα δύο αυτιά, και οδηγεί σε δυσκολία ακοής της ομιλίας ή δυνατών ήχων. Επιπλέον, μπορεί να είναι ήπια, μέτρια, σοβαρή ή ολική. *Κωφό* χαρακτηρίζεται το άτομο με ολική απώλεια ακοής που αντιστοιχεί

σε ελάχιστη ή καθόλου ακοή, ενώ *βαρήκοο* είναι το άτομο με απώλεια ακοής που κυμαίνεται από ήπια προς σοβαρή. Τα βαρήκοα άτομα μπορούν να επωφεληθούν κατά τη χρήση της ακοής για να κατανοήσουν την ομιλία από διάφορα ακουστικά βοηθήματα (ακουστικά βαρηκοΐας, κοχλιακά εμφυτεύματα, και άλλες βοηθητικές συσκευές και ειδικές προσαρμογές) (WHO, 2017). Αντίθετα, τα κωφά άτομα δεν είναι σε θέση να χρησιμοποιήσουν την ακοή για να κατανοήσουν την ομιλία ακόμη και με ακουστικό βοήθημα, εφόσον η απώλεια της ακοής τους είναι πολύ μεγάλη και δεν τους επιτρέπει να κατανοούν 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).

Σημαντική είναι η επισήμανση ότι ανάλογα με τον χρόνο εμφάνισης της ακουστικής απώλειας η ακουστική αναπηρία διαφοροποιείται σε *προγλωσσική*, όταν αυτή έχει εγκατασταθεί πριν την εκμάθηση της γλώσσας, ή *μεταγλωσσική*, όταν αυτή έχει εγκατασταθεί μετά την εκμάθηση της γλώσσας ως αποτέλεσμα μίας ασθένειας, ενός τραυματισμού, ή ανεπιθύμητων παρενεργειών κάποιου φαρμάκου (Espeso, Owens, & Williams, 2006).

Επιπλέον, ανάλογα με την εντόπιση της βλάβης σε συγκεκριμένο επίπεδο της ανατομίας του αυτιού διακρίνουμε τρεις τύπους ακουστικής αναπηρίας: α) την βαρηκοΐα τύπου αγωγιμότητας που προκαλείται από βλάβες που διαταράσσουν τον μηχανισμό αγωγής του ήχου προς το έσω αυτί, β) τη νευροαισθητηριακού τύπου βαρηκοΐα ή βαρηκοΐα αντίληψης που οφείλεται σε βλάβες του μηχανισμού αντίληψης του ήχου, και γ) την μεικτού τύπου βαρηκοΐα, η οποία αποτελεί συνδυασμό των παραπάνω τύπων (Elzouki et al., 2012; Δανιηλίδης & Ασημακόπουλος, 2006).

Ως προς το μέγεθος της ακουστικής απώλειας υπάρχουν διάφορες ταξινομήσεις. Η ποσοτική εκτίμηση της ακουστικής ικανότητας που προσδιορίζεται με την τονική ακοομετρία και εκφράζεται σε dB, προσδιορίζει την φυσιολογική ακοή μεταξύ 0-20 dB, ενώ χωρίζει την απώλεια ακοής ανάλογα με την ουδό ακοής σε: α) μικρού βαθμού απώλεια ακοής (μεταξύ 21-40 dB), β) μέσου βαθμού απώλεια ακοής (μεταξύ 41-60 dB), γ) μεγάλου βαθμού απώλεια ακοής (μεταξύ 61-85 dB), δ) πολύ μεγάλου βαθμού απώλεια ακοής (μεταξύ 86-95 dB), και ε) υπολειμματική ακοή/ κώφωση (πάνω από 95 dB) (Δανιηλίδης & Ασημακόπουλος, 2006).

Σύμφωνα με την Smith (1975), αυτή η διαφοροποίηση των κωφών ή βαρήκοων ατόμων με βάση το βαθμό της ακουστικής απώλειας είναι απαραίτητη για την διαγνωστική

διαδικασία, διότι υπάρχει αντιστοιχία μεταξύ του βαθμού απώλειας της ακοής και της ανάπτυξης της ομιλίας. Τέλος, είναι σημαντική η επισήμανση ότι 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, 2005).

#### **1.4 Κινητική αναπηρία**

Η κίνηση ως λειτουργία προϋποθέτει τον αρμονικό συντονισμό πολλών συστημάτων του οργανισμού, όπως είναι το νευρικό, το μυϊκό, το οστικό, προκειμένου το άτομο να εκφράσει την παρουσία του στον κόσμο χρησιμοποιώντας το σώμα του για να βαδίσει, να μετακινηθεί, να απολαύσει τις χαρές της ζωής και να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις του (Σπεταισιώτης & Σταθόπουλος, 2003). Οποιαδήποτε αλλοίωση της κίνησης, είτε λόγω απώλειας είτε λόγω περιορισμού κατόπιν βλάβης, ορίζεται ως *κινητική αναπηρία* και μπορεί να έχει συνέπειες στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής του ατόμου, αλλά και ευρύτερα στη ζωή του (Jones, Morgan, Shelton, & Thorogood, 2007).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η κινητική αναπηρία (physical disability) είναι μία κατάσταση που χαρακτηρίζεται από σημαντικό ελάττωμα, περιορισμό ή αδυναμία ορισμένων οργάνων ή διεργασιών του σώματος, οι οποίες δημιουργούν εμπόδια στην εκτέλεση φυσιολογικών σωματικών κινήσεων και ως εκ τούτου επηρεάζουν τη φυσιολογική λειτουργία σε διαφορετικούς τομείς της ζωής (WHO, 2001).

Ως άτομα με κινητική αναπηρία χαρακτηρίζονται εκείνα που παρουσιάζουν μικρή ή μεγάλη δυσχέρεια στην κίνηση, κάποιου ή κάποιων μελών του σώματός τους. Τα άτομα με κινητικές αναπηρίες αποτελούν μια ιδιαίτερη πολυπληθή και ετερογενή ομάδα με κινητικές δυσκολίες, προερχόμενες από ποικίλα αίτια και με ανομοιογενείς εκφάνσεις, τόσο ως προς τη σοβαρότητα αυτών, όσο και ως προς τα συνοδά προβλήματα που απαρτίζουν την σύνθετη κλινική εικόνα του κάθε ατόμου (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2008). Η κινητική αναπηρία διαφοροποιείται ως προς τον χρόνο κτήσης της σε εκ γενετής κινητική αναπηρία, όταν εμφανίζεται κατά τη γέννηση του ατόμου ή αμέσως μετά από αυτή, ή σε επίκτητη κινητική αναπηρία, ως αποτέλεσμα κάποιας ασθένειας ή τραυματισμού κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου.

Από ιατρικής πλευράς η κινητική αναπηρία ταξινομείται σε δύο ευρύτερες κατηγορίες:

1) *Μυοσκελετικά προβλήματα*, τα οποία χαρακτηρίζονται από την αδυναμία του ατόμου να εκτελεί συγκεκριμένες κινήσεις του σώματος λόγω μυϊκών ή οστικών παραμορφώσεων, ασθενειών ή εκφυλισμού. Καταστάσεις που συνδέονται με μυοσκελετικές διαταραχές είναι η μυϊκή δυστροφία, η απώλεια ή παραμόρφωση των άκρων, ατελής οστεογένεση (Handicaps Welfare Association, 2013).

2) *Νευρολογικές δυσλειτουργίες*, οι οποίες χαρακτηρίζονται από την αδυναμία του ατόμου να εκτελεί ελεγχόμενες κινήσεις των επηρεαζόμενων τμημάτων του σώματος λόγω διαταραχής του κεντρικού νευρικού συστήματος, ασθενειών ή εκφυλισμού. Καταστάσεις που συνδέονται με νευρολογικές διαταραχές είναι η εγκεφαλική παράλυση, η δισχιδής ράχη, η πολιομυελίτιδα, το εγκεφαλικό, κακώσεις της κεφαλής ή της σπονδυλικής στήλης (Handicaps Welfare Association, 2013).

Παρόλο που τα μυοσκελετικά 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 (νευρολογική δυσλειτουργία) μπορεί να εμφανίσουν και διαταραχές στα οστά και στους μύες των ποδιών (μυοσκελετική δυσλειτουργία) (Heward, 2011).

## **Κεφάλαιο 2: Οριοθέτηση της έννοιας της αυτοεκτίμησης**

### **2.1 Προσδιορισμός της έννοιας της αυτοεκτίμησης**

Η *αυτοεκτίμηση (self-esteem)* ως ψυχολογική έννοια έχει μελετηθεί από πλήθος ερευνητικών μελετών και εξακολουθεί να είναι ιδιαίτερα προσφιλής προκαλώντας έντονα το ερευνητικό ενδιαφέρον. Το ενδιαφέρον αυτό πιθανώς να εξηγείται από τη διαχρονική και ισχυρή επίδραση που ασκεί η αυτοεκτίμηση στην ανθρώπινη νόηση και στη διαμόρφωση των κινήτρων, των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς του ατόμου (Campbell & Lavalley, 2013).

Ωστόσο, παρά το πλήθος των μελετών γύρω από την έννοια της αυτοεκτίμησης αυτή παραμένει πολύσημη και δύσκολα προσδιορίσιμη. Η εννοιολογική σύγχυση που επικρατεί γύρω από τον προσδιορισμό του όρου ενισχύεται από το γεγονός ότι εναλλακτικοί όροι, όπως είναι η αυτοεικόνα, η αυτοαντίληψη, το αυτοσυναίσθημα, η αυτοαξιολόγηση,

χρησιμοποιούνται κατά καιρούς για να περιγράψουν το ίδιο φαινόμενο (Παπάνης, 2011). Στη συνέχεια, θα παρουσιάσουμε τους βασικότερους ορισμούς που έχουν διατυπωθεί και αναφέρονται στην αυτοεκτίμηση, ώστε να συνθέσουμε το εννοιολογικό πλαίσιο του όρου.

Γενικότερα, η αυτοεκτίμηση αναφέρεται στην υποκειμενική αξιολόγηση ενός ατόμου της προσωπικής του αξίας (Donnellan, Trzesniewski, & Robins, 2011; MacDonald & Leary, 2012). Σύμφωνα με τον Παπάνη (2011), ο όρος αυτοεκτίμηση αναφέρεται στο πώς αισθάνονται οι άνθρωποι για τον εαυτό τους, μια αίσθηση που θεωρητικά, τουλάχιστον, είναι σταθερή και δεν μεταβάλλεται εύκολα από τις εξωτερικές καταστάσεις. Συνεπώς, ως έννοια αντιστοιχεί καλύτερα σε μια αντίληψη που διαμορφώνει το ίδιο το άτομο για τον εαυτό του περισσότερο παρά σε μία πραγματική κατάσταση (Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003).

Ο James (1963), ως πρωτοπόρος στην μελέτη της αυτοεκτίμησης, την περιέγραψε ως τη σφαιρική άποψη των ατόμων για τον εαυτό τους που επηρεάζεται από τις προσωπικές φιλοδοξίες και τις υποκειμενικές αξιολογήσεις. *«Η αίσθηση της αξίας μας στον κόσμο είναι μια αναλογία ανάμεσα σε αυτό που πιστεύουμε ότι είμαστε και σε αυτά που πράττουμε. Είναι ο λόγος της πραγματικότητας προς τις δυνατότητές μας, ένα κλάσμα, όπου αριθμητής είναι οι προσποιητές μας πράξεις και παρονομαστής οι επιτυχίες μας»* (James, 1963, σ. 296).

Ο White (1963, σ. 134), βλέποντας την αυτοεκτίμηση σε εξελικτική βάση, θεώρησε ότι αυτή *«έχει τις ρίζες της στην εμπειρία της επιτυχίας, και ότι δεν εξαρτάται από τις δράσεις των άλλων ή από τις προσφορές του περιβάλλοντος, αλλά από το πώς κάποιος τις εκμεταλλεύεται στον μέγιστο βαθμό»*.

Ο Rosenberg (1965) έδωσε έμφαση στην κοινωνική πλευρά της αυτοεκτίμησης, και στο γεγονός ότι η αυτοεκτίμηση εμφανίζεται όταν το άτομο έρχεται για πρώτη φορά σε επαφή με τις απόψεις της κοινωνίας. Για τον ίδιο *«η αυτοεκτίμηση αντιπροσωπεύει τη θετική ή αρνητική στάση απέναντι σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, τον εαυτό. Η υψηλή αυτοεκτίμηση εκφράζει το αίσθημα ότι κάποιος “είναι αρκετά καλός”. Το άτομο απλά αισθάνεται ότι αξίζει. Σέβεται τον εαυτό του για αυτό που είναι αλλά δεν κατέχεται από δέος θεωρώντας τον, αλλά και ούτε περιμένει οι άλλοι να κάνουν το ίδιο. Δεν θεωρεί τον εαυτό του απαραίτητα ανώτερο από τους άλλους»* (Rosenberg, 1965, σσ.30-31).

Ο Rosenberg υπογραμμίζει ότι η αυτοεκτίμηση είναι αξία και όχι ικανότητα και καταλυτικός στη διαμόρφωσή της είναι ο ρόλος της κοινωνικοποίησης, εισάγοντας με τον τρόπο αυτό την κοινωνική θεώρηση της αυτοεκτίμησης. Ο εαυτός είναι μια κοινωνική σύνθεση και οι προσωπικές αξίες που συδέονται με την αυτοεκτίμηση προκύπτουν από την αλληλεπίδραση των πολιτιστικών, κοινωνικών, οικογενειακών, και άλλων διαπροσωπικών

παραγόντων. Η αυτοεκτίμηση πηγάζει από μια διαδικασία σύγκρισης, η οποία περιλαμβάνει όχι μόνο ομοιότητες αλλά και διαφορές και ασυμβατότητες. Όσο μικρότερο είναι το χάσμα ανάμεσα στον «ιδανικό εαυτό» (γνωρίσματα που περιλαμβάνουν τις ελπίδες, τις επιθυμίες και τα όνειρα για μας) και στον «πραγματικό εαυτό» (γνωρίσματα που περιγράφουν το είδος του ανθρώπου που πιστεύουμε ότι πραγματικά είμαστε) τόσο υψηλότερη είναι και η αυτοεκτίμηση (Rosenberg, 1965). Το ίδιο το άτομο έχει ενεργητικό ρόλο στη διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης ωθούμενο από δύο κίνητρα: α) τη διαμόρφωση και διατήρηση θετικής αυτοεκτίμησης, και β) μια σταθερή εικόνα του εαυτού που συνεπάγεται σταθερή αυτοεκτίμηση (Rosenberg, Schooler, & Schoenbach, 1989).

Ένας ακόμη από τους πιο συχνά αναφερόμενους ορισμούς είναι αυτός που έχει δώσει ο Coopersmith (1967) σύμφωνα με τον οποίο «ο όρος αυτοεκτίμηση αναφέρεται στην προσωπική κρίση της αξίας του ατόμου, η οποία εκφράζεται με τις στάσεις που αναπτύσσει απέναντι στον εαυτό του. Με την αυτοεκτίμηση αναφερόμαστε στην ενδοπροσωπική αξιολόγηση ενός ανθρώπου, η οποία διατηρείται συνήθως αναλλοίωτη και εκφράζει μία πεποίθηση αποδοχής ή αποδοκιμασίας. Είναι μία εσωτερικευμένη κριτική για το πόσο κάποιος θεωρείται ικανός, σημαντικός, επιτυχημένος και άξιος. Εν ολίγοις, η αυτοεκτίμηση είναι μία προσωπική πιστοποίηση της αξίας που εκφράζεται με τις στάσεις για τον εαυτό, μία υποκειμενική εμπειρία που το άτομο μεταβιβάζει σε άλλους λεκτικά και μέσω των συμπεριφορών και των επιλογών του» (Coopersmith, 1967, σσ. 4-5). Όπως επισημαίνει ο Παπάνης (2011), η συμπεριφοριστική αυτή θεώρηση εκλαμβάνει την αυτοεκτίμηση ως μία πολυδιάστατη έννοια η οποία ποικίλλει στον καθένα, καθώς αντανακλά τις προσωπικές εμπειρίες, τα χαρακτηριστικά και τις ικανότητες.

Αναφορικά με τη διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης, κατά καιρούς οι ερευνητές την έχουν αποδώσει σε διάφορους παράγοντες, με αποτέλεσμα να μιλάμε σήμερα για δύο διαφορετικές διαστάσεις της αυτοεκτίμησης, τη γνωστική και τη συναισθηματική. Η διάκριση αυτή είναι καθοριστική, γιατί συνεπάγεται διαφορετικό μηχανισμό ανάπτυξης, καθώς και μεθόδους τροποποίησής της (Παπάνης, 2011).

Σύμφωνα με τους ερευνητές που υποστηρίζουν τη συναισθηματική βάση της αυτοεκτίμησης, η εμφάνισή της αρχίζει αμέσως μετά τη γέννηση, ως αντίδραση σε ερεθίσματα του περιβάλλοντος, και μόλις σταθεροποιηθεί, επηρεάζει τις αυτοαξιολογήσεις και την αίσθηση της αξίας (Deci & Ryan, 1995). Για τη διαμόρφωσή της σημαντικές είναι οι θετικές ενισχύσεις, αλλά η ανάπτυξή της επηρεάζεται κυρίως από τις αρνητικές εμπειρίες και την απόρριψη στις κοινωνικές σχέσεις. Τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση έχουν ισχυρό υπερεγώ, ζουν σε ένα απαιτητικό περιβάλλον ή εξαρτώνται υπερβολικά από τη

γνώμη των άλλων, οπότε κάθε βίωμα μη αποδοχής ανατρέπει τη συναισθηματική τους ισορροπία και την προσωπική τους αξία. Από την άλλη πλευρά, άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση σε κάθε αρνητική ενίσχυση ενεργοποιούν μηχανισμούς άμυνας και ως αποτέλεσμα η συναισθηματική διέγερση να είναι πολύ σημαντική (Παπάνης, 2011).

Σύμφωνα με τη γνωσιακή προσέγγιση (Crocker & Wolfe, 2001; Kernis & Waschull, 1995), οι εμπειρίες του περιβάλλοντος αξιολογούνται πρώτα γνωστικά στον εγκεφαλικό φλοιό και η δραστηριοποίηση αυτή προκαλεί τα ανάλογα συναισθήματα. Επομένως, αν κάποιος πιστεύει ότι είναι δημοφιλής, ευφυής ή ελκυστικός, τότε έχει υψηλή αυτοεκτίμηση, και ακόμη αν τα λογικά συμπεράσματά του καταλήγουν στο αντίθετο, τότε και η αυτοεκτίμηση είναι χαμηλή. Σημαντική είναι η επισήμανση ότι οι στάσεις και οι αντιλήψεις του ανθρώπου δεν έχουν όλες την ίδια σημασία, άλλες είναι κεντρικές και άλλες δευτερεύουσες. Η αυτοαξιολόγηση σε τομείς πρωτεύουσας σημασίας επηρεάζει την αυτοεκτίμηση πολύ περισσότερο από αυτές που αναφέρονται σε μη κεντρικούς άξονες της δραστηριότητάς μας (Παπάνης, 2011). Ο Rosenberg (1979, σ. 21) αναφέρει σχετικά: *«Ο πολύς κόσμος υποθέτει ότι, αν κάποιος σέβεται τον εαυτό του σε κάποιες πτυχές της ζωής του, τότε σέβεται τον εαυτό του γενικά. Αν πιστεύει ότι είναι έξυπνος, ελκυστικός, ηθικός, ενδιαφέρων, τότε έχει θετική γνώμη για τον εαυτό του ως σύνολο. Όμως, είναι εμφανές ότι η γενική αυτοεκτίμηση του ανθρώπου δεν βασίζεται στις δεξιότητές του εν γένει, αλλά στα δυνατά σημεία, που έχουν σημασία γι' αυτόν. Δεν καθορίζουν την αυτοεκτίμηση τα επιμέρους γνωρίσματα, αλλά οι μεταξύ τους σχέσεις, η βαρύτητά τους και ο συνδυασμός τους»*.

Συνεπώς, η αυτοεκτίμηση αυτή καθαυτή με βάση τη γνωσιακή θεώρηση συνιστά το σύνολο των εκτιμήσεων που κάνει το άτομο για την απόδοσή του σε επιμέρους τομείς, σε συνάρτηση με τη σημαντικότητα που έχουν οι τομείς αυτοί για το ίδιο το άτομο. Όταν τα επίπεδα της αυτοεκτίμησης είναι χαμηλά, οι τομείς στους οποίους υπάρχει η μεγαλύτερη απόδοση έχουν πρωταρχική σημασία και οριοθετούν την έννοια του εαυτού. Αντίθετα, όταν η αυτοεκτίμηση είναι υψηλή, η σημαντικότητα των επιμέρους τομέων και η απόδοση σε καθέναν από αυτούς δεν θεωρείται σημαντική από το άτομο (James, 1963; Rosenberg, 1979). Συνολικά, οι διαφορές στην αυτοεκτίμηση μεταξύ των ανθρώπων οφείλονται στις διαφορετικές αυτοαξιολογήσεις στους επιμέρους τομείς, οι οποίες στηρίζονται στην κοινωνική σύγκριση (Blaine & Crocker, 1993). Άτομα με υψηλή αυτοεκτίμηση χαρακτηρίζονται από επιμονή μετά την αποτυχία, ενώ άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση χαρακτηρίζονται από απόσυρση και δειλία. Η διαφορά τους δεν οφείλεται στην αυτοεικόνα συνολικά, αλλά στο διαφορετικό γνωστικό σχήμα για τις ικανότητες επιτυχίας που έχουν δημιουργήσει βάσει των εμπειριών τους (Παπάνης, 2011).

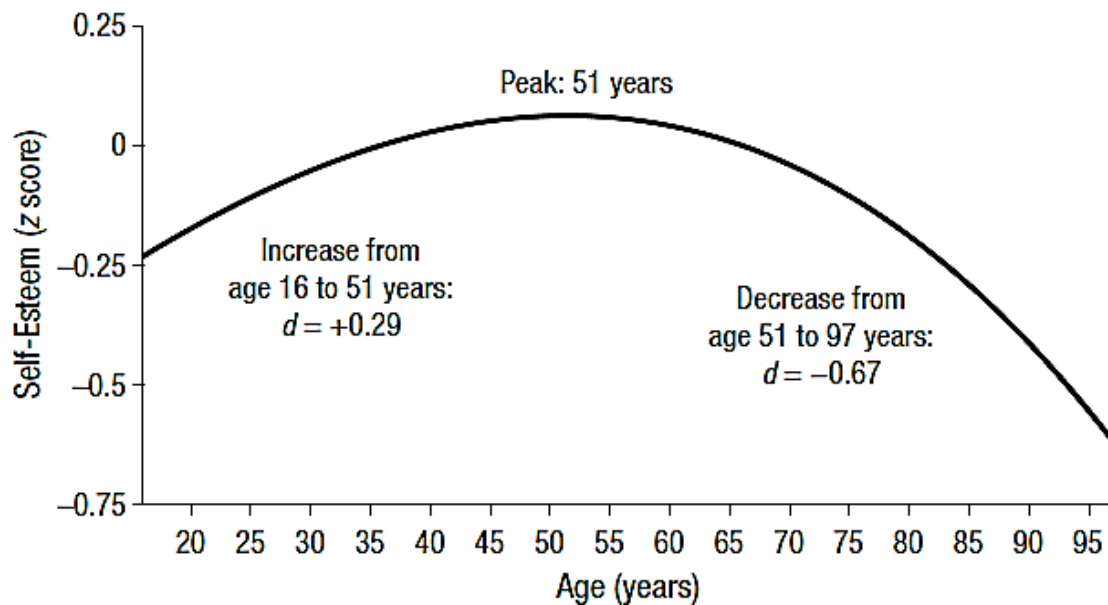


Γενικότερα, η αυτοεκτίμηση εμφανίζεται και αναπτύσσεται μέσα στο οικογενειακό, το σχολικό και το εργασιακό περιβάλλον, επηρεαζόμενη από τις σχέσεις του ατόμου με τους συνομηλίκους του στην πορεία προς την ενηλικίωση και τους ρόλους μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο. Το άτομο που έχει υψηλή αυτοεκτίμηση θεωρεί τον εαυτό του άξιο και ικανό, νιώθει ότι κάπου ανήκει και διακατέχεται από αισθήματα εσωτερικής πληρότητας, αυτοπεποίθησης, θάρρους και ψυχικής αντοχής. Αντίθετα, το άτομο με χαμηλή αυτοεκτίμηση χαρακτηρίζεται από αίσθηση ψυχικού κενού, απαισιοδοξία, άγχος, αποθάρρυνση, ανασφάλεια και εσωστρέφεια (Κακαβούλης, 2008).

## **2.2 Παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης**

Λαμβάνοντας υπόψη τους ορισμούς που παρουσιάστηκαν, γίνεται αντιληπτό πως η αυτοεκτίμηση δεν αποτελεί μία εγγενή ψυχολογική κατασκευή εντός του ανθρώπου, αλλά είναι προϊόν της μακρόχρονης εξέλιξης του ατόμου και της αλληλεπίδρασης διαφόρων εγγενών και εξωγενών παραγόντων (Σούλης & Χριστοδούλου, 2011), και κατά συνέπεια διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο. Τα αποτελέσματα πρόσφατων διαχρονικών μελετών επισημαίνουν ότι γενικά παρά τη διαφορετική προσωπική πορεία του κάθε ατόμου, η αυτοεκτίμηση παρουσιάζει αυξητική πορεία από την ενηλικίωση μέχρι την μέση ενήλικη ζωή, φτάνει στο ανώτερο επίπεδο στην ηλικία των 50 με 60 ετών, και εν συνεχεία μειώνεται με αυξανόμενο ρυθμό στις μεγαλύτερες ηλικίες (Orth, Robins, & Widaman, 2012; Orth, Trzesniewski, & Robins, 2010).

Πληθώρα διαχρονικών ερευνών έχουν μελετήσει την πορεία ανάπτυξης της αυτοεκτίμησης σε κρίσιμες ηλικιακά περιόδους, όπως είναι η εφηβεία (Erol & Orth, 2011; Morin, Maïano, Marsh, Nagengast, & Janosz, 2013; Steiger, Allemand, Robins, & Fend, 2014), η νεαρή ενήλικη ζωή (Chung et al., 2014; Wagner, Lang, Neyer, & Wagner, 2014) και η τρίτη ηλικία (Wagner, Gerstorf, Hoppmann, & Luszcz, 2013; Wagner et al., 2014), καταλήγοντας επίσης στο συμπέρασμα ότι η αυτοεκτίμηση αυξάνεται από την εφηβεία μέχρι τη μέση ενήλικη ζωή και έπειτα μειώνεται στην τρίτη ηλικία.



**Εικόνα:** Μέση προβλεπόμενη πορεία της αυτοεκτίμησης από την ηλικία των 16 έως 96 ετών, η οποία βασίζεται σε διαχρονικά δεδομένα κοορτής ενός μεγάλου δείγματος το οποίο αξιολογήθηκε επανειλημμένα για διάστημα 12 ετών (Orth et al., 2012).

Αυτή η μείωση της αυτοεκτίμησης στην τρίτη ηλικία πιθανώς εξηγείται από αλλαγές σε παράγοντες όπως η υγεία, οι γνωστικές ικανότητες, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, που χαρακτηρίζουν αυτή την περίοδο της ζωής του ατόμου (Orth et al., 2010; Wagner, Gerstorf, et al., 2013). Από την άλλη πλευρά, συνάγεται ότι τα άτομα που διατηρούν σε καλά επίπεδα τους παράγοντες αυτούς δεν υφίστανται αντίστοιχα σημαντική μείωση των επιπέδων της αυτοεκτίμησής τους (Orth & Robins, 2014). Επιπρόσθετα, διαφορές έχουν βρεθεί κατά καιρούς ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση που εμφανίζουν άνδρες και γυναίκες, με τους άνδρες να βρίσκονται σε πλεονεκτική θέση έναντι των γυναικών. Ωστόσο, σχετικά ευρήματα ερευνών επισημαίνουν ότι αυτή η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ελαττώνεται σημαντικά στην τρίτη ηλικία (Orth et al., 2010) ή ακόμα και εξαλείφεται (Huang, 2010).

Οι Rosenberg et al. (1989) του προσδιόρισαν διάφορα στοιχεία, τα οποία επηρεάζουν το επίπεδο αυτοεκτίμησης των εφήβων, όπως η οικογενειακή δομή, η κοινωνική τάξη, το έθνος και η θρησκεία, ενώ παράλληλα συνέδεσαν την αυτοεκτίμηση με μια σειρά προσωπικών και κοινωνικών μεταβλητών, όπως το νευρωτικό άγχος, το χαμηλό κίνητρο για επαγγελματική εξέλιξη, η ικανότητα ηγεσίας και η κοινωνική απομόνωση. Τα τελευταία χρόνια τα ευρήματά αυτά επιβεβαιώνονται από άλλους ερευνητές, οι οποίοι έχουν εντοπίσει ανάμεσα στους βασικότερους παράγοντες που επιδρούν γενικά στην ανάπτυξη και διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης κατά την εφηβεία την ανατροφοδότηση από τους συνομηλικούς (Rubin, Bukowski, & Parker, 2006), τις σχέσεις με την οικογένεια (Laursen & Collins, 2009; Shaffer & Kipp, 2010), την ενασχόληση με τον αθλητισμό και

την εξωτερική εμφάνιση (Daniali, Azadbakht, & Mostafavi, 2013; Harter, 2006; Nnaemeka & Agu, 2014).

Ακόμη, γνωρίσματα όπως η συναισθηματική σταθερότητα, η επιμέλεια και η κοινωνική εξωστρέφεια, συχνά χαρακτηρίζουν ενήλικες με υψηλή αυτοεκτίμηση (Erol & Orth, 2011; Wagner, Lüdtke, Jonkmann, & Trautwein, 2013). Επίσης, άτομα με καλό μορφωτικό επίπεδο και σημαντικά εκπαιδευτικά επιτεύγματα αναφέρουν υψηλότερη αυτοεκτίμηση (Orth et al., 2012; Orth et al., 2010; Shaw, Liang, & Krause, 2010). Μελέτες σε ενήλικες έδειξαν ότι η αυτοεκτίμηση παρουσιάζει συνάφεια με την οικογενειακή κατάσταση (Lehnart, Neyer, & Eccles, 2010; Mattanah et al., 2011), το επαγγελματικό στάτους και το εισόδημα (Orth, Maes, & Schmitt, 2015; Wagner, Gerstorf, et al., 2013). Η θετική κοινωνική αλληλεπίδραση είναι ένας ακόμη παράγοντας που συνδέεται με την αυτοεκτίμηση, όπως και η υγεία με τα άτομα που δηλώνουν καλή υγεία να δηλώνουν παράλληλα και υψηλότερη αυτοεκτίμηση (Orth, Maes, & Schmitt, 2015; Orth et al., 2010; Shaw et al., 2010).

Επιπρόσθετα, έχει βρέθει ότι η θρησκευτική συνείδηση εμφανίζει συσχετίσεις με την αυτοεκτίμηση (Achour, Mohd Nor, Amel, Bin Seman, & Mohd Yusoff, 2017). Ορισμένοι ερευνητές έχουν συνδέσει την αυτοεκτίμηση με τη θρησκευτικότητα και την πίστη σε κάποια μεταφυσική δύναμη. Βέβαια, τα σχετικά ευρήματα είναι συχνά αντιφατικά. Για παράδειγμα, ο Sedikides (2010) βρήκε θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο εννοιών, ενώ οι James, Thames, Bhalla, & Cornwell (2003) δεν εντόπισαν κάποια σύνδεση μεταξύ αυτοεκτίμησης και θρησκευτικότητας.

Συνολικά, με βάση όσα αναφέραμε προκύπτει σαφώς ότι η αυτοεκτίμηση αποτελεί σημαντική συνιστώσα της ανάπτυξης του ατόμου (Zaff & Hair, 2003). Αυτή μπορεί να ποικίλλει σε σχέση με διάφορους παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία και άλλοι παράγοντες διαμόρφωσης του εαυτού, όμως σε γενικές γραμμές οι άνθρωποι με υψηλή αυτοεκτίμηση τείνουν να είναι χαρούμενοι, να αναλαμβάνουν ενεργητικό ρόλο στην κοινωνία, και να είναι πιο αποτελεσματικοί. Αντίθετα, οι άνθρωποι με χαμηλή αυτοεκτίμηση διακατέχονται από αισθήματα άγχους, αμφιβολίας, κατωτερότητας και δε λειτουργούν αποτελεσματικά στον κοινωνικό τους περίγυρο (Παπάνης, 2011).

Επιπλέον, η υψηλή αυτοεκτίμηση επιδρά θετικά στην υποκειμενική ευημερία, την ικανοποίηση από τη ζωή και γενικότερα την ευτυχία (Shaffer & Kipp, 2010; Baumeister et al., 2003; Lyubomirsky, Tkach, & DiMatteo, 2006; Proctor, Linley, & Maltby, 2009; Dogan, Totan, & Sapmaz, 2013; Liu, 2012; Santos, Magramo, Oguan, & Junnile, 2014; Santos, Magramo, Oguan, Junnile Paat, & Barnachea, 2012), ενώ η χαμηλή αυτοεκτίμηση

μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα συμπεριφοράς και σε συναισθηματική αστάθεια (Arslan, 2016; Lin et al., 2008; Shaniya & Sharma, 2012). Τέλος, έρευνες έχουν δείξει τη σύνδεση της αυτοεκτίμησης με την ψυχική ανθεκτικότητα (Karatas & Savi Cakar, 2011; Liu, Wang, Zhou, & Li, 2014), καθώς και με διάφορα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου (Amirazodi & Amirazodi, 2011; Erdle, Irwing, Rushton, & Park, 2009; Hutz, Midgett, Pacico, Bastianello, & Zanon, 2014).

## **2.2 Η αυτοεκτίμηση στα άτομα με αναπηρία**

Η αυτοεκτίμηση ως όρος που αναφέρεται στα άτομα με αναπηρία μπορεί να οριστεί ως η αξιολόγηση ενός ατόμου με αναπηρία της ικανότητας του ίδιου να δρα μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση διαταράσσει την ισορροπία και τη ζωτικότητα του ατόμου και επιδρά αρνητικά στην αποτελεσματικότητα, την ικανότητα μάθησης και τη δημιουργικότητα των ατόμων με αναπηρία. Συνοδεύεται ορισμένες φορές από αισθήματα ανεπάρκειας, ενοχής, ντροπής, κοινωνικής συστολής, εξάρτησης από τους άλλους, ανικανότητας, απόσυρσης, μεμψιμοιρίας, τάση υποβάθμισης του άλλου, αποδοχή της αρνητικής αξιολόγησης (Robson, 1988).

Η αυτοεκτίμηση αποτελεί πολύ σημαντικό προβλεπτικό δείκτη της υποκειμενικής ευημερίας (Lucas, Diener, & Suh, 1996), ενώ παράλληλα η υψηλή αυτοεκτίμηση συνδέεται με τη διαμόρφωση ταυτότητας της αναπηρίας (Nario-Redmond, Noel, & Fern, 2013). Η ταυτότητα της αναπηρίας περιλαμβάνει διάφορες πτυχές, συμπεριλαμβανομένων των αισθημάτων αλληλεγγύης και συνάφειας με άλλα άτομα με αναπηρίες, αισθήματα υπερηφάνειας για την αναπηρία, και προσπάθεια για εύρεση αξίας, νοήματος και οφέλους στην εμπειρία αναπηρίας (Dunn & Burcaw, 2013; Nario-Redmond, Noel, & Fern, 2013; Wright, 1983).

Επιπλέον, τα άτομα με εγγενείς αναπηρίες είναι πιο πιθανό να θεωρήσουν την αναπηρία τους ως αναπόσπαστο κομμάτι της ταυτότητάς τους, καθώς δεν έχουν γνωρίσει άλλη ταυτότητα στο παρελθόν (Bat-Chava, 1994; Hahn & Belt, 2004). Αντίθετα, τα άτομα με επίκτητες αναπηρίες συνήθως βιώνουν αισθήματα απώλειας της ταυτότητάς τους με την εμφάνιση της αναπηρίας. Μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα που αποκτούν μία αναπηρία κατά τη διάρκεια της ζωής τους έχουν ήδη διαμορφώσει κοινωνικές προκαταλήψεις για την αναπηρία, και ξαφνικά εντάσσονται μέσα σε αυτή την ομάδα που προηγούμενα είχαν περιθωριοποιηθεί (Smart, 2008). Είναι ακριβώς αυτές οι

προγενέστερες αντιλήψεις περί κοινωνικού στίγματος της αναπηρίας που μπορεί να δυσκολεύουν τα άτομα με επίκτητες αναπηρίες να διαμορφώσουν την ταυτότητα της αναπηρίας.

Η εικόνα που τα άτομα με αναπηρία αναπτύσσουν για τον εαυτό τους αποτελεί σημαντικό στοιχείο της προσωπικότητάς τους και επιδρά σημαντικά στις κοινωνικές τους σχέσεις και στην ένταξή τους στο κοινωνικό γίγνεσθαι. Τα άτομα με αναπηρία μεγαλώνουν σε μια κοινωνία, η οποία έχει διαμορφώσει τους κανόνες συμπεριφοράς βάσει των μη αναπήρων. Δύο καθοριστικοί για την αυτοεκτίμηση παράγοντες είναι οι επιτυχείς εμπειρίες που οδηγούν σε αίσθημα ικανότητας και οι αξιολογικές κρίσεις των σημαντικών άλλων, οι επωνομαζόμενες από τον James (1963) ως «αντανεκλαστικές αξιολογήσεις» (*reflected appraisals*). Θεωρείται ότι τα άτομα με αναπηρία μπορεί να εμφανίσουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, επειδή η αναπηρία τους μπορεί να περιορίζει την ικανότητά τους να βιώσουν την επιτυχία.

Κάποιες έρευνες έδειξαν ότι άτομα με αναπηρία έχουν λιγότερους φίλους, βιώνουν μοναξιά, ενώ συχνά είτε δέχονται πειράγματα είτε παραμελούνται από άτομα χωρίς αναπηρία. Επιπλέον, μπορεί να λαμβάνουν αρνητική ανατροφοδότηση, η οποία συντελλεί στη διαμόρφωση αρνητικής εικόνας του εαυτού (Arbour, Latimer, Ginis, Kathleen, & Jung, 2007; Martin & Smith, 2002; Martin, 2006; Martin & Mushett, 1996; Narimani & Mousazadeh, 2010; Obrusnikova, Block, & Dillon, 2010). Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ωστόσο ότι η αυτοεκτίμηση στα άτομα με αναπηρία δεν είναι απαραίτητα χαμηλή (Llewellyn, 2001; Miyahara & Cratty, 2004), καθώς αυτή εξαρτάται και από άλλους παράγοντες.

Ακόμη, η αυτοεκτίμηση γενικότερα στα άτομα με αναπηρία έχει συνδεθεί με τις αντιλήψεις των αναπήρων σχετικά με τη φυσική τους υγεία, αλλά και με αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, και ιδιαίτερα με κατάθλιψη (McDermott, Moran, Platt, & Dasari, 2007; Mitra, Wilber, Allen, & Walker, 2005; Mushtaq, 2016; Tsvigoulis et al., 2007).

Ειδικότερα, σύμφωνα με ερευνητικά ευρήματα η κινητική αναπηρία ασκεί συνήθως αρνητική επίδραση στην αυτοεκτίμηση του ατόμου. Προβλήματα στη λειτουργικότητα του σώματος συνδέονται συχνά με αρνητικές αντιλήψεις περί εξωτερικής εμφάνισης, αρνητική εικόνα του σώματος και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Mushtaq, 2016; Narimani & Mousazadeh, 2010; Nosek, Hughes, Swedlund, Taylor, & Swank, 2003; Rumsey & Harcourt, 2004; Taleporos & McCabe, 2001; Χριστοδούλου & Σούλης, 2012). Τα άτομα με κινητική αναπηρία είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν σημαντικές προκλήσεις στον τομέα της

αυτοεκτίμησης από τον κοινωνικό τους περίγυρο, μέσα στον οποίο αξιολογούνται η σωματική δραστηριότητα, η ομορφιά και η ελκυστικότητα (Cash, 2004).

Αναφορικά με τον χρόνο κτήσης της κινητικής αναπηρίας, από τον περιορισμένο αριθμό των μελετών που έχουν διερευνηθεί, προκύπτουν αντιφατικά αποτελέσματα. Ορισμένες έρευνες εντοπίζουν διαφορές στην αυτοεκτίμηση των ατόμων μεταξύ επίκτητης και εκ γενετούς αναπηρίας (Campell, 1995; Sit, Lau, & Vertinsky, 2009; Skordilis, Skafida, Chrysagis, & Nikitaras, 2006), ενώ άλλες όχι (Page, O'Connor, & Wayda, 2000). Άτομα με επίκτητη αναπηρία αναφέρουν υψηλότερη αυτοεκτίμηση από τα άτομα με εκ γενετής αναπηρία (Campell, 1995; Sit, Lau, & Vertinsky, 2009), καθώς θεωρείται ότι οι αναπηρίες που αποκτώνται νωρίς στη ζωή μπορεί να έχουν λιγότερες μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην αυτοαντίληψη (Sherrill, 2004).

Η σοβαρότητα της κινητικής αναπηρίας επίσης θεωρείται από κάποιους ερευνητές ότι επηρεάζει την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Σε μία μελέτη των Taleporos & McCabe (2005) οι συμμετέχοντες με σοβαρή κινητική αναπηρία εμφάνισαν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση από τους συμμετέχοντες με πιο ήπια κινητική αναπηρία. Αντίθετα, σε μία μετανάλυση ερευνών οι Miyahara & Piek (2006) βρήκαν ότι παιδιά και έφηβοι με σοβαρές κινητικές δυσκολίες εμφάνισαν υψηλότερη αυτοεκτίμηση από τους συμμετέχοντες με μικρότερου βαθμού κινητική αναπηρία. Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι το εύρημα αυτό πιθανώς οφείλεται σε δύο παράγοντες: α) η σοβαρή κινητική αναπηρία προκαλεί τη συμπόνια και αποθαρρύνει τις αρνητικές διακρίσεις, ενώ η μικρού βαθμού αναπηρία είναι συχνά μία «κρυφή» αναπηρία, η οποία μπορεί να οδηγήσει τον περίγυρο του ατόμου σε λανθασμένες κρίσεις σχετικά με τις ικανότητες του ατόμου αυτού, και β) τα άτομα με σοβαρή κινητική αναπηρία ίσως έχουν αναπτύξει ικανότητες αντιμετώπισης των περιορισμών που θέτει η αναπηρία τους, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που η αναπηρία τους είναι εκ γενετής. Από την άλλη πλευρά, άτομα με μικρότερου βαθμού κινητική αναπηρία μπορεί να μην έχουν αναπτύξει τέτοιου τύπου ικανότητες και στρατηγικές.

Άτομα με κινητική αναπηρία γενικά έχουν μια πιο αρνητική αυτοεικόνα εν συγκρίσει με τα άτομα χωρίς κινητική αναπηρία, ωστόσο έρευνες επιβεβαιώνουν τον θετικό αντίκτυπο που έχει για την αυτοεκτίμηση ενός ατόμου με κινητική αναπηρία η ενασχόληση με τον αθλητισμό (Arbour, Latimer, Ginis, Kathleen, & Jung, 2007; Blinde & McClung, 1997; Ferreira & Fox, 2008; Gaskin, Andersen, & Morris, 2009; Jalayondeja, Jalayondeja, Suttiwong, Sullivan, & Nilanthi, 2016; Martin, 2006; Martin, 2007; Shapiro & Martin, 2010), μέσω της βελτίωσης της φυσικής κατάστασης (π.χ. αύξηση μυϊκής δύναμης και αντοχής) και της ψυχολογικής ευημερίας (π.χ. μείωση του άγχους και της κατάθλιψης),

αλλά και μέσω της δημιουργίας ευκαιριών για κοινωνική συνδιαλλαγή (π.χ. ανάπτυξη φιλικών σχέσεων), διαμορφώνοντας κατάλληλες συνθήκες για ουσιαστική κοινωνική ένταξη των ατόμων με αναπηρία (Anderson, 2009; Blinde & McClung, 1997; Campbell, 1995; Ferreira & Fox, 2008; Martin & Smith, 2002; Martin, 2006).

Στα άτομα με οπτική αναπηρία η επικοινωνία και οι κοινωνικές τους εμπειρίες είναι περιορισμένες, λόγω της μειωμένης κινητικότητας, της έλλειψης του οπτικού ελέγχου και της αδυναμίας για μίμηση εξωτερικών εκφραστικών κινήσεων. Η εκτίμηση των ικανοτήτων των ατόμων με οπτική αναπηρία από του βλέποντες δεν είναι πάντα ρεαλιστική, και είναι εκείνη που ευθύνεται περισσότερο για τη δημιουργία συναισθηματικών προβλημάτων στα άτομα αυτά παρά το ίδιο το γεγονός της αναπηρίας (Λιοδάκης, 2000).

Απόρροια αυτών των συνθηκών είναι η διαμόρφωση συναισθημάτων ανασφάλειας, μοναξιάς και απογοήτευσης στα άτομα με οπτική αναπηρία (Lieberman & McHugh, 2001), η καλλιέργεια εγωκεντρικής διάθεσης (Tuttle & Tuttle, 2004), καθώς και αισθημάτων φόβου, ανασφάλειας και παθητικότητας (Webster & Roe, 1998), αισθημάτων ανικανότητας, κατωτερότητας και φτώχης κοινωνικής προσαρμογής σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία (Beaty, 1992). Όλα αυτά οδηγούν αναπόφευκτα στην εμφάνιση χαμηλής αυτοεκτίμησης (Beaty, 1992; Tuttle & Tuttle, 2004), η οποία μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη (López-Justicia & Córdoba, 2006) και σε χαμηλή ποιότητα ζωής (Chia et al., 2004).

Οι Papadopoulos, Kartasidou, Papakonstantinou, Koutsoklenis, & Koustriava, (2009) μελέτησαν την αυτοεκτίμηση ανάμεσα σε ενήλικες με και χωρίς οπτική αναπηρία, εντοπίζοντας διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες. Συγκεκριμένα, τα άτομα με προβλήματα όρασης εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερη αυτοεκτίμηση από τους βλέποντες που συμμετείχαν στην έρευνα. Παράλληλα, οι ερευνητές εξέτασαν διατομικές διαφορές στα υποκείμενα με οπτική αναπηρία σε σχέση με την αυτοεκτίμηση και διάφορα ατομικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, βαθμοί απώλειας όρασης, ανεξάρτητη μετακίνηση, εκπαίδευση, οικονομική και επαγγελματική κατάσταση) εντοπίζοντας σημαντικές συσχετίσεις της αυτοεκτίμησης με το επίπεδο μόρφωσης των υποκειμένων.

Βέβαια, κατά κύριο λόγο οι ερευνητικές μελέτες που εξετάζουν την αυτοεκτίμηση στα άτομα με οπτική αναπηρία αναφέρονται κυρίως σε παιδιά και έφηβους με προβλήματα όρασης, και καταλήγουν συχνά σε αντικρουόμενα αποτελέσματα. Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι παιδιά και έφηβοι με οπτική αναπηρία έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση

σε σχέση με τους συνομηλικούς τους χωρίς οπτική αναπηρία (Beaty, 1992; Halder & Datta, 2012; Lopez-Justicia, Pichardo, Amezcua, & Fernandez, 2001; Mishra & Singh, 2012; Soulis, Andreou, & Xristodoulou, 2013; Tuttle & Tuttle, 2004; Warren, 2005; Webster & Roe, 1998; Σούλης & Χριστοδούλου, 2011). Άλλοι δεν εντοπίζουν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (Bolat, Doğangün, Yavuz, Demir, & Kayaalp, 2011; Garaigordobil & Bernarás, 2009; Griffin-Shirley & Nes, 2005; Gronmo & Augestad, 2000; Huurre, Komulainen, & Aro, 1999; Lifshitz, Hen, & Weisse, 2007; Palmer, 2007), ενώ οι Obiakor & Stile (1990) βρήκαν ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία έχουν υψηλότερη αυτοεκτίμηση από τα άτομα χωρίς οπτική αναπηρία, η οποία μπορεί να ερμηνευθεί μέσω της επίδρασης της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας σε επίπεδο υποκειμενικής ευημερίας, κατάθλιψης, ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικών επιδράσεων της οπτικής αναπηρίας στους έφηβους, προκύπτει ότι παράγοντες όπως οι σχέσεις με τους συνομηλικούς (Garaigordobil & Bernarás, 2009; Halten, 2004; Kef, 2002) και οι σχέσεις με την οικογένεια και τους ενήλικες του άμεσου περιβάλλοντος του ατόμου (Kef & Deković, 2004; Koenes & Karshmer, 2000; Rosenblum, 2000), αλλά και οι θετικές αντιλήψεις απέναντι στην αναπηρία και την ένταξη (Kef, 2002) ασκούν σημαντική επίδραση στην αυτοεκτίμηση των εφήβων με οπτική αναπηρία.

Αναφορικά με το φύλο και την επίδρασή του στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με οπτική αναπηρία, ορισμένες έρευνες έχουν καταλήξει σε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα (Al-Zyoudi, 2007; Bowen, 2010; Garaigordobil & Bernarás, 2009; López-Justicia & del Carmen Pichardo, 2001; Shapiro, Moffett, Lieberman, & Dummer, 2005; Were, Indoshi, & Yalo, 2010), ενώ άλλες δεν έχουν βρει στατιστικά σημαντική σχέση (López-Justicia & del Carmen Pichardo, 2001; Soulis et al., 2013; Σούλης & Χριστοδούλου, 2011).

Έρευνες που ασχολούνται με την αυτοεκτίμηση των ατόμων με ακουστική αναπηρία εντοπίζουν συνήθως τέσσερις κύριους παράγοντες, οι οποίοι είναι καθοριστικοί για τη διαμόρφωση της αυτοεκτίμησης στα άτομα αυτά. Οι παράγοντες αυτοί είναι η κατάσταση και η σοβαρότητα της ακουστικής απώλειας, οι ακουστικές δυνατότητες της οικογένειας, ο τρόπος επικοινωνίας της οικογένειας.

Έρευνες των Bat-Chava (1993), Lesar & Vitulic (2014), και Obrzut, Maddock, & Lee, (1999) έχουν δείξει ότι άτομα με ακουστική αναπηρία αναφέρουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση από τους ακούοντες, ενώ έρευνα των Jambor & Elliott (2005) βρήκε ότι άτομα με σημαντική απώλεια ακοής εμφανίζουν υψηλότερη αυτοεκτίμηση. Οι Jambor & Elliott (2005, 75) ερμηνεύουν το εύρημα αυτό υποστηρίζοντας ότι τα άτομα με σοβαρά



προβλήματα ακοής αντί να προσπαθούν να διορθώσουν τα προβλήματα αυτά με χειρουργικές επεμβάσεις και βοηθήματα ακοής, επικεντρώνονται σε τρόπους για να επιτύχουν τόσο επαγγελματικά όσο και προσωπικά μέσα στη δεδομένη κατάστασή τους. Όμως, σε αντιδιαστολή με το εύρημα αυτό άλλοι ερευνητές δεν έχουν εντοπίσει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ αυτοεκτίμησης και βαθμών απώλειας ακοής και γενικά δεν βρήκαν διαφορές ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση των νέων με προβλήματα ακοής και στους ακούοντες συνομηλίκους τους (Lesar & Vitulic, 2014; Mejstad, Heiling, & Svedin, 2009).

Έρευνες των Bat-Chava (1993) και Obrzut, Maddock, & Lee (1999) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι κωφά παιδιά που προέρχονται από επίσης κωφούς γονείς εμφανίζουν υψηλότερη αυτοεκτίμηση από κωφά παιδιά των οποίων οι γονείς είναι ακούοντες. Η Bat-Chava (1993, 222) αιτιολογεί το εύρημα αυτό με βάση την οπτική ότι η οικογένεια και η κοινότητα των κωφών μπορούν να λειτουργήσουν ως αντισταθμιστικοί παράγοντες απέναντι στις αρνητικές στάσεις της πλειοψηφίας των ακούοντων. Επιπλέον, η ίδια εντόπισε ότι η αυτοεκτίμηση ήταν υψηλότερη όταν η οικογένεια του ατόμου χρησιμοποιούσε τη νοηματική παρά την προφορική μέθοδο επικοινωνίας. Σε έρευνά της σε κωφούς μαθητές η Crowe (2003) βρήκε ότι συμμετέχοντες οι οποίοι είχαν τουλάχιστον έναν κωφό γονέα που χρησιμοποιούσε τη νοηματική εμφάνισαν υψηλότερη αυτοεκτίμηση, από τους συμμετέχοντες με ακούοντες γονείς που είτε γνώριζαν είτε δεν γνώριζαν τη νοηματική.

Η διαμόρφωση ταυτότητας μέσα στην κοινότητα των κωφών επιδρά θετικά στην αυτοεκτίμηση του ατόμου (Bat-Chava, 1993; Jambor & Elliott, 2005). Αντίθετα με τα ευρήματα της Bat-Chava (1993) η οποία υπογράμμισε τον θετικό αντίκτυπο της νοηματικής γλώσσας στην αυτοεκτίμηση, ο van Gurp (2001) δεν βρήκε στατιστικά σημαντική σχέση σε μαθητές που χρησιμοποιούσαν τη νοηματική και σε εκείνους που χρησιμοποιούσαν την προφορική μέθοδο. Οι Jambor & Elliot (2005) υποστηρίζουν ότι η δίγλωσση προσέγγιση συμβάλλει σε υψηλότερη αυτοεκτίμηση.

Η αυτοεκτίμηση φαίνεται ότι είναι σημαντικός παράγοντας και για τη ζωή των ατόμων με διάφορες χρόνιες ασθένειες (π.χ. Bartoces et al., 2009; García-Martínez, De Paz, & Márquez, 2012; Platten, Newman, & Quayle, 2013), καθώς η διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας μπορεί να προκαλέσει αξιοσημείωτες αλλαγές στα επίπεδά της (Nosek et al., 2003). Η χαμηλή αυτοεκτίμηση συνδέεται με πτυχές της ποιότητας ζωής και της υποκειμενικής ευημερίας, όπως είναι η κατάθλιψη (Orth & Robins, 2013) και το άγχος (Sowislo & Orth, 2013), αλλά και με τον πόνο, την κόπωση (Cornwell & Schmitt, 1990; KroI et al., 1994), και με σημαντικούς λειτουργικούς περιορισμούς (Burckhardt, 1985;

Taal, Rasker, & Wiegman, 1997). Κάποιες έρευνες ωστόσο δεν έδειξαν καμία σύνδεση μεταξύ αυτοεκτίμησης και σοβαρότητας (Brooks & Matson, 1982) ή διάρκειας της αναπηρίας (Barnwell & Kavanagh, 1997; Fuhrer, Rintala, Hart, Clearman, & Young, 1992; Magill-Evans & Restall, 1991)

Στην περίπτωση του διαβήτη η αυτοεκτίμηση έχει συνδεθεί με τη διαχείριση της ασθένειας. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση φαίνεται να επιδρά αρνητικά στον τρόπο του τα άτομα διαχειρίζονται την κατάστασή τους αναφορικά με τη θεραπεία που ακολουθούν και τον τρόπο ζωής τους. Έρευνα των Rustveld et al. (2009) έδειξε ότι άνδρες ανέφεραν χαμηλή αυτοεκτίμηση γιατί αισθάνονταν ότι είχαν διαφορετική αντιμετώπιση από τους συνομηλίκους τους χωρίς διαβήτη και ως εκ τούτου δεν ακολουθούσαν την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή με τον αντίστοιχα ενδεδειγμένο τρόπο. Αντίθετα, η υψηλή αυτοεκτίμηση συνδέεται θετικά με τη σωστή διατροφή, τη φυσική δραστηριότητα και την καλύτερη προσαρμογή της δόσης ινσουλίνης μεταξύ διαβητικών ηλικίας 16–72 (Knecht, Keinänen-Kiukaanniemi, Knuutila, & Syrjälä, 2001).

Η μεσογειακή αναιμία έχει επίσης συνδεθεί σημαντικά με την αυτοεκτίμηση που εμφανίζουν οι ασθενείς. Συχνά η εξωτερική εμφάνιση με τις οστικές παραμορφώσεις και το μικρό ανάστημα συμβάλλουν στη διαμόρφωση αρνητικής εικόνας του εαυτού (Cao, 2004; Telfer et al., 2005). Τα άτομα αναπτύσσουν αρνητικές σκέψεις και βιώνουν συναισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης, δυσκολεύοντας την κοινωνική τους ένταξη (Hongally, Benakappa, & Reena, 2012). Στην πραγματικότητα, η χρόνια θεραπεία συνιστά μία συνεχή υπενθύμιση της ευάλωτης φύσης και της εξάρτησης του ατόμου από τους άλλους, η οποία επιδρά συχνά αρνητικά στην προσωπική ανάπτυξη και διαμόρφωση της ατομικής ταυτότητας των ασθενών (Lyraikos, Vini, Aslani, & Drosou-Servou, 2012).

Ακόμη, η αυτοεκτίμηση αποτελεί σημαντική διάσταση της ζωής των ατόμων με ΣκΠ (Mikula et al., 2016) και συνδέεται με την ποιότητα ζωής που αναφέρουν οι ασθενείς (Dlugonski & Motl, 2012). Οι ασθενείς με ΣκΠ συνήθως αναφέρουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, η οποία συνδέεται γενικότερα με τα χαρακτηριστικά της νόσου και την κλινική εικόνα του ασθενούς (Gay, Vrignaud, Garitte, & Meunier, 2010; McCabe & Di Battista, 2004; McCabe, 2005; Sarisoy, Terzi, Gümüş, & Pazvantoglu, 2013), ενώ ταυτόχρονα συνιστά δείκτη της μειωμένης ποιότητας ζωής τους (Mitchell, Benito-León, González, & Rivera-Navarro, 2005). Διαφορές στην αυτοεκτίμηση εντόπισαν οι Sarisoy et al. (2013) μεταξύ ασθενών με διαφορετικές μορφές της νόσου, συμπεραίνοντας ότι η σοβαρότητα της αναπηρίας και ο βαθμός της κινητικής απώλειας οδηγούν σε πτώση των επιπέδων αυτοεκτίμησης.

Ωστόσο, οι παραπάνω δυσκολίες που έχουν αναφερθεί δεν είναι συνώνυμες της αναπηρίας, αλλά αποδίδονται κατά κύριο λόγο στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου. Όταν το περιβάλλον του ατόμου είναι υποστηρικτικό τότε το ίδιο το άτομο βοηθείται στην προσπάθειά του να αναπτύξει και να διατηρήσει μία θετική αυτοεκτίμηση, η οποία οδηγεί στη διαμόρφωση θετικών συναισθημάτων, όπως συναισθήματα πληρότητας, εσωτερικής ολοκλήρωσης, ισορροπίας επάρκειας και αυτοαποδοχής (Coopersmith, 1967; Κακαβούλης, 2008). Αντίθετα, ένα μη υποστηρικτικό περιβάλλον οδηγεί σε αισθήματα απαξίας, ανικανότητας και χαμηλής αυτοπεποίθησης και κατ' επέκταση χαμηλής αυτοεκτίμησης (Coopersmith, 1967; Ekeland, Heian, Hagen, Abbott, & Nordheim, 2004; Κακαβούλης, 2008).

### **Κεφάλαιο 3: Η διαδικασία της αποδοχής και της προσαρμογής σε μία κατάσταση αναπηρίας**

#### **3.1 Προσδιορισμός της έννοιας της αναγνώρισης και της προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας**

Κάθε χρόνια κατάσταση και συνεπώς κάθε αναπηρία απαιτεί κάποια αλλαγή και προσαρμογή της καθημερινότητας του ατόμου. Άτομα με αναπηρία συχνά καλούνται να προσαρμοστούν κατάλληλα και να ανταποκριθούν σε οικογενειακούς και κοινωνικούς ρόλους, ενώ παράλληλα μπορεί να αντιμετωπίζουν σωματικό πόνο, διάφορους λειτουργικούς περιορισμούς σε καθημερινές δραστηριότητες, ποικίλες ιατρικές θεραπείες και ψυχολογικές δυσκολίες (Livneh & Antonak, 2005).

Η διαδικασία κατά την οποία το άτομο καλείται να ανταποκριθεί σε λειτουργικές, ψυχολογικές και κοινωνικές τροποποιήσεις, οι οποίες αφορούν και συνοδεύουν τις διάφορες αναπηρίες, αντιστοιχεί στην έννοια της *ψυχοκοινωνικής προσαρμογής του ατόμου στην αναπηρία (psychological adjustment to disability)*. Κατά τη διάρκεια της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής κάθε άτομο με αναπηρία περνά κατά κανόνα μέσα από μια διαδικασία, όπου η αναπηρία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ζωής, της ταυτότητας, της αυτοεκτίμησης και της εικόνας του σώματός του (Chan, Cardoso, & Chronister, 2009).

Η προσαρμογή στην αναπηρία είναι μία δυναμική διαδικασία την οποία το άτομο βιώνει με στόχο την επίτευξη της μέγιστης συμφωνίας μεταξύ του ίδιου και του περιβάλλοντός του. Σύμφωνα με τους Livneh & Antonak (2005), όταν η προσαρμογή είναι επιτυχής το

άτομο χαρακτηρίζεται από: α) ψυχοκοινωνική ισορροπία ή επανένταξη, β) επίγνωση των προσόντων και των λειτουργικών περιορισμών του, γ) θετική αυτοεκτίμηση, αυτοεικόνα και αίσθηση προσωπικής ικανότητας, δ) επιτυχή διαπραγμάτευση με το περιβάλλον, καθώς και ε) ενεργή συμμετοχή σε κοινωνικές, επαγγελματικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

Ταυτόχρονα, η ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην αναπηρία είναι και μια διαδικασία προσωπική και υποκειμενική. Δεν καταφέρνουν όλα τα άτομα να επιτύχουν ένα βέλτιστο επίπεδο προσαρμογής στην αναπηρία. Σύμφωνα με την Wright (1983) η ψυχοκοινωνική προσαρμογή μπορεί να ιδωθεί ως ένα συνεχές του οποίου το ένα άκρο αναπαριστά την ανεπιτυχή προσαρμογή στην αναπηρία και το άλλο άκρο την επιτυχή προσαρμογή στην αναπηρία. Η μη επιτυχής προσαρμογή χαρακτηρίζεται από άγχος, κατάθλιψη, θυμό, αρνητική αυτοεκτίμηση, κοινωνική απόσυρση και άρνηση της αναπηρίας, ενώ το άλλο άκρο συνοδεύεται από αντιδράσεις ανεξαρτησίας του ατόμου και αλληλεξάρτησης, θετικής αυτοεκτίμησης, αισθήματα αυτοαποτελεσματικότητας, προσωπικής ικανότητας και προσαρμοστικής διαχείρισης (Chan et al., 2009).

Μία σειρά διαδοχικών αλλαγών στην ταυτότητα του ατόμου συνοδεύει την ψυχοκοινωνική προσαρμογή του στην αναπηρία (Charmaz, 1995; Kendall & Buys, 1998). Το άτομο ουσιαστικά διαμορφώνει μία νέα ταυτότητα, έναν καινούργιο εαυτό, προκειμένου να αποδεχθεί τους σωματικούς και λειτουργικούς περιορισμούς που του επιφέρει η αναπηρία του. 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).

Σύμφωνα με τους Livneh & Antonak (2005) η εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας ή αναπηρίας πυροδοτεί μια σειρά αλυσιδωτών ψυχολογικών αντιδράσεων, οι οποίες αντιστοιχούν σε οχτώ στάδια αντιδράσεων στην αναπηρία. Τα πρώτα έξι στάδια (σοκ, άγχος, άρνηση, κατάθλιψη, εσωτερικευμένος θυμός, εξωτερικευμένη επιθετικότητα) είναι τα αρχικά στάδια της προσαρμογής (adaptation) (αναπαριστούν την αρνητική προσαρμογή στην αναπηρία), από τα οποία το άτομο όταν καταφέρνει να τα προσπελάσει επιτυχώς φτάνει στο έβδομο ή/και στο όγδοο στάδιο (αποδοχή/acknowledgement, προσαρμογή/adjustment), τα οποία και τα δύο θεωρούνται τελικά για τη θετική προσαρμογή (adaptation) στην αναπηρία.

Οι Livneh & Antonak (2005) κάνουν διάκριση μεταξύ των εννοιών της αποδοχής και της προσαρμογής στην αναπηρία. Οι ίδιοι επισημαίνουν ότι η αποδοχή της αναπηρίας (acknowledgement) συνιστά τη γνωστική παραδοχή της, την οποία περιγράφουν ως μια

κατάσταση αναδιοργάνωσης και αναπροσανατολισμού του ατόμου ως προς: 1) την αυτοαναγνώριση 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. Από την άλλη πλευρά, τονίζουν ότι η προσαρμογή (adjustment) στην αναπηρία προϋποθέτει ταυτόχρονα τη συναισθηματική αποδοχή της και την κοινωνικοσυμπεριφορική επανένταξη του ατόμου ως προς: 1) τη θετική του αυταξία, 2) τη συνειδητοποίηση νέων δυνατοτήτων, 3) την ενεργό εμπλοκή του κατά την επίτευξη κοινωνικών και επαγγελματικών του στόχων, 4) την υπέρβαση των εμποδίων και των δυσκολιών που συνεπάγεται η επίτευξη των προαναφερόμενων στόχων και σκοπών. Η προσαρμογή (adjustment) στην αναπηρία αναφέρεται στη συναισθηματική αποδοχή των λειτουργικών επιπτώσεων της αναπηρίας και την ενσωμάτωσή τους στην αυτοεικόνα του ατόμου, σε συνδυασμό με την συμπεριφορική προσαρμογή και την κοινωνική επανένταξή του, προκειμένου το άτομο να ανακαλύψει νέες δυνατότητες για μια παραγωγική ζωή. Κατά συνέπεια, η αποδοχή (acknowledgement) και η προσαρμογή (adjustment) σε μια κατάσταση αναπηρίας συγκροτούν τα τελικά στάδια της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής (adaptation) ενός ατόμου στην αναπηρία του.

Η αποδοχή της αναπηρίας (acceptance of disability) συνίσταται στη θέασή της ως ένα προσπελάσιμο εμπόδιο, το οποίο αφενός δεν περιορίζει την αξία της ζωής του ατόμου και αφετέρου δεν ελαττώνει τις λοιπές ικανότητές του. Αυτή η θέαση της κατάστασης της αναπηρίας μπορεί να επιτευχθεί μέσω της προσωπικής προσπάθειας του ατόμου για καλλιέργεια στρατηγικών αντιμετώπισης και μέσω της συνειδητοποίησής του ότι μπορεί να υπερπηδήσει κάθε περιορισμό στη ζωή του (Li & Moore, 1998). Για την ποσοτική μέτρηση της αποδοχής της αναπηρίας ο Linkowski (1971) διαμόρφωσε μία κλίμακα προσαρμογής στην αναπηρία (Acceptance of Disability Scale, ADS) βασισμένη στις αντιλήψεις που εντάσσονται στην έννοια της αποδοχής της απώλειας.

Συμπερασματικά, η προσαρμογή ενός ατόμου στην αναπηρία του είναι μια επίπονη διαδικασία που αναμφισβήτητα απαιτεί χρόνο (Psarra & Klefтарas, 2013). Διάφορες έρευνες επισημαίνουν ότι η προσαρμογή αυτή είναι μια διαδικασία που μπορεί να διαρκέσει μερικούς μήνες ή ακόμη και μερικά χρόνια. Όμως, ουσιαστικά, δεν υπάρχει ένα τελικό σημείο προσαρμογής, όπου ένα άτομο μπορεί να χαρακτηριστεί τελικά «προσαρμοσμένο», με την έννοια ότι όπως όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη συνεχούς προσαρμογής έτσι και τα άτομα με αναπηρίες έχουν ανάγκη υιοθέτησης ικανοποιητικών και λειτουργικών μεθόδων σε ένα περιβάλλον που διαρκώς εξελίσσεται (Κλεφτάρας, 2007).

### 3.2 Μοντέλα προσαρμογής στην αναπηρία

Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία του συνιστά ένα σύνθετο φαινόμενο, ενώ κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα που περιγράφουν αυτή τη διαδικασία. Τα διάφορα μοντέλα προσαρμογής στην αναπηρία που έχουν διαμορφωθεί εντάσσονται στο πεδίο της *ψυχολογίας της επανένταξης (rehabilitation psychology)* και καταλαμβάνουν ένα ευρύ πεδίο απόψεων. Όπως είναι φυσικό, τα μοντέλα αυτά διαφέρουν ως προς τις βασικές τους συνιστώσες, τις διαδικασίες, τη δυναμική και τις προτεινόμενες σχέσεις μεταξύ των συστατικών τους στοιχείων. Παρότι επιφανειακά μοιράζονται κοινές θεωρήσεις της προσαρμογής στην αναπηρία, ωστόσο διαφέρουν σημαντικά αναφορικά με το εννοιολογικό-φιλοσοφικό πλαίσιο μέσα στο οποίο οριοθετούνται και την πολυπλοκότητα των σχέσεων που περιγράφουν. Στην ενότητα αυτή, περιγράφονται ορισμένα από τα βασικά μοντέλα προσαρμογής στην αναπηρία που έχουν προσελκύσει το ερευνητικό ενδιαφέρον. Αυτά είναι: το μοντέλο της ψυχολογίας του σώματος, τα μοντέλα των σταδίων και τα οικολογικά μοντέλα προσαρμογής.

Πιο αναλυτικά, το *μοντέλο της ψυχολογίας του σώματος (somatopsychology)* θέτει στο επίκεντρο την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον, αναδεικνύοντας τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι υπογραμμίζουν τον τρόπο με τον οποίο η αναπηρία γίνεται αντιληπτή από την κοινωνία και από τον εαυτό. 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 δύο βασικά στοιχεία για την ψυχολογική προσαρμογή στην αναπηρία του (Dembo, Leviton, & Wright, 1975; Wright, 1983). Άλλες έννοιες, όπως η έννοια της αυτοαντίληψης και της εικόνας σώματος, στηρίζονται στις αρχές του μοντέλου της ψυχολογίας του σώματος, καθώς προκύπτουν από την παρουσία και την επίδραση μιας κατάστασης αναπηρίας στην ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία του (Chan et al., 2009). Για παράδειγμα, η αυτοαντίληψη και η εικόνα σώματος, ως νοητικές αναπαραστάσεις μέσω των οποίων οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους, όταν κλονίζονται από την εμφάνιση μιας αναπηρίας στη ζωή του ατόμου, το άτομο πρέπει να τις ανακατασκευάσει και να διαμορφώσει νέες. Αν το άτομο κατορθώσει να ενσωματώσει νέες αλλαγές στη ζωή του λόγω της αναπηρίας, τότε θεωρείται ότι επιτυγχάνει ένα βέλτιστο επίπεδο προσαρμογής (Livneh & Antonak, 2005).

Το οικείο μοντέλο έχει τις ρίζες της στην θεωρία του Lewin (1935), ο οποίος δίνει έμφαση στον αντίκτυπο που ασκούν οι κοινωνικοί παράγοντες στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Η θεωρία της ψυχολογίας του σώματος του Lewin εξηγήθηκε εκτενώς από ερευνητές όπως είναι οι Meyerson, Dembo, Barker, Leviton και Wright, οι οποίοι έδωσαν έμφαση στις ψυχολογικές αντιδράσεις που συνοδεύουν την εμφάνιση μιας αναπηρίας στο άτομο. Η Wright (1983, 159) περιέγραψε «τις συνθήκες που βοηθούν στην αποδοχή της αναπηρίας ως μίας κατάστασης μη υποτιμητικής». Στηριζόμενη στις θεωρήσεις των Dembo, Leviton, & Wright (1975) περιέγραψε τέσσερις αλληλένδετες σημαντικές αλλαγές στο σύστημα αξιών του ατόμου που αφορούν στην προσαρμογή του στην αναπηρία. Αυτές οι αλλαγές περιγράφονται συνοπτικά ακολούθως:

A) *Διεύρυνση του πεδίου αξιών (enlargement of scope of values)*: Κατά τη διάρκεια περιόδων κρίσης το άτομο βιώνει μία κατάσταση πένθους για τις αξίες που θεωρεί ότι έχει χάσει. Η περίοδος του πένθους περιγράφεται ως ένα συνεχές, το ένα άκρο του οποίου αναφέρεται στον πόνο, ενώ το άλλο εστιάζει σε συγκεκριμένες απώλειες με περιστασιακή αίσθηση δυσφορίας. Όταν η έγνοια του ατόμου για την απώλεια είναι έντονη, η πρώτη αλλαγή στο αξιακό σύστημα που συμβαίνει είναι η διεύρυνση του πεδίου αξιών. Η διεύρυνση πεδίου αξιών ξεκινά όταν το άτομο αρχίζει να αναγνωρίζει την αξία των ικανοτήτων του που δεν έχουν χαθεί, ως αποτέλεσμα της αναπηρίας. Αυτή η αναγνώριση ενισχύεται από ποικίλες εμπειρίες, στις οποίες περιλαμβάνονται η ανάγκη να διαχειριστεί το άτομο δραστηριότητες της καθημερινότητας και η ανάγκη να βιώσει την ανακούφιση μετά την περίοδο θλίψης. Με άλλα λόγια, το άτομο επαναπροσδιορίζει τις αξίες του, ενέργεια που του επιτρέπει να βρίσκει νόημα σε γεγονότα, δραστηριότητες και στόχους, καθώς και να εκτιμά δυνατότητες και να αντλεί ικανοποίηση από άλλες πηγές.

B) *Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (subordination of physique)*. Η κοινωνία δίνει έμφαση στην εξωτερική τελειότητα, την ομορφιά και την ικανότητα. Κατά τη διάρκεια του θρήνου αυτή η έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση μπορεί να ενισχυθεί αν συγκεκριμένα στοιχεία της εξωτερικής εμφάνισης θεωρούνται ότι έχουν χαθεί. Η έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση μπορεί να οδηγήσει το άτομο να παραγνωρίσει τη σημασία άλλων αξιών στη ζωή, όπως η φιλία, η εξυπνάδα, η εργασία και η δημιουργικότητα. Καθώς διευρύνεται το πεδίο αξιών, η αντίστοιχη έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση μειώνεται· η «αξία» ενός ατόμου αρχίζει να καθορίζεται από ικανότητες και χαρακτηριστικά επιπρόσθετα με αυτά που αφορούν στην εξωτερική εμφάνιση. Ουσιαστικά, η οικεία διάσταση συνιστά τον συμβιβασμό του ατόμου απέναντι στην αναπηρία του, ο οποίος αναφέρεται στην ικανότητά του να θέτει σε δεύτερη μοίρα τα φυσικά χαρακτηριστικά, ενώ ταυτόχρονα εντοπίζει και

δίνει μεγαλύτερη αξία σε άλλες αρετές. Λόγου χάριν, η προσωπικότητα και η προσπάθεια μπορεί να κερδίσουν σημασία αντίστοιχη με εκείνη που αποδίδεται στην εμφάνιση.

Γ) *Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (containment of disability effects)*. Παρά το γεγονός ότι μία αναπηρία μπορεί να οδηγήσει σε λειτουργικές δυσκολίες, μπορεί να υπερπηδήσει τις πραγματικές της επιδράσεις και το άτομο να θεωρήσει ότι τον καταβάλλει συνολικά, επηρεάζοντας και άλλες σωματικές λειτουργίες, συναισθηματικής και διανοητικής φύσης, ακόμα και τη συνολική αξία του ατόμου. Οι Dembo et al. (1975) και Wright (1983, 32) ονόμασαν ως «*επίδραση της εξάπλωσης (spread effect) τη δύναμη ενιαίων χαρακτηριστικών να προκαλούν συνολικά συμπεράσματα για το άτομο*». Ο περιορισμός της εξάπλωσης εξαρτάται από τον παρατηρητή. Για παράδειγμα, η εξάπλωση αυτή μπορεί να αποφευχθεί ή να ελαττωθεί αν η αναπηρία ή η απώλεια ιδωθούν από το άτομο ως μία «κτήση» παρά ως ένα ατομικό χαρακτηριστικό (Dembo et al., 1975). Αυτό συμβαίνει γιατί αν η αναπηρία ιδωθεί ως προσωπικό ατομικό χαρακτηριστικό, το άτομο και το χαρακτηριστικό αυτομάτως αντιπροσωπεύουν μια στενά δεμένη έννοια: το ανάπηρο άτομο. Η εξάπλωση αυτή είναι πιθανό να εμφανιστεί επειδή τα συναισθήματα για την αναπηρία όταν αυτή προσλαμβάνεται ως κεντρικό ατομικό χαρακτηριστικό μπορούν να επηρεάσουν άλλες πτυχές του ατόμου, όπως συμβαίνει και με άλλα προσωπικά χαρακτηριστικά. Αν παρόλα αυτά το άτομο αντιλαμβάνεται την αναπηρία του σαν απλά μία κτήση του, τότε το άτομο και η αναπηρία του προσλαμβάνονται ξεχωριστά ως έννοιες: ένα άτομο με κάποια αναπηρία. Θα λέγαμε λοιπόν ότι ο περιορισμός των επιπτώσεων της αναπηρίας αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται το ίδιο την αναπηρία ως ένα ενιαίο χαρακτηριστικό του εαυτού και όχι ως μοναδικό χαρακτηριστικό.

Δ) *Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (transformation from comparative status values to asset values)*. Όταν μία προσωπική δεξιότητα συγκρίνεται με ένα ορισμένο εξωτερικό από το άτομο πρότυπο, μία συγκριτική αξία αποδίδεται σε αυτό το πρότυπο. Αντίθετα, κάθε ατομικό προσόν περιέχει κάποια αξιολόγηση η οποία στηρίζεται σε εγγενείς στο αντικείμενο που αξιολογείται ποιότητες, όπως είναι η αξία του, η χρησιμότητα ή η ομορφιά του. Ένα αναπηρικό αμαξίδιο μπορεί να αξιολογηθεί για τη χρησιμότητά του ως μέσο που βοηθά στην κίνηση, παρά να αξιολογηθεί μέσω του περιορισμού στη βάρδιση ή το τρέξιμο. Η επίδραση της αξιολόγησης του προσόντος έγκειται στο ότι καθιστά πιθανό το άτομο να εκτιμήσει την αξία του που υπό άλλες συνθήκες θα υποτιμούσε επειδή αντιστοιχεί σε χαμηλότερο επίπεδο μέσα σε ένα ορισμένο συγκριτικό πλαίσιο. Παρόλο που οι συγκριτικές αξιολογήσεις είναι αναγκαίες προκειμένου να φανεί η πρόοδος στη διαδικασία της επανένταξης ή θεραπείας, όταν μία τοποθέτηση που αφορά σε συγκριτικές



αξίες περιέχει μία (συνήθως) αρνητική κρίση της προσωπικής αξίας του ατόμου, τότε γίνεται επιζήμια για τη διαδικασία προσαρμογής στην αναπηρία. Με τη μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα δίνεται έμφαση σε κύρια ατομικά προσόντα, δηλαδή στην ικανότητα αναγνώρισης της αξίας κάποιου ατόμου με βάση τον συνδυασμό των μοναδικών του προσωπικών χαρακτηριστικών και ικανοτήτων αντί της επιλογής συγκρίσεων με εξωτερικά και συχνά ανέφικτα πρότυπα (Wright, 1983, 183).

Οι παραπάνω τέσσερις αλλαγές στο αξιακό σύστημα που μπορεί να συμβούν κατά τη διαδικασία της προσαρμογής στην αναπηρία, αν και δεν είναι οι μοναδικές αλλαγές, μπορεί να συμβάλουν σε μία θετική επαναπλαισίωση της έννοιας της αναπηρίας και να θέσουν τα άτομα ελεύθερα να δρουν με τρόπους που να υπερνικούν τα δικά τους ατομικά χαρακτηριστικά, παρά εκείνα που αντιστοιχούν σε ένα ορισμένο ιδανικό πρότυπο (Wright (1983). Η αποδοχή της απώλειας ανοίγει τον δρόμο για τη θετική προσαρμογή στην αναπηρία (Chan et al., 2009).

Τα *μοντέλα των σταδίων (stage models)* παρουσιάζουν την ψυχοκοινωνική προσαρμογή ως μια σειρά σταδίων. 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 & Antonak, 2005). 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 κατάσταση της αναπηρίας του (Lustig, 2005). 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 (Livneh & Antonak, 2005).

Αυτή η διαδικασία της προσαρμογής (adaptation) 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 αποδοχή και προσαρμογή (adjustment) στην αναπηρία (Livneh & Antonak, 2005). Η σειρά και ο χρόνος παραμονής σε κάθε στάδιο δεν είναι ίδιος για όλα τα άτομα, καθώς η διαδικασία της προσαρμογής διαφοροποιείται εξαρτώμενη από παράγοντες όπως είναι η προσωπικότητα του ατόμου, οι

εμπειρίες του, η κουλτούρα και η κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει καθώς και η εθνότητα καταγωγής του (Κλεφτάρας, 2007).

Ακόμη, τα *οικολογικά μοντέλα (ecological models)* ψυχοκοινωνικής προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας, τα οποία έχουν προταθεί από πολλούς ειδικούς (Bishop, 2005; Bishop, Stenhoff, & Shepard, 2007; Bishop, Smedema, & Lee, 2009), επιχειρούν να εξηγήσουν 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. Ουσιαστικά, τα μοντέλα αυτά δίνουν μια εξήγηση στο ερώτημα γιατί άτομα με όμοιες αναπηρίες παρουσιάζουν ποιοτικές και ποσοτικές διαφορές και, κατά συνέπεια, διαφορετικό βαθμό αποδοχής και προσαρμογής στην αναπηρία τους..

Σύμφωνα με τους Livneh & Martz (2012) τα οικολογικά μοντέλα προσφέρουν ένα πιο ευρύ και εμπειρικά τεκμηριωμένο πλαίσιο περιγραφής της προσαρμογής σε μία κατάσταση αναπηρίας από τα προηγούμενα μοντέλα. Παρότι δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς τη αξία των οικολογικών μοντέλων, την εμπειρική τους χρησιμότητα ή την κλινική τους ωφέλεια, αυτά μοιράζονται διάφορους παράγοντες που συμβάλλουν στην προσαρμογή (π.χ. προσωπικές, κοινωνικές, λειτουργικές και περιβαλλοντικές πηγές, ψυχολογικές διεργασίες όπως στρατηγικές αντιμετώπισης, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας), και διάφορα χαρακτηριστικά ως αποτέλεσμα της προσαρμογής (π.χ. σωματική και ψυχική υγεία, ποιότητα ζωής, υποκειμενική ευημερία) τα οποία υποδεικνύουν ότι τα μελλοντικά πολυδιάστατα πλαίσια προσαρμογής που θα διαμορφωθούν θα ενισχύσουν την κατανόησή μας για την πολυπλοκότητα του φαινομένου της προσαρμογής σε μία αναπηρία.

Βέβαια, παρά το σημαντικό ενδιαφέρον των ερευνητών που εξετάζουν ζητήματα επανένταξης των ατόμων με αναπηρία καθώς και τις σημαντικές προσπάθειές τους για κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα με αναπηρία διαχειρίζονται τη διαδικασία της προσαρμογής διαμορφώνοντας εννοιολογικά πλαίσια και μοντέλα ερμηνείας της, δεν υπάρχει ομοφωνία αναφορικά με τη φύση της διαδικασίας προσαρμογής στην αναπηρία και την κατάλληλη μέθοδο μέτρησής της (Frank, Rosenthal, Caplan, & Albright, 2010; Livneh, 2001; Livneh & Antonak, 2005). Ταυτόχρονα, παραμένει απροσδιόριστη και η πρακτική εφαρμογή των σχετικών ευρημάτων στην κλινική πράξη (Parker, Schaller, & Hansmann, 2003).

Γεγονός είναι πάντως ότι η εμφάνιση οποιασδήποτε χρόνιας κατάστασης, όπως είναι η αναπηρία, είναι ένα συμβάν καθοριστικής σημασίας για τη ζωή του ατόμου, που προσδιορίζει την αρχή μιας χρονοβόρας διαδικασίας προσαρμογής σε σημαντικές αλλαγές, σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές (Bishop, 2005). Η αποδοχή της

αναπηρίας από το ίδιο το άτομο που τη φέρει μέσω της προσαρμογής του συστήματος αξιών του με τρόπο τέτοιο ώστε οι πραγματικές και οι αντιλαμβανόμενες απώλειες που συνοδεύουν την αναπηρία να μην επιδρούν αρνητικά στην αξία των άλλων δεξιοτήτων του ατόμου, θεωρείται καθοριστικής σημασίας συνιστώσα της επιτυχούς προσαρμογής και κατ' επέκταση επανένταξης στο κοινωνικό σύνολο (Chan et al., 2009).

Η Bishop (2005) συνδέει την κατάσταση της αναπηρίας με αλλαγές και τροποποιήσεις της ποιότητας ζωής του ατόμου που τη φέρει. Υποστηρίζει ότι τα άτομα με αναπηρία αντιδρούν στους περιορισμούς της ποιότητας ζωής τους είτε μέσω προσαρμοστικών αλλαγών των εξωτερικών τους συνθηκών είτε μέσω μιας διαδικασίας αλλαγών στο προσωπικό σύστημα αξιών. Διάφοροι ερευνητές έχουν κατά καιρούς υποστηρίξει την άποψη αυτή (Dembo et al., 1975; Livneh, 2001; Wright, 1983). Μία μορφή αλλαγών στο αξιακό σύστημα έχει προταθεί από τη θεωρία αποδοχής της απώλειας (*acceptance of loss theory*), η οποία αρχικά εισήχθη από τους Dembo et al. (1975) και αργότερα μελετήθηκε διεξοδικά από την Wright (1983). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η προσαρμογή ή αποδοχή περιγράφεται μέσω αλλαγών στο σύστημα αξιών ως αντίδραση στις αντιλαμβανόμενες απώλειες που συνδέονται με την εμφάνιση κάποιας αναπηρίας. Η αλλαγή αξιών αναφέρεται στην ιδέα ότι τα άτομα αντιδρούν στις αντιλαμβανόμενες απώλειες σε έναν ορισμένο τομέα της ζωής ανακαλύπτοντας την αξία άλλων τομέων. Παράλληλα, η αλλαγή αξιών αναπαριστά ένα συνεχές ενδιαφέρον του ατόμου για απολαύσεις που είναι προσιτές σ' αυτό, ενώ το βοηθά να συμβιβαστεί με την απώλεια (Wright, 1983, σελ. 163).

Παρά την έλλειψη ομοφωνίας ως προς την ακριβή φύση της διαδικασίας προσαρμογής και ως προς το αποτέλεσμα αυτής, δύο βασικά σημεία ενδιαφέροντος έχουν επισημανθεί από διάφορες έρευνες. Το πρώτο σημείο υπογραμμίζει ότι η προσαρμογή στην αναπηρία χρειάζεται μία πολυδιάστατη προσέγγιση, εφόσον η ίδια η κατάσταση της αναπηρίας μπορεί να επηρεάσει τομείς όπως η σωματική και ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, οι κοινωνικές του σχέσεις και επαφές, καθώς και οι σχέσεις με την οικογένεια (Livneh & Antonak, 2005). Το δεύτερο σημείο υπογραμμίζει ότι η προσαρμογή στην αναπηρία αποτελεί μία καθαρά προσωπική και υποκειμενική διαδικασία, η οποία φαίνεται να εξαρτάται κυρίως από τον τρόπο που το ίδιο το άτομο ερμηνεύει και αντιμετωπίζει τη γενικότερη κατάσταση στην οποία βρίσκεται (Kendall & Buys, 1998). Με άλλα λόγια, το κάθε άτομο που φέρει κάποια αναπηρία δεν αντιδρά ακριβώς με τον ίδιο τρόπο και δεν προσαρμόζεται στο ίδιο μοτίβο με άλλα άτομα με την ίδια ή διαφορετική αναπηρία, και αυτή η διαφοροποίηση φαίνεται να εξαρτάται περισσότερο από την υποκειμενική αντίδραση του ατόμου σε μία ποικιλία αλληλοεπιδρώντων παραγόντων που αφορούν στην

ίδια την αναπηρία, στο άτομο και στο περιβάλλον του (Livneh, 2001; Livneh & Antonak, 2005).

Με δεδομένη την πολυδιάστατη και υποκειμενική φύση της προσαρμογής στην αναπηρία, η Bishop (2005) επισημαίνει ότι ένα κατάλληλο πλαίσιο αξιολόγησης και περιγραφής των ατομικών αποκλίσεων αναφορικά με την προσαρμογή στην αναπηρία θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από α) ένα επαρκές εύρος ώστε να μπορεί να καλύψει την επίδραση της αναπηρίας σε διάφορους τομείς της ζωής, και από β) τη δυνατότητα να περιλαμβάνει την υποκειμενική οπτική του ατόμου αναφορικά με τις αλλαγές στους τομείς αυτούς. Το τελευταίο γνώρισμα είναι σημαντικό διότι πολλοί κριτικοί έχουν κατά καιρούς επισημάνει ότι διάφορα μοντέλα προσαρμογής έχουν αρνητική φόρτιση (Smart, 2008; Wright & Kirby, 1999), ενώ την ίδια στιγμή έρευνες εντοπίζουν ότι ορισμένα άτομα με αναπηρία βιώνουν θετικές αλλαγές και αναφέρουν θετικές ψυχολογικές επιδράσεις της αναπηρίας στις ζωές τους (Smart, 2008; Wright, 1983; Wright & Kirby, 1999).

### **3.3 Παράγοντες που επιδρούν στην προσαρμογή στην αναπηρία**

Η προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας ως σημαντική συνιστώσα της ψυχολογικής προσαρμογής συνιστά μία μακρόχρονη και δυναμική διαδικασία που επηρεάζεται από ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες μέσα σε ένα ορισμένο πλαίσιο (Chan, Cardoso, Chronister, & Hiatt, 2013; Chan et al., 2009; Livneh & Antonak, 2005). Η προσαρμογή στην αναπηρία συνδέεται με καταστάσεις που αφορούν τη φύση της κατάστασης αυτής, την αυτοεκτίμηση, τη συναισθηματική ευημερία και την ικανοποίηση από τη ζωή (Berry, Elliott, & Rivera, 2007; Smedema, Catalano, & Ebener, 2010), και επιβεβαιώνει ότι το άτομο με αναπηρία είναι έτοιμο να διαμορφώσει τροποποιημένους κοινωνικούς και επαγγελματικούς στόχους, να καλλιεργήσει νέες ικανότητες, να ενσωματώσει την αναπηρία του στην ατομική του ταυτότητα και να επανεγκαθιδρύσει μία θετική αίσθηση αυταξίας (Chan et al., 2013; Ferrin, Chan, Chronister, & Chiu, 2011; Livneh & Antonak, 2005).

Ερευνητές που εξετάζουν την προσαρμογή των ατόμων σε μία κατάσταση αναπηρίας εστιάζουν την προσοχή τους σε παράγοντες όπως: α) δημογραφικά στοιχεία (π.χ. ηλικία, ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, φύλο), β) καταστάσεις που συνδέονται με την αναπηρία αυτή καθαυτή (π.χ. βαθμός αναπηρίας, μέγεθος λειτουργικών περιορισμών, χρονική διάρκεια της αναπηρίας), γ) στοιχεία της προσωπικότητας του ατόμου (π.χ. στρατηγικές

αντιμετώπισης του στρες, αυτοαποτελεσματικότητα, αισιοδοξία, ελπίδα, αντιλαμβανόμενο επίπεδο ελέγχου). Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας είναι και η κοινωνική στήριξη, η οποία μπορεί να ιδωθεί μέσα από διαφορετικές οπτικές: α) ως στρατηγική αντιμετώπισης (π.χ. όταν το άτομο αναζητά κοινωνική υποστήριξη), β) ως στοιχείο της προσωπικότητας (π.χ. όταν το άτομο εκδηλώνει κοινωνικό ενδιαφέρον για τους άλλους), γ) ως περιβαλλοντικός παράγοντας (π.χ. ως κοινωνικό δίκτυο σχέσεων και υποστήριξης). Η σημασία των παραγόντων που αναφέρθηκαν ποικίλει ανάλογα με τη σοβαρότητα της κλινικής εικόνας του ατόμου, την προέλευση φύση της αναπηρίας, τους τομείς της ζωής που επηρεάζονται από την αναπηρία, την προσωπική αντίληψη που διαμορφώνει το άτομο για την αναπηρία του, καθώς και τον βαθμό που μπορεί να απειλείται η ζωή του (Livneh & Martz, 2012).

Αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, έρευνες έχουν δείξει ότι αυτά δεν παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της προσαρμογής (Livneh, Lott, & Antonak, 2004) αν και σε κάποιες περιπτώσεις έχουν βρεθεί στατιστικά σημαντικές σχέσεις. Η ηλικία του ατόμου δε φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τον βαθμό προσαρμογής του στην αναπηρία του (Jiao, Heyne, & Lam, 2012; Kennedy, Evans, & Sandhu, 2009), αν και ορισμένοι ερευνητές έχουν επισημάνει ότι όσο πιο νέος σε ηλικία είναι κάποιος τόσο πιο εύκολα φαίνεται να αποδέχεται μια αναπηρία (Wu & Chan, 2007). Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι, οι νεότεροι άνθρωποι διακρίνονται για την πλαστικότητα του χαρακτήρα τους και συχνά αναζητούν το κάτι διαφορετικό, ενώ εμφανίζονται πρόθυμοι να δοκιμάσουν πράγματα, καταστάσεις και ρόλους που τους ταιριάζουν καλύτερα (Κλεφτάρας, 2006). Επιπλέον, το φύλο δε φαίνεται να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία του (Chalk, 2007; Jiao et al., 2012; Wu & Chan, 2007), ενώ ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (Kennedy, Evans, & Sandhu, 2009; Woolrich, Kennedy, & Tasiemski, 2006).

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση ούτε κι αυτή θεωρείται ότι ασκεί σημαντική επιρροή στη διαδικασία της προσαρμογής (Jiao et al., 2012; Kennedy et al., 2009). Όμως, ο Collings (1990) έχει επισημαίνει ότι τα έγγαμα άτομα είναι περισσότερο προσαρμοσμένα λόγω της κοινωνικής και συναισθηματικής στήριξης που λαμβάνουν. 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 άγαμα άτομα με αναπηρία (Putzke, Elliott, & Richards, 2001).

Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο έχει επισημανθεί από κάποιους ερευνητές ως ένας επιπρόσθετος παράγοντας που επηρεάζει με θετικό τρόπο την αποδοχή της αναπηρίας (Collings, 1990; Jiao et al., 2012), χωρίς το εύρημα αυτό να συναντά γενική αποδοχή (Wu & Chan, 2007). Επιπλέον, η επαγγελματική κατάσταση δε φαίνεται να συνδέεται με την προσαρμογή σε μεγάλο βαθμό (Jiao et al., 2012), ενώ ούτε το εισόδημα επιδρά στην προσαρμογή, αν και έχει υποστηριχθεί η άποψη ότι 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 (Hermann, Whitman, Wyler, Anton, & Vanderzwagg, 1990).

Αναφορικά με την ηλικία κατά την οποία εμφανίζεται η αναπηρία τα ευρήματα είναι αντιφατικά αν και φαίνεται ότι ο παράγοντας αυτός ασκεί μικρή επίδραση στην προσαρμογή του ατόμου. Κάποιοι ερευνητές έχουν εντοπίσει αρνητική επίδραση της ηλικίας εμφάνισης της αναπηρίας με παράγοντες όπως η υποκειμενική ευημερία και η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου (Wu & Chan, 2007), καθώς και η ποιότητα ζωής του (Elfström, Rydén, Kreuter, Taft, & Sullivan, 2005). Αντίθετα, οι McNulty, Livneh, & Wilson (2004) και Montel & Bungener (2007) υπογράμμισαν ότι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εμφάνισαν υψηλότερη υποκειμενική ευημερία και χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και στρες. Άλλες έρευνες σε ασθενείς με ΣκΠ δεν βρήκαν καμία συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών (McCabe, McKern, & McDonald, 2004; McCabe, Stokes, & McDonald, 2009; Pakenham & Cox, 2009).

Η χρονική διάρκεια της αναπηρίας συνιστά έναν σημαντικό παράγοντα ερευνητικού ενδιαφέροντος. Η διάρκεια της αναπηρίας έχει συνδεθεί με τα μοντέλα των σταδίων αναφορικά με την προσαρμογή στην αναπηρία, και όπως επισημαίνουν οι Livneh & Martz (2012) η αποτυχία των ερευνητών να αποδείξουν μία ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας της αναπηρίας αυτής καθαυτής και της προσαρμογής σε αυτή έχει οδηγήσει σε ισχυρή αμφισβήτηση των μοντέλων. Αρκετοί ερευνητές επισημαίνουν ότι οι δύο μεταβλητές δεν εμφανίζουν κάποια σημαντική σύνδεση (DeRoon-Cassini, Aubin, Valvano, Hastings, & Horn, 2009; Kennedy et al., 2009; Martz, Livneh, Priebe, Wuermsler, & Ottomanelli, 2005; Matheis, Tulsy, & Matheis, 2006), ενώ άλλοι (Elfström, Kennedy, Lude, & Taylor, 2007; Woolrich et al., 2006) υπογραμμίζουν ότι καθώς αυξάνονται τα έτη από την εμφάνιση της αναπηρίας το άτομο προσαρμόζεται καλύτερα στην κατάσταση αυτή που βιώνει.

Σχετικά με την προέλευση της αναπηρίας τα ερευνητικά αποτελέσματα δεν συμφωνούν μεταξύ τους. Από τις ελάχιστες έρευνες που έχουν διερευνήσει την προσαρμογή στην αναπηρία σε σχέση με την προέλευση της αναπηρίας έχει βρεθεί ότι άτομα με εγγενείς αναπηρίες προσαρμόζονται καλύτερα απ' ό,τι προσαρμόζονται άτομα που απέκτησαν την αναπηρία τους αργότερα στη ζωή τους (Bogart, Tickle-Degnen, & Ambady, 2012; Li & Moore, 1998). Σύμφωνα με την Hudson (1994) τα εκ γενετής τυφλά άτομα ή τα άτομα που έχουν χάσει την όρασή τους κατά την πρώιμη παιδική ηλικία 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». Αντίθετα, η Dittmar (1989) παρατηρεί ότι άτομα με εγγενείς 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 τον βαθμό της ανεξαρτησίας τους στη μετέπειτα ζωή τους.

Από έρευνες διαπιστώνεται ότι τα άτομα με εγγενείς αναπηρίες εμφανίζονται πιο ευπροσάρμοστα συγκρινόμενα με τα άτομα που παρουσιάζουν επίκτητες αναπηρίες. Αυτό μπορεί εύκολα να εξηγηθεί από το γεγονός ότι το άτομο με εγγενή 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). Βέβαια, έχει παρατηρηθεί ότι άτομα με επίκτητες κατά τη διάρκεια της ζωής τους αναπηρίες όταν κατορθώσουν να προσαρμοστούν στην αναπηρία τους επιτυγχάνουν συνακόλουθα υψηλά ποσοστά σωματικής και ψυχολογικής υγείας (Livneh et al., 2004; Snead & Davis, 2002). Υπό άλλες συνθήκες η δυσκολία ή αποτυχία προσαρμογής σε μια επίκτητη αναπηρία εγκυμονεί διάφορους κινδύνους, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται ψυχοπαθολογικά συμπτώματα (Livneh et al., 2004; Turner, Lloyd, & Taylor, 2006), κακή σωματική υγεία, και βίωση διάφορων συναισθηματικών αντιδράσεων, όπως κατάθλιψη (Livneh & Antonak, 2005; McDermott et al., 2007; Mitra et al., 2005; Tsigoulis et al., 2007).

Η φύση της αναπηρίας και συγκεκριμένα η σοβαρότητά της, επίσης επηρεάζει τον βαθμό της συμφιλίωσης ή μη του ατόμου με την αναπηρία του (Livneh et al., 2004). Ωστόσο, υπάρχουν έρευνες που καταδεικνύουν ότι η σοβαρότητα του προβλήματος δεν

συνδέεται σημαντικά με τη στάση που κρατά το άτομο απέναντι στη αναπηρία του (Chalk, 2007; DeRoos-Cassini et al., 2009; Kennedy et al., 2009; Matheis et al., 2006). 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.

Επιπλέον, όταν η αναπηρία 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. Υπάρχουν περιπτώσεις ατόμων που βιώνουν τον 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 να επηρεάζουν την υποκειμενική αντίληψη και τον βαθμό αποδοχής του ατόμου απέναντι στον χρόνο πόνο που βιώνει (Κλεφτάρας, 2006).

Ακόμη, η συναισθηματική και κοινωνική στήριξη που λαμβάνει το άτομο με αναπηρία είναι ένας πρόσθετος παράγοντας που διευκολύνει τη διαδικασία της ομαλής προσαρμογής του στην αναπηρία. Η συναισθηματική στήριξη που παρέχεται κυρίως από το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον, μέσα από την παροχή συναισθημάτων εμπιστοσύνης, αγάπης και κατανόησης συμβάλλει θετικά στη διαδικασία αποδοχής και προσαρμογής στην αναπηρία (Κλεφτάρας, 2006). Η κοινωνική στήριξη ως στήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο είναι καθοριστικής σημασίας για το αν και το πόσο θα αποδεχθεί το άτομο με αναπηρία τη νέα του κατάσταση (Chalk, 2007; Goretti et al., 2009; Jiao et al., 2012).

Οι αντιδράσεις, οι εντυπώσεις, οι προσδοκίες που δέχεται το άτομο από το κοινωνικό σύνολο και οι δυνατότητες ένταξης σε αυτό επιδρούν στον τρόπο που το άτομο προσαρμόζεται στην αναπηρία του. 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 αναπηρίες. Ωστόσο, δεν είναι



λίγες οι φορές που τα άτομα με αναπηρίες αντιμετωπίζονται με προκατάληψη και με 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 αναπηρίες (Κλεφτάρας, 2006).

Σε όλους τους προαναφερόμενους παράγοντες που σχετίζονται με την αποδοχή και προσαρμογή στην αναπηρία, θα μπορούσε να προστεθεί και ο τρόπος ανταπόκρισης ενός ατόμου στην αναπηρία του. Η ανταπόκριση αυτή αφορά στον βαθμό με τον οποίο ένα άτομο με αναπηρία συμμετέχει στην απόδοση νοήματος και στη διαδικασία επανοικοδόμησης της ζωής του με βάση αυτήν την κατάσταση της αναπηρίας του. Κατά την Wright (1983), τα άτομα που έχουν κάποια αναπηρία επιδεικνύουν έναν μεγάλο βαθμό αποδοχής και προσαρμογής στην αναπηρία τους, αναπτύσσουν μια αίσθηση νοήματος στις δυσμενείς περιστάσεις, 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.

Τέλος, βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου έχουν συνδεθεί σημαντικά από πλήθος ερευνών με την προσαρμογή στην αναπηρία. Οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας (McMillen & Cook, 2003; Middleton, Tate, & Geraghty, 2003), η αισιοδοξία (de Ridder, Fournier, & Bensing, 2004) και η ελπίδα (Kennedy et al., 2009; Smedema et al., 2010), οι αντιλήψεις αναφορικά με την προσωπική υγεία (Chung, Preveza, Papandreou, & Prevezas, 2006), η αντίληψη του ατόμου περί εσωτερικού πεδίου ελέγχου (internal locus of control) (Dean & Kennedy, 2009; Elfström & Kreuter, 2006), φαίνεται ότι έχουν σχέση με τον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται την αναπηρία και τον βαθμό με τον οποίο προσαρμόζεται σε αυτή.

Αναφορικά με την αυτοεκτίμηση, έρευνες καταδεικνύουν ότι συνδέεται στενά με τον βαθμό της σωματικής δυσλειτουργίας, ανεξάρτητα από την ηλικία και τον τύπο της δυσλειτουργίας και από άλλα χαρακτηριστικά. Αυτή η δυνατή σχέση δείχνει ότι η αποδοχή της αναπηρίας συνδέεται σημαντικά με τη γενική αυτοεικόνα και έννοια του εαυτού ενός ατόμου. Επιπλέον, η αυτοαντίληψη ως 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, φαίνεται να συσχετίζεται έντονα με την αποδοχή της αναπηρίας (Κλεφτάρας, 2006).

Όπως προκύπτει από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, διάφοροι ατομικοί παράγοντες και παράγοντες που αφορούν την αναπηρία αυτή καθαυτή, όπως είναι το είδος της αναπηρίας, η ύπαρξη πόνου που οφείλεται στην αναπηρία, η διάρκεια κτήσης της αναπηρίας, καθώς και οι κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες διαβίωσης του ατόμου, αλληλοεπιδρούν και καθορίζουν το μέγεθος και τον βαθμό της επίδρασης που ασκεί η προσαρμογή. Οι αντιδράσεις απέναντι στην αναπηρία επίσης ποικίλουν ανάλογα με την ικανότητα του κάθε ατόμου να αντιμετωπίζει τα ζητήματα που αφορούν στην αναπηρία του, όπως είναι διάφοροι περιορισμοί της λειτουργικότητάς του, καθώς και διάφορες κοινωνικές στάσεις και προκλήσεις που συνδέονται με την αναπηρία.

Η αναπηρία όπως έχουμε αναφέρει επηρεάζει τις φυσικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της ζωής του ατόμου. Τις τελευταίες δεκαετίες ερευνητές που μελετούν την ένταξη των ατόμων με αναπηρία υποστηρίζουν την σχέση της προσαρμογής στην αναπηρία με την ποιότητα ζωής και την ευτυχία (π.χ. Livneh, 2001; Livneh et al., 2004; Wright, 1983). Η αποδοχή και η προσαρμογή του ατόμου σε μια κατάσταση αναπηρίας έχει καθοριστική σημασία για την ποιότητα ζωής του και συνολικά για την διαμόρφωση της ευτυχίας του. Η προσαρμογή αυτή αποτελεί μεταβλητή της στατιστικής ανάλυσης της παρούσας εργασίας με στόχο τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο αυτή επιδρά στη διαμόρφωση της ευτυχίας του ατόμου.

## **Κεφάλαιο 4: Οριοθέτηση της έννοιας της ευτυχίας**

### **4.1 Προσδιορισμός της έννοιας της ευτυχίας**

Η έννοια της *ευτυχίας* (*happiness*) αναφέρεται σε αυτό που οι άνθρωποι ονομάζουν *ικανοποίηση από τη ζωή* (*life satisfaction*), *θετικό και αρνητικό συναίσθημα* (*positive affect and negative affect*) ή *υποκειμενική ευημερία* (*subjective well-being*) και γι' αυτό το λόγο στην παρούσα εργασία, όπως συμβαίνει συχνά και στη διεθνή βιβλιογραφία, οι παραπάνω έννοιες θεωρούνται ταυτόσημες και χρησιμοποιούνται εναλλάξ.

Η υποκειμενική ευημερία συνιστά μία πολυεπίπεδη κατασκευή, η οποία δομείται από *προσωπικές συναισθηματικές* (*affective well-being*) και *γνωστικές αξιολογήσεις* (*cognitive well-being*) της ζωής του ατόμου (Busseri & Sadava, 2011) και ουσιαστικά αποτελεί *δείκτη της ποιότητας ζωής*. Η συναισθηματική ευημερία περιλαμβάνει θετικές (π.χ. χαρά, υπερηφάνεια) και αρνητικές (π.χ. θυμός, θλίψη, ντροπή) καταστάσεις. Το γνωστικό

στοιχείο της υποκειμενικής ευημερίας αντικατοπτρίζει είτε τη συνολική ευτυχία ή ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή (π.χ. συνολική ικανοποίηση από τη ζωή) είτε την ικανοποίηση σε συγκεκριμένους τομείς (π.χ. ικανοποίηση από την εργασία ή τον γάμο) (Baird, Lucas, & Donnellan, 2010). Η συναισθηματική και η γνωστική ευημερία διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τη σταθερότητα, την ποικιλία (Eid & Diener, 2004), αλλά και ως προς τις σχέσεις με άλλες μεταβλητές (Schimmack, Schupp, & Wagner, 2008; Wiest, Schütz, Webster, & Wurm, 2011). Για παράδειγμα, η σχέση μεταξύ εισοδήματος και συναισθηματικής ευημερίας είναι πιο αδύναμη από τη σχέση μεταξύ εισοδήματος και γνωστικής ευημερίας (Diener, Ng, Harter, & Arora, 2010; Kahneman & Deaton, 2010). Στην παρούσα εργασία μελετάται η συνολική ευτυχία, γνωστική και συναισθηματική, των ατόμων με αναπηρία.

Σύμφωνα με τον Layard (2005) μερικοί άνθρωποι πιστεύουν ότι η ευτυχία είναι ο απώτερος στόχος της ζωής, αντίθετα ο Chekola (2007) υποστηρίζει ότι η ευτυχία είναι μόνο ένα συστατικό για καλή ζωή, καθώς υπάρχουν πτυχές της ζωής, όπως η ελευθερία, η δικαιοσύνη ή τα δικαιώματα, που είναι σημαντικότερες και θα πρέπει να έρχονται πρώτες. Αν και το κάθε άτομο καθορίζει την ευτυχία με βάση τη δική του άποψη, σε γενικές γραμμές οι άνθρωποι αναφέρουν παρόμοια πράγματα που τους κάνουν ευτυχισμένους (Conceição & Bandura, 2008; Easterlin, 2001; Layard, 2005; Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005).

Το κατά πόσο η ευτυχία μπορεί να βελτιωθεί με έναν ορισμένο ουσιαστικό ή μακροχρόνιο τρόπο αποτελεί θέμα συζήτησης μεταξύ των ερευνητών. Εκείνοι που συμφωνούν με διάφορα εννοιολογικά πλαίσια όπως είναι η θεωρία της *κληρονομικότητας της ευτυχίας* (*set point theory*), η *θεωρία προσαρμογής* (*adaptation theory*) ή η *δυναμική θεωρία της ισορροπίας* (*dynamic equilibrium theory*) αντιλαμβάνονται την ευτυχία ως αμετάβλητη σε μεγάλο βαθμό (Bartels & Boomsma, 2009; DeNeve, 1999; Weiss, Bates, & Luciano, 2008).

Οι θεωρήσεις αυτού του είδους εκτιμούν ότι τα άτομα έχουν διαφορετικά μεν αλλά ταυτόχρονα σταθερά σημεία αναφοράς ως προς την ευτυχία τους, και ότι παρόλο που σημαντικά γεγονότα στη ζωή τους μπορεί να προκαλέσουν προσωρινές αποκλίσεις, τα άτομα τελικά προσαρμόζονται και επιστρέφουν σε μία σταθερή κατάσταση ευτυχίας (Diener, Lucas, & Scollon, 2009; Headey, 2010). Για παράδειγμα, οι Brickman, Coates, & Janoff-Bulman (1978) εξέτασαν τα μέσα επίπεδα ευτυχίας ατόμων που είχαν πρόσφατα βιώσει σημαντικές αλλαγές με τα μέσα επίπεδα ευτυχίας μιας ομάδας ελέγχου. Συγκεκριμένα μελέτησαν άτομα τα οποία είχαν κερδίσει το λόττο και παραπληγικούς χωρίς

να εντοπίσουν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα ευτυχίας που ανέφεραν τα υποκείμενα. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τόσο εκείνοι που είχαν κερδίσει το λόττο όσο και οι παραπληγικοί είχαν προσαρμοστεί εντελώς σ' αυτές τις μεγάλες αλλαγές στη ζωή τους. Το φαινόμενο αυτό ονομάστηκε *ηδονική ρουτίνα/προσαρμογή (hedonic treadmill/adaptation)* (Brickman & Campbell, 1971). Η ιδιοσυγκρασία ή η αλλιώς η προσωπικότητα του ατόμου συχνά γίνεται αντιληπτή ως η ομοιοστατική δύναμη που ωθεί το άτομο πίσω στο αρχικό του σημείο αναφοράς (DeNeve, 1999). Υπό αυτή την έννοια προκύπτει έμμεσα ότι οποιαδήποτε προσπάθεια βελτίωσης της πληθυσμιακής ευτυχίας μέσω πολιτικών ή κοινωνικών πρωτοβουλιών τελικά θα αποτύχει παρέχοντας μικρή θετική επίδραση (Savage, McConnell, Emerson, & Llewellyn, 2014).

Μία εναλλακτική άποψη, η οποία περιέχει θεωρίες όπως είναι το *παράδοξο του Easterlin (Easterlin-Paradox)* (Easterlin, 1974) και η *θεωρία των πολλαπλών αποκλίσεων (multiple discrepancies theory)*, αξιώνει ότι η υποκειμενική ευεξία είναι στην πραγματικότητα εύκολα διαμορφώσιμη (Savage et al., 2014). Η κατανομή της ευτυχίας σε διεθνές επίπεδο ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των διαφόρων χωρών και ως εκ τούτου φαίνεται ότι περιγράφει κάτι διαφορετικό από απλά τις ατομικές διαφορές στην ιδιοσυγκρασία των ατόμων (Helliwell, Layard, & Sachs, 2017). Διαχρονικές μελέτες υποστηρίζουν ότι εντοπίζονται σημαντικές διαφορές στα επίπεδα υποκειμενικής ευημερίας των ατόμων μέσα σε ένα μεγάλο χρονικό διάστημα (Baird et al., 2010; Headey, 2010). Σημαντικά γεγονότα στη ζωή των ατόμων, όπως είναι η ανεργία, ο γάμος, διάφορα ατυχήματα ή ασθένειες, καθώς και ο αναπάντεχος θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, έχουν συνδεθεί με αλλαγές των επιπέδων της υποκειμενικής ευημερίας τους (Lucas et al., 2004; Lucas, Clark, Georgellis, & Diener, 2003; Luhmann et al., 2012). Συνεπώς, σημαντικά γεγονότα στη ζωή μπορεί να επιδράσουν ισχυρά στην υποκειμενική ευημερία και η ισχύς αυτής της επίδρασης ποικίλει ανάλογα με τη σημασία του γεγονότος που μπορεί να επισυμβεί (Lucas et al., 2003, 2004). Λόγου χάριν, οι ερευνητές εντόπισαν ότι η αρχική αντίδραση στον γάμο ήταν θετική και ότι η ακόλουθη προσαρμογή ολοκληρωνόταν γρήγορα μέσα σε διάστημα δύο ετών κατά μέσο όρο (Lucas et al., 2003). Αντίθετα, ο ρυθμός προσαρμογής ήταν πολύ πιο αργός για αρνητικά γεγονότα, όπως η αναπηρία, η χηρεία (Lucas et al., 2003) και το διαζύγιο (Lucas, 2005). Επιπλέον, η υποκειμενική ευημερία μπορεί να γίνει αντιληπτή εν μέρει ως ένα συλλογικό φαινόμενο. Με την έννοια αυτή εάν οι κοινωνικές επαφές του ατόμου αυξήσουν και ενδυναμώσουν τη δική τους ευτυχία, τότε το άτομο είναι πιθανό να αναφέρει μεγαλύτερη ευτυχία και ικανοποίηση από τη ζωή στο μέλλον (Fowler & Christakis, 2008). Συνεπώς, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ατομική ευτυχία είναι απίθανο να

μεταβληθεί στο σύνολό της και ότι τουλάχιστον οι προσωπικές κρίσεις ορισμένων ατόμων για την ευτυχία τους μπορεί να αλλάξουν λόγω ορισμένων καταστάσεων στη ζωή τους (Diener et al., 2009).

Ανεξάρτητα από τις διαφορετικές προσεγγίσεις και συνακόλουθες θεωρήσεις της ευτυχίας η πλειονότητα των ερευνητών θεωρεί ότι αυτή συνιστά μία πολυδιάστατη κατασκευή (Diener, 2009). Θεωρείται ως ένα επίπεδο της ποιότητας ζωής των ατόμων το οποίο αξιολογείται θετικά και σύμφωνα με τον Veenhoven (2012) το συναίσθημα της ευτυχίας επηρεάζεται από τα συναισθήματα και τις σκέψεις των ατόμων, τα οποία δεν συμπίπτουν απαραίτητα μεταξύ τους. Για παράδειγμα μπορεί ένα άτομο να αισθάνεται καλά παρά το γεγονός ότι απέτυχε να πραγματοποιήσει τις προσωπικές φιλοδοξίες του ή και το αντίστροφο.

Πληθώρα ερευνών έχουν επιχειρήσει να μετρήσουν τα επίπεδα ευτυχίας των ατόμων κατασκευάζοντας διάφορα ψυχομετρικά εργαλεία και λαμβάνοντας υπόψιν επιμέρους μεταβλητές της ευτυχίας, όπως είναι η ικανοποίηση από τη ζωή, η αυτοαποτελεσματικότητα, η κοινωνικότητα/ενσυναίσθηση, η θετική στάση ζωής, η σωματική ευεξία, η χαρά, η αυτοεκτίμηση (Argyle, Martin, & Lu, 1995; Hills & Argyle, 2002). Ο Diener (1984) επισημαίνει ότι η μέτρηση της υποκειμενικής ευημερίας συνδέεται με υποκειμενικά χαρακτηριστικά και όχι απαραίτητα με αντικειμενικές συνθήκες. Περιλαμβάνει τη μέτρηση τόσο θετικών αλλά και αρνητικών παραγόντων και τη σφαιρική αξιολόγηση όλων των πλευρών της ζωής του ατόμου. Το Ερωτηματολόγιο Ευτυχίας της Οξφόρδης (Oxford Happiness Inventory, OHI) των Hills & Argyle (2001), το οποίο έχει προσαρμοστεί σε ελληνικό δείγμα από τους Καραδήμα & Καλαντζή-Αζίζι (2005), στηρίζεται σε τέσσερις επιμέρους διαστάσεις της ευτυχίας: την ικανοποίηση από τη ζωή, την ενεργητικότητα, το θετικό συναίσθημα και την κοινωνικότητα. Ειδικότερα, οι διαστάσεις της ευτυχίας είναι:

1. *Ικανοποίηση από τη ζωή*: Αποτελείται από θέματα όπως «είμαι ευχαριστημένος/η όπως είμαι», «αισθάνομαι ότι η ζωή σε ανταμείβει», «είμαι ευχαριστημένος/-η με πολλά πράγματα στη ζωή μου». Αναφέρεται στην αξιολόγηση που κάνει κάθε άτομο γενικότερα για τη ζωή του ή για μερικές πτυχές της ζωής του και το πόσο ευτυχισμένος και ικανοποιημένος είναι από την γενικότερη πορεία του και τα όσα έχει καταφέρει ή όχι στη ζωή του.
2. *Ενεργητικότητα*: Αποτελείται από θέματα όπως «νιώθω σε εγρήγορση πνευματικά», «αισθάνομαι γεμάτος-η ενέργεια». Αναφέρεται στα διασυνδεδεμένα συναισθήματα της σωματικής δύναμης, της συναισθηματικής ενέργειας και της γνωστικής «ζωντάνιας».

3. *Θετικό συναίσθημα*: Αποτελείται από θέματα όπως «γελάω πολύ», «συχνά νιώθω χαρά και ευθυμία», «βρίσκω πολλά πράγματα διασκεδαστικά». Αναφέρεται στο γενικότερο θετικό συναίσθημα και αποτυπώνει το πόσο αυτό κυριαρχεί στη ζωή του κάθε ανθρώπου.
4. *Κοινωνικότητα*: Αποτελείται από θέματα όπως «συχνά ασκώ ευχάριστη επίδραση στους άλλους», «με ενδιαφέρουν οι άλλοι άνθρωποι». Αναφέρεται γενικότερα στις σχέσεις του ατόμου με τους σημαντικούς άλλους και αποτυπώνει τα θετικά συναισθήματα που τρέφει για αυτούς.

#### **4.2 Παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση της ευτυχίας**

Αναφορικά με τους παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση της ευτυχίας η σχετική βιβλιογραφία είναι εκτενής. Θεωρείται ότι δημογραφικές μεταβλητές, όπως το φύλο, το εισόδημα, η μόρφωση και η οικογενειακή κατάσταση, σχετίζονται μέτρια με την υποκειμενική ευημερία, ενώ πιο ισχυρός παράγοντας επιρροής θεωρείται η προσωπικότητα του ατόμου, όπως συμβαίνει και στην περίπτωση της προσαρμογής στην αναπηρία.

Ως προς το φύλο, παρότι κάποιες έρευνες εντοπίζουν διαφορές στην ευτυχία μεταξύ ανδρών και γυναικών (Frey & Stutzer, 2002; Lucas & Gohm, 2000; Tesch-Römer, Motel-Klingebiel, & Tomasik, 2008), θεωρείται ότι στη συνολική ευτυχία και ικανοποίηση από τη ζωή δεν υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Ως προς την ηλικία, αν και παλαιότερες έρευνες έδειχναν ότι η υποκειμενική ευημερία μειώνεται με το πέρασμα του χρόνου (Winkelmann & Winkelmann, 1998), οι νεότερες δεν έχουν βρει ουσιαστικά κανένα αποτέλεσμα σε σχέση με την ηλικία (Easterlin, 2003; Myers, 2000) και αρκετοί ακόμα έχουν βρει ότι όχι μόνο δεν μειώνεται, αλλά ότι σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να αυξάνεται (Ryan & Deci, 2001). Άλλοι υποστηρίζουν ότι η σχέση είναι σχήματος U, με την ευτυχία να είναι υψηλότερη στις νεότερες ηλικίες και στην τρίτη ηλικία σε σχέση με την ενδιάμεση φάση της ζωής (Blanchflower & Oswald, 2004). Όσον αφορά τη μόρφωση, φαίνεται να υπάρχουν κάποιες στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις, αλλά μικρές σε μέγεθος (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Άλλες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο των ανθρώπων αυξάνεται και η ευτυχία τους (Cheung & Chan, 2011; Frey & Stutzer, 2002).

Οι επιστήμονες έχουν μελετήσει τη σχέση μεταξύ χρήματος και ευτυχίας για δεκαετίες, καταλήγοντας ότι υπάρχει θετική σχέση μεταξύ της ευτυχίας και του εισοδήματος. Όμως,

ο (Easterlin, 1974) προχώρησε σε μία σημαντική διαπίστωση, γνωστή ως «το παράδοξο του Easterlin», ότι δηλαδή η συνεχής αύξηση του εισοδήματος δεν οδηγεί σε συνεχή αύξηση της υποκειμενικής ευημερίας, με την έννοια ότι η υποκειμενική ευημερία φαίνεται να αυξάνεται ταυτόχρονα με το εισόδημα μέχρι ένα σημείο, αλλά όχι πέρα από αυτό. Στις περισσότερες χώρες τα άτομα που ανήκουν στα υψηλότερα επίπεδα εισοδήματος είναι πιο ευτυχισμένα από τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα. Πρέπει όμως να τονισθεί ότι η σχέση μεταξύ της ευτυχίας και του εισοδήματος είναι μικρού μεγέθους και όχι ισχυρή (Diener, 1984; Easterlin, McVey, Switek, Sawangfa, & Zweig, 2010; Stutzer & Frey, 2010).

Αντίθετα με το εισόδημα η ανεργία (Blanchflower & Oswald, 2004) και ο πληθωρισμός επιδρούν αρνητικά στον βαθμό ευτυχίας που νιώθουν οι άνθρωποι στη ζωή τους, επειδή όχι μόνο περιορίζουν το εισόδημά τους, αλλά δημιουργούν και την αίσθηση ότι οι προσπάθειες κάποιου, που χάνει τη δουλειά του υποβαθμίζονται και μαζί τους υποβαθμίζεται η αυτοεκτίμηση και ο αυτοσεβασμός τους (Frey & Stutzer, 2002; Stutzer & Frey, 2010). Επομένως, αφού η ανεργία είναι μια τέτοια καταστροφή, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι οι άνθρωποι νιώθουν πιο ευτυχισμένοι όταν αισθάνονται ότι η δουλειά τους είναι ασφαλής και τους παρέχει ευκαιρίες για να αξιοποιήσουν τις δεξιότητες τους (Stutzer & Frey, 2010).

Ενώ οι περισσότερες έρευνες σχετικά με την ευτυχία αφορούν κυρίως τη σχέση αυτής με την απασχόληση, το εισόδημα, την οικογένεια, τις κοινωνικές σχέσεις, σύμφωνα με το Morrison (2007) και τον Sander (2011), ο τόπος κατοικίας αποτελεί μια σημαντική μεταβλητή που δεν έχει μελετηθεί αρκετά, καθώς μπορεί να επηρεάσει και να διαμορφώσει την αίσθηση του κάθε ανθρώπου για τη ζωή αλλά και το επίπεδο ευτυχίας του. Μπορεί από τη μία η πόλη να παρέχει στους ανθρώπους καλύτερη πρόσβαση σε διάφορες υπηρεσίες (μαγαζιά, μέσα μεταφοράς, διασκέδαση, εκπαίδευση, τομείς υγείας) από την άλλη επηρεάζει τον βαθμό εμπιστοσύνης των ανθρώπων μεταξύ τους αλλά και με την κοινότητα, την ασφάλεια που νιώθουν στον τόπο κατοικίας τους, και τη συμβολή τους στην πολιτιστική ανάπτυξη της περιοχής (Morrison, 2007; Pateman, 2011; Sander, 2011).

Επιπλέον, η καλή υγεία, σωματική και κυρίως πνευματική, θεωρείται ότι συνδέεται θετικά με την ευτυχία (Conceição & Bandura, 2008; Easterlin, 2003; Lyubomirsky et al., 2005; Oswald & Powdthavee, 2008). Η ευτυχία αποτελεί βασική παράμετρο της καθημερινής ζωής του ατόμου και παράλληλα έχει αναδειχθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως η κύρια συνιστώσα της γενικής υγείας (Cohn, Fredrickson, Brown, Mikels, & Conway, 2009). Ευρήματα ερευνών υποδεικνύουν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ ευτυχίας και γενικής υγείας, και ειδικότερα η ευτυχία εμφανίζει θετική συνάφεια

με τη συχνή φυσική δραστηριότητα, τις υγιείς συνήθειες ύπνου, την υγιεινή διατροφή, την μειωμένη κατανάλωση αλκοόλ και την αποφυγή του καπνίσματος (Bloodworth & McNamee, 2007; Stubbe, de Moor, Boomsma, & de Geus, 2007).

Πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν ότι η ευτυχία συνδέεται θετικά με την θρησκευτική πίστη (Achour et al., 2017; Bayani, 2014; Blanchflower & Oswald, 2004; Migheli, 2009).

Οι Καραδήμας & Καλαντζή-Αζίζι (2005) εξέτασαν τη σχέση μεταξύ ορισμένων δεικτών υποκειμενικής ευεξίας (ικανοποίηση από τη ζωή, ενεργητικότητα, θετικό συναίσθημα, κοινωνικότητα) και ορισμένων δημογραφικών και ενδοπροσωπικών μεταβλητών σε δείγμα 201 ατόμων. Σύμφωνα με τα ευρήματα, οι δείκτες υποκειμενικής ευεξίας διαφέρουν ελάχιστα ως προς το φύλο και την ηλικία, ενώ η μόρφωση παίζει μικρό σχετικά ρόλο. Η κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται περισσότερο με το δείκτη «κοινωνικότητα», ενώ τα άτομα που ζουν με κάποιο οικείο πρόσωπο δηλώνουν υψηλότερη ευεξία σε σύγκριση με όσους ζουν μόνοι. Μεγαλύτερη συσχέτιση με την υποκειμενική ευεξία παρουσιάζουν οι γνωστικές μεταβλητές, όπως είναι η αισιοδοξία και οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας. Οι μεταβλητές αυτές σε συνδυασμό με ορισμένες στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες ερμηνεύουν έως και το 50% της διακύμανσης των δεικτών ευεξίας. Ο νευρωτισμός δεν εμφανίστηκε να συσχετίζεται ιδιαίτερα με τους δείκτες υποκειμενικής ευεξίας. Αυτό πιθανώς οφείλεται σε πολιτισμικούς παράγοντες. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της σχέσης μεταξύ γνωστικών μεταβλητών και αισθήματος ευεξίας.

Παρότι λοιπόν οι συνθήκες διαβίωσης και οι διάφοροι δημογραφικοί παράγοντες που αναφέρθηκαν επιδρούν μεν στα επίπεδα ευτυχίας των ατόμων, ωστόσο το ποσοστό αυτό δεν υπερβαίνει το 10%. Άλλοι ενδοατομικοί παράγοντες, όπως είναι η αισιοδοξία, η αντιμετώπιση του στρες, κ.λπ. επιδρούν στα επίπεδα ευτυχίας των ατόμων με ποσοστό της τάξης του 40% (Lyubomirsky et al., 2005). Η προσωπικότητα δηλαδή του ατόμου είναι ο ισχυρότερος και πιο αξιόπιστος παράγοντας που ευθύνεται για τις διαφορές στην υποκειμενική ευημερία μεταξύ των ανθρώπων.

Οι Boyce & Wood (2011) σε διαχρονική έρευνά τους εξήγησαν τις διαφορές στα επίπεδα προσαρμογής των ατόμων στην αναπηρία τους μέσω της επίδρασης της προσωπικότητας των υποκειμένων. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα στοιχεία της προσωπικότητας του ατόμου πριν την εμφάνιση της αναπηρίας του ευθύνονται για τον βαθμό της προσαρμογής. Οι ίδιοι επισημαίνουν ότι προηγούμενες διαχρονικές έρευνες δεν εντόπισαν καθόλου ή εντόπισαν μερική προσαρμογή στην αναπηρία καθώς δεν διερεύνησαν τον παράγοντα της προσωπικότητας των υποκειμένων. Τα ευρήματα της



δικής τους έρευνας υπογραμμίζουν ότι ελέγχοντας ορισμένους παράγοντες φαίνεται ότι κάποιοι άνθρωποι προσαρμόζονται πλήρως σε μια νέα κατάσταση αναπηρίας, ενώ κάποιοι άλλοι δεν προσαρμόζονται και ότι αυτή η προσαρμογή συνδέεται με την ιδιοσυγκρασία τους.

Οι ατομικές διαφορές τόσο στην προσωπικότητα όσο και στην υποκειμενική ευημερία εμφανίζονται νωρίς στη ζωή, είναι σταθερές με την πάροδο του χρόνου, και έχουν μια μέτρια έως ισχυρή σχέση. Τα ευρήματα αυτά έχουν οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι η υποκειμενική ευημερία καθορίζεται κυρίως από την έμφυτη προδιάθεση μας (Diener, Oishi, & Lucas, 2003). Οι DeNeve & Cooper (1998) ομαδοποίησαν τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σε 5 ευρύτερες διαστάσεις της προσωπικότητας, την εξωστρέφεια (extraversion), την κοινωνικότητα (agreeableness), την ευσυνειδησία (conscientiousness), την νευρωτική συμπεριφορά (neuroticism) και τη δεκτικότητα σε νέες εμπειρίες (openness to experience), οι οποίες έχουν συνδεθεί με την υποκειμενική ευημερία. Μολονότι η προσωπικότητα φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην υποκειμενική ευημερία, δε μπορούμε όμως να συμπεράνουμε, ότι είναι η μοναδική σημαντική μεταβλητή. Κατά την πρόβλεψη σε βραχυπρόθεσμη βάση της υποκειμενικής ευημερίας, η προσωπικότητα είναι γενικά ασθενέστερος προγνωστικός παράγοντας σε σχέση με άλλους ευκαιριακούς.

Επιπρόσθετα, η αυτοεκτίμηση έχει επιβεβαιωθεί από πλήθος ερευνών ότι συνδέεται στενά με τα επίπεδα ευτυχίας των ατόμων (Baumeister et al., 2003; Dogan et al., 2013; Lyubomirsky et al., 2006; Sato & Yuki, 2014), καθώς και με τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας. Οι απόψεις περί αυτοαποτελεσματικότητας ως αυτοαξιολογήσεις της επάρκειας του ίδιου του ατόμου είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ικανότητας για αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς και της μάθησης. Διάφοροι ερευνητές έχουν συνδέσει με θετικό τρόπο τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας με την ευτυχία (Dogan et al., 2013; Santos et al., 2014).

Η κοινωνική συμμετοχή είναι μία διάσταση της καθημερινής ζωής που συνδέεται με την αυτοεκτίμηση (Geyh et al., 2012; Suzuki, Amagai, Shibata, & Tsai, 2011), ενώ η ικανοποιητική κοινωνική συμμετοχή είναι σημαντική για την ποιότητα ζωής σε διάφορες καταστάσεις υγείας (Yeung & Towers, 2014). Για παράδειγμα, στα άτομα με ΣκΠ η κοινωνική εμπλοκή φαίνεται ότι συνδέεται θετικά με διάφορες πτυχές της ποιότητας ζωής (Mikula et al., 2015). Παράλληλα, η κοινωνική εμπλοκή και οι κοινωνικές σχέσεις φαίνεται ότι λειτουργούν θετικά στην αποδοχή της αναπηρίας, ενώ ο βαθμός εμπλοκής ενός ατόμου με αναπηρία στο κοινωνικό πλαίσιο αποτελεί κρίσιμο παράγοντα ψυχολογικής ευεξίας και

ευτυχίας (Ballas & Dorling, 2007; Diener & Seligman, 2002; Fowler & Christakis, 2008), καθώς και δείκτη ποιότητας ζωής (Chalk, 2007; Goretti et al., 2009; Hampton, 2004). Οι Diener & Seligman (2002) υποστηρίζουν ότι οι ισχυρές κοινωνικές σχέσεις είναι ζωτικής σημασίας για την ευτυχία, καθώς η προσπάθεια των ανθρώπων να βελτιώσουν τις σχέσεις τους με τους άλλους τείνει να βελτιώσει την ευτυχία τους. Επιπλέον, σύμφωνα με έρευνες οι άνθρωποι που συναναστρέφονται με χαρούμενα άτομα χαμογελούν πιο συχνά (Fowler & Christakis, 2008).

Στην ίδια κατεύθυνση ο Layard (2005) ισχυρίζεται ότι για τους περισσότερους ανθρώπους η αξία των προσωπικών σχέσεων με την οικογένεια, τους συναδέλφους, τους φίλους και τους γείτονες είναι η καλύτερη εγγύηση για την ευτυχία. Άτομα που διατηρούν καλές σχέσεις με φίλους ή συναδέλφους παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ευτυχίας σε σχέση με τα μοναχικά άτομα. Επίσης, ο γάμος αυξάνει την ευτυχία καθώς οι έγγαμοι άνθρωποι (ή αυτοί σε μακροχρόνια σχέση) είναι πιο ευτυχισμένοι από τους ελεύθερους, διαζευγμένους ή χήρους (Shapiro & Keyes, 2008). Μια εξήγηση για αυτό είναι, ότι ο γάμος παρέχει πρόσθετες πηγές αυτοεκτίμησης, υποστήριξης και συντροφικότητας καθώς οι σχέσεις με τους άλλους προσφέρουν στους ανθρώπους ευκαιρίες για να βοηθήσουν ή να βοηθηθούν και έτσι εκπληρώνουν την ανάγκη τους να ανήκουν σε κάποια κοινωνική ομάδα. Οι Diener, Gohm, Suh, & Oishi, 2000 σε έρευνα που έκαναν σε δείγμα 59.169 ατόμων σε 42 χώρες, λαμβάνοντας υπόψη και τις πολιτιστικές πτυχές, παρατήρησαν ότι οι σχέσεις μεταξύ οικογενειακής κατάστασης και ευτυχίας είναι πολύ παρόμοιες σε όλο τον κόσμο.

Εν κατακλείδι, η ευτυχία συνιστά μία σημαντική πνευματική ανάγκη που επηρεάζει την προσωπικότητα και την ψυχική υγεία. Όλοι οι άνθρωποι επιζητούν την ευτυχία για τους εαυτούς τους και για τα αγαπημένα τους πρόσωπα (Alimardani, Alimardani, Beni, & Shajie, 2014).

## **Κεφάλαιο 5: Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με την επίδραση που ασκούν η προσαρμογή ενός ατόμου στην αναπηρία του, η αυτοεκτίμησή του, καθώς και ατομικοί παράγοντες στα επίπεδα ευτυχίας του**

Η έρευνα της ευτυχίας είναι ιδιαίτερα εκτενής τις τελευταίες δεκαετίες με πλήθος ψυχολόγων, κοινωνιολόγων και οικονομολόγων να δίνουν έμφαση στη διερεύνηση του

αντικειμένου. Το γεγονός αυτό μπορεί να αιτιολογηθεί μέσω της σημασίας που δίνουν διαχρονικά οι άνθρωποι και οι κοινωνίες στη διαμόρφωση συνθηκών ευτυχίας, ψυχολογικής ευημερίας και προόδου. Πληθώρα ορισμών που αποτυπώνουν διαφορετικές θεωρήσεις της ευτυχίας έχουν διαμορφωθεί προκειμένου να διερευνήσουν ποια είναι τα συστατικά της ευτυχίας με απώτερο στόχο την ενίσχυση των επιπέδων ευτυχίας των ατόμων.

Παρά το πλήθος των ερευνών που μελετούν την ευτυχία στον γενικό πληθυσμό, η έρευνα είναι ιδιαίτερα περιορισμένη γύρω από τον χώρο της αναπηρίας. Οι έρευνες αυτές αναφέρονται συνήθως στην ποιότητα ζωής των ατόμων με χρόνιες ασθένειες ή σοβαρές αναπηρίες και στην ικανοποίησή τους από τη ζωή. Στην παρούσα ερευνητική εργασία στόχος μας είναι η διερεύνηση της ευτυχίας ατόμων με κάποια αισθητηριακή (οπτική ή ακουστική) ή κινητική αναπηρία ή χρόνια ασθένεια (σακχαρώδη διαβήτη, ΣκΠ, μεσογειακή αναιμία), και η μελέτη του τρόπου με τον οποίο επιδρούν σε αυτή η αυτοεκτίμηση και κυρίως η προσαρμογή τους στην κατάσταση της αναπηρίας τους. Ακόμη, επιχειρούμε να εξετάσουμε κατά πόσο δημογραφικά χαρακτηριστικά (π.χ. εισόδημα, περιοχή διαβίωσης, οικογενειακή κατάσταση), ατομικά χαρακτηριστικά (π.χ. θρησκευτικότητα, διάθεση για διάδοση πληροφοριών σχετικών με την αναπηρία), αλλά κυρίως πληροφορίες που αφορούν στη φύση της αναπηρίας (π.χ. είδος αναπηρίας, προέλευση και διάρκεια κτήσης, ύπαρξη πόνου), επιδρούν ή όχι και σε ποιον βαθμό στις διαστάσεις της ευτυχίας των ατόμων με αναπηρία. Βιβλιογραφικά δεν εμφανίζεται παρόμοια έρευνα που να έχει διερευνήσει το οικείο θέμα και για τον λόγο αυτό θεωρείται σημαντική η συμβολή της στον ερευνητικό χώρο στον τομέα της αναπηρίας και της ενίσχυσης της ευτυχίας των ατόμων με αναπηρίες.

Έρευνες που μελετούν συναισθηματικές και κοινωνικές πτυχές της ανάπτυξης των ατόμων με αναπηρία δίνουν έμφαση κατά κύριο λόγο σε συγκριτικές μετρήσεις με μη ανάπηρα άτομα. Οι έρευνες αυτού του είδους συνήθως εντοπίζουν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων με την αναπηρία να αποτελεί καθοριστική αιτία μείωσης της ποιότητας ζωής, αν και τα σχετικά ευρήματα ποικίλουν. Οι αποκλίσεις μεταξύ των ευρημάτων μπορούν αν αιτιολογηθούν σε μεγάλο βαθμό από τον υποκειμενικό χαρακτήρα της ευτυχίας και από τις εκάστοτε μεθοδολογικές επιλογές του ερευνητή (π.χ. μικρό μέγεθος δείγματος, απουσία πολυμεταβλητής ανάλυσης). Ένας ακόμη σημαντικός λόγος που μπορεί να οδηγεί σε σημαντικές διαφορές μεταξύ των αποτελεσμάτων είναι η διερεύνηση της παραμέτρου της προσαρμογής του ατόμου στην κατάσταση της αναπηρίας του με όλες τις διαστάσεις οι οποίες συνοδεύουν αυτό το ψυχοκοινωνικό φαινόμενο.

Επιπλέον, ένα σημαντικό ζήτημα το οποίο δεν έχει προσδιοριστεί επαρκώς από τους ερευνητές της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην αναπηρία είναι η εννοιολογική αποσαφήνιση ορισμένων ψυχολογικών παραγόντων, όπως είναι η αυτοεκτίμηση, καθώς και τα αποτελέσματα της προσαρμογής. Η αυτοεκτίμηση άλλες φορές υπολογίζεται ως αίτιο της προσαρμογής, άλλες φορές ως αποτέλεσμα αυτής και κάποιες φορές οι ερευνητές την εκλαμβάνουν και με τους δύο τρόπους οδηγούμενοι σε μεθοδολογικά κενά. Η αυτοεκτίμηση, η αποδοχή και παρόμοιες εννοιολογικές κατασκευές θα πρέπει να εξετάζονται είτε ως αίτιο είτε ως αποτέλεσμα της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην αναπηρία και σίγουρα όχι να τοποθετούνται ταυτόχρονα και στις δύο κατηγορίες (Livneh, 2001; Livneh & Martz, 2012). Στην παρούσα μελέτη οι δύο έννοιες εκλαμβάνονται χωριστά ως παράμετροι της ευτυχίας των ατόμων με αναπηρία.

Στην ενότητα αυτή στόχος είναι η παρουσίαση επιστημονικών ευρημάτων που αφορούν στην ευτυχία των ατόμων με αναπηρία και στους παράγοντες που φαίνεται να επιδρούν στη διαμόρφωσή της. Στις έρευνες που περιγράφονται η ευτυχία μπορεί να αναφέρεται και ως ικανοποίηση από τη ζωή ή ως ποιότητα ζωής, αλλά και με άλλους τρόπους οι οποίοι θεωρούμε ότι αποτελούν δείκτες της ευτυχίας των ατόμων. Δίνεται έμφαση σε παράγοντες και μεταβλητές της οικείας ερευνητικής μελέτης ώστε να διαμορφωθεί ένα κατάλληλο πλαίσιο συζήτησης και ερμηνείας των ερευνητικών αποτελεσμάτων που παρατίθενται στο επόμενο κεφάλαιο.

Αναφορικά με την ευτυχία γενικά, φαίνεται ότι η αναπηρία συνιστά αιτία μείωσης της ευτυχίας των ατόμων που τη φέρουν. Έτσι, δεν είναι λίγες οι φορές που οι ερευνητές εντοπίζουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα σε διάφορες παραμέτρους της ευτυχίας των ατόμων με αναπηρία συγκρινόμενα με άτομα χωρίς αναπηρία (Emerson, Honey, & Llewellyn, 2008; Emerson, Honey, Madden, & Llewellyn, 2009; Emerson, Llewellyn, Honey, & Kariuki, 2012; Mehnert, Krauss, Nadler, & Boyd, 1990; Uppal, 2006), ενώ άλλοι ερευνητές δεν εντοπίζουν τέτοιου είδους διαφορές (Albrecht & Devlieger, 1999). Τα παραπάνω ευρήματα συχνά υπόκεινται σε περιορισμούς λόγω συγκεκριμένων μεθοδολογικών επιλογών των ερευνητών. Για παράδειγμα, σε ορισμένες έρευνες που παρουσιάζουν τα άτομα με αναπηρία ως λιγότερο ευτυχή, η πειραματική ομάδα αποτελείται από άτομα που προσφάτως έχουν αποκτήσει κάποια αναπηρία και που δεν έχουν προλάβει στο σύντομο χρονικό διάστημα που βιώνουν τη νέα κατάσταση να προσαρμοστούν κατάλληλα επιστρέφοντας σε ένα προγενέστερο επίπεδο ευτυχίας.

Ίσως ένα από τα πιο αμφιλεγόμενα ευρήματα στη σχετική βιβλιογραφία να προέρχεται από έρευνες που εντοπίζουν μόνο μικρές διαφορές στα επίπεδα ευτυχίας ανάμεσα σε άτομα

με σοβαρές αναπηρίες, όπως παραπληγικούς και ασθενείς με αιμοδιάλυση, και σε άτομα χωρίς κάποια αναπηρία ή ασθένεια (Brickman et al., 1978; Riis et al., 2005). Το παράδοξο με αυτό το εύρημα έγκειται στο γεγονός ότι τα άτομα δίχως αναπηρία συχνά θεωρούν ότι η ποιότητα ζωής και γενικότερα τα επίπεδα ευτυχίας των αναπήρων είναι ιδιαίτερα χαμηλά, παραγνωρίζοντας τον ρόλο της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην αναπηρία. Αν τα άτομα χωρίς αναπηρία δεν λάβουν υπόψιν αυτή τη διαδικασία της προσαρμογής ή αν υποτιμήσουν την αξία της, τότε αναπόφευκτα θα οδηγηθούν σε αρνητικές και πεσιμιστικές εκτιμήσεις σχετικά με την αναπηρία (Ubel, Loewenstein, Schwarz, & Smith, 2005), που επιβεβαιώνουν την ύπαρξη του φαινομένου που ονομάστηκε από τους Albrecht & Devlieger (1999) ως το «παράδοξο της αναπηρίας» (*disability paradox*). Σύμφωνα με το παράδοξο της αναπηρίας τα άτομα με κάποια ασθένεια ή αναπηρία συνήθως δεν αισθάνονται τόσο δυστυχείς όσο πιστεύουν τα άτομα χωρίς κάποια ασθένεια ή αναπηρία, καθώς οι τελευταίοι τείνουν να αγνοούν τον παράγοντα της προσαρμογής στην αναπηρία.

Η πραγματικότητα λοιπόν των ατόμων με αναπηρία διαφέρει από τις κοινές αντιλήψεις. Παρότι ορισμένες κατηγορίες ατόμων με αναπηρίες (αυτοί που έχουν σοβαρές δυσλειτουργίες) έχουν μία μέση ποιότητα ζωής πιο χαμηλή από τον μη ανάπηρο πληθυσμό, αυτή η συνολική μέση ποιότητα ζωής είναι πολύ υψηλότερη απ' ό,τι αναμένουν τα άτομα δίχως αναπηρίες (Albrecht & Devlieger, 1999).

Το θεωρητικό υπόβαθρο γύρω από το ζήτημα αυτό δεν είναι ιδιαίτερα ευρύ. Οι Graham & Oswald (2006) αιτιολογούν τη σημαντικά υψηλότερη απ' ό,τι θα ανέμεναν τα άτομα δίχως αναπηρίες ικανοποίηση από τη ζωή και ευτυχία που δηλώνουν τα άτομα με αναπηρία μέσω της *ηδονικής προσαρμογής* (*hedonic adaptation*) που διατυπώθηκε από τους Frederick & Loewenstein (1999), περιγράφοντας τον τρόπο που η προσαρμογή εξελίσσεται με βάση ένα μοντέλο στο οποίο η φύση ορθολογικά χρησιμοποιεί την ευτυχία σαν μια συσκευή που κάνει τα υποκείμενα να εκτιμούν αποτελεσματικά τη ζωή τους. Η προσαρμογή του ατόμου σε ένα συμβάν της ζωής του συνιστά έννοια λειτουργική (Frederick & Loewenstein, 1999), εφόσον αποτελεί σημαντικό συστατικό κάθε ομοιοστατικού μηχανισμού (Cummins, 2010). Και παρόλο που μπορεί να τροποποιηθεί ο ρυθμός της προσαρμογής ως έναν βαθμό (Larsen & Prizmic, 2008) είναι μάλλον απίθανο, αλλάζοντας τις εξωτερικές συνθήκες, να ασκήσει η προσαρμογή επίδραση για μεγάλο χρονικό διάστημα στην ευτυχία. Η διαδικασία της προσαρμογής ενεργοποιείται από ένα εξωτερικό ερέθισμα το οποίο προκαλεί μία σωματική ή ψυχολογική αντίδραση (π.χ. μειωμένη υποκειμενική ευημερία). Με το πέρασμα του χρόνου η αντίδραση μειώνεται και η υποκειμενική ευημερία επιστρέφει στο προηγούμενο επίπεδο μέσω μιας διαδικασίας

προσαρμογής (Luhmann et al., 2012). Για αρνητικά γεγονότα η προσαρμογή μπορεί να συγκριθεί με μία πορεία ανάρρωσης κατά την οποία η φυσιολογική λειτουργικότητα φτάνει στα όρια της ψυχοπαθολογίας ή και κάτω από αυτά, συνήθως για διάστημα περίπου 7 μηνών, και έπειτα σταδιακά επιστρέφει στα προηγούμενα επίπεδα (Bonanno, 2004, 20).

Αντίθετα σε αυτή τη θεώρηση, η *θεωρία της κληρονομικότητας της ευτυχίας (set-point theory)* υποστηρίζει ότι η προσαρμογή συμβαίνει επειδή τα ανθρώπινα όντα είναι προικισμένα με καθορισμένα *σημεία ευτυχίας (set points)*. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, οι άνθρωποι αρχικά αντιδρούν στα γεγονότα, αλλά στη συνέχεια επιστρέφουν στην πρότερη κατάσταση μέσω μιας διαδικασίας προσαρμογής που καθορίζεται από βιολογικούς παράγοντες και στοιχεία της προσωπικότητας (Brickman & Campbell, 1971). Παρότι αρκετά χρήσιμη η θεωρία της κληρονομικότητας της ευτυχίας, ωστόσο δεν αιτιολογεί γιατί η προσαρμογή σε κάποια γεγονότα είναι πιο γρήγορη απ' ό,τι σε άλλα (Lucas, 2005, 2007a; Lucas et al., 2004; Oswald & Powdthavee, 2008)

Χαρακτηριστική είναι η έρευνα των Schkade & Kahneman (1998), οι οποίοι ζήτησαν από μια ομάδα υποκειμένων χωρίς αναπηρία να εκτιμήσουν την επικράτηση αρνητικών συναισθημάτων έναντι των θετικών σε άτομα με παραπληγία. Οι ερευνητές υπολόγισαν την επίδραση που άσκησε στις εκτιμήσεις των υποκειμένων η σχέση τους με κάποιο άτομο με παραπληγία. Τα υποκείμενα που δεν γνώριζαν κάποιον παραπληγικό υποστήριξαν την ισχυρή επικράτηση αρνητικών συναισθημάτων έναντι των θετικών με ποσοστά 43% και 32% αντίστοιχα. Αντίθετα, τα υποκείμενα που γνώριζαν κάποιον παραπληγικό υποστήριξαν την ισχυρή επικράτηση θετικών συναισθημάτων έναντι αρνητικών με ποσοστά 53% και 20% αντίστοιχα. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι όσο λιγότερα γνωρίζει ένα άτομο για την παραπληγία, τόσο χειρότερη κατάσταση θεωρεί ότι αυτή είναι (Schkade & Kahneman, 1998, 340).

Η προσαρμογή σε κάθε νέα κατάσταση αρχίζει όταν το άτομο αποσύρει την προσοχή του από τη νέα αυτή κατάσταση που βιώνει. Για παράδειγμα, ένα άτομο που ξαφνικά βιώνει μία σημαντική ακουστική απώλεια σταδιακά αποσύρει την προσοχή του από τη νέα κατάσταση και τους συνακόλουθους περιορισμούς στη λειτουργικότητα, συνθήκες που αρχικά είχαν καταβάλει τη σκέψη του, και αρχίζει να ασχολείται με διάφορα άλλα ζητήματα της καθημερινότητας προσαρμοζόμενο στη νέα κατάσταση. Ένας τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι προσαρμόζονται είναι βρίσκοντας εναλλακτικούς τρόπους να αντιμετωπίσουν τη νέα κατάσταση. Ένα άτομο με οπτική αναπηρία βρίσκει εναλλακτικούς τρόπους να χρησιμοποιήσει έναν ηλεκτρονικό υπολογιστή για να γράψει ένα κείμενο και έτσι υπερπηδά τους περιορισμούς στη λειτουργικότητά του λόγω των προβλημάτων

όρασης που αντιμετωπίζει. Επιπλέον, τα άτομα προσαρμόζονται ψυχολογικά αλλάζοντας τους στόχους και τις προτεραιότητές τους στη ζωή. Μπορεί να μειώνουν τις προσδοκίες τους αναφορικά με το τι μπορούν να επιτύχουν σε τομείς της ζωής που έχουν επηρεαστεί από την αναπηρία (Lepore & Eton, 2000). Βρίσκουν νόημα και σκοπό σε άλλες πτυχές της ζωής. Ίσως ακόμα να επαναπροσδιορίσουν στους εαυτούς τους τι σημαίνει ευτυχία (Ubel et al., 2005).

Ο βαθμός, το μέγεθος και η ταχύτητα αυτής της προσαρμογής του ατόμου στην κατάσταση της αναπηρίας του ποικίλει (Dolan & Kahneman, 2008; Lucas, 2007b; Wilson & Gilbert, 2008). Ο Lucas (2007b) σε μία διαχρονική έρευνα χρησιμοποιώντας δεδομένα από ένα εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα Γερμανών, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η αναπηρία συνδέεται με μέτρια προς υψηλή πτώση των επιπέδων στην ευτυχία των ατόμων. Τα αποτελέσματα της έρευνας επίσης δείχνουν ότι τα υποκείμενα με επίκτητες αναπηρίες δείχνουν μικρή μόνο προσαρμογή μέσα στον χρόνο. Με την έννοια αυτή, τα υποκείμενα διαβιώνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα μετά την εμφάνιση της αναπηρίας τους σε συνθήκες που χαρακτηρίζονται από μειωμένα επίπεδα ευημερίας.

Οι Oswald & Powdthavee (2008) χρησιμοποιώντας διαχρονικά δεδομένα από ένα εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα Βρεττανών επιβεβαίωσαν την αρνητική επίδραση της αναπηρίας στην ικανοποίηση από τη ζωή. Επιπλέον, εντόπισαν μερική προσαρμογή στην αναπηρία και μάλιστα σε ποσοστό 50% με 30% για μέτρια προς σοβαρή αναπηρία αντίστοιχα. Επιπλέον, έδειξαν ότι οι άνθρωποι μπορούν να ανακτήσουν μέχρι και το 30% της πτώσης του επιπέδου της ικανοποίησής τους από τη ζωή μέσα σε μόνο 3 χρόνια αφότου αποκτήσουν κάποια σοβαρή αναπηρία. Οι ίδιοι σ' αυτή την περίπτωση εντόπισαν ότι τα υποκείμενα του δείγματος εμφάνισαν υψηλά επίπεδα προσαρμογής στην αναπηρία, ωστόσο η προσαρμογή αυτή δεν ήταν πλήρης. Με βάση τα αποτελέσματα αυτά οι ερευνητές κατέληξαν στη διαπίστωση ότι η ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην αναπηρία είναι δυνατή ως έναν σημαντικό βαθμό, χωρίς ωστόσο να ολοκληρώνεται πλήρως.

Ο Pagán-Rodríguez (2010) χρησιμοποιώντας, όπως και ο Lucas (2007b) διαχρονικά δεδομένα από ένα μεγάλο δείγμα Γερμανών, επιβεβαίωσε την αρνητική επίδραση της αναπηρίας στην ικανοποίηση από τη ζωή και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα άτομα με επίκτητες αναπηρίες προσαρμόζονται στη νέα κατάσταση που βιώνουν. Μάλιστα, η προσαρμογή αυτή είναι πλήρης μετά από ένα διάστημα 6 ετών από την εμφάνιση της αναπηρίας.

Ο Powdthavee (2009) διεξήγαγε μία διαχρονική έρευνα αξιολογώντας την ικανοποίηση σε διαφορετικούς τομείς της ζωής σε ένα ευρύ εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα

Βρεττανών. Ο ίδιος διαπίστωσε ότι η εμφάνιση κάποιας αναπηρίας επιδρά αρχικά αρνητικά σε διάφορους τομείς της ζωής. Επιπλέον, βρήκε ότι η ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ατόμων στην αναπηρία τους που λαμβάνει χώρα σε όλους τους επηρεαζόμενους από την αναπηρία τομείς, είναι συχνά ημιτελής κυρίως σε περιπτώσεις σοβαρών αναπηριών.

Αναφορικά και με την ηλικία, τον χρόνο κτήσης και το είδος της αναπηρίας σε συνάρτηση με την ευτυχία τα ευρήματα αν και περιορισμένα ποικίλουν. Οι Mehnert, Krauss, Nadler, & Boyd (1990) μελέτησαν την υποκειμενική ευημερία σε 675 άτομα με αναπηρία που βρίσκονταν σε παραγωγική ηλικία στις Η.Π.Α. Άτομα που βρίσκονταν μεταξύ 45 με 54 ετών ανέφεραν τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή. Εκείνοι που απέκτησαν την αναπηρία τους πριν την ηλικία των 20 ετών ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή σε σχέση με εκείνους που απέκτησαν την αναπηρία τους αργότερα στη ζωή. Αναφορικά με το είδος της αναπηρίας οι ερευνητές βρήκαν ότι άτομα με αισθητηριακές αναπηρίες ανέφεραν υψηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή, ενώ οι κινητικά ανάπηροι και τα άτομα με πολλαπλές αναπηρίες ή σοβαρά προβλήματα υγείας ανέφεραν χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή. Ακόμη, οι ερευνητές βρήκαν ότι τα άτομα με αναπηρία μετά από σύγκριση με ένα άλλο δείγμα μη αναπήρων εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή. Τέλος, η ικανοποίηση από τη ζωή συνδέθηκε με τη σοβαρότητα της αναπηρίας, όπως έχουν επισημάνει και άλλοι ερευνητές (Lucas, 2007b; Mehnert et al., 1990; Powdthavee, 2009; Clayton & Chubon, 1994; Uppal, 2006).

Έρευνα της Uppal (2006) σε μεγάλο δείγμα ατόμων με κινητικές και αισθητηριακές αναπηρίες καθώς και άτομα με ψυχολογικά προβλήματα στον Καναδά κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η υποκειμενική ευημερία επηρεάζεται αρνητικά από τη σοβαρότητα της αναπηρίας, αλλά παράλληλα είναι ανεξάρτητη από το είδος της αναπηρίας. Τα ευρήματα επιπλέον υποδεικνύουν ότι άτομα με εκ γενετής αναπηρία δηλώνουν πιο ευτυχείς από εκείνους με επίκτητες αναπηρίες, πιθανώς επειδή οι πρώτοι έχουν συνηθίσει το καθεστώς της αναπηρίας τους. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από τους Krause & Sternberg (1997) και τους Mehnert et al. (1990). Η προσαρμογή είναι λέξη κλειδί με τα νεαρά άτομα να προσαρμόζονται πιο εύκολα στη νέα κατάσταση από άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Η ευτυχία επίσης φάνηκε ανεξάρτητη από την οικογενειακή κατάσταση των υποκειμένων, ενώ η επαγγελματική κατάσταση συνδέθηκε σημαντικά με την ευτυχία. Έτσι, άτομα με αναπηρία τα οποία δεν εργάζονταν εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα ευτυχίας, εύρημα που συνάδει και με πορίσματα των Mehnert et al. (1990). Η Uppal (2006) συγκρίνοντας τις απαντήσεις του δείγματός της με τις αντίστοιχες της έρευνας του Hill (2004) διαπίστωσε ότι τα άτομα με αναπηρία αναφέρουν χαμηλότερη ευτυχία από τα άτομα δίχως αναπηρία.



Άλλες έρευνες έχουν εντοπίσει ότι η υποκειμενική ευημερία και η ποιότητα ζωής είναι ανεξάρτητες από τη σοβαρότητα της αναπηρίας (Bach & Tilton, 1994; Fuhrer et al., 1992; Krause & Dawis, 1992; Nosek, Fuhrer, & Potter, 1995; Siosteen, Lundqvist, Blomstrand, & Sullivan, 1990), ενώ κάποιοι ερευνητές (Lucas, 2007b; Mehnert et al., 1990; Powdthavee, 2009) βρήκαν ότι η ποιότητα ζωής ή η ικανοποίηση από τη ζωή μειώνεται όσο πιο σοβαρές είναι οι επιπτώσεις της αναπηρίας για το άτομο. Οι Frederick & Loewenstein (1999) επισήμαναν ότι ανεξάρτητα από την ηλικία εμφάνισης, οι προοδευτικά επιδεινούμενες ασθένειες οδηγούν σε χαμηλότερη ποιότητα ζωής από εκείνες στις οποίες η κατάσταση του ατόμου χαρακτηρίζεται από σταθερότητα. Επιπλέον, τα αποτελέσματα των Mehnert et al. (1990) σχετικά με τον χρόνο κτήσης της αναπηρίας δεν έχουν επιβεβαιωθεί από άλλες έρευνες (Crisp, 1992; Fuhrer et al., 1992; Ville, Ravaud, & Tetrafigap Group, 2001).

Οι Riis et al. (2005) δεν βρήκαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα υποκειμενικής ευημερίας μεταξύ πασχόντων από αιμοδιάλυση και μιας ομάδας ελέγχου, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με αιμοδιάλυση προσαρμόζονται πλήρως στην κατάσταση που βιώνουν.

Έρευνα των Kinney & Coyle (1992) έδειξε ότι ο πιο σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται θετικά με την ικανοποίηση από τη ζωή για τους κινητικά ανάπηρους είναι οι δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου και ότι σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν η οικονομική και η οικογενειακή κατάσταση, η αυτοεκτίμηση, η ικανοποίηση από την υγεία και οι θρησκευτικές δραστηριότητες.

Οι DeRoos-Cassini et al. (2009) σε έρευνά τους με δείγμα 79 βετεράνους του στρατού με σοβαρή επίκτητη κινητική αναπηρία μελέτησαν την επίδραση της σοβαρότητας της αναπηρίας, την αντιλαμβανόμενη απώλεια της σωματικής λειτουργικότητας και την απόδοση νοήματος στη ζωή σε σχέση με την ψυχολογική ευημερία. Η σοβαρότητα της αναπηρίας φάνηκε να μη συνδέεται με την ψυχολογική ευημερία, σε αντίθεση με την αντιλαμβανόμενη απώλεια της σωματικής λειτουργικότητας η οποία συνδέθηκε αρνητικά. Η απόδοση νοήματος εμφάνισε σημαντική θετική συνάφεια με την ψυχολογική ευημερία. Από τα αποτελέσματα προέκυψε επίσης ότι η απόδοση νοήματος και σκοπού στη ζωή και η αντιλαμβανόμενη απώλεια της σωματικής λειτουργικότητας είναι σημαντικές μεταβλητές που συνδέονται με την προσαρμογή στην κινητική αναπηρία.

Οι Mailhan, Azouvi, & Dazord (2005) εξέτασαν την ικανοποίηση από τη ζωή σε άτομα με αναπηρία μετά από σοβαρό τραυματισμό στον εγκέφαλο. Τα άτομα αυτά εμφανίστηκαν ελαφρώς λιγότερο ικανοποιημένα με τις γνωστικές τους ικανότητες, τις σωματικές τους

δραστηριότητες και την αυτοεκτίμησή τους. Οι Mollaoğlu, Tuncay, & Fertelli (2010) δίνουν έμφαση στην ικανοποίηση από τη ζωή ατόμων της τρίτης ηλικίας με κινητική αναπηρία. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η αναπηρία επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίηση από τη ζωή, και ότι η ηλικία, η εκπαίδευση και η υποκειμενική αντίληψη της υγείας είναι βασικές παράμετροι της ικανοποίησης από τη ζωή.

Οι Ville et al. (2001) διερευνώντας σε 1668 άτομα με σοβαρή κινητική επίκτητη αναπηρία την ευτυχία σε συνάρτηση με διάφορους κοινωνικούς, ψυχοκοινωνικούς και κλινικούς παράγοντες, εντόπισαν ότι η ηλικία του δείγματος, η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας και η επαγγελματική κατάσταση δεν συνδέονται άμεσα με την ευτυχία. Αντίθετα, η ύπαρξη πόνου και η υποκειμενική εκτίμηση της ανεξαρτησίας του ατόμου και της σοβαρότητας της αναπηρίας αποτέλεσαν σημαντικούς προβλεπτικούς δείκτες της ευτυχίας των ατόμων του δείγματος.

Οι Mattevi, Bredemeier, Fam, & Fleck (2012) σε έρευνά τους με δείγμα άτομα με διάφορες αναπηρίες (π.χ. οπτική, νοητική, κ.ά.), συγγενείς και φροντιστές ατόμων με αναπηρίες, διαπίστωσαν ότι αναφορικά με την ποιότητα ζωής τους τα άτομα με αναπηρία του δείγματος ανέφεραν συγκεκριμένους παράγοντες ως σημαντικούς. Μεταξύ αυτών των παραγόντων ήταν και η επαγγελματική κατάσταση, η μόρφωση, οι δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου και η κοινωνική ένταξη.

Οι Tsiougoulis et al. (2007) σε έρευνά τους με δείγμα ασθενείς με Υποτροπιάζουσα Διαλείπουσα ΣκΠ μελέτησαν τις σχέσεις μεταξύ κατάθλιψης και άγχους με την ηλικία, το φύλο, τη διάρκεια της ασθένειας, το εκπαιδευτικό επίπεδο, τον βαθμό της αναπηρίας και τη φαρμακευτική θεραπεία που ακολουθούσαν τα υποκείμενα. Από την εξέταση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι η κατάσταση της αναπηρίας είναι ένας ανεξάρτητος αλλά μέτρια προσδιοριστικός παράγοντας της κατάθλιψης και του άγχους στα άτομα με ΣκΠ, και ότι η διάρκεια της ασθένειας δεν συνδέεται σημαντικά με την κατάθλιψη.

Οι Mikula et al. (2016) διερεύνησαν την υπόθεση ότι η αυτοεκτίμηση και η κοινωνική εμπλοκή συνδέονται με πτυχές της ποιότητας ζωής σε 118 ασθενείς με ΣκΠ. Οι ερευνητές εντόπισαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η διάρκεια και η κατάσταση της ασθένειας, η κοινωνική συμμετοχή και η αυτοεκτίμηση με συγκεκριμένες πτυχές της ποιότητας ζωής.

Ο Chalk (2007) σε έρευνά του εξέτασε την επίδραση γνωστικών και συμπεριφορικών μεταβλητών στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή 329 ατόμων με ΣκΠ. Η θετική προσαρμογή στην αναπηρία συνδέθηκε με υψηλή ικανοποίηση από τη ζωή, χαμηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, ενώ παράγοντες που συνδέονται με την κατάσταση της αναπηρίας (π.χ.

διάρκεια της αναπηρίας, κατάσταση της υγείας, βαθμός αναπηρίας) δεν εμφάνισαν σημαντική συσχέτιση με την προσαρμογή. Τα ευρήματα αυτά σύμφωνα με τους ερευνητές υποδεικνύουν ότι η προσαρμογή των ατόμων με ΣκΠ στην κατάσταση της αναπηρίας τους συνδέεται περισσότερο με γνωστικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες παρά με στοιχεία που αφορούν στη φύση της ασθένειας.

Οι Smedema et al. (2010) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ διαφόρων θετικών (ελπίδα, η αίσθηση του χιούμορ) και αρνητικών (στρες, μη λειτουργικές συμπεριφορές) μεταβλητών αντιμετώπισης της αναπηρίας με συναισθήματα αυταξίας και με την υποκειμενική ευημερία (ποιότητα ζωής, ικανοποίηση από τη ζωή) 242 υποκειμένων με κακώσεις του νωτιαίου μυελού. Οι θετικές πεποιθήσεις των υποκειμένων περί αυταξίας που μετρήθηκαν μέσω της αυτοεκτίμησης και της αποδοχής της αναπηρίας συνδέθηκαν θετικά με την υποκειμενική ευημερία. Επιπλέον, η θετική αντιμετώπιση της αναπηρίας φάνηκε ότι οδηγεί σε υψηλότερα επίπεδα της υποκειμενικής ευημερίας των υποκειμένων λόγω βελτίωσης της αυτοεκτίμησης, ενώ η αρνητική αντιμετώπιση εμφάνισε αρνητική σύνδεση με τη θετική αυταξία και την υποκειμενική ευημερία. Γενικά, από την επισκόπηση των ευρημάτων προκύπτει ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης της αναπηρίας, θετικές ή αρνητικές, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην αναπηρία και κατ' επέκταση στην ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρίες.

Οι Jang, Mortimer, Haley, & Graves (2004) μελετώντας την επίδραση της κοινωνικής συνδιαλλαγής στην ικανοποίηση από τη ζωή, βρήκαν ότι τα υποκείμενα με κάποια ασθένεια σε συνδυασμό με αναπηρία έχουν χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής συνδιαλλαγής και ικανοποίησης από τη ζωή.

Ορισμένες άλλες έρευνες εστιάζουν σε συγκεκριμένες διαστάσεις της ικανοποίησης από τη ζωή. Για παράδειγμα, η Urral (2005) επισημαίνει ότι ελέγχοντας συγκεκριμένα στοιχεία στον εργασιακό χώρο, άτομα με κινητική αναπηρία είναι λιγότερο πιθανό να αναφέρουν χαμηλότερη ικανοποίηση από τα άτομα δίχως αναπηρία. Στην ίδια κατεύθυνση, οι Pagán & Malo (2009) εξηγούν ότι άτομα με αναπηρία είναι πιο πιθανό να δηλώσουν πιο ευχαριστημένα από την εργασία τους απ' ό,τι οι μη ανάπηροι, αφού πρώτα ελεγχθούν συγκεκριμένες μεταβλητές συμπεριλαμβανομένων των χαρακτηριστικών της εργασίας. Το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευθεί μέσω των χαμηλότερων προσδοκιών που διαμορφώνουν τα άτομα αυτά από την εργασία τους.

Οι Boström & Ahlström (2005) σε έρευνά τους μελέτησαν την ποιότητα ζωής 46 ασθενών με μυϊκή δυστροφία και 36 συγγενών τους, καθώς και δημογραφικά στοιχεία και χαρακτηριστικά της ασθένειας τα οποία σχετίζονται με την ποιότητα ζωής. Από τα

αποτελέσματα προέκυψε ότι τα άτομα με μυϊκή δυστροφία είχαν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους συγγενείς του χωρίς δυστροφία, ενώ σημαντικές συσχετίσεις εμφανίστηκαν και αναφορικά με την επαγγελματική και οικογενειακή τους κατάσταση και την αυτοαποδοχή.

Οι Kitis, Eraslan, Koc, Giresun, & Usta (2016) μελέτησαν τη σχέση μεταξύ του βαθμού της αναπηρίας, της ικανοποίησης από τις δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου και της ποιότητας ζωής σε 627 εργαζόμενα άτομα με αναπηρία. Το δείγμα χωρίστηκε σε ομάδες αναφορικά με την ηλικία, το φύλο και τον βαθμό της αναπηρίας. Αναφορικά με την ποιότητα ζωής βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις σε σχέση με παράγοντες όπως η ηλικία και το φύλο, ενώ δεν εντοπίστηκαν σημαντικές συσχετίσεις της ικανοποίησης από δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου και του βαθμού της αναπηρίας με καμία από τις ομάδες του δείγματος.

Η ευτυχία δεν έχει ακόμη μελετηθεί συγκριτικά μεταξύ επίκτητης και εκ γενετούς αναπηρίας, παρότι προηγούμενες έρευνες έχουν υποστηρίξει ότι οι εκ γενετής αναπηρίες συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα υποκειμενικής ευημερίας (Alfano, Neilson, & Fink, 1993; Hampton, 2004; Krause & Dawis, 1992). Και επιπλέον, παρότι η μεγαλύτερη διάρκεια της αναπηρίας συνήθως συνδέεται με καλύτερη προσαρμογή (Alfano et al., 1993; Krause & Dawis, 1992), θεωρείται ότι η προέλευση της αναπηρίας είναι πιο ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας της υποκειμενικής ευημερίας με την έννοια ότι άτομα με εγγενείς αναπηρίες έχουν διαμορφώσει από πολύ νωρίς την ταυτότητα της αναπηρίας (Smart, 2008).

Η Bogart (2014) σε δείγμα 226 ατόμων με εκ γενετής και επίκτητη κινητική αναπηρία διερεύνησε την υπόθεση ότι η προέλευση της αναπηρίας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της αυτοαντίληψης, η οποία επιδρά στη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης από τη ζωή. Η ίδια κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η αυτοεκτίμηση, η ταυτότητα της αναπηρίας, η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας και το εισόδημα αποτελούν σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες της ικανοποίησης από τη ζωή και ότι η εκ γενετής αναπηρία συνδέεται με υψηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή.

## **Κεφάλαιο 6: Εμπειρική μελέτη**

### **6.1 Εισαγωγή**

Όπως διαπιστώθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, διεθνώς πλήθος ερευνών ασχολήθηκαν με την ευτυχία των ατόμων και τους παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωσή της, ενώ έχουν εντοπίσει σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ διαφόρων μεταβλητών. Ωστόσο, η έρευνα διεθνώς στον τομέα της αναπηρίας είναι ιδιαίτερα περιορισμένη, αλλά ιδιαίτερα στην Ελλάδα, όπου το σχετικό ερευνητικό κενό είναι σημαντικό, ο εντοπισμός αυτών των παραμέτρων έχει μεγάλη σημασία, ώστε να αναπτυχθούν τα κατάλληλα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα που θα ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες των ατόμων που είτε εκ γενετής είτε κατά τη διάρκεια της ζωής τους έχουν αποκτήσει κάποιας μορφής αναπηρία και θα συμβάλουν στην προαγωγή της ευτυχίας τους. Η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα βιώνουν την εμπειρία της χρόνιας ασθένειας ή αναπηρίας έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς έχει βρεθεί ότι αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για την προσαρμογή του ατόμου στην κατάσταση αυτή της αναπηρίας του.

Στη μελέτη που ακολουθεί, αναφέρονται διεξοδικά οι στόχοι της έρευνας και με βάση αυτούς τους βασικούς στόχους περιγράφονται τα ερευνητικά ερωτήματα 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, ενώ γίνεται και αναφορά στην συλλογή των ερευνητικών δεδομένων, όπου περιγράφεται αναλυτικά η διαδικασία της συγκέντρωσης των ερωτηματολογίων. Τέλος, περιγράφονται τα ερευνητικά αποτελέσματα.

### **6.2 Σκοπός έρευνας**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει την ευτυχία σε άτομα με αναπηρία σε συνάρτηση με την αυτοεκτίμηση και την ψυχοκοινωνική προσαρμογή τους στην αναπηρία. Επιπλέον, διερευνά πώς στοιχεία που αφορούν στην κατάσταση της αναπηρίας επηρεάζουν την ευτυχία των ατόμων με αναπηρία του δείγματος.

Ειδικότερα, βασικοί στόχοι της παρούσας εργασίας είναι:

- α) Η διερεύνηση της ευτυχίας και των διαστάσεών της, της προσαρμογής στην αναπηρία και των υποκλιμάκων της, καθώς και η διερεύνηση της αυτοεκτίμησης σε σχέση με το είδος της αναπηρίας των ατόμων του δείγματος.
- β) Η διερεύνηση της επίδρασης της προσαρμογής στην αναπηρία και των υποκλιμάκων της, της επίδρασης της αυτοεκτίμησης, καθώς και συγκεκριμένων ατομικών στοιχείων (π.χ. προέλευση αναπηρίας, διάρκεια αναπηρίας, ύπαρξη πόνου, κ.λπ.) στην ευτυχία και στις διαστάσεις της για τα άτομα με αναπηρία του δείγματος.

Σύμφωνα με τα παραπάνω αλλά και με βάση τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης είναι τα ακόλουθα:

1. Διαφοροποιείται η ευτυχία (ικανοποίηση από τη ζωή, ενεργητικότητα, θετικό συναίσθημα, κοινωνικότητα, συνολική ευτυχία) μεταξύ των ομάδων με αναπηρία του δείγματος;
2. Διαφοροποιείται η προσαρμογή στην αναπηρία (περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας, μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, διεύρυνση του πεδίου αξιών, υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης, συνολική προσαρμογή) μεταξύ των ομάδων με αναπηρία του δείγματος;
3. Διαφοροποιείται η αυτοεκτίμηση μεταξύ των ομάδων με αναπηρία του δείγματος;
4. Ποια είναι η επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία (περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας, μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, διεύρυνση του πεδίου αξιών, υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης, συνολική προσαρμογή) στην ευτυχία (ικανοποίηση από τη ζωή, ενεργητικότητα, θετικό συναίσθημα, κοινωνικότητα, συνολική ευτυχία) των ατόμων με αναπηρία του δείγματος;
5. Ποια είναι η επίδραση συγκεκριμένων ατομικών στοιχείων (π.χ. προέλευση αναπηρίας, διάρκεια αναπηρίας, ύπαρξη πόνου, κ.λπ.) στην ευτυχία (ικανοποίηση από τη ζωή, ενεργητικότητα, θετικό συναίσθημα, κοινωνικότητα, συνολική ευτυχία) των ατόμων με αναπηρία του δείγματος;
6. Ποια είναι η σχέση της αυτοεκτίμησης με την ευτυχία (ικανοποίηση από τη ζωή, ενεργητικότητα, θετικό συναίσθημα, κοινωνικότητα, συνολική ευτυχία) των ατόμων με αναπηρία του δείγματος;
7. Ποιοι παράγοντες (ατομικά στοιχεία, προσαρμογή στην αναπηρία, αυτοεκτίμηση) συνεισφέρουν και σε ποιο βαθμό στην ευτυχία (ικανοποίηση από τη ζωή, ενεργητικότητα, θετικό συναίσθημα, κοινωνικότητα, συνολική ευτυχία) των ατόμων με αναπηρία του δείγματος;

### 6.3 Δείγμα

Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος συνολικά 256 άτομα με αναπηρία εκ των οποίων 53 άτομα ήταν με οπτική αναπηρία, 51 άτομα με ακουστική αναπηρία, 84 άτομα με κινητική αναπηρία και 68 άτομα με χρόνιες ασθένειες (σακχαρώδη διαβήτη, σκλήρυνση κατά πλάκας, μεσογειακή αναιμία).

Η δομή του δείγματος ως προς τα ατομικά τους χαρακτηριστικά, όπως φαίνεται αναλυτικά στο Παράρτημα II, περιλαμβάνει το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, την εργασιακή κατάσταση, το εισόδημα, την περιοχή διαβίωσης, τη μορφή διαβίωσης, την ύπαρξη δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου, την ικανοποίηση από τις οικογενειακές και φιλικές σχέσεις, τη διάθεση για επικοινωνία πληροφοριών σχετικών με την αναπηρία, το είδος της αναπηρίας, την προέλευση της αναπηρίας και τη διάρκεια της αναπηρίας, την ύπαρξη πόνου, καθώς και τον ρόλο της θρησκευτικότητας στη ζωή των ατόμων του δείγματος.

Ως προς το φύλο των συμμετεχόντων στα άτομα με οπτική αναπηρία, οι 32 (12,5%) είναι άνδρες και οι 21 γυναίκες (8,2%), στα άτομα με ακουστική αναπηρία οι 24 (9,4%) είναι άνδρες και οι 27 (10,5%) γυναίκες, στα άτομα με κινητική αναπηρία οι 49 (19,1%) είναι άνδρες και οι 35 (13,7%) γυναίκες, και στα άτομα με χρόνιες ασθένειες είναι οι 29 (11,3%) άνδρες και οι 39 (15,2%) γυναίκες. Στο σύνολο του δείγματος 134 (52,3%) είναι άνδρες και 122 (47,7%) είναι γυναίκες.

Στο σύνολο του δείγματος 23 (9%) άτομα είναι από 18 έως 25 ετών, 54 (21,1%) από 26 έως 35 ετών, 85 (33,2%) από 36 έως 45 ετών, 66 (25,8%) από 46 έως 55 ετών και 28 (10,9%) άτομα άνω των 56 ετών. Η ηλικία των συμμετεχόντων με οπτική αναπηρία ήταν για 8 (3,1%) άτομα από 18 έως 25 ετών, για 14 (5,5%) άτομα από 26 έως 35 ετών, για 14 (5,5%) άτομα από 36 έως 45 ετών, για 13 (5,1%) άτομα από 46 έως 55 ετών και 4 (1,6%) άτομα με οπτική αναπηρία ήταν άνω των 56 ετών. Στα άτομα του δείγματος με ακουστική αναπηρία 4 (1,6%) άτομα ήταν από 18 έως 25 ετών, 13 (5,1%) άτομα από 26 έως 35 ετών, 16 (6,3%) άτομα από 36 έως 45 ετών, 13 (5,1%) άτομα από 46 έως 55 ετών και 5 (2%) άτομα είχαν ηλικία άνω των 56 ετών. Από τους συμμετέχοντες με κινητική αναπηρία 7 (2,7%) άτομα ήταν από 18 έως 25 ετών, 14 (5,5%) άτομα από 26 έως 35 ετών, 23 (9%) άτομα από 36 έως 45 ετών, 25 (9,8%) άτομα από 46 έως 55 ετών και 15 (5,9%) άτομα με ηλικία άνω των 56 ετών. Στα άτομα του δείγματος με χρόνιες ασθένειες 4 (1,6%) άτομα ήταν από 18 έως 25 ετών, 13 (5,1%) άτομα από 26 έως 35 ετών, 32 (12,5%) άτομα από 36

έως 45 ετών, 15 (5,9%) άτομα από 46 έως 55 ετών και 4 (1,6%) άτομα είχαν ηλικία άνω των 56 ετών.

Από τα 256 άτομα του δείγματος 102 (39,8%) είναι άγαμοι/ες, 131 είναι έγγαμοι/ες ή σε σχέση (51,2%), 19 (7,4%) διαζευγμένοι/ες, και 4 (1,6%) χήρου/ες. Ανά αναπηρία η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων είναι:

Στα άτομα με οπτική αναπηρία 29 (11,3%) άτομα είναι άγαμα, 21 (8,2%) άτομα είναι έγγαμα ή σε σχέση, 3 (1,2%) άτομα είναι διαζευγμένα και κανένα δεν βρίσκεται σε κατάσταση χηρείας. Στα άτομα με ακουστική αναπηρία 18 (7%) άτομα είναι άγαμα, 21 (8,2%) άτομα είναι έγγαμα ή σε σχέση, 10 (3,9%) άτομα είναι διαζευγμένα και 2 (0,8%) άτομα βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας. Από τους συμμετέχοντες με κινητική αναπηρία 28 (10,9%) άτομα είναι άγαμα, 51 (19,9%) άτομα είναι έγγαμα ή σε σχέση, 3 (1,2%) άτομα είναι διαζευγμένα και 2 (0,8%) άτομα βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας. Από τα άτομα με χρόνιες ασθένειες 27 (10,5%) άτομα είναι άγαμα, 38 (14,8%) άτομα είναι έγγαμα ή σε σχέση, 3 (1,2%) άτομα είναι διαζευγμένα και κανένα δεν βρίσκεται σε κατάσταση χηρείας.

Στο σύνολο του δείγματος 7 (2,7%) άτομα είναι Α/βάθμιας Εκπαίδευσης, 19 (7,4%) άτομα έχουν αποφοιτήσει από το Γυμνάσιο, 64 (25%) άτομα έχουν απολυτήριο Λυκείου, 110 (43%) άτομα έχουν τελειώσει ΑΕΙ/ΤΕΙ, 35 (13,7%) άτομα έχουν αποφοιτήσει από Επαγγελματικές Σχολές, 21 (8,2%) άτομα έχουν Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Σπουδών ή Διδακτορικό.

Στους συμμετέχοντες με οπτική αναπηρία κανείς δεν έχει αποφοιτήσει μόνο από το Δημοτικό, 5 (2%) άτομα έχουν απολυτήριο Γυμνασίου, 15 (5,9%) άτομα έχουν απολυτήριο Λυκείου, 24 (9,4%) άτομα έχουν πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ, 5 (2%) άτομα έχουν αποφοιτήσει από Επαγγελματικές Σχολές και 4 (1,6%) άτομα έχουν Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Σπουδών ή Διδακτορικό Τίτλο. Από τα άτομα του δείγματος με ακουστική αναπηρία 3 (1,2%) άτομα έχουν αποφοιτήσει μόνο από το Δημοτικό, 6 (2,3%) άτομα έχουν απολυτήριο Γυμνασίου, 14 (5,5%) άτομα έχουν απολυτήριο Λυκείου, 19 (7,4%) άτομα έχουν πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ, 6 (2,3%) άτομα έχουν αποφοιτήσει από Επαγγελματικές Σχολές και 3 (1,2%) άτομα έχουν Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Σπουδών ή Διδακτορικό Τίτλο. Από τους συμμετέχοντες με κινητική αναπηρία 3 (1,2%) άτομα έχουν αποφοιτήσει μόνο από το Δημοτικό, 8 (3,1%) άτομα έχουν απολυτήριο Γυμνασίου, 26 (10,2%) άτομα έχουν απολυτήριο Λυκείου, 24 (9,4%) άτομα έχουν πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ, 20 (7,8%) άτομα έχουν αποφοιτήσει από Επαγγελματικές Σχολές και 3 (1,2%) άτομα έχουν Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Σπουδών ή Διδακτορικό Τίτλο. Από τα άτομα με χρόνιες ασθένειες 1 (0,4%) άτομο έχει αποφοιτήσει από το Δημοτικό, κανείς δεν έχει μόνο απολυτήριο Γυμνασίου, 9 (3,5%) άτομα έχουν



απολυτήριο Λυκείου, 43 (16,8%) άτομα έχουν πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ, 4 (1,6%) άτομα έχουν αποφοιτήσει από Επαγγελματικές Σχολές και 11 (4,3%) έχουν Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Σπουδών ή Διδακτορικό Τίτλο.

Η πλειοψηφία των ατόμων με αναπηρία του δείγματος είναι εργαζόμενοι. Στο σύνολο του δείγματος, 43 (16,8%) άτομα είναι άνεργοι, 111 (43,4%) άτομα εργάζονται, 82 (32%) άτομα είναι συνταξιούχοι, 11 (4,3%) άτομα είναι φοιτητές και 9 (3,5%) άτομα είναι ημιαπασχολούμενοι. Συγκεκριμένα, στους συμμετέχοντες με οπτική αναπηρία 9 (3,5%) άτομα είναι άνεργοι/ες, 22 (8,6%) άτομα εργάζονται, 17 (6,6%) άτομα είναι συνταξιούχοι/ες, 3 (1,2%) άτομα είναι φοιτητές/τριες, και 2 (0,8%) άτομα ημιαπασχολούνται. Στα άτομα με ακουστική αναπηρία 8 (3,1%) άτομα είναι άνεργοι/ες, 28 (10,9%) άτομα εργάζονται, 9 (3,5%) άτομα είναι συνταξιούχοι/ες, 3 (1,2%) άτομα είναι φοιτητές/τριες, και 3 (1,2%) άτομα είναι ημιαπασχολούμενοι. Στους συμμετέχοντες με κινητική αναπηρία 18 (7%) άτομα είναι άνεργοι/ες, 23 (9%) άτομα εργάζονται, 36 (14,1%) άτομα είναι συνταξιούχοι/ες, 3 (1,2%) άτομα είναι φοιτητές/τριες, και 4 (1,6%) άτομα είναι ημιαπασχολούμενοι. Στους χρόνια ασθενείς 8 (3,1%) άτομα είναι άνεργοι/ες, 38 (14,8%) άτομα εργάζονται, 20 (7,8%) άτομα είναι συνταξιούχοι/ες, 2 (0,8%) άτομα είναι φοιτητές/τριες, και κανείς δεν είναι ημιαπασχολούμενος/η.

Στο σύνολο του δείγματος 162 (63,3%) άτομα έχουν εισόδημα έως 1000 ευρώ τον μήνα, 62 (24,2%) άτομα από 1001-1500 ευρώ, 14 (5,5%) άτομα από 1501-2000 ευρώ, 13 (5,1%) άτομα από 2001 έως 2500 ευρώ, και 5 (2%) άτομα άνω των 2500 ευρώ τον μήνα. Στους συμμετέχοντες με οπτική αναπηρία οι 36 (14,1%) έχουν εισόδημα έως 1000 ευρώ, οι 12 (4,7%) έχουν εισόδημα μεταξύ 1001 έως 1500 ευρώ, οι 3 (1,2%) έχουν εισόδημα από 1501 έως 2000 ευρώ, οι 2 (0,8%) έχουν εισόδημα από 2001 έως 2500 ευρώ, και κανείς δεν έχει εισόδημα άνω των 2500 ευρώ τον μήνα. Στα άτομα με ακουστική αναπηρία 36 (14,1%) άτομα έχουν εισόδημα έως 1000 ευρώ, 10 (3,9%) άτομα έχουν εισόδημα μεταξύ 1001 έως 1500 ευρώ, 1 (0,4%) άτομα έχει εισόδημα από 1501 έως 2000 ευρώ, 3 (1,2%) άτομα έχουν εισόδημα από 2001 έως 2500 ευρώ, και 1 (0,4%) άτομο έχει εισόδημα άνω των 2500 ευρώ τον μήνα. Από τους συμμετέχοντες με κινητική αναπηρία οι 55 (21,5%) έχουν εισόδημα έως 1000 ευρώ, οι 21 (8,2%) έχουν εισόδημα μεταξύ 1001 έως 1500 ευρώ, οι 4 (1,6%) έχουν εισόδημα από 1501 έως 2000 ευρώ, οι 4 (1,6%) έχουν εισόδημα από 2001 έως 2500 ευρώ, και κανείς δεν έχει εισόδημα άνω των 2500 ευρώ τον μήνα. Στους χρόνια ασθενείς οι 35 (13,7%) έχουν εισόδημα έως 1000 ευρώ, οι 19 (7,4%) έχουν εισόδημα μεταξύ 1001 έως 1500 ευρώ, οι 6 (2,3%) έχουν εισόδημα από 1501 έως 2000 ευρώ, οι 4 (1,6%) έχουν

εισόδημα από 2001 έως 2500 ευρώ, και οι 4 (1,6%) έχουν εισόδημα άνω των 2500 ευρώ τον μήνα.

Από το σύνολο του δείγματος, οι 186 (72,7%) άτομα διαμένουν σε αστική περιοχή, ενώ οι 70 (27,3%) διαμένουν σε κωμόπολη ή χωριό. Πιο αναλυτικά, από τα άτομα με οπτική αναπηρία οι 41 (16%) διαμένουν σε αστική περιοχή και οι 12 (4,7%) διαμένουν σε κωμόπολη/χωριό. Στα άτομα με ακουστική αναπηρία 40 (15,6%) άτομα διαμένουν σε αστική περιοχή και 11 (4,3%) άτομα διαμένουν σε κωμόπολη/χωριό. Από τους συμμετέχοντες με κινητική αναπηρία 56 (21,9%) άτομα διαμένουν σε αστική περιοχή και 28 (10,9%) άτομα διαμένουν σε κωμόπολη/χωριό. Από τα άτομα με χρόνιες ασθένειες 49 (19,1%) άτομα διαμένουν σε αστική περιοχή και 19 (7,4%) άτομα διαμένουν σε κωμόπολη/χωριό.

Συνολικά, αναφορικά με τη μορφή διαβίωσης, 62 (24,2%) υποκείμενα μένουν μόνοι τους, 181 (70,7%) υποκείμενα μένουν με συγγενείς, και 13 (5,1%) υποκείμενα μένουν με φίλους. Από τους συμμετέχοντες με οπτική αναπηρία οι 7 (2,7%) μένουν μόνοι τους, οι 44 (17,2%) μένουν με συγγενείς και οι 2 (0,8%) μένουν με φίλους. Στα άτομα με ακουστική αναπηρία οι 17 (6,6%) μένουν μόνοι τους, οι 28 (10,9%) μένουν με συγγενείς και οι 6 (2,3%) μένουν με φίλους. Στα άτομα με κινητική αναπηρία οι 16 (6,3%) μένουν μόνοι τους, οι 65 (25,4%) μένουν με συγγενείς και οι 3 (1,2%) μένουν με φίλους. Από τους χρόνια ασθενείς οι 22 (8,6%) μένουν μόνοι τους, οι 44 (17,2%) μένουν με συγγενείς και οι 2 (0,8%) μένουν με φίλους.

Από τα 256 άτομα του δείγματος με αναπηρία, επίκτητη η αναπηρία ήταν σε 163 (63,7%) από αυτά, ενώ εκ γενετής σε 93 (36,3%) άτομα. Αναλυτικά, επίκτητη η οπτική αναπηρία ήταν για 30 (11,7%) άτομα, ενώ εκ γενετής για 23 (9%) άτομα. Η ακουστική αναπηρία επήλθε μεταγενέστερα της γέννησης για 30 (11,7%) άτομα, ενώ για 21 (8,2%) άτομα ήταν εκ γενετής. Η κινητική αναπηρία ήταν επίκτητη για 73 (28,5%) άτομα, ενώ εκ γενετής για 11 (4,3%) άτομα. Επιπλέον, η χρόνια ασθένεια ήταν επίκτητη για 30 (11,7%) άτομα, ενώ εκ γενετής για 38 (14,8%) άτομα.

Ως προς το διάστημα της αναπηρίας, συνολικά 30 (11,7%) άτομα έχουν αποκτήσει μία αναπηρία τα τελευταία 5 χρόνια, 42 (16,4%) άτομα έχουν αναπηρία για 6 έως 10 χρόνια, 53 (20,7%) άτομα έχουν αναπηρία για 11 έως 20 χρόνια, ενώ 131 (51,2%) άτομα έχουν αναπηρία για 21 χρόνια και πάνω. Από τα άτομα με οπτική αναπηρία οι 3 (1,2%) απέκτησαν την αναπηρία τους τα τελευταία 5 χρόνια, οι 9 (3,5%) έχουν αναπηρία για 6 έως 10 χρόνια, οι 11 (4,3%) έχουν αναπηρία για 11 έως 20 χρόνια, και οι 30 (11,7%) έχουν αναπηρία για 21 χρόνια και πάνω. Από τα άτομα με ακουστική αναπηρία οι 5 (2%)

απέκτησαν την αναπηρία τους τα τελευταία 5 χρόνια, οι 5 (2%) έχουν αναπηρία για 6 έως 10 χρόνια, οι 8 (3,1%) έχουν αναπηρία για 11 έως 20 χρόνια, και οι 33 (12,9%) έχουν αναπηρία για 21 χρόνια και πάνω. Στα άτομα με κινητική αναπηρία οι 11 (4,3%) απέκτησαν την αναπηρία τους τα τελευταία 5 χρόνια, οι 19 (7,4%) έχουν αναπηρία για 6 έως 10 χρόνια, οι 25 (9,8%) έχουν αναπηρία για 11 έως 20 χρόνια, και οι 29 (11,3%) έχουν αναπηρία για 21 χρόνια και πάνω. Στους συμμετέχοντες με χρόνιες ασθένειες οι 11 (4,3%) απέκτησαν την αναπηρία τους τα τελευταία 5 χρόνια, οι 9 (3,5%) έχουν αναπηρία για 6 έως 10 χρόνια, οι 9 (3,5%) έχουν αναπηρία για 11 έως 20 χρόνια, και οι 39 (15,2%) έχουν αναπηρία για 21 χρόνια και πάνω.

Από το σύνολο των ατόμων του δείγματος 170 (66,4%) άτομα ανέφεραν ότι δεν βιώνουν κάποιον πόνο που να σχετίζεται με την αναπηρία τους, και 86 (33,6%) άτομα ανέφεραν την ύπαρξη πόνου που σχετίζεται με την αναπηρία τους. Στους οπτικά ανάπηρους οι 46 (18%) δήλωσαν ότι δεν αισθάνονταν πόνο, ενώ οι 7 (2,7%) δήλωσαν ότι πονούν. Στα άτομα με ακουστική αναπηρία 45 (17,6%) άτομα ανέφεραν ότι δεν αισθάνονταν πόνο, ενώ 6 (2,3%) άτομα ανέφεραν την ύπαρξη πόνου. Από τους συμμετέχοντες με κινητική αναπηρία 39 (15,2%) άτομα ανέφεραν ότι δεν πονούν, ενώ 45 (17,6%) άτομα ανέφεραν πόνο. Από τα άτομα με χρόνιες ασθένειες 40 (15,6%) άτομα δήλωσαν ότι δεν αισθάνονταν πόνο, ενώ οι 28 (10,9%) δήλωσαν ότι πονούν.

Σχετικά με την ενασχόληση με κάποιο χόμπι, 63 (24,6%) άτομα δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο χόμπι, ενώ 193 (75,4%) άτομα δήλωσαν ότι έχουν χόμπι. Από τους οπτικά ανάπηρους 9 (3,5%) άτομα δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο χόμπι, ενώ 44 (17,2%) άτομα δήλωσαν ότι έχουν. Στους συμμετέχοντες με ακουστική αναπηρία 7 (2,7%) άτομα δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο χόμπι, ενώ 44 (17,2%) άτομα δήλωσαν ότι έχουν. Από τους συμμετέχοντες με κινητική αναπηρία 34 (13,3%) άτομα δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο χόμπι, ενώ 50 (19,5%) δήλωσαν ότι έχουν.

Όσον αφορά στη συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα, συνολικά 17 (6,6%) άτομα τη χαρακτήρισαν ως μη ικανοποιητική, 61 (23,8%) άτομα τη χαρακτήρισαν ως μέτρια ικανοποιητική, και 178 (69,5%) άτομα τη χαρακτήρισαν ως ικανοποιητική. Από τους συμμετέχοντες με οπτική αναπηρία 5 (2%) άτομα χαρακτήρισαν ως μη ικανοποιητική τη σχέση τους με συγγενικά πρόσωπα, 12 (4,7%) άτομα την χαρακτήρισαν ως μέτρια ικανοποιητική, ενώ 36 (14,1%) άτομα την χαρακτήρισαν ως ικανοποιητική. Στα άτομα με ακουστική αναπηρία 4 (1,6%) άτομα χαρακτήρισαν ως μη ικανοποιητική τη σχέση τους με συγγενικά πρόσωπα, 16 (6,3%) άτομα την χαρακτήρισαν ως μέτρια ικανοποιητική, ενώ 31 (12,1%) άτομα την χαρακτήρισαν ως ικανοποιητική. Στους κινητικά ανάπηρους 7 (2,7%)

άτομα χαρακτήρισαν ως μη ικανοποιητική τη σχέση τους με συγγενικά πρόσωπα, 12 (4,7%) άτομα την χαρακτήρισαν ως μέτρια ικανοποιητική, ενώ 65 (25,4%) άτομα την χαρακτήρισαν ως ικανοποιητική. Από τους συμμετέχοντες με χρόνια ασθένεια 1 (0,4%) άτομο χαρακτήρισε ως μη ικανοποιητική τη σχέση του με συγγενικά του πρόσωπα, 21 (8,2%) άτομα την χαρακτήρισαν ως μέτρια ικανοποιητική, ενώ 46 (18%) άτομα την χαρακτήρισαν ως ικανοποιητική.

Όσον αφορά στη συναναστροφή με φιλικά πρόσωπα, συνολικά 6 (2,3%) άτομα τη χαρακτήρισαν ως μη ικανοποιητική, 54 (21,1%) άτομα τη χαρακτήρισαν ως μέτρια ικανοποιητική, και 196 (76,6%) άτομα τη χαρακτήρισαν ως ικανοποιητική. Από τους συμμετέχοντες με οπτική αναπηρία κανείς δεν χαρακτήρισε ως μη ικανοποιητική τη σχέση του με φιλικά του πρόσωπα, 8 (3,1%) άτομα την χαρακτήρισαν ως μέτρια ικανοποιητική, ενώ 45 (17,6%) άτομα την χαρακτήρισαν ως ικανοποιητική. Στα άτομα με ακουστική αναπηρία 2 (0,8%) άτομα χαρακτήρισαν ως μη ικανοποιητική τη σχέση τους με φιλικά πρόσωπα, 15 (5,9%) άτομα την χαρακτήρισαν ως μέτρια ικανοποιητική, ενώ 34 (13,3%) άτομα την χαρακτήρισαν ως ικανοποιητική. Στους κινητικά ανάπηρους 2 (0,8%) άτομα χαρακτήρισαν ως μη ικανοποιητική τη σχέση τους με φιλικά πρόσωπα, 13 (5,1%) άτομα την χαρακτήρισαν ως μέτρια ικανοποιητική, ενώ 69 (27%) άτομα την χαρακτήρισαν ως ικανοποιητική. Από τους συμμετέχοντες με χρόνια ασθένεια 2 (0,8%) άτομα χαρακτήρισαν ως μη ικανοποιητική τη σχέση τους με φιλικά τους πρόσωπα, 18 (7%) άτομα την χαρακτήρισαν ως μέτρια ικανοποιητική, ενώ 48 (18,8%) άτομα την χαρακτήρισαν ως ικανοποιητική.

Σχετικά με διάθεση να μοιράζονται πληροφορίες που αφορούν στην αναπηρία τους, 7 (2,7%) άτομα δήλωσαν ότι «ποτέ δε θα μοιράζονταν σχετικές πληροφορίες εκτός αν ήταν απολύτως απαραίτητο», 53 (20,7%) άτομα δήλωσαν ότι «θα μοιράζονταν περιορισμένο αριθμό πληροφοριών με συγκεκριμένα πρόσωπα», 82 (32%) άτομα δήλωσαν ότι «δέχονται θετικά την ευκαιρία να μοιραστούν σχετικές πληροφορίες για την αναπηρία τους και να διαφωτίσουν τους άλλους», 114 (44,5%) άτομα δήλωσαν ότι «υπερασπίζονται ισχυρά τα άτομα με αναπηρία και επιδιώκουν ενεργά τη διασπορά πληροφοριών σχετικών με την αναπηρία».

Από τους συμμετέχοντες με οπτική αναπηρία 1 (0,4%) άτομο δήλωσε ότι «ποτέ δε θα μοιραζόταν σχετικές πληροφορίες εκτός αν ήταν απολύτως απαραίτητο», 9 (3,5%) άτομα δήλωσαν ότι «θα μοιράζονταν περιορισμένο αριθμό πληροφοριών με συγκεκριμένα πρόσωπα», 15 (5,9%) άτομα δήλωσαν ότι «δέχονται θετικά την ευκαιρία να μοιραστούν σχετικές πληροφορίες για την αναπηρία τους και να διαφωτίσουν τους άλλους», και 28 (10,9%) άτομα δήλωσαν ότι

«υπερασπίζονται ισχυρά τα άτομα με αναπηρία και επιδιώκουν ενεργά τη διασπορά πληροφοριών σχετικών με την αναπηρία».

Στα άτομα με ακουστική αναπηρία 5 (2%) άτομα δήλωσαν ότι «ποτέ δε θα μοιράζονταν σχετικές πληροφορίες εκτός αν ήταν απολύτως απαραίτητο», 11 (4,3%) άτομα δήλωσαν ότι «θα μοιράζονταν περιορισμένο αριθμό πληροφοριών με συγκεκριμένα πρόσωπα», 15 (5,9%) άτομα δήλωσαν ότι «δέχονται θετικά την ευκαιρία να μοιραστούν σχετικές πληροφορίες για την αναπηρία τους και να διαφωτίσουν τους άλλους», και 20 (7,8%) άτομα δήλωσαν ότι «υπερασπίζονται ισχυρά τα άτομα με αναπηρία και επιδιώκουν ενεργά τη διασπορά πληροφοριών σχετικών με την αναπηρία».

Στους κινητικά ανάπηρους κανείς δεν δήλωσε ότι «ποτέ δε θα μοιραζόταν σχετικές πληροφορίες εκτός αν ήταν απολύτως απαραίτητο», 18 (7%) άτομα δήλωσαν ότι «θα μοιράζονταν περιορισμένο αριθμό πληροφοριών με συγκεκριμένα πρόσωπα», 21 (8,2%) άτομα δήλωσαν ότι «δέχονται θετικά την ευκαιρία να μοιραστούν σχετικές πληροφορίες για την αναπηρία τους και να διαφωτίσουν τους άλλους», και 45 (17,6%) άτομα δήλωσαν ότι «υπερασπίζονται ισχυρά τα άτομα με αναπηρία και επιδιώκουν ενεργά τη διασπορά πληροφοριών σχετικών με την αναπηρία».

Από τους συμμετέχοντες με χρόνια ασθένεια 1 (0,4%) άτομο δήλωσε ότι «ποτέ δε θα μοιραζόταν σχετικές πληροφορίες εκτός αν ήταν απολύτως απαραίτητο», 15 (5,9%) άτομα δήλωσαν ότι «θα μοιράζονταν περιορισμένο αριθμό πληροφοριών με συγκεκριμένα πρόσωπα», 31 (12,1%) άτομα δήλωσαν ότι «δέχονται θετικά την ευκαιρία να μοιραστούν σχετικές πληροφορίες για την αναπηρία τους και να διαφωτίσουν τους άλλους», και 21 (8,2%) άτομα δήλωσαν ότι «υπερασπίζονται ισχυρά τα άτομα με αναπηρία και επιδιώκουν ενεργά τη διασπορά πληροφοριών σχετικών με την αναπηρία».

Τέλος, αναφορικά με τον ρόλο που διαδραματίζει η θρησκευτικότητα στη ζωή των υποκειμένων του δείγματος, 92 (35,9%) άτομα δήλωσαν ότι ο ρόλος αυτός είναι «καθόλου σημαντικός έως μέτρια σημαντικός», και 164 (64,1%) άτομα δήλωσαν ότι ο ρόλος αυτός είναι «αρκετά σημαντικός έως πάρα πολύ σημαντικός» στη ζωή τους.

Από τους συμμετέχοντες με οπτική αναπηρία 17 (32,1%) άτομα ανέφεραν ότι ο ρόλος της θρησκευτικότητας είναι «καθόλου σημαντικός έως μέτρια σημαντικός», 36 (67,9%) άτομα ανέφεραν ότι ο ρόλος αυτός είναι «αρκετά σημαντικός έως πάρα πολύ σημαντικός». Στα άτομα με ακουστική αναπηρία 28 (54,9%) άτομα υποστήριξαν ότι ο ρόλος της θρησκευτικότητας είναι «καθόλου σημαντικός έως μέτρια σημαντικός» και 23 (45,1%) άτομα υποστήριξαν ότι ο ρόλος της θρησκευτικότητας είναι «αρκετά σημαντικός έως πάρα πολύ σημαντικός». Στους κινητικά ανάπηρους 23 (33,8%) άτομα αποφάνθηκαν ότι ο ρόλος της θρησκευτικότητας είναι «καθόλου σημαντικός έως μέτρια σημαντικός», ενώ 45 (66,2%) άτομα αποφάνθηκαν ότι ο ρόλος της θρησκευτικότητας είναι «αρκετά σημαντικός

έως πάρα πολύ σημαντικός». Από τους συμμετέχοντες με χρόνια ασθένεια 23 (4,3%) άτομα δήλωσαν ότι ο ρόλος της θρησκευτικότητας είναι «καθόλου σημαντικός έως μέτρια σημαντικός», ενώ 45 (1,6%) άτομα δήλωσαν ότι ο ρόλος της θρησκευτικότητας είναι «αρκετά σημαντικός έως πάρα πολύ σημαντικός».

#### 6.4 Ερευνητικά εργαλεία

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας συγκροτήθηκε ερωτηματολόγιο, στην αρχή του οποίου δίνονται κάποιες γενικές οδηγίες για τη συμπλήρωσή του, καθώς και κάποιες βασικές πληροφορίες σχετικά με την έρευνα. Στη συνέχεια, υπάρχουν 17 ερωτήσεις σχετικά με διάφορα ατομικά στοιχεία και ακολουθούν τρία ερωτηματολόγια με συνολικά 71 ερωτήσεις, καθένα από τα οποία μελετά τις τρεις μεταβλητές της έρευνας (αυτοεκτίμηση, προσαρμογή στην αναπηρία, ευτυχία) (Παράρτημα II).

- **Κλίμακα Ευτυχίας της Οξφόρδης, Oxford Happiness Scale** (Hills & Argyle, 2002) (Προσαρμογή: Καραδήμας & Καλαντζή-Αζίζι, 2005)

Η κλίμακα αποτελείται από 29 θέματα και σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τέσσερις βασικές διαστάσεις της υποκειμενικής ευημερίας. Οι συμμετέχοντες αξιολογούν τον βαθμό στον οποίο ισχύει κατά τον τελευταίο καιρό καθένα από τα θέματα του ερωτηματολογίου, σε μία κλίμακα τύπου Likert, από το 1 (δεν ισχύει καθόλου) έως το 4 (ισχύει πολύ) (Καραδήμας & Καλαντζή-Αζίζι, 2005).

Διερευνητική ανάλυση παραγόντων σε ελληνικό δείγμα 201 ατόμων αποκάλυψε μια σαφή λύση των τεσσάρων παραγόντων που ερμήνευε το 56.41% της συνολικής διακύμανσης. Ο πρώτος παράγοντας (40.54% της διακύμανσης, ιδιοτιμή = 11.76, Cronbach  $\alpha$  = .89) αντιπροσωπεύει την «ικανοποίηση από τη ζωή» και αποτελείται από εννέα θέματα (π.χ. «είμαι ευχαριστημένος με πολλά πράγματα στη ζωή μου», «η ζωή είναι καλή», «είμαι ευχαριστημένος όπως είμαι»). Ο δεύτερος παράγοντας, η «ενεργητικότητα» (6.35% της διακύμανσης, ιδιοτιμή = 1.84, Cronbach  $\alpha$  = .87), περιλαμβάνει επίσης εννέα θέματα (π.χ. «συνήθως ξυπνώ νιώθοντας ξεκούραστος», «νιώθω σε εγρήγορση πνευματικά», «νιώθω υγιής»). Ο τρίτος παράγοντας, το «θετικό συναίσθημα» (5.08% της διακύμανσης, ιδιοτιμή = 1.47, Cronbach  $\alpha$  = .79), αποτελείται από τέσσερα θέματα (π.χ. «νιώθω χαρά και ευθυμία», «γελώ πολύ»), ενώ ο τελευταίος παράγοντας, η «κοινωνικότητα» (4.43% της διακύμανσης, ιδιοτιμή = 1.29, Cronbach's  $\alpha$  = .83), αποτελείται ομοίως από τέσσερα θέματα (π.χ. «ασκώ ευχάριστη επίδραση στους άλλους», «τρέφω θετικά συναισθήματα για τους άλλους»). Τρία θέματα (π.χ. «εμπλέκομαι και

δεσμεύομαι σε διάφορες καταστάσεις», «ο κόσμος είναι ένα πολύ καλό μέρος») δε φόρτιζαν σε κανέναν από τους παραπάνω παράγοντες και, για τον λόγο αυτό, αφαιρέθηκαν (Καραδήμας & Καλαντζή-Αζίζι, 2005).

Επιπλέον, στην παρούσα εργασία χρησιμοποιείται και ο δείκτης της συνολικής ευτυχίας, ο οποίος προκύπτει ως άθροισμα από το σύνολο των ερωτήσεων.

Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου ως προς τις τέσσερις διαστάσεις της ευτυχίας στην παρούσα εργασία εκτιμήθηκε βάσει του δείκτη alpha του Cronbach. Η συνοχή των δεδομένων του ερωτηματολογίου που αφορά στα άτομα με οπτική αναπηρία στη συνολική ευτυχία και στις διαστάσεις της κρίνεται από υψηλή έως πολύ υψηλή, καθώς οι τιμές του δείκτη alpha του Cronbach κυμαίνονται από 0,801 έως 0,942. Ομοίως, υψηλή έως πολύ υψηλή συνοχή των δεδομένων του ερωτηματολογίου εμφανίστηκε στα άτομα με κινητική αναπηρία, όπου οι τιμές του δείκτη alpha του Cronbach κυμαίνονται από 0,867 έως 0,970. Επιπλέον, η συνοχή των δεδομένων στη συνολική ευτυχία και στις διαστάσεις της που αφορά στα άτομα με χρόνιες ασθένειες προέκυψε από επαρκής έως πολύ υψηλή, με τις τιμές του δείκτη alpha του Cronbach να κυμαίνονται από 0,738 έως 0,947.

Ικανοποιητική συνοχή παρουσίασαν τα δεδομένα του ερωτηματολογίου στη διάσταση της κοινωνικότητας για την ομάδα των ατόμων με ακουστική αναπηρία, όπου οι τιμές του δείκτη alpha του Cronbach ήταν 0,644, τιμή που αντιστοιχεί στο ελάχιστο αποδεκτό όριο. Ως προς τη συνολική ευτυχία και τις διαστάσεις του θετικού συναισθήματος, της ικανοποίησης από τη ζωή και της ενεργητικότητας η συνοχή των δεδομένων ήταν υψηλή έως πολύ υψηλή, καθώς οι τιμές του δείκτη alpha του Cronbach κυμαίνονται από 0,818 έως 0,943 (Πίνακας 1).

**Πίνακας 1: Συνοχή δεδομένων της ευτυχίας και των διαστάσεων της σύμφωνα με τον δείκτη εσωτερική συνάφειας Cronbach a**

Είδος αναπηρίας	Διαστάσεις Ευτυχίας	Cronbach a	Αριθμός ερωτήσεων
Οπτική	Ικανοποίηση από τη ζωή	,807	9
	Ενεργητικότητα	,875	9
	Θετικό συναίσθημα	,833	4
	Κοινωνικότητα	,801	4
	Συνολική ευτυχία	,942	29
Ακουστική	Ικανοποίηση από τη ζωή	,845	9
	Ενεργητικότητα	,850	9
	Θετικό συναίσθημα	,818	4
	Κοινωνικότητα	,644	4
	Συνολική ευτυχία	,943	29
Κινητική	Ικανοποίηση από τη ζωή	,924	9
	Ενεργητικότητα	,907	9
	Θετικό συναίσθημα	,897	4
	Κοινωνικότητα	,867	4
	Συνολική ευτυχία	,970	29
Χρόνια ασθένεια	Ικανοποίηση από τη ζωή	,858	9
	Ενεργητικότητα	,869	9
	Θετικό συναίσθημα	,818	4
	Κοινωνικότητα	,738	4
	Συνολική ευτυχία	,947	29

- **Κλίμακα Προσαρμογής στην Αναπηρία, Adaptation to Disability Scale-Revised, ADS-R** (Groomes & Linkowski, 2007) (Μετάφραση – Προσαρμογή: Πανούση, Σ. & Κλεφτάρας, Γ., 2014)

Η «Αναθεωρημένη Κλίμακα Προσαρμογής στην Αναπηρία» (Adaptation to Disability Scale-Revised, ADS-R) αποτελεί τη νέα εκδοχή της Κλίμακας Αποδοχής της Αναπηρίας (Acceptance of Disability Scale, AD) του Linkowski (1971), η οποία διαμορφώθηκε από τους Groomes & Linkowski το 2007. Η ADS-R είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει 32 ερωτήσεις, οι οποίες εξετάζουν τον βαθμό προσαρμογής του ατόμου στην αναπηρία του. Οι απαντήσεις δίνονται σε 4-βαθμη κλίμακα (1 = Διαφωνώ απόλυτα, 2 = Διαφωνώ, 3 = Συμφωνώ, 4 = Συμφωνώ απόλυτα). Από τις 32 ερωτήσεις οι 22 βαθμολογούνται αντίστροφα. Μετά την αντιστροφή των τιμών των 22 ερωτήσεων, οι τιμές και των 32 ερωτήσεων προτίθενται και προκύπτει το σκορ της συνολικής προσαρμογής στην αναπηρία για κάθε υποκείμενο, όπου η χαμηλή προσαρμογή κυμαίνεται από 32 έως 60 βαθμούς, η μέτρια προσαρμογή από 61 μέχρι 93 βαθμούς και η υψηλή προσαρμογή από 94 μέχρι 128 βαθμούς (Groomes & Linkowski, 2007).

Η κλίμακα βασίζεται στις τέσσερις επιμέρους διαστάσεις της προσαρμογής στην αναπηρία όπως αυτές περιγράφηκαν αρχικά από τους Dembo et al. (1975) και στη συνέχεια



από την Wright (1983): α) διεύρυνση του πεδίου αξιών (enlargement of scope of values), β) υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (subordination of physique), γ) περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (containment of disability effects), δ) μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (transformation from comparative to asset values). Οι τέσσερις επιμέρους διαστάσεις (διεύρυνση, υποταγή, περιορισμός, μετατροπή) συνοψίζονται ξεχωριστά και προκύπτει ένα διαφορετικό σκορ για κάθε άτομο στην κάθε μία από αυτές. Τα σκορ των τεσσάρων διαστάσεων μπορούν να συσχετιστούν με άλλες μεταβλητές, όπως είναι λόγου χάριν οι δείκτες ποιότητας ζωής, τα έτη από την εμφάνιση της αναπηρίας, η αυτοεικόνα, το εισόδημα, κ.λπ. (Groomes & Linkowski, 2007).

Για τις υποκλίμακες της διεύρυνσης, του περιορισμού και της μετατροπής, τιμές μεταξύ 27 έως 36 βαθμών δηλώνουν υψηλά επίπεδα της συγκεκριμένης διάστασης, τιμές μεταξύ 18 έως 26 βαθμών δηλώνουν μέτρια επίπεδα της διάστασης και τιμές μεταξύ 9 έως 17 βαθμών δηλώνουν χαμηλά επίπεδα της διάστασης. Για την υποκλίμακα της υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης, τιμές μεταξύ 16 έως 20 βαθμών δηλώνουν υψηλά επίπεδα της συγκεκριμένης διάστασης, τιμές μεταξύ 11 έως 15 βαθμών δηλώνουν μέτρια επίπεδα της διάστασης και τιμές μεταξύ 5 έως 10 βαθμών δηλώνουν χαμηλά επίπεδα της διάστασης (Groomes & Linkowski, 2007).

Η ADS-R έχει μέτρια προς υψηλή εσωτερική συνέπεια μεταξύ των τεσσάρων υποκλιμάκων σύμφωνα με τη μελέτη που έγινε από τους Groomes & Linkowski (2007) σε 356 άτομα με διάφορες αναπηρίες. Συνολικά, η κλίμακα έχει καλή εσωτερική αξιοπιστία (.93), όπως επίσης και οι τέσσερις υποκλίμακες: α) διεύρυνση του πεδίου αξιών (.82), β) υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (.71), γ) περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (.88), δ) μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (.88).

Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου ως προς τις τέσσερις υποκλίμακες της προσαρμογής και τη συνολική προσαρμογή στην αναπηρία στην παρούσα εργασία εκτιμήθηκε βάσει του δείκτη alpha του Cronbach. Η συνοχή των δεδομένων του ερωτηματολογίου που αφορά τα άτομα με οπτική αναπηρία στις υποκλίμακες της προσαρμογής κρίνεται επαρκής, καθώς οι τιμές του δείκτη alpha του Cronbach κυμαίνονται από 0,692 έως 0,763. Ακόμη, επαρκής συνοχή των δεδομένων του ερωτηματολογίου έως υψηλή εμφανίστηκε στα άτομα με ακουστική αναπηρία, όπου οι τιμές του δείκτη alpha του Cronbach κυμαίνονται από 0,659 έως 0,813. Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν και για τη συνοχή των δεδομένων στις υποκλίμακες της προσαρμογής που αφορούν στα άτομα με κινητική αναπηρία με τιμές του δείκτη alpha του Cronbach να κυμαίνονται από 0,659 έως

0,841, καθώς και στα άτομα με χρόνιες ασθένειες, όπου οι τιμές του δείκτη alpha του Cronbach κυμαίνονται από 0,699 έως 0,810 (Πίνακας 2).

**Πίνακας 2: Συνοχή δεδομένων υποκλιμάκων προσαρμογής στην αναπηρία σύμφωνα με τον δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach a**

Είδος αναπηρίας	Διαστάσεις Ευτυχίας	Cronbach a	Αριθμός ερωτήσεων
Οπτική	Περιορισμός	,743	9
	Μετατροπή	,692	9
	Διεύρυνση	,763	9
	Υποταγή	,752	5
	Συνολική προσαρμογή	,731	32
Ακουστική	Περιορισμός	,732	9
	Μετατροπή	,659	9
	Διεύρυνση	,744	9
	Υποταγή	,757	5
	Συνολική προσαρμογή	,813	32
Κινητική	Περιορισμός	,787	9
	Μετατροπή	,659	9
	Διεύρυνση	,694	9
	Υποταγή	,758	5
	Συνολική προσαρμογή	,841	32
Χρόνια ασθένεια	Περιορισμός	,703	9
	Μετατροπή	,708	9
	Διεύρυνση	,699	9
	Υποταγή	,729	5
	Συνολική προσαρμογή	,810	32

– **Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg, Rosenberg Self-Esteem Scale – RSES** (Rosenberg, 1965) (Προσαρμογή: Τσαγκαράκης, Καφέτσιος, & Σταλίκας, 2012)

Η Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg (1965) αποσκοπεί στη μέτρηση της γενικής αυτοεκτίμησης των ενηλίκων. Είναι ένα εργαλείο μέτρησης της αυτοεκτίμησης που χρησιμοποιείται ευρέως στη βιβλιογραφία. Πληθώρα ερευνών τεκμηριώνουν της αξιοπιστία και εγκυρότητα της εν λόγω κλίμακας. Σύμφωνα με έρευνες σε ελληνικό δείγμα, η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας της Κλίμακας Αυτοεκτίμησης του Rosenberg (δείκτης Cronbach's a) είναι 0,85 (Τσαγκαράκης et al., 2012).

Αποτελείται από 10 προτάσεις που μετρούν τη γενική αυτοεκτίμηση. Ο ερωτώμενος απαντά στις προτάσεις αυτές με βάση μια κλίμακα Likert τεσσάρων απαντήσεων (1= διαφωνώ απόλυτα, 4= συμφωνώ απόλυτα). Η βαθμολογία της κλίμακας είναι το άθροισμα των απαντήσεων των ερωτώμενων στις 10 προτάσεις, ενώ οι 5 προτάσεις έχουν αρνητική κωδικοποίηση. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται μεταξύ 10 και 40 βαθμών με τις υψηλές τιμές να αντιστοιχούν σε υψηλότερη αυτοεκτίμηση. Η κλίμακα προσαρμόστηκε σε δείγμα 282 φοιτητών με μέσο όρο ηλικίας τα 21 έτη (75% γυναίκες). Η μετάφραση ελέγχθηκε σε

δείγμα 30 δίγλωσσων φοιτητών. Η συσχέτιση μεταξύ της αρχικής και της ελληνικής κλίμακας ήταν  $r = 0,94$  (Τσαγκαράκης et al., 2012).

Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου ως προς την κλίμακα αυτοεκτίμησης του Rosenberg στην παρούσα εργασία εκτιμήθηκε βάσει του δείκτη alpha του Cronbach, και κρίνεται πολύ καλή για κάθε ομάδα του δείγματος.

Ειδικότερα, η συνοχή των δεδομένων του ερωτηματολογίου της αυτοεκτίμησης που αφορά στα άτομα με οπτική αναπηρία κρίνεται υψηλή, καθώς η τιμή του δείκτη alpha του Cronbach ισούται με 0,85, παρόμοια στα άτομα με ακουστική αναπηρία η τιμή του δείκτη ισούται με 0,841, στα άτομα με κινητική αναπηρία η τιμή του δείκτη αντιστοιχεί σε 0,853, και στα άτομα με χρόνιες ασθένειες η τιμή του δείκτη alpha του Cronbach είναι ίση με 0,876 (Πίνακας 3).

**Πίνακας 3: Συνοχή δεδομένων κλίμακας αυτοεκτίμησης σύμφωνα με τον δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach  $\alpha$**

Είδος αναπηρίας	Κλίμακα Rosenberg	Cronbach $\alpha$	Αριθμός ερωτήσεων
Οπτική	RSES	,850	10
Ακουστική	RSES	,841	10
Κινητική	RSES	,853	10
Χρόνια ασθένεια	RSES	,876	10

## 6.5 Επιλογή δείγματος - Συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Η επιλογή του αντιπροσωπευτικού δείγματος προς εξασφάλιση αμεροληψίας έγινε με απλή τυχαία δειγματοληψία από άτομα με κινητική αναπηρία, τύφλωση και κώφωση καθώς και από άτομα με χρόνιες ασθένειες. 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 τον σκοπό διεξαγωγής της έρευνας, γ) η ηλικία (άνω των 18 ετών), δ) η δυνατότητα επικοινωνίας και συνομιλίας με έτερο πρόσωπο, ε) η χρήση της ελληνικής γλώσσας, και στ) η διαμονή στην Ελλάδα.

Η συγκέντρωση των ερωτηματολογίων διήρκεσε από τον Οκτώβριο του 2016 έως και τον Μάρτιο του 2017. Ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε διάφορους συλλόγους ατόμων με αναπηρίες σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Βόλο, Άρτα, Ιωάννινα, Ξάνθη, Χανιά και παράλληλα προωθήθηκαν μέσω emails, google forms και μέσω κοινωνικής δικτύωσης σε συλλόγους ατόμων με αναπηρία σε ολόκληρη την Ελλάδα.

## 6.6 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων

Η στατιστική επεξεργασία έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου IBM SPSS version 22.0 (Statistical Package for Social Sciences - Στατιστικό πακέτο εφαρμογών για τις Κοινωνικές Επιστήμες).

Για την περιγραφή των κατηγορικών μετρήσεων χρησιμοποιήθηκαν πλήθη και ποσοστά ενώ για τις συνεχείς η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση. Η ύπαρξη συνοχής μεταξύ των κλιμάκων υπολογίστηκε μέσω του δείκτη εσωτερικής συνάφειας (internal consistency coefficient) ή αλλιώς δείκτη Cronbach  $\alpha$ , ο οποίος είναι ένας από τους ευρέως χρησιμοποιούμενους δείκτες αξιοπιστίας. 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 μπορούσαν 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 εξής: α)  $< 0.6$  η κλίμακα είναι αναξιόπιστη, β) 0.6 το ελάχιστο αποδεκτό όριο, γ) 0.7 επαρκές, δ) 0.8 καλύτερο, ε) 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 μεγαλύτερο των 50 ατόμων. Για τη διερεύνηση των ερευνητικών υποθέσεων διεξήχθησαν έλεγχοι με το δείκτη συσχέτισης Pearson μεταξύ των συνεχών μετρήσεων και για τη διερεύνηση της διαφοράς μέσων μεταξύ δύο ομάδων ως προς μια εξαρτημένη μεταβλητή τα δεδομένα της οποίας ακολουθούν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τα αριθμητικά δεδομένα με μη κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό ισοδύναμο κριτήριο Mann-Whitney's U. Στην περίπτωση περισσότερων ανεξάρτητων δειγμάτων 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 να προβλεφθεί η τιμή για κάθε μία από τις μετρήσεις της ευτυχίας με βάση τις τιμές ενός συνόλου ανεξάρτητων μεταβλητών, εφαρμόστηκε μια σειρά από αναλύσεις πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.

Σε όλες τις περιπτώσεις το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 0.05. 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.

## 6.7 Αποτελέσματα

### 6.7.1 Διερεύνηση της ευτυχίας και των διαστάσεων της στα άτομα με αναπηρία του δείγματος

Η ευτυχία στα άτομα με αναπηρία υπολογίζεται μέσω των επιμέρους διαστάσεων αυτής, οι οποίες αξιολογούν την ικανοποίηση από τη ζωή, την ενεργητικότητα, το θετικό συναίσθημα, καθώς και την κοινωνικότητα του ατόμου, αλλά και μέσω της συνολικής ευτυχίας ως αθροίσματος όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Προκειμένου να υπολογιστεί ο βαθμός της κάθε διάστασης, υπολογίστηκε για κάθε ομάδα του δείγματος ο μέσος όρος του αθροίσματος των επιμέρους ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που αντιστοιχούν στην εκάστοτε διάσταση, και για τη συνολική ευτυχία βρέθηκε ο μέσος όρος του αθροίσματος του συνόλου των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.

Οι μέσοι όροι σε κάθε διάσταση των τεσσάρων ομάδων του δείγματος παρουσιάζονται στον πίνακα 4. Τιμές του μέσου όρου στις διαστάσεις της ικανοποίησης από τη ζωή και της ενεργητικότητας που προσεγγίζουν τους 36 βαθμούς υποδηλώνουν πολύ υψηλή ικανοποίηση από τη ζωή ή ενεργητικότητα αντίστοιχα, ενώ τιμές που προσεγγίζουν τους 9 βαθμούς υποδηλώνουν πολύ χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή ή ενεργητικότητα αντίστοιχα. Επιπλέον, τιμές του μέσου όρου στις διαστάσεις του θετικού συναισθήματος και της κοινωνικότητας που προσεγγίζουν τους 16 βαθμούς υποδηλώνουν πάρα πολύ υψηλό θετικό συναίσθημα ή κοινωνικότητα αντίστοιχα, ενώ τιμές που προσεγγίζουν τους 4 βαθμούς υποδηλώνουν πολύ χαμηλό θετικό συναίσθημα ή κοινωνικότητα αντίστοιχα. Τέλος τιμές του μέσου όρου στη συνολική ευτυχία που προσεγγίζουν τους 116 βαθμούς υποδηλώνουν πολύ υψηλή ευτυχία, ενώ τιμές που προσεγγίζουν τους 29 βαθμούς υποδηλώνουν πολύ χαμηλή ευτυχία.

Συγκεκριμένα, ως προς τις τέσσερις διαστάσεις της ευτυχίας προέκυψαν τα εξής:

- Η ικανοποίηση από τη ζωή είναι από αρκετά έως πολύ υψηλή στα άτομα με κινητική αναπηρία, για τα οποία ο μέσος όρος (Μ.Ο.) της συγκεκριμένης διάστασης είναι ίσος με 27,08 (εύρος τιμών = 27, τυπική απόκλιση = 5,98), και ακολουθούν οι υπόλοιπες ομάδες

του δείγματος με μέτρια επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή. Συγκεκριμένα, τα άτομα με οπτική αναπηρία παρουσιάζουν  $M.O.=26,83$  (εύρος τιμών = 20, τυπική απόκλιση = 4,62), τα άτομα με ακουστική αναπηρία έχουν μέσο όρο 26,24 (εύρος τιμών = 22, τυπική απόκλιση = 4,96) και τέλος ακολουθούν τα άτομα με χρόνιες ασθένειες και  $M.O.=26,1$  (εύρος τιμών = 22, τυπική απόκλιση = 5,13).

- Η ενεργητικότητα τείνει να είναι πολύ υψηλή στα άτομα με ακουστική αναπηρία, όπου  $M.O.=27,57$  (εύρος τιμών = 22, τυπική απόκλιση = 4,98), ενώ σε μέτρια επίπεδα εμφανίζεται στις υπόλοιπες ομάδες. Ειδικότερα, τα άτομα με οπτική αναπηρία εμφανίζουν  $M.O.=26,91$  (εύρος τιμών = 22, τυπική απόκλιση = 5,56), τα άτομα με κινητική αναπηρία έχουν  $M.O.=26,57$  (εύρος τιμών = 27, τυπική απόκλιση = 5,91), και τα άτομα με χρόνιες ασθένειες έχουν  $M.O.=24,99$  (εύρος τιμών = 23, τυπική απόκλιση = 5,29).
- Ως προς το θετικό συναίσθημα τα άτομα με οπτική αναπηρία έχουν με μικρή διαφορά την πιο υψηλή τιμή  $M.O.=12,85$  (εύρος τιμών = 10, τυπική απόκλιση = 2,7), η οποία υποδηλώνει υψηλό θετικό συναίσθημα και δεν διαφέρει σημαντικά από τις υπόλοιπες ομάδες, όπου οι τιμές κυμαίνονται σε παρόμοια υψηλά επίπεδα. Ακολούθως, τα άτομα με ακουστική αναπηρία παρουσίασαν υψηλό θετικό συναίσθημα με  $M.O.=12,55$  (εύρος τιμών = 12, τυπική απόκλιση = 2,48), όπως και τα άτομα με κινητική αναπηρία με  $M.O.=12,38$  (εύρος τιμών = 12, τυπική απόκλιση = 2,95). Τέλος, τα άτομα με χρόνιες ασθένειες παρουσίασαν και σε αυτή τη διάσταση τον μικρότερο βαθμό με  $M.O.=12,06$  (εύρος τιμών = 11, τυπική απόκλιση = 2,36), ο οποίος βέβαια αντιστοιχεί σε υψηλό θετικό συναίσθημα.
- Στη διάσταση της κοινωνικότητας του ατόμου η κατάταξη των ομάδων του δείγματος διαφέρει από τις τρεις προηγούμενες υποκλίμακες, καθώς τα άτομα με κινητική αναπηρία έχουν την πιο υψηλή τιμή με  $M.O.=13,04$  (εύρος τιμών = 11, τυπική απόκλιση = 2,59), η οποία αντιστοιχεί σε υψηλή κοινωνικότητα. Ακολουθούν τα άτομα με οπτική αναπηρία με επίσης υψηλή κοινωνικότητα και  $M.O.=12,87$  (εύρος τιμών = 9, τυπική απόκλιση = 2,42), με πολύ μικρή διαφορά και στο ίδιο επίπεδο κυμαίνονται τα άτομα με χρόνιες ασθένειες με  $M.O.=12,54$  (εύρος τιμών = 8, τυπική απόκλιση = 2,03), και με πιο χαμηλή υψηλή κοινωνικότητα εμφανίζονται τα άτομα με ακουστική αναπηρία, όπου  $M.O.=12,04$  (εύρος τιμών = 8, τυπική απόκλιση = 2,14).

Αναφορικά με τη συνολική ευτυχία των ομάδων του δείγματος με αναπηρία φαίνεται ότι υψηλότερη μέση βαθμολογία παρουσιάζουν τα άτομα με οπτική αναπηρία  $M.O. \approx 88,55$  (εύρος τιμών = 63, τυπική απόκλιση  $\approx 14,95$ ), και ακολουθούν οι κινητικά ανάπηροι με  $M.O. \approx 87,75$  (εύρος τιμών = 85, τυπική απόκλιση  $\approx 18,06$ ). Στη συνέχεια, βρίσκονται τα

άτομα με ακουστική αναπηρία με Μ.Ο.  $\approx 86,84$  (εύρος τιμών = 63, τυπική απόκλιση  $\approx 14,6$ ), και τελευταίοι βρίσκονται οι χρόνια ασθενείς με Μ.Ο.  $\approx 83,65$  (εύρος τιμών = 66, τυπική απόκλιση  $\approx 14,81$ ).

Συνεπώς, προκύπτει ότι τα άτομα με κινητική αναπηρία παρουσιάζουν τις πιο υψηλές τιμές ευτυχίας αναφορικά με τις διαστάσεις της ικανοποίησης από τη ζωή και της κοινωνικότητας, με εξαίρεση το θετικό συναίσθημα, διάσταση στην οποία οι διαφορές μεταξύ των ομάδων του δείγματος είναι πολύ μικρές, και την ενεργητικότητα. Τα άτομα με οπτική αναπηρία παρουσιάζουν σταθερά υψηλές τιμές και στις τέσσερις διαστάσεις, και στη διάσταση του θετικού συναισθήματος εμφανίζουν ελαφρώς υψηλότερες τιμές από τις υπόλοιπες ομάδες. Τα άτομα με ακουστική αναπηρία παρουσιάζουν τις πιο υψηλές τιμές ευτυχίας αναφορικά με τη διάσταση της ενεργητικότητας και τις πιο χαμηλές τιμές στη διάσταση της κοινωνικότητας. Επίσης, πρέπει να τονιστεί ότι τα άτομα με χρόνιες ασθένειες παρουσίασαν τις πιο χαμηλές τιμές στις διαστάσεις της ευτυχίας με εξαίρεση τη διάσταση της κοινωνικότητας όπου τα άτομα με ακουστική αναπηρία είχαν τις χαμηλότερες τιμές.

Σε γενικές γραμμές, και στις τέσσερις διαστάσεις της ευτυχίας οι ομάδες του δείγματος παρουσίασαν από μέτριες έως υψηλές τιμές στους μέσους όρους, όπως και στη συνολική ευτυχία, εύρημα που υποδεικνύει ότι τα άτομα με αναπηρία του δείγματος έχουν μέτρια προς σχετικά υψηλή ευτυχία.

**Πίνακας 4: Περιγραφικά στοιχεία διαστάσεων ευτυχίας ανά είδος αναπηρίας**

Είδος αναπηρίας	Διαστάσεις Ευτυχίας	N	Εύρος τιμών	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Οπτική	Ικανοποίηση από τη ζωή	53	20	16	36	26,83	4,62
	Ενεργητικότητα	53	22	14	36	26,91	5,56
	Θετικό Συναίσθημα	53	10	6	16	12,85	2,70
	Κοινωνικότητα	53	9	7	16	12,87	2,42
	Συνολική ευτυχία	53	63	53	116	88,5472	14,95322
Ακουστική	Ικανοποίηση από τη ζωή	51	22	14	36	26,24	4,96
	Ενεργητικότητα	51	22	14	36	27,57	4,98
	Θετικό Συναίσθημα	51	12	4	16	12,55	2,48
	Κοινωνικότητα	51	8	8	16	12,04	2,14
	Συνολική ευτυχία	51	63	48	116	86,8431	14,59777
Κινητική	Ικανοποίηση από τη ζωή	84	27	9	36	27,08	5,98
	Ενεργητικότητα	84	27	9	36	26,57	5,91
	Θετικό Συναίσθημα	84	12	4	16	12,38	2,95
	Κοινωνικότητα	84	11	5	16	13,04	2,59
	Συνολική ευτυχία	84	85	31	116	87,750	18,05806
Χρόνια Ασθένεια	Ικανοποίηση από τη ζωή	68	22	14	36	26,10	5,13
	Ενεργητικότητα	68	23	12	35	24,99	5,29

Θετικό Συναίσθημα	68	11	5	16	12,06	2,36
Κοινωνικότητα	68	8	8	16	12,54	2,03
Συνολική ευτυχία	68	66	47	113	83,6471	14,80597

Προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της μέσης βαθμολογίας στις τέσσερις διαστάσεις της ευτυχίας και στη συνολική ευτυχία ως προς το είδος της αναπηρίας πραγματοποιήθηκε επαγωγική στατιστική ανάλυση σύγκρισης μέσων. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε η διαδικασία Ανάλυσης Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Anova), εφόσον το είδος της αναπηρίας ως ανεξάρτητη μεταβλητή έχει περισσότερες από δύο κατηγορίες. Επιπλέον, στην Ανάλυση Διασποράς με έναν παράγοντα, όπου η κρίσιμη τιμή  $p$  είναι μικρότερη του  $.05$ , χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni.

Εφαρμόζοντας στη συνέχεια αντιστοίχως τους παραπάνω στατιστικούς ελέγχους δεν προέκυψε για καμία από τις ομάδες του δείγματος στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου βαθμολογίας στις τέσσερις διαστάσεις της ευτυχίας και στη συνολική ευτυχία ως προς το είδος της αναπηρίας. Το εύρημα αυτό υποδεικνύει ότι τα άτομα με αναπηρία του δείγματος δεν διαφέρουν μεταξύ τους σε σημαντικό βαθμό ως προς τις διαστάσεις της ευτυχίας και ως προς τη συνολική ευτυχία που αναφέρουν (Πίνακας 5).

**Πίνακας 5: Επίδραση του είδους της αναπηρίας στις διαστάσεις της ευτυχίας και στη συνολική ευτυχία**

<b>Ικανοποίηση από τη ζωή</b>					
Είδος Αναπηρίας	M.O.	N	TA	F	p
Οπτική	26,83	53	4,623	,546	,651
Ακουστική	26,24	51	4,958		
Κινητική	27,08	84	5,984		
Χρόνια Ασθένεια	26,10	68	5,129		
Σύνολο	26,60	256	5,285		
<b>Ενεργητικότητα</b>					
Είδος Αναπηρίας	M.O.	N	TA	F	p
Οπτική	26,91	53	5,562	2,442	,065
Ακουστική	27,57	51	4,981		
Κινητική	26,57	84	5,912		
Χρόνια Ασθένεια	24,99	68	5,293		
Σύνολο	26,42	256	5,548		
<b>Θετικό Συναίσθημα</b>					
Είδος Αναπηρίας	M.O.	N	TA	F	p
Οπτική	12,85	53	2,699	,924	,430
Ακουστική	12,55	51	2,476		
Κινητική	12,38	84	2,953		
Χρόνια Ασθένεια	12,06	68	2,356		
Σύνολο	12,43	256	2,657		
<b>Κοινωνικότητα</b>					
Είδος Αναπηρίας	M.O.	N	TA	F	p



Οπτική	12,87	53	2,418	2,133	,097
Ακουστική	12,04	51	2,144		
Κινητική	13,04	84	2,590		
Χρόνια Ασθένεια	12,54	68	2,025		
Σύνολο	12,67	256	2,343		
Συνολική ευτυχία					
Είδος Αναπηρίας	M.O.	N	TA	F	p
Οπτική	88,5472	53	14,95322	1,190	,314
Ακουστική	86,8431	51	14,59777		
Κινητική	87,7500	84	18,05806		
Χρόνια Ασθένεια	83,6471	68	14,80597		
Σύνολο	86,6445	256	15,95860		

### 6.7.2 Διερεύνηση της προσαρμογής στην αναπηρία και των υποκλιμάκων της στα άτομα με αναπηρία του δείγματος

Η προσαρμογή στην αναπηρία στα άτομα του δείγματος υπολογίζεται μέσω των επιμέρους υποκλιμάκων αυτής, οι οποίες αναφέρονται στον περιορισμό των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας, στη μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, στη διεύρυνση του πεδίου αξιών, στην υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης, καθώς και μέσω του συνολικού βαθμού της προσαρμογής ως αθροίσματος των δηλώσεων του ατόμου σε μία 4-βαθμη κλίμακα Likert.

Οι βαθμοί σε κάθε διάσταση των τεσσάρων ομάδων του δείγματος παρουσιάζονται στον πίνακα 6. Τιμές του μέσου όρου στις διαστάσεις της μετατροπής, του περιορισμού και της διεύρυνσης που κυμαίνονται μεταξύ 9-17 βαθμών υποδηλώνουν χαμηλή προσαρμογή, τιμές μεταξύ 18-26 βαθμών αντιστοιχούν σε μέτρια προσαρμογή και τιμές μεταξύ 27-36 βαθμών υποδηλώνουν υψηλά επίπεδα προσαρμογής. Για την υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης τιμές του μέσου όρου που κυμαίνονται μεταξύ 5-10 βαθμών υποδηλώνουν χαμηλή προσαρμογή, τιμές μεταξύ 11-15 βαθμών αντιστοιχούν σε μέτρια προσαρμογή και τιμές μεταξύ 16-20 βαθμών υποδηλώνουν υψηλά επίπεδα προσαρμογής στην εν λόγω υποκλίμακα. Αναφορικά με τη συνολική προσαρμογή στην αναπηρία τιμές του μέσου όρου μεταξύ 32-60 βαθμών υποδηλώνουν χαμηλή προσαρμογή, τιμές μεταξύ 61-93 βαθμών αντιστοιχούν σε μέτρια προσαρμογή και τιμές μεταξύ 94-128 βαθμών υποδηλώνουν υψηλά επίπεδα προσαρμογής.

Ειδικότερα, ως προς τις τέσσερις υποκλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία προέκυψαν τα εξής:

- Ο περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας είναι πιο υψηλός στα άτομα με οπτική αναπηρία, για τα οποία ο M.O. της συγκεκριμένης διάστασης είναι 25,28 (εύρος τιμών = 12, τυπική απόκλιση = 2,8), ακολουθούν τα άτομα με χρόνιες ασθένειες με M.O.= 24,38 (εύρος τιμών = 14, τυπική απόκλιση = 3,58), τα άτομα με κινητική αναπηρία με M.O.= 24,29 (εύρος τιμών = 17, τυπική απόκλιση = 3,55), και τα άτομα με ακουστική αναπηρία με M.O.= 23,49 (εύρος τιμών = 15, τυπική απόκλιση = 3,52).
- Η μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα είναι πολύ υψηλή στα άτομα με χρόνιες ασθένειες, όπου M.O.= 25,54 (εύρος τιμών = 12, τυπική απόκλιση = 3,22), από αρκετή έως πολύ υψηλή για τα άτομα με οπτική αναπηρία, όπου M.O.= 25,25 (εύρος τιμών = 15, τυπική απόκλιση = 3,14), επίσης από αρκετή έως πολύ υψηλή για τα άτομα με κινητική αναπηρία, όπου M.O.= 24,27 (εύρος τιμών = 17, τυπική απόκλιση = 3,42) και αρκετή για τα άτομα με ακουστική αναπηρία, όπου M.O.= 23,61 (εύρος τιμών = 18, τυπική απόκλιση = 4,08).
- Ως προς τη διεύρυνση του πεδίου αξιών οι τέσσερις ομάδες του δείγματος παρουσίασαν πιο μικρές διαφορές με τα άτομα με οπτική αναπηρία να έχουν με μικρή διαφορά την πιο υψηλή τιμή M.O.= 23,42 (εύρος τιμών = 14, τυπική απόκλιση = 2,62), τα άτομα με ακουστική αναπηρία παρουσίασαν M.O.= 22,98 (εύρος τιμών = 15, τυπική απόκλιση = 2,63), τα άτομα με κινητική αναπηρία είχαν M.O.= 22,85 (εύρος τιμών = 13, τυπική απόκλιση = 2,47), ενώ τα άτομα με χρόνιες ασθένειες παρουσίασαν και σε αυτή τη διάσταση τον μικρότερο βαθμό με M.O.= 22,63 (εύρος τιμών = 12, τυπική απόκλιση = 2,3).
- Στην υποκλίμακα της υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης η κατάταξη των ομάδων του δείγματος διαφέρει από τις τρεις προηγούμενες υποκλίμακες, καθώς τα άτομα με χρόνιες ασθένειες έχουν την πιο υψηλή τιμή με M.O.= 16 (εύρος τιμών = 11, τυπική απόκλιση = 2,59), ακολουθούν με πολύ μικρή διαφορά τα άτομα με οπτική αναπηρία με M.O.= 15,92 (εύρος τιμών = 14, τυπική απόκλιση = 3,04), με μικρή διαφορά τα άτομα με κινητική αναπηρία με M.O.= 15,52 (εύρος τιμών = 15, τυπική απόκλιση = 3,09) και πιο χαμηλή τιμή εμφανίζουν τα άτομα με ακουστική αναπηρία, όπου M.O.= 14,59 (εύρος τιμών = 12, τυπική απόκλιση = 3,29).

Αναφορικά με τη συνολική προσαρμογή στην αναπηρία τα άτομα με οπτική αναπηρία εμφάνισαν υψηλότερη προσαρμογή με M.O.= 89,87 (εύρος τιμών = 30, τυπική απόκλιση = 8,54), ακολουθούν τα άτομα με χρόνιες ασθένειες με M.O.= 88,56 (εύρος τιμών = 37, τυπική απόκλιση = 9,38), τα άτομα με κινητική αναπηρία με M.O.= 86,93 (εύρος τιμών =

46, τυπική απόκλιση = 10,32), και τα άτομα με ακουστική αναπηρία με Μ.Ο.= 84,67 (εύρος τιμών = 42, τυπική απόκλιση = 10,27).

Συμπερασματικά, παρατηρείται ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία εμφάνισαν υψηλότερη συνολική προσαρμογή στην αναπηρία, ακολουθούν τα άτομα με χρόνιες ασθένειες, οι κινητικά ανάπηροι και τελευταία παρουσιάζονται τα άτομα με ακουστική αναπηρία. Αναφορικά με τις επιμέρους κλίμακες γενικά φαίνεται τα άτομα με οπτική αναπηρία και οι χρόνια ασθενείς να υπερτερούν συγκριτικά με τις άλλες δύο ομάδες, οι οποίες εμφανίζουν χαμηλότερους μέσους όρους σχεδόν σε κάθε υποκλίμακα. Εξαιρέση συνιστά η περίπτωση της διεύρυνσης πεδίου αξιών για τους ακουστικά ανάπηρους, στην οποία οι ίδιοι παρουσιάζουν πιο υψηλή βαθμολογία έναντι των χρόνια ασθενών που εμφανίζουν τη χαμηλότερη.

Σε γενικές γραμμές, στη συνολική προσαρμογή και στις υποκλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία οι ομάδες του δείγματος παρουσίασαν μέτρια επίπεδα προσαρμογής. Εξαιρέση αποτελεί η υποκλίμακα της υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης στην οποία τα υποκείμενα παρουσίασαν υψηλά επίπεδα προσαρμογής.

**Πίνακας 6: Περιγραφικά στοιχεία υποκλιμάκων προσαρμογής στην αναπηρία**

Είδος αναπηρίας	Υποκλίμακες προσαρμογής	N	Εύρος τιμών	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Οπτική	Περιορισμός	53	12	18	30	25,28	2,80
	Μετατροπή	53	15	15	30	25,25	3,14
	Διεύρυνση	53	14	16	30	23,42	2,62
	Υποταγή	53	14	6	20	15,92	3,04
	Συνολική προσαρμογή	53	30	72	102	89,87	8,54
Ακουστική	Περιορισμός	51	15	16	31	23,49	3,52
	Μετατροπή	51	18	14	32	23,61	4,08
	Διεύρυνση	51	15	13	28	22,98	2,63
	Υποταγή	51	12	8	20	14,59	3,29
	Συνολική προσαρμογή	51	42	62	104	84,67	10,27
Κινητική	Περιορισμός	84	17	14	31	24,29	3,55
	Μετατροπή	84	17	13	30	24,27	3,42
	Διεύρυνση	84	13	15	28	22,85	2,47
	Υποταγή	84	15	5	20	15,52	3,09
	Συνολική προσαρμογή	84	46	60	106	86,93	10,32
Χρόνια Ασθένεια	Περιορισμός	68	14	16	30	24,38	3,58
	Μετατροπή	68	12	18	30	25,54	3,22
	Διεύρυνση	68	12	16	28	22,63	2,30
	Υποταγή	68	10	10	20	16,00	2,52
	Συνολική προσαρμογή	68	37	67	104	88,56	9,38

Προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της μέσης βαθμολογίας στις τέσσερις διαστάσεις της προσαρμογής στην αναπηρία και στη συνολική προσαρμογή ως προς το είδος της αναπηρίας πραγματοποιήθηκε επαγωγική στατιστική ανάλυση σύγκρισης μέσων. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε η διαδικασία της Ανάλυσης Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Ανοva), εφόσον το είδος της αναπηρίας ως ανεξάρτητη μεταβλητή έχει περισσότερες από δύο κατηγορίες. Επιπλέον, στην Ανάλυση Διασποράς με έναν παράγοντα, όπου η κρίσιμη τιμή  $p$  είναι μικρότερη του .05, χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni.

Εφαρμόζοντας στη συνέχεια αντιστοίχως τους παραπάνω στατιστικούς ελέγχους προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου της βαθμολογίας των ομάδων με αναπηρία στην υποκλίμακα της μετατροπής από συγκριτικές αξίες σε προσόντα ( $p=0,009$ ), καθώς και στη συνολική προσαρμογή στην αναπηρία ( $p=0,038$ ). Οριακά σημαντική διαφορά παρουσίασε η υποκλίμακα της υποταγής μεταξύ των ομάδων με αναπηρία ( $p=0,055$ ) (Πίνακας 7).

**Πίνακας 7: Επίδραση του είδους της αναπηρίας στη συνολική προσαρμογή στην αναπηρία και στις υποκλίμακές της**

<b>Περιορισμός επιπτώσεων δυσλειτουργίας</b>					
Είδος Αναπηρίας	M.O.	N	TA	F	p
Οπτική	25,2830	53	2,80369	2,409	,068
Ακουστική	23,4902	51	3,52348		
Κινητική	24,2857	84	3,55193		
Χρόνια Ασθένεια	24,3824	68	3,58283		
Σύνολο	24,3594	256	3,44192		
<b>Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα</b>					
Είδος Αναπηρίας	M.O.	N	TA	F	p
Οπτική	25,2453	53	3,14340	3,908	<b>,009</b>
Ακουστική	23,6078	51	4,07960		
Κινητική	24,2738	84	3,42335		
Χρόνια Ασθένεια	25,5441	68	3,22043		
Σύνολο	24,6797	256	3,51676		
<b>Διεύρυνση πεδίου αξιών</b>					
Είδος Αναπηρίας	M.O.	N	TA	F	p
Οπτική	23,4151	53	2,61970	1,033	,378
Ακουστική	22,9804	51	2,62671		
Κινητική	22,8452	84	2,46662		
Χρόνια Ασθένεια	22,6324	68	2,30447		
Σύνολο	22,9336	256	2,49067		
<b>Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης</b>					
Είδος Αναπηρίας	M.O.	N	TA	F	p
Οπτική	15,9245	53	3,03726		

Ακουστική	14,5882	51	3,28741	2,567	<b>,055</b>
Κινητική	15,5238	84	3,09090		
Χρόνια Ασθένεια	16,0000	68	2,52155		
Σύνολο	15,5469	256	3,00812		

**Συνολική προσαρμογή**

Είδος Αναπηρίας	M.O.	N	TA	F	p
Οπτική	89,8679	53	8,54409	2,859	<b>,038</b>
Ακουστική	84,6667	51	10,26970		
Κινητική	86,9286	84	10,31993		
Χρόνια Ασθένεια	88,5588	68	9,37826		
Σύνολο	87,5195	256	9,82432		

Από τον πίνακα 8 των πολλαπλών συγκρίσεων φαίνεται ότι όσοι έχουν ακουστική αναπηρία έχουν σημαντικά χαμηλότερη μέση βαθμολογία μετατροπής από συγκριτικές αξίες σε προσόντα σε σχέση με τα άτομα με χρόνιες ασθένειες ( $p=0,017$ ).

**Πίνακας 8: Πολλαπλές συγκρίσεις της μετατροπής από συγκριτικές αξίες σε προσόντα ως προς το είδος της αναπηρίας**

Εξαρτημένη μεταβλητή: Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα

(I) Είδος Αναπηρίας	(J) Είδος Αναπηρίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Οπτική	Ακουστική	1,63744	,67832	,099	-,1664	3,4412
	Κινητική	,97147	,60663	,663	-,6417	2,5846
	Χρόνια ασθένεια	-,29883	,63363	1,000	-1,9838	1,3862
Ακουστική	Οπτική	-1,63744	,67832	,099	-3,4412	,1664
	Κινητική	-,66597	,61388	1,000	-2,2984	,9665
	Χρόνια ασθένεια	-1,93627*	,64058	<b>,017</b>	-3,6397	-,2328
Κινητική	Οπτική	-,97147	,60663	,663	-2,5846	,6417
	Ακουστική	,66597	,61388	1,000	-,9665	2,2984
	Χρόνια ασθένεια	-1,27031	,56411	,151	-2,7704	,2298
Χρόνια ασθένεια	Οπτική	,29883	,63363	1,000	-1,3862	1,9838
	Ακουστική	1,93627*	,64058	,017	,2328	3,6397
	Κινητική	1,27031	,56411	,151	-,2298	2,7704

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Η σημαντικά χαμηλότερη μέση βαθμολογία των ατόμων με ακουστική αναπηρία σε σχέση με τα άτομα με χρόνιες ασθένειες κατά τη διαδικασία μετατροπής από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, υποδηλώνει ότι οι ακουστικά ανάπηροι δίνουν μεγαλύτερη έμφαση σε εξωτερικά πρότυπα παρά αναγνωρίζουν τη δική τους αξία ως άτομα. Αντιθέτως, οι χρόνια ασθενείς φαίνεται να αναγνωρίζουν την προσωπική τους αξία ως άτομα χωρίς να προχωρούν σε συγκρίσεις με εξωτερικά πρόσωπα, γεγονός που ενισχύει τη διαδικασία αλλαγής αξιών και την προσαρμογή τους στην κατάσταση της αναπηρίας τους.

Επιπλέον, από τον πίνακα 9 των πολλαπλών συγκρίσεων φαίνεται ότι όσοι έχουν οπτική αναπηρία έχουν σημαντικά υψηλότερη μέση συνολική προσαρμογή σε σχέση με τα άτομα με ακουστική αναπηρία ( $p=0,041$ ).

**Πίνακας 9: Πολλαπλές συγκρίσεις της συνολικής προσαρμογής ως προς το είδος της αναπηρίας**

Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική προσαρμογή

(I) Είδος Αναπηρίας	(J) Είδος Αναπηρίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Οπτική	Ακουστική	5,20126*	1,90633	,041	,1319	10,2707
	Κινητική	2,93935	1,70485	,515	-1,5943	7,4730
	Χρόνια ασθένεια	1,30910	1,78076	1,000	-3,4264	6,0446
Ακουστική	Οπτική	-5,20126*	1,90633	,041	-10,2707	-,1319
	Κινητική	-2,26190	1,72523	1,000	-6,8497	2,3259
	Χρόνια ασθένεια	-3,89216	1,80027	,189	-8,6795	,8952
Κινητική	Οπτική	-2,93935	1,70485	,515	-7,4730	1,5943
	Ακουστική	2,26190	1,72523	1,000	-2,3259	6,8497
	Χρόνια ασθένεια	-1,63025	1,58537	1,000	-5,8462	2,5857
Χρόνια ασθένεια	Οπτική	-1,30910	1,78076	1,000	-6,0446	3,4264
	Ακουστική	3,89216	1,80027	,189	-,8952	8,6795
	Κινητική	1,63025	1,58537	1,000	-2,5857	5,8462

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

### 6.7.3 Διερεύνηση της αυτοεκτίμησης στα άτομα με αναπηρία του δείγματος

Η αυτοεκτίμηση στα άτομα με αναπηρία του δείγματος υπολογίζεται μέσω του συνολικού βαθμού της αυτοεκτίμησης ως αθροίσματος των δηλώσεων του ατόμου σε μία 4-βαθμη κλίμακα Likert. Οι βαθμοί σε κάθε διάσταση των τεσσάρων ομάδων του δείγματος παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα 5, οι οποίοι είναι σε κλίμακα από 1= δεν ισχύει καθόλου έως 4= ισχύει πολύ. Τιμές του μέσου όρου της αυτοεκτίμησης για κάθε ομάδα του δείγματος που προσεγγίζουν τους 40 βαθμούς υποδηλώνουν πολύ υψηλή αυτοεκτίμηση, ενώ τιμές που προσεγγίζουν τους 10 βαθμούς υποδηλώνουν πολύ χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Συγκεκριμένα, ως προς τις τέσσερις ομάδες του δείγματος η αυτοεκτίμηση δεν εμφάνισε μεγάλες διαφορές με τις τιμές να κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα. Υψηλότερες τιμές εμφάνισαν τα άτομα με χρόνιες ασθένειες με  $M.O.= 31,56$  (εύρος τιμών = 25, τυπική απόκλιση = 5,85), ακολουθούν τα άτομα με οπτική αναπηρία με  $M.O.= 31,32$  (εύρος τιμών = 19, τυπική απόκλιση = 5,49), τα άτομα με κινητική αναπηρία με  $M.O.= 31,25$  (εύρος τιμών = 30, τυπική απόκλιση = 5,48), και τέλος τα άτομα με ακουστική αναπηρία με  $M.O.= 31,14$  (εύρος τιμών = 24, τυπική απόκλιση = 5,67). Γενικότερα, φαίνεται ότι οι ομάδες του δείγματος εμφάνισαν υψηλή αυτοεκτίμηση (Πίνακας 10).

**Πίνακας 10: Περιγραφικά στοιχεία κλίμακας αυτοεκτίμησης**

Είδος αναπηρίας	Κλίμακα Rosenberg	N	Εύρος τιμών	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Οπτική	RSES	53	19	21	40	31,32	5,49
Ακουστική	RSES	51	24	16	40	31,14	5,67
Κινητική	RSES	84	30	10	40	31,25	5,48
Χρόνια ασθένεια	RSES	68	25	15	40	31,56	5,85

Προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της μέσης βαθμολογίας στην κλίμακα της αυτοεκτίμησης ως προς το είδος της αναπηρίας πραγματοποιήθηκε επαγωγική στατιστική ανάλυση σύγκρισης μέσων. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε η διαδικασία της Ανάλυσης Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Anova), εφόσον το είδος της αναπηρίας ως ανεξάρτητη μεταβλητή έχει περισσότερες από δύο κατηγορίες, με κρίσιμη τιμή  $p$  μικρότερη του .05.

Εφαρμόζοντας στη συνέχεια αντιστοίχως τους παραπάνω στατιστικούς ελέγχους δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά του μέσου όρου βαθμολογίας των ομάδων με αναπηρία στην κλίμακα της αυτοεκτίμησης, εύρημα που υποδεικνύει ότι το είδος της αναπηρίας δεν επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία του δείγματος (Πίνακας 11).

**Πίνακας 11: Επίδραση του είδους της αναπηρίας στην αυτοεκτίμηση**

Κλίμακα Rosenberg					
Είδος Αναπηρίας	M.O.	N	TA	F	p
Οπτική	31,32	53	5,494	,063	,979
Ακουστική	31,14	51	5,675		
Κινητική	31,25	84	5,484		
Χρόνια Ασθένεια	31,56	68	5,855		
Σύνολο	31,32	256	5,593		

#### 6.7.4 Επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και ατομικών στοιχείων του δείγματος στην ικανοποίηση από τη ζωή

Προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη διάσταση της ικανοποίησης από τη ζωή από συγκεκριμένες παραμέτρους, όπως είναι η συνολική προσαρμογή στην αναπηρία και οι υποκλίμακές της, καθώς και ατομικά στοιχεία του δείγματος, εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διασποράς με έναν παράγοντα (One-Way Anova), με την κρίσιμη τιμή  $p$  να είναι μικρότερη του .05. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε το Student's  $t$ -test ανεξάρτητων δειγμάτων, όπου οι κατηγορίες των ατομικών στοιχείων είναι δύο.

Αναλυτικά, αρχικά προκύπτει στατιστικά σημαντική επίδραση των υποκλιμάκων της προσαρμογής στην αναπηρία και πιο συγκεκριμένα του περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας ( $p<0,001$ ), της μετατροπής από συγκριτικές αξίες σε προσόντα ( $p<0,001$ ), της διεύρυνσης του πεδίου αξιών ( $p<0,001$ ), της υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης ( $p<0,001$ ), καθώς και της συνολικής προσαρμογής στην αναπηρία ( $p<0,001$ ) στη διάσταση της ικανοποίησης από τη ζωή (Πίνακας 12).

**Πίνακας 12: Επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και των υποκλιμάκων της στην ικανοποίηση από τη ζωή**

Ικανοποίηση από τη ζωή						
Κλίμακες		M.O.	N	TA	F	sig. (p)
Περιορισμός	Υψηλά επίπεδα	27,48	143	4,142	25,872	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	23,72	72	5,225		
	Χαμηλά επίπεδα	19,40	10	6,883		
Μετατροπή	Υψηλά επίπεδα	28,92	124	4,459	30,076	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	24,57	127	4,762		
	Χαμηλά επίπεδα	20,60	5	10,621		
Διεύρυνση	Υψηλά επίπεδα	29,58	102	4,128	45,868	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	25,03	145	4,537		
	Χαμηλά επίπεδα	18,22	9	8,228		
Υποταγή	Υψηλά επίπεδα	27,97	140	4,692	12,404	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	24,67	100	5,545		
	Χαμηλά επίπεδα	26,69	16	5,043		
Συνολική προσαρμογή	Υψηλά επίπεδα	28,82	134	4,048	34,678	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	24,41	116	5,138		
	Χαμηλά επίπεδα	19,33	6	8,641		

Όσον αφορά στα ατομικά στοιχεία του δείγματος, το μορφωτικό επίπεδο ( $p=0,027$ ) επιδρά σημαντικά στην ικανοποίηση από τη ζωή. Επιπλέον, η προέλευση της αναπηρίας ( $p=0,032$ ), το διάστημα της αναπηρίας ( $p=0,013$ ) και η ύπαρξη πόνου ( $p=0,006$ ) επιδρούν σημαντικά στην ικανοποίηση από τη ζωή. Ακόμη, η συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα ( $p<0,001$ ) και η συναναστροφή με φιλικά πρόσωπα ( $p<0,001$ ) προκύπτει ότι επιδρούν σημαντικά στην ικανοποίηση από τη ζωή. Τέλος, η διάθεση του ατόμου να πληροφορεί σχετικά με την αναπηρία του ( $p=0,004$ ) παρουσιάζει στατιστικά σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση από τη ζωή (Πίνακας 13).



**Πίνακας 13: Επίδραση ατομικών στοιχείων στην ικανοποίηση από τη ζωή**

Ατομικά στοιχεία	Ικανοποίηση από τη ζωή					
		M.O.	N	TA	t/F	sig. (p)
Φύλο	Γυναίκα	26,51	122	5,170	-,269	0,788
	Άντρας	26,69	134	5,405		
Ηλικία	18-25 ετών	26,57	23	5,442	0,297	0,880
	26-35 ετών	26,44	54	5,344		
	36-45 ετών	27,04	85	5,067		
	46-55 ετών	26,50	66	5,826		
	56 ετών και πάνω	25,86	28	4,552		
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος-η	26,40	102	5,033	0,689	0,560
	Έγγαμος-η ή Σε σχέση	26,86	131	5,473		
	Διαζευγμένος-η	25,42	19	5,571		
	Χήρος-α	28,75	4	4,193		
Εκπαίδευση	Δημοτικό	29,00	7	3,416	2,581	<b>0,027</b>
	Γυμνάσιο	29,32	19	4,423		
	Λύκειο	25,27	64	5,149		
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	26,75	110	5,070		
	Επαγγελματικές Σχολές	25,86	35	6,302		
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	27,86	21	5,131		
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος-η	27,67	43	5,454	1,920	0,108
	Εργαζόμενος-η	27,05	111	5,033		
	Συνταξιούχος	25,90	82	5,684		
	Φοιτητής-τρια	23,64	11	4,105		
	Ημιπασχολούμενος-η	26,00	9	3,317		
Εισόδημα	0-1000€	26,62	162	5,503	1,237	0,296
	1001-1500€	26,74	62	5,163		
	1501-2000€	28,50	14	3,414		
	2001-2500€	24,23	13	5,085		
	2500+€	25,00	5	2,236		
Περιοχή Διαβίωσης	Κωμόπολη/Χωριό	26,34	70	5,392	-,480	0,632
	Αστική Περιοχή	26,70	186	5,255		
Μορφή διαβίωσης	Ατομική	25,79	62	5,912	1,886	0,154
	Με συγγενείς	26,72	181	5,089		
	Με φίλους	28,77	13	4,304		
Είδος αναπηρίας	Οπτική αναπηρία	26,83	53	4,623	0,546	0,651
	Ακουστική αναπηρία	26,24	51	4,958		
	Κινητική αναπηρία	27,08	84	5,984		
	Χρόνια ασθένεια	26,10	68	5,129		
Προέλευση αναπηρίας	Επίκτητη	26,07	163	5,519	-2,156	<b>0,032</b>
	Εκ γενετής	27,54	93	4,731		
Διάστημα αναπηρίας	Έως 5 έτη	26,53	30	6,329	3,677	<b>0,013</b>
	6-10 έτη	27,50	42	4,587		
	11-20 έτη	24,55	53	5,625		
	21 έτη και πάνω	27,16	131	4,925		
Ύπαρξη πόνου	Όχι	27,31	170	4,675	3,046	<b>0,006</b>
	Ναι	25,21	86	6,113		
Ύπαρξη χόμπι	Όχι	25,81	63	5,722	-1,372	0,171
	Ναι	26,86	193	5,123		
	Μη ικανοποιητική	23,06	17	6,731		

<b>Συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα</b>	Μέτρια	23,30	61	5,191	27,342	<b>0,000</b>
	Ίκανοποιητική	28,07	178	4,456		
<b>Συναναστροφή με φιλικά πρόσωπα</b>	Μη ικανοποιητική	22,00	6	7,457	16,933	<b>0,000</b>
	Μέτρια	23,50	54	5,755		
	Ίκανοποιητική	27,60	196	4,667		
<b>Διάθεση για πληροφόρηση σχετική με την αναπηρία</b>	Ποτέ δε θα μοιραζόμουν σχετικές πληροφορίες εκτός αν ήταν απολύτως απαραίτητο	26,57	7	6,876	4,572	<b>0,004</b>
	Θα μοιραζόμουν περιορισμένο αριθμό πληροφοριών με συγκεκριμένα πρόσωπα	25,34	53	5,774		
	Δέχομαι θετικά την ευκαιρία να μοιραστώ σχετικές πληροφορίες για την αναπηρία μου και να διαφωτίσω τους άλλους	25,59	82	4,909		
	Υπερασπίζομαι ισχυρά τα άτομα με αναπηρία και επιδιώκω ενεργά τη διασπορά πληροφοριών σχετικών με την αναπηρία	27,92	114	4,964		
<b>Ρόλος θρησκευτικότητας</b>	Καθόλου έως μέτρια σημαντικός	25,85	92	4,937	-1,716	0,087
	Αρκετά έως πάρα πολύ σημαντικός	27,02	164	5,439		

### 6.7.5 Επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και ατομικών στοιχείων του δείγματος στην ενεργητικότητα

Προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη διάσταση της ενεργητικότητας από παραμέτρους όπως είναι η συνολική προσαρμογή στην αναπηρία και οι υποκλίμακές της, καθώς και ατομικά στοιχεία του δείγματος, εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Anova), με την κρίσιμη τιμή  $p$  να είναι μικρότερη του .05. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ανεξάρτητων δειγμάτων, όπου οι κατηγορίες των ατομικών στοιχείων είναι δύο.

Παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική επίδραση των υποκλιμάκων της προσαρμογής, δηλαδή του περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας ( $p < 0,001$ ), της μετατροπής από συγκριτικές αξίες σε προσόντα ( $p < 0,001$ ), της διεύρυνσης του πεδίου αξιών ( $p < 0,001$ ), της υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης ( $p < 0,001$ ), καθώς και της συνολικής προσαρμογής στην αναπηρία ( $p < 0,001$ ) στη διάσταση της ενεργητικότητας (Πίνακας 14).

**Πίνακας 14: Επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και των υποκλιμάκων της στην ενεργητικότητα**

Ενεργητικότητα						
Κλίμακες		M.O.	N	TA	F	sig. (p)
Περιορισμός	Υψηλά επίπεδα	27,24	143	4,335	18,792	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	23,50	72	5,896		
	Χαμηλά επίπεδα	20,40	10	8,127		
Μετατροπή	Υψηλά επίπεδα	28,52	124	4,565	20,811	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	24,55	127	5,424		
	Χαμηλά επίπεδα	21,60	5	10,831		
Διεύρυνση	Υψηλά επίπεδα	29,63	102	4,200	53,585	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	24,78	145	4,785		
	Χαμηλά επίπεδα	16,44	9	7,367		
Υποταγή	Υψηλά επίπεδα	27,74	140	4,917	9,824	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	24,64	100	5,925		
	Χαμηλά επίπεδα	25,94	16	5,459		
Συνολική προσαρμογή	Υψηλά επίπεδα	28,60	134	4,324	29,252	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	24,27	116	5,492		
	Χαμηλά επίπεδα	19,33	6	9,158		

Όσον αφορά στα ατομικά στοιχεία του δείγματος, η προέλευση της αναπηρίας ( $p=0,013$ ) και η ύπαρξη πόνου ( $p=0,002$ ) προκύπτει ότι επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην ενεργητικότητα. Επιπλέον, η ύπαρξη δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου ( $p=0,027$ ), καθώς και η συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα ( $p<0,001$ ) και με φιλικά πρόσωπα ( $p<0,001$ ) επιδρούν σημαντικά στην ενεργητικότητα. Τέλος, η διάθεση του ατόμου να πληροφορεί σχετικά με την αναπηρία του παρουσιάζει στατιστικά σημαντική επίδραση στην ενεργητικότητα ( $p<0,001$ ) (Πίνακας 15).

**Πίνακας 15: Επίδραση ατομικών στοιχείων στην ενεργητικότητα**

Ατομικά στοιχεία	Ενεργητικότητα					
		M.O.	N	TA	t/F	sig. (p)
<b>Φύλο</b>	Γυναίκα	26,08	122	5,606	-,924	,356
	Άντρας	26,72	134	5,497		
<b>Ηλικία</b>	18-25 ετών	27,39	23	5,711	,426	,790
	26-35 ετών	26,22	54	5,856		
	36-45 ετών	26,75	85	5,282		
	46-55 ετών	26,09	66	6,025		
	56 ετών και πάνω	25,75	28	4,543		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγαμος-η	26,68	102	5,197	,730	,535
	Έγγαμος-η ή Σε σχέση	26,23	131	5,897		
	Διαζευγμένος-η	25,63	19	5,090		
	Χήρος-α	29,75	4	4,646		
<b>Εκπαίδευση</b>	Δημοτικό	25,86	7	5,047	,995	,422
	Γυμνάσιο	28,58	19	3,564		
	Λύκειο	25,55	64	5,410		
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	26,35	110	5,931		
	Επαγγελματικές Σχολές	26,83	35	5,788		

	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	27,00	21	4,980		
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>	Άνεργος-η	27,79	43	5,829	2,059	,087
	Εργαζόμενος-η	26,66	111	5,463		
	Συνταξιούχος	25,41	82	5,696		
	Φοιτητής-τρια	24,45	11	3,934		
	Ημιαπασχολούμενος-η	28,44	9	3,644		
<b>Εισόδημα</b>	0-1000€	26,67	162	5,782	,949	,436
	1001-1500€	26,16	62	5,151		
	1501-2000€	27,36	14	4,684		
	2001-2500€	24,85	13	5,655		
	2500+€	23,00	5	3,937		
<b>Περιοχή διαβίωσης</b>	Κωμόπολη/Χωριό	26,24	70	5,562	-,309	,757
	Αστική Περιοχή	26,48	186	5,556		
<b>Μορφή διαβίωσης</b>	Ατομική	26,39	62	5,888	,029	,971
	Με συγγενείς	26,45	181	5,503		
	Με φίλους	26,08	13	4,838		
<b>Είδος αναπηρίας</b>	Οπτική αναπηρία	26,91	53	5,562	2,442	,065
	Ακουστική αναπηρία	27,57	51	4,981		
	Κινητική αναπηρία	26,57	84	5,912		
	Χρόνια ασθένεια	24,99	68	5,293		
<b>Προέλευση αναπηρίας</b>	Επίκτητη	25,86	163	5,867	-2,150	<b>,013</b>
	Εκ γενετής	27,40	93	4,814		
<b>Διάστημα αναπηρίας</b>	Έως 5 έτη	25,70	30	6,030	1,887	,132
	6-10 έτη	27,24	42	5,230		
	11-20 έτη	25,04	53	6,098		
	21 έτη και πάνω	26,88	131	5,237		
<b>Ύπαρξη πόνου</b>	Όχι	27,62	170	4,794	5,097	<b>,002</b>
	Ναι	24,05	86	6,170		
<b>Ύπαρξη χόμπι</b>	Όχι	25,08	63	5,955	-2,223	<b>,027</b>
	Ναι	26,85	193	5,352		
<b>Συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα</b>	Μη ικανοποιητική	23,65	17	6,284	23,726	<b>,000</b>
	Μέτρια	22,95	61	5,878		
	Ικανοποιητική	27,87	178	4,696		
<b>Συναναστροφή με φιλικά πρόσωπα</b>	Μη ικανοποιητική	22,00	6	6,512	17,950	<b>,000</b>
	Μέτρια	23,00	54	6,265		
	Ικανοποιητική	27,49	196	4,847		
<b>Διάθεση για πληροφόρηση σχετικά με την αναπηρία</b>	Ποτέ δε θα μοιραζόμουν σχετικές πληροφορίες εκτός αν ήταν απολύτως απαραίτητο	27,00	7	6,191	6,659	<b>,000</b>
	Θα μοιραζόμουν περιορισμένο αριθμό πληροφοριών με συγκεκριμένα πρόσωπα	24,91	53	5,651		
	Δέχομαι θετικά την ευκαιρία να μοιραστώ σχετικές πληροφορίες για την αναπηρία μου και να διαφωτίσω τους άλλους	25,07	82	5,393		
	Υπερασπίζομαι ισχυρά τα άτομα με αναπηρία και επιδιώκω ενεργά τη διασπορά	28,05	114	5,175		

	πληροφοριών σχετικών με την αναπηρία					
<b>Ρόλος θρησκευτικότητας</b>	Καθόλου έως μέτρια σημαντικός	26,15	92	5,262	-,573	,567
	Αρκετά έως πάρα πολύ σημαντικός	26,57	164	5,712		

### 6.7.6 Επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και ατομικών στοιχείων του δείγματος στο θετικό συναίσθημα

Προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη διάσταση του θετικού συναίσθηματος από συγκεκριμένες παραμέτρους, όπως είναι η συνολική προσαρμογή στην αναπηρία και οι υποκλίμακες της, καθώς και ατομικά στοιχεία του δείγματος, εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Anova), με την κρίσιμη τιμή  $p$  να είναι μικρότερη του .05. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε το Student's  $t$ -test ανεξάρτητων δειγμάτων, όπου οι κατηγορίες των ατομικών στοιχείων είναι δύο.

Παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική επίδραση των υποκλιμάκων της προσαρμογής, και ειδικότερα του περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας ( $p < 0,001$ ), της μετατροπής από συγκριτικές αξίες σε προσόντα ( $p < 0,001$ ), της διεύρυνσης του πεδίου αξιών ( $p < 0,001$ ), της υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης ( $p < 0,001$ ), καθώς και της συνολικής προσαρμογής στην αναπηρία ( $p < 0,001$ ) στη διάσταση του θετικού συναίσθηματος (Πίνακας 16).

**Πίνακας 16: Επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και των υποκλιμάκων της στο θετικό συναίσθημα**

<b>Θετικό συναίσθημα</b>						
<b>Κλίμακες</b>		<b>M.O.</b>	<b>N</b>	<b>TA</b>	<b>F</b>	<b>sig. (p)</b>
Περιορισμός	Υψηλά επίπεδα	10,33	9	3,873	27,682	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	11,78	170	2,552		
	Χαμηλά επίπεδα	14,09	77	1,837		
Μετατροπή	Υψηλά επίπεδα	11,11	9	3,689	16,547	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	11,84	163	2,596		
	Χαμηλά επίπεδα	13,70	84	2,172		
Διεύρυνση	Υψηλά επίπεδα	9,43	7	4,894	11,917	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	12,37	236	2,512		
	Χαμηλά επίπεδα	15,08	13	1,256		
Υποταγή	Υψηλά επίπεδα	13,26	140	2,079	17,202	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	11,37	100	2,908		
	Χαμηλά επίπεδα	11,75	16	3,130		
Συνολική προσαρμογή	Υψηλά επίπεδα	12,67	3	3,512	17,352	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	11,92	196	2,613		
	Χαμηλά επίπεδα	14,14	57	2,013		

Επιπλέον, αναφορικά με τα ατομικά στοιχεία του δείγματος στατιστικά σημαντική επίδραση παρουσίασε η προέλευση της αναπηρίας ( $p=0,019$ ), το διάστημα της αναπηρίας ( $p=0,004$ ), η ύπαρξη πόνου ( $p=0,001$ ), η συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα ( $p<0,001$ ) και η συναναστροφή με φιλικά πρόσωπα ( $p<0,001$ ), καθώς και η διάθεση του ατόμου να πληροφορεί σχετικά με την αναπηρία του ( $p=0,014$ ). Τέλος, στατιστικά σημαντική επίδραση εμφανίστηκε και στην περίπτωση της ύπαρξης χόμπι ( $p=0,044$ ) (Πίνακας 17).

**Πίνακας 17: Επίδραση ατομικών στοιχείων στο θετικό συναίσθημα**

Ατομικά στοιχεία	Θετικό συναίσθημα					
		M.O.	N	TA	t/F	sig. (p)
Φύλο	Γυναίκα	12,50	122	2,477	,426	,671
	Άντρας	12,36	134	2,819		
Ηλικία	18-25 ετών	13,00	23	2,256	1,440	,221
	26-35 ετών	12,46	54	2,866		
	36-45 ετών	12,76	85	2,313		
	46-55 ετών	12,06	66	3,012		
	56 ετών και πάνω	11,71	28	2,537		
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος-η	12,40	102	2,584	,509	,676
	Έγγαμος-η ή Σε σχέση	12,43	131	2,695		
	Διαζευγμένος-η	12,21	19	3,029		
	Χήρος-α	14,00	4	1,414		
Εκπαίδευση	Δημοτικό	13,43	7	2,070	1,784	,117
	Γυμνάσιο	13,74	19	1,485		
	Λύκειο	11,88	64	2,797		
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	12,53	110	2,580		
	Επαγγελματικές Σχολές	12,37	35	3,049		
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	12,14	21	2,632		
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος-η	12,95	43	2,544	2,195	,070
	Εργαζόμενος-η	12,68	111	2,512		
	Συνταξιούχος	11,85	82	2,877		
	Φοιτητής-τρια	11,45	11	2,734		
	Ημιαπασχολούμενος-η	13,11	9	1,900		
Εισόδημα	0-1000€	12,43	162	2,743	2,279	,061
	1001-1500€	12,65	62	2,410		
	1501-2000€	13,43	14	1,222		
	2001-2500€	10,92	13	3,427		
	2500+€	10,60	5	1,673		
Περιοχή διαβίωσης	Κωμόπολη/Χωριό	12,24	70	2,528	-,675	,500
	Αστική Περιοχή	12,49	186	2,708		
Μορφή διαβίωσης	Ατομική	11,85	62	3,253	1,959	,143
	Με συγγενείς	12,59	181	2,422		
	Με φίλους	12,85	13	2,444		
Είδος αναπηρίας	Οπτική αναπηρία	12,85	53	2,699	,924	,430
	Ακουστική αναπηρία	12,55	51	2,476		
	Κινητική αναπηρία	12,38	84	2,953		
	Χρόνια ασθένεια	12,06	68	2,356		
Προέλευση αναπηρίας	Επίκτητη	12,15	163	2,849	-2,188	,019
	Εκ γενετής	12,90	93	2,217		

<b>Διάστημα αναπηρίας</b>	Έως 5 έτη	12,43	30	2,979	4,544	<b>,004</b>
	6-10 έτη	13,14	42	2,425		
	11-20 έτη	11,32	53	3,215		
	21 έτη και πάνω	12,64	131	2,274		
<b>Ύπαρξη πόνου</b>	Όχι	12,85	170	2,330	3,705	<b>,001</b>
	Ναι	11,58	86	3,050		
<b>Ύπαρξη χόμπι</b>	Όχι	11,84	63	2,963	-2,023	<b>,044</b>
	Ναι	12,62	193	2,529		
<b>Συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα</b>	Μη ικανοποιητική	10,59	17	3,355	30,773	<b>,000</b>
	Μέτρια	10,67	61	2,987		
	Ικανοποιητική	13,20	178	2,035		
<b>Συναναστροφή με φιλικά πρόσωπα</b>	Μη ικανοποιητική	9,83	6	3,371	21,845	<b>,000</b>
	Μέτρια	10,69	54	3,008		
	Ικανοποιητική	12,98	196	2,263		
<b>Διάθεση για πληροφόρηση σχετική με την αναπηρία</b>	Ποτέ δε θα μοιραζόμουν σχετικές πληροφορίες εκτός αν ήταν απολύτως απαραίτητο	12,86	7	2,545	3,603	<b>,014</b>
	Θα μοιραζόμουν περιορισμένο αριθμό πληροφοριών με συγκεκριμένα πρόσωπα	11,85	53	2,838		
	Δέχομαι θετικά την ευκαιρία να μοιραστώ σχετικές πληροφορίες για την αναπηρία μου και να διαφωτίσω τους άλλους	11,96	82	2,715		
	Υπερασπίζομαι ισχυρά τα άτομα με αναπηρία και επιδιώκω ενεργά τη διασπορά πληροφοριών σχετικών με την αναπηρία	13,00	114	2,439		
<b>Ρόλος θρησκευτικότητας</b>	Καθόλου έως μέτρια σημαντικός	12,23	92	2,555	-890	<b>,374</b>
	Αρκετά έως πάρα πολύ σημαντικός	12,54	164	2,714		

### 6.7.7 Επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και ατομικών στοιχείων του δείγματος στην κοινωνικότητα

Προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη διάσταση της κοινωνικότητας από παράγοντες όπως είναι η συνολική προσαρμογή στην αναπηρία και οι υποκλίμακες της, καθώς και ατομικά στοιχεία του δείγματος, εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διασπορά με ένα παράγοντα (One-Way Anova), με την κρίσιμη τιμή  $p$  να είναι μικρότερη του .05. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ανεξάρτητων δειγμάτων, όπου οι κατηγορίες των ατομικών στοιχείων είναι δύο.

Παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική επίδραση των υποκλιμάκων της προσαρμογής, δηλαδή του περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας ( $p < 0,001$ ), της μετατροπής

από συγκριτικές αξίες σε προσόντα ( $p<0,001$ ), της διεύρυνσης του πεδίου αξιών ( $p<0,001$ ), της υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης ( $p<0,001$ ), καθώς και της συνολικής προσαρμογής στην αναπηρία ( $p<0,001$ ) (Πίνακας 18).

**Πίνακας 18: Επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και των υποκλιμάκων της στην κοινωνικότητα**

Κοινωνικότητα						
Κλίμακες		M.O.	N	TA	F	sig. (p)
Περιορισμός	Υψηλά επίπεδα	13,08	143	1,968	20,189	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	11,43	72	2,276		
	Χαμηλά επίπεδα	10,30	10	2,497		
Μετατροπή	Υψηλά επίπεδα	13,58	124	2,092	23,042	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	11,89	127	2,205		
	Χαμηλά επίπεδα	10,00	5	2,915		
Διεύρυνση	Υψηλά επίπεδα	13,86	102	1,919	36,548	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	12,06	145	2,107		
	Χαμηλά επίπεδα	9,11	9	3,060		
Υποταγή	Υψηλά επίπεδα	13,34	140	1,941	14,136	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	11,91	100	2,659		
	Χαμηλά επίπεδα	11,56	16	1,548		
Συνολική προσαρμογή	Υψηλά επίπεδα	13,55	134	1,976	24,832	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	11,78	116	2,348		
	Χαμηλά επίπεδα	10,33	6	1,862		

Επιπλέον, αναφορικά με τα ατομικά στοιχεία του δείγματος στατιστικά σημαντική επίδραση στην κοινωνικότητα φαίνεται ότι ασκεί η προέλευση της αναπηρίας ( $p=0,043$ ) καθώς και η ύπαρξη πόνου ( $p=0,005$ ). Ακόμη, η συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα ( $p<0,001$ ) και η συναναστροφή με φιλικά πρόσωπα ( $p<0,001$ ) παρουσίασαν στατιστικά σημαντική επίδραση στην κοινωνικότητα. Τέλος, η διάθεση του ατόμου να πληροφορεί σχετικά με την αναπηρία του εμφάνισε στατιστικά σημαντική επίδραση στην κοινωνικότητα ( $p=0,001$ ) (Πίνακας 19).

**Πίνακας 19: Επίδραση ατομικών στοιχείων στην κοινωνικότητα**

Ατομικά στοιχεία	Κοινωνικότητα					
		M.O.	N	TA	t/F	sig. (p)
Φύλο	Γυναίκα	12,54	122	2,332	-,852	,395
	Άντρας	12,79	134	2,356		
Ηλικία	18-25 ετών	13,52	23	1,904	2,011	,093
	26-35 ετών	12,61	54	2,491		
	36-45 ετών	12,93	85	2,142		
	46-55 ετών	12,42	66	2,590		
	56 ετών και πάνω	11,89	28	2,166		
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος-η	12,87	102	2,206	,560	,642
	Έγγαμος-η ή Σε σχέση	12,58	131	2,452		
	Διαζευγμένος-η	12,21	19	2,394		
	Χήρος-α	12,75	4	2,217		



<b>Εκπαίδευση</b>	Δημοτικό	12,29	7	2,812	,963	,441
	Γυμνάσιο	13,00	19	2,186		
	Λύκειο	12,17	64	2,555		
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	12,83	110	2,128		
	Επαγγελματικές Σχολές	12,71	35	2,782		
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	13,14	21	1,905		
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>	Άνεργος-η	13,37	43	2,440	2,123	,078
	Εργαζόμενος-η	12,71	111	2,250		
	Συνταξιούχος	12,17	82	2,459		
	Φοιτητής-τρια	12,73	11	1,679		
	Ημιαπασχολούμενος-η	13,33	9	1,936		
<b>Εισόδημα</b>	0-1000€	12,90	162	2,410	1,753	,139
	1001-1500€	12,40	62	2,308		
	1501-2000€	12,79	14	1,528		
	2001-2500€	11,62	13	2,181		
	2500+€	11,20	5	1,924		
<b>Περιοχή διαβίωσης</b>	Κωμόπολη/Χωριό	12,50	70	2,339	-,719	,473
	Αστική Περιοχή	12,74	186	2,348		
<b>Μορφή διαβίωσης</b>	Ατομική	12,61	62	2,663	,056	,945
	Με συγγενείς	12,68	181	2,267		
	Με φίλους	12,85	13	1,864		
<b>Είδος αναπηρίας</b>	Οπτική αναπηρία	12,87	53	2,418	2,133	,097
	Ακουστική αναπηρία	12,04	51	2,144		
	Κινητική αναπηρία	13,04	84	2,590		
	Χρόνια ασθένεια	12,54	68	2,025		
<b>Προέλευση αναπηρίας</b>	Επίκτητη	12,45	163	2,447	-2,037	<b>,043</b>
	Εκ γενετής	13,06	93	2,105		
<b>Διάστημα αναπηρίας</b>	Έως 5 έτη	12,13	30	2,726	1,563	,199
	6-10 έτη	13,12	42	2,233		
	11-20 έτη	12,32	53	2,659		
	21 έτη και πάνω	12,79	131	2,126		
<b>Ύπαρξη πόνου</b>	Όχι	12,96	170	2,126	2,850	<b>,005</b>
	Ναι	12,09	86	2,642		
<b>Ύπαρξη χόμπι</b>	Όχι	12,44	63	2,374	-,887	,376
	Ναι	12,75	193	2,335		
<b>Συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα</b>	Μη ικανοποιητική	10,82	17	3,147	23,736	<b>,000</b>
	Μέτρια	11,41	61	1,927		
	Ικανοποιητική	13,28	178	2,123		
<b>Συναναστροφή με φιλικά πρόσωπα</b>	Μη ικανοποιητική	9,83	6	3,656	29,181	<b>,000</b>
	Μέτρια	10,98	54	2,211		
	Ικανοποιητική	13,22	196	2,041		
<b>Διάθεση για πληροφόρηση σχετικά με την αναπηρία</b>	Ποτέ δε θα μοιραζόμουν σχετικές πληροφορίες εκτός αν ήταν απολύτως απαραίτητο	12,14	7	2,268	5,815	<b>,001</b>
	Θα μοιραζόμουν περιορισμένο αριθμό πληροφοριών με συγκεκριμένα πρόσωπα	11,74	53	2,520		
	Δέχομαι θετικά την ευκαιρία να μοιραστώ σχετικές	12,50	82	2,257		

	πληροφορίες για την αναπηρία μου και να διαφωτίσω τους άλλους					
	Υπερασπίζομαι ισχυρά τα άτομα με αναπηρία και επιδιώκω ενεργά τη διασπορά πληροφοριών σχετικών με την αναπηρία	13,26	114	2,178		
<b>Ρόλος θρησκευτικότητας</b>	Καθόλου έως μέτρια σημαντικός	12,57	92	2,190	-,545	,586
	Αρκετά έως πάρα πολύ σημαντικός	12,73	164	2,430		

### 6.7.8 Επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και ατομικών στοιχείων του δείγματος στη συνολική ευτυχία

Προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη συνολική ευτυχία από παράγοντες όπως είναι η συνολική προσαρμογή στην αναπηρία και οι υποκλίμακες της, καθώς και ατομικά στοιχεία του δείγματος, εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διασποράς με έναν παράγοντα (One-Way Anova), με την κρίσιμη τιμή  $p$  να είναι μικρότερη του .05. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε το Student's  $t$ -test ανεξάρτητων δειγμάτων, όπου οι κατηγορίες των ατομικών στοιχείων είναι δύο.

Παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική επίδραση των υποκλιμάκων της προσαρμογής, δηλαδή του περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας ( $p < 0,001$ ), της μετατροπής από συγκριτικές αξίες σε προσόντα ( $p < 0,001$ ), της διεύρυνσης του πεδίου αξιών ( $p < 0,001$ ), της υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης ( $p < 0,001$ ), καθώς και της συνολικής προσαρμογής στην αναπηρία ( $p < 0,001$ ) στη συνολική ευτυχία (Πίνακας 20).

**Πίνακας 20: Επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και των υποκλιμάκων της στη συνολική ευτυχία**

Συνολική ευτυχία						
Κλίμακες		M.O.	N	TA	F	sig. (p)
Περιορισμός	Υψηλά επίπεδα	89,4406	143	12,02791	27,913	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	77,1806	72	15,85171		
	Χαμηλά επίπεδα	66,2000	10	21,48281		
Μετατροπή	Υψηλά επίπεδα	93,8387	124	13,08222	31,282	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	80,2441	127	14,60469		
	Χαμηλά επίπεδα	70,8000	5	32,17452		
Διεύρυνση	Υψηλά επίπεδα	96,1863	102	11,67271	58,107	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	81,7448	145	13,53123		
	Χαμηλά επίπεδα	57,4444	9	23,38328		
Υποταγή	Υψηλά επίπεδα	91,3786	140	13,43166	15,543	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	80,4300	100	17,28154		
	Χαμηλά επίπεδα	84,0625	16	14,58981		
Συνολική προσαρμογή	Υψηλά επίπεδα	93,8582	134	11,83861	40,083	<b>0,000</b>
	Μέτρια επίπεδα	79,3707	116	15,42473		
	Χαμηλά επίπεδα	66,1667	6	25,74814		

Επιπλέον, αναφορικά με τα ατομικά στοιχεία του δείγματος στατιστικά σημαντική επίδραση φαίνεται ότι ασκούν η προέλευση ( $p=0,017$ ) και το διάστημα της αναπηρίας ( $p=0,021$ ), καθώς και η ύπαρξη σωματικού πόνου ( $p<0,001$ ). Ακόμη, η συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα ( $p<0,001$ ) παρουσίασε στατιστικά σημαντική επίδραση στη συνολική ευτυχία, όπως και η συναναστροφή με φιλικά πρόσωπα ( $p<0,001$ ). Τέλος, η διάθεση του ατόμου να πληροφορεί σχετικά με την αναπηρία του επιδρά σημαντικά στη συνολική ευτυχία ( $p<0,001$ ). Οριακά σημαντική επίδραση στη συνολική ευτυχία ασκούν η ύπαρξη χόμπι ( $p=0,055$ ) και η επαγγελματική κατάσταση ( $p=0,05$ ) (Πίνακας 21).

**Πίνακας 21: Επίδραση ατομικών στοιχείων στη συνολική ευτυχία**

Ατομικά στοιχεία	Συνολική ευτυχία					
		M.O.	N	TA	t/F	sig. (p)
<b>Φύλο</b>	Γυναίκα	86,0738	122	15,72815	-,545	,586
	Άντρας	87,1642	134	16,20693		
<b>Ηλικία</b>	18-25 ετών	89,5217	23	15,15637	,845	,498
	26-35 ετών	86,2593	54	16,74581		
	36-45 ετών	88,2000	85	14,69029		
	46-55 ετών	85,5000	66	17,88102		
	56 ετών και πάνω	83,0000	28	13,94964		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγαμος-η	86,9412	102	15,06213	,672	,570
	Έγγαμος-η ή Σε σχέση	86,6336	131	16,66050		
	Διαζευγμένος-η	83,3158	19	16,49934		
	Χήρος-α	95,2500	4	13,27592		
<b>Εκπαίδευση</b>	Δημοτικό	88,2857	7	12,63216	1,686	,138
	Γυμνάσιο	93,9474	19	11,51074		
	Λύκειο	82,8906	64	15,94944		
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	87,1636	110	16,00088		

	Επαγγελματικές Σχολές	86,0286	35	18,13752		
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	89,2381	21	14,77127		
<b>Επαγγελματική κατάσταση</b>	Άνεργος-η	90,8837	43	16,61641	2,411	<b>,050</b>
	Εργαζόμενος-η	87,8108	111	15,12885		
	Συνταξιούχος	83,4512	82	17,14438		
	Φοιτητής-τρια	79,5455	11	11,13879		
	Ημιαπασχολούμενος-η	89,7778	9	9,47072		
<b>Εισόδημα</b>	0-1000€	87,3025	162	16,68826	1,611	,172
	1001-1500€	86,4032	62	15,18893		
	1501-2000€	90,9286	14	9,73071		
	2001-2500€	78,8462	13	15,76307		
	2500+€	76,6000	5	6,94982		
<b>Περιοχή Διαβίωσης</b>	Κωμόπολη/Χωριό	85,5857	70	16,21995	-,650	,516
	Αστική Περιοχή	87,0430	186	15,88500		
<b>Μορφή διαβίωσης</b>	Ατομική	85,1129	62	18,17231	,470	,625
	Με συγγενείς	87,0000	181	15,37675		
	Με φίλους	89,0000	13	12,90349		
<b>Είδος αναπηρίας</b>	Οπτική αναπηρία	88,5472	53	14,95322	1,190	,314
	Ακουστική αναπηρία	86,8431	51	14,59777		
	Κινητική αναπηρία	87,7500	84	18,05806		
	Χρόνια ασθένεια	83,6471	68	14,80597		
<b>Προέλευση αναπηρίας</b>	Επίκτητη	84,9448	163	16,93242	-2,275	<b>,017</b>
	Εκ γενετής	89,6237	93	13,67314		
<b>Διάστημα αναπηρίας</b>	Έως 5 έτη	85,1000	30	18,39106	3,292	<b>,021</b>
	6-10 έτη	89,9762	42	14,10844		
	11-20 έτη	81,1321	53	18,14476		
	21 έτη και πάνω	88,1603	131	14,51886		
<b>Ύπαρξη πόνου</b>	Όχι	89,4941	170	13,92509	4,142	<b>,000</b>
	Ναι	81,0116	86	18,17011		
<b>Ύπαρξη χόμπι</b>	Όχι	83,3016	63	17,71789	-1,925	<b>,055</b>
	Ναι	87,7358	193	15,23181		
<b>Συναστροφή με συγγενικά πρόσωπα</b>	Μη ικανοποιητική	75,8235	17	20,43659	31,342	<b>,000</b>
	Μέτρια	75,9508	61	15,89489		
	Ικανοποιητική	91,3427	178	13,06353		
<b>Συναστροφή με φιλικά πρόσωπα</b>	Μη ικανοποιητική	70,3333	6	20,69460	24,342	<b>,000</b>
	Μέτρια	75,7037	54	17,58927		
	Ικανοποιητική	90,1582	196	13,57299		
<b>Διάθεση για πληροφόρηση σχετικά με την αναπηρία</b>	Ποτέ δε θα μοιραζόμουν σχετικές πληροφορίες εκτός αν ήταν απολύτως απαραίτητο	87,5714	7	18,40160	6,659	<b>,000</b>
	Θα μοιραζόμουν περιορισμένο αριθμό πληροφοριών με συγκεκριμένα πρόσωπα	81,9623	53	16,85682		
	Δέχομαι θετικά την ευκαιρία να μοιραστώ σχετικές πληροφορίες για την αναπηρία μου και να διαφωτίσω τους άλλους	83,0366	82	15,00078		

	Υπερασπίζομαι ισχυρά τα άτομα με αναπηρία και επιδιώκω ενεργά τη διασπορά πληροφοριών σχετικών με την αναπηρία	91,3596	114	14,91517		
<b>Ρόλος θρησκευτικότητας</b>	Καθόλου έως μέτρια σημαντικός	85,1304	92	14,41704	-1,138	,256
	Αρκετά έως πάρα πολύ σημαντικός	87,4939	164	16,74401		

### 6.7.9 Συσχέτιση της αυτοεκτίμησης με την ευτυχία και τις διαστάσεις της

Προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της ευτυχίας και των επιμέρους διαστάσεών της με την αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία του δείγματος, έγιναν οι κατάλληλοι έλεγχοι συσχέτισης με τον δείκτη αξιοπιστίας Pearson  $r$ , χωρίς οι έλεγχοι αυτοί να δηλώνουν αιτιότητα μεταξύ των υπό διερεύνηση μεταβλητών. Σε κάθε περίπτωση, προέκυψε σημαντική θετική συσχέτιση της ευτυχίας και των επιμέρους διαστάσεών της με την αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία (Πίνακας 22).

Ειδικότερα, ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ της ικανοποίησης από τη ζωή και της αυτοεκτίμησης είναι 0,694, τιμή που υποδηλώνει ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, η οποία είναι στατιστικώς σημαντική ( $p < 0,001$ ), όπως συμβαίνει και στην περίπτωση της ενεργητικότητας όπου  $r = 0,693$  ( $p < 0,001$ ).

Ισχυρή θετική συσχέτιση παρουσιάζεται και μεταξύ του θετικού συναισθήματος και της αυτοεκτίμησης ( $r = 0,656$ ) σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ( $p < 0,001$ ). Στην περίπτωση της κοινωνικότητας εμφανίζεται μέτρια θετική συσχέτιση με την αυτοεκτίμηση, η οποία είναι στατιστικώς σημαντική ( $p < 0,001$ ), με τον συντελεστή συσχέτισης να ισούται με 0,541. Τέλος, ισχυρή θετική συσχέτιση σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ( $p < 0,001$ ) παρουσιάζεται και μεταξύ της συνολικής ευτυχίας και της αυτοεκτίμησης με  $r = 0,725$ .

Τα προηγούμενα ευρήματα είναι ενδεικτικά της διαπίστωσης ότι η ευτυχία και η αυτοεκτίμηση συµμεταβάλλονται, δηλαδή όταν η αυτοεκτίμηση αυξάνει, ταυτοχρόνως αυξάνει και η ευτυχία του ατόμου, ή/και αντίστροφα. Υπό την έννοια αυτή, υψηλότερες τιμές της αυτοεκτίμησης αντιστοιχούν σε υψηλότερες τιμές της ευτυχίας και των διαστάσεών της για τα άτομα με αναπηρία του δείγματος. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα αντίστοιχα ευρήματα ερευνών, οι οποίες συνηγορούν υπέρ της ισχυρής διασύνδεσης της ευτυχίας με την αυτοεκτίμηση (Baumeister et al., 2003; Dogan et al., 2013; Lyubomirsky et al., 2006; Sato & Yuki, 2014).

**Πίνακας 22: Συσχέτιση της κλίμακας αυτοεκτίμησης με τις διαστάσεις της ευτυχίας και τη συνολική ευτυχία**

		<b>Rosenberg</b>	<b>Ικανοποίηση από τη ζωή</b>
Rosenberg	Pearson Correlation	1	,694**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	256	256
		<b>Rosenberg</b>	<b>Ενεργητικότητα</b>
Rosenberg	Pearson Correlation	1	,693**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	256	256
		<b>Rosenberg</b>	<b>Θετικό συναίσθημα</b>
Rosenberg	Pearson Correlation	1	,656**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	256	256
		<b>Rosenberg</b>	<b>Κοινωνικότητα</b>
Rosenberg	Pearson Correlation	1	,541**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	256	256
		<b>Rosenberg</b>	<b>Συνολική ευτυχία</b>
Rosenberg	Pearson Correlation	1	,725**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	256	256

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

### 6.7.10 Μοντέλα ερμηνείας της ευτυχίας και των διαστάσεών της

Προκειμένου να εξεταστούν οι διάφορες επιδράσεις στις διαστάσεις της ευτυχίας των ατόμων με αναπηρία και συγκεκριμένα προκειμένου να προσδιοριστούν οι ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες, ορισμένοι από τους παράγοντες που εμφανίζονται στις προηγούμενες αναλύσεις να έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στην ευτυχία και τις διαστάσεις της χρησιμοποιούνται σε ένα μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης.

Επιλέγεται η παρουσίαση του πίνακα αποτελεσμάτων tests of between subject effects για κάθε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, ο οποίος εξετάζει τη συνολική επίδραση της κάθε παραμέτρου στο εκάστοτε Γενικό Γραμμικό Μοντέλο, και εν συνεχεία η διεξαγωγή πολλαπλών συγκρίσεων (post hoc multiple comparisons) από το ίδιο μοντέλο, οι οποίες εκτιμώνται σε περιθώριες μέσες τιμές (marginal means).

Σε κάθε ανάλυση εξαρτημένη μεταβλητή είναι μια διάσταση της ευτυχίας και ανεξάρτητες μεταβλητές οι παράγοντες που εμφανίζονται να έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στη συγκεκριμένη διάσταση, και συγκεκριμένα η προσαρμογή στην αναπηρία και οι υποκλίμακές της, η αυτοεκτίμηση, καθώς και ατομικά στοιχεία. Τα στατιστικά

σημαντικά αποτελέσματα για κάθε διάσταση της ευτυχίας παρατίθενται στις ακόλουθες ενότητες.

### 6.7.10.1 Μοντέλο ερμηνείας της διάστασης της ικανοποίησης από τη ζωή με ανεξάρτητες μεταβλητές τις κλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία και την αυτοεκτίμηση καθώς και ατομικά στοιχεία

Στις παλινδρομήσεις με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση της ικανοποίησης από τη ζωή και ανεξάρτητες μεταβλητές τις κλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία και της αυτοεκτίμησης καθώς και ατομικά στοιχεία, προέκυψε ότι ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες είναι ο περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας ( $p=0,008$ ), η υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης ( $p=0,005$ ) και το σύνολο της κλίμακας αυτοεκτίμησης ( $p<0,001$ ) (Πίνακας 23).

**Πίνακας 23: Παράγοντες (κλίμακες προσαρμογής στην αναπηρία, αυτοεκτίμηση, ατομικά στοιχεία) που συμβάλλουν στην ικανοποίηση από τη ζωή**

Tests of Between-Subjects Effects					
Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	3829,951 <sup>a</sup>	16	239,372	17,382	,000
Intercept	371,806	1	371,806	26,998	,000
Περιορισμός	134,931	2	67,465	4,899	<b>,008</b>
Μετατροπή	,147	2	,073	,005	,995
Διεύρυνση	4,582	2	2,291	,166	,847
Υποταγή	148,565	2	74,283	5,394	<b>,005</b>
Συνολική προσαρμογή	30,245	2	15,123	1,098	,335
Πόνος	7,604	1	7,604	,552	,458
Προέλευση αναπηρίας	1,500	1	1,500	,109	,742
Διάστημα αναπηρίας	25,953	3	8,651	,628	,597
Αυτοεκτίμηση	1728,549	1	1728,549	125,516	<b>,000</b>
Συγγενείς	9,538	2	3,794	1,095	,452
Φίλοι	7,271	2	2,624	1,714	,146
Error	3291,408	239	13,772		
Total	188278,000	256			
Corrected Total	7121,359	255			

a. R Squared = ,565 (Adjusted R Squared = ,528)<sub>a</sub>

Οι τιμές όπως διαμορφώνονται για τη διάσταση της ικανοποίησης από τη ζωή ανάλογα με τα επίπεδα περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 24.

**Πίνακας 24: Περιγραφικά στοιχεία της ικανοποίησης από τη ζωή ως προς τα επίπεδα περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας**

Estimates				
Εξαρτημένη μεταβλητή: Ικανοποίηση από τη ζωή				
Επίπεδα περιορισμού επιπτώσεων δυσλειτουργίας	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Χαμηλά	25,478 <sup>a</sup>	1,497	22,529	28,426
Μέτρια	28,530 <sup>a</sup>	1,151	26,264	30,797
Υψηλά	30,017 <sup>a</sup>	1,180	27,694	32,341

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Rosenberg = 31,32.

Από τον πίνακα 25 των πολλαπλών συγκρίσεων φαίνεται ότι όσοι έχουν υψηλά επίπεδα περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας έχουν και σημαντικά υψηλότερες τιμές της διάστασης της ικανοποίησης από τη ζωή συγκριτικά με όσους έχουν χαμηλά επίπεδα ( $p=0,031$ ).

**Πίνακας 25: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της ικανοποίησης από τη ζωή με τα επίπεδα περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας**

Pairwise Comparisons						
Εξαρτημένη μεταβλητή: Ικανοποίηση από τη ζωή						
(I) Επίπεδα περιορισμού επιπτώσεων δυσλειτουργίας	(J) Επίπεδα περιορισμού επιπτώσεων δυσλειτουργίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>b</sup>	95% Confidence Interval for Difference <sup>b</sup>	
					Lower Bound	Upper Bound
Χαμηλά	Μέτρια	-3,053	1,604	,174	-6,919	,814
	Υψηλά	-4,540*	1,753	,031	-8,767	-,313
Μέτρια	Χαμηλά	3,053	1,604	,174	-,814	6,919
	Υψηλά	-1,487	,698	,103	-3,170	,196
Υψηλά	Χαμηλά	4,540*	1,753	<b>,031</b>	,313	8,767
	Μέτρια	1,487	,698	,103	-,196	3,170

Based on estimated marginal means

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

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Ο περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας υποδηλώνει ότι το άτομο αντιλαμβάνεται την αναπηρία ως ένα ενιαίο χαρακτηριστικό του εαυτού και όχι ως μοναδικό του χαρακτηριστικό, έννοια που συμβάλλει θετικά στην προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία του. Συνεπώς, κρίνεται αναμενόμενο το εύρημα ότι όσο πιο υψηλός είναι ο βαθμός περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας, τόσο πιο υψηλή τείνει να είναι η ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή του.

Οι τιμές όπως διαμορφώνονται για τη διάσταση της ικανοποίησης από τη ζωή ανάλογα με τα επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης παρουσιάζονται στον πίνακα 26.



**Πίνακας 26: Περιγραφικά στοιχεία της ικανοποίησης από τη ζωή ως προς τα επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης**

Estimates				
Εξαρτημένη μεταβλητή: Ικανοποίηση από τη ζωή				
Επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Υψηλά	30,277 <sup>a</sup>	1,286	27,744	32,810
Μέτρια	27,178 <sup>a</sup>	1,056	25,099	29,258
Χαμηλά	26,570 <sup>a</sup>	1,026	24,549	28,590

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Rosenberg = 31,32.

Από τον πίνακα 27 των πολλαπλών συγκρίσεων φαίνεται ότι όσοι έχουν υψηλά επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης έχουν και σημαντικά υψηλότερες τιμές της διάστασης της ικανοποίησης από τη ζωή συγκριτικά με όσους έχουν μέτρια ( $p=0,012$ ) ή χαμηλά υψηλά επίπεδα υποταγής ( $p=0,003$ ).

**Πίνακας 27: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της ικανοποίησης από τη ζωή με τα επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης**

Pairwise Comparisons						
Εξαρτημένη μεταβλητή: Ικανοποίηση από τη ζωή						
(I) Επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης	(J) Επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>b</sup>	95% Confidence Interval for Difference <sup>b</sup>	
					Lower Bound	Upper Bound
Υψηλά	Μέτρια	3,099*	1,066	<b>,012</b>	,529	5,669
	Χαμηλά	3,707*	1,113	<b>,003</b>	1,023	6,392
Μέτρια	Υψηλά	-3,099*	1,066	,012	-5,669	-,529
	Χαμηλά	,608	,590	,911	-,814	2,031
Χαμηλά	Υψηλά	-3,707*	1,113	,003	-6,392	-1,023
	Μέτρια	-,608	,590	,911	-2,031	,814

Based on estimated marginal means

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

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Η ικανοποίηση από τη ζωή αναφέρεται στην αξιολόγηση που κάνει κάθε άτομο γενικότερα για τη ζωή του ή για μερικές πτυχές της ζωής του και στο πόσο ευτυχισμένος και ικανοποιημένος είναι από την γενικότερη πορεία του και τα όσα έχει καταφέρει ή όχι στη ζωή του. Η υποταγή ως έννοια που υποδηλώνει την αδιαφορία του ατόμου για την εξωτερική του εμφάνιση συμβάλλει στη διαδικασία αλλαγής αξιών και κατ' επέκταση στη θετική προσαρμογή του ατόμου στην κατάσταση της αναπηρίας του. Συνεπώς, κρίνεται αναμενόμενο το εύρημα ότι όσο πιο υψηλή είναι η υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης του ατόμου, τόσο μεγαλύτερη τείνει να είναι και η ικανοποίησή του από τη ζωή.

Στατιστική σημαντικότητα παρουσιάζεται και στο τεστ αυτοεκτίμησης του Rosenberg. Αυτό σημαίνει ότι υψηλότερες τιμές της κλίμακας Rosenberg σχετίζονται με υψηλότερες τιμές της διάστασης της ικανοποίησης από τη ζωή ( $p < 0,001$ ).

#### 6.7.10.2 Μοντέλο ερμηνείας της διάστασης της ενεργητικότητας με ανεξάρτητες μεταβλητές τις κλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία και της αυτοεκτίμησης καθώς και ατομικά στοιχεία

Στις παλινδρομήσεις με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση της ενεργητικότητας και ανεξάρτητες μεταβλητές τις κλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία και της αυτοεκτίμησης καθώς και ατομικά στοιχεία, προέκυψε ότι ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες είναι η συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα ( $p = 0,005$ ), τα επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης ( $p = 0,027$ ), η ύπαρξη πόνου ( $p = 0,003$ ), το είδος της αναπηρίας ( $p = 0,023$ ) και η κλίμακα της αυτοεκτίμησης ( $p < 0,001$ ) (Πίνακας 28).

**Πίνακας 28: Παράγοντες (κλίμακες προσαρμογής στην αναπηρία, αυτοεκτίμηση, ατομικά στοιχεία) που συμβάλλουν στην ενεργητικότητα**

Tests of Between-Subjects Effects					
Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	4614,841 <sup>a</sup>	20	230,742	16,770	,000
Intercept	342,932	1	342,932	24,924	,000
Συγγενείς	150,817	2	75,408	5,481	,005
Περιορισμός	22,250	2	11,125	,809	,447
Μετατροπή	9,706	2	4,853	,353	,703
Διεύρυνση	2,228	2	1,114	,081	,922
Υποταγή	101,435	2	50,718	3,686	,027
Συνολική προσαρμογή	141,554	2	70,777	5,144	,087
Πόνος	121,082	1	121,082	8,800	,003
Είδος αναπηρίας	133,821	3	44,607	3,242	,023
Διάστημα αναπηρίας	49,832	3	16,611	1,207	,308
Αυτοεκτίμηση	1597,204	1	1597,204	116,082	,000
Error	3233,437	235	13,759		
Total	186513,000	256			
Corrected Total	7848,277	255			

a. R Squared = ,588 (Adjusted R Squared = ,553)<sup>a</sup>

Οι τιμές όπως διαμορφώνονται για την ενεργητικότητα ανάλογα με τη συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα παρουσιάζονται στον πίνακα 29.

**Πίνακας 29: Περιγραφικά στοιχεία της ενεργητικότητας ως προς τη συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα**

Estimates				
Εξαρτημένη μεταβλητή: Ενεργητικότητα				
Συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Μη ικανοποιητική	27,450 <sup>a</sup>	1,278	24,932	29,967
Μέτρια	27,612 <sup>a</sup>	1,075	25,494	29,730
Ικανοποιητική	29,479 <sup>a</sup>	1,047	27,416	31,541

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Rosenberg = 31,32.

Από τον πίνακα 30 των πολλαπλών συγκρίσεων φαίνεται ότι όσοι έχουν συναναστροφές με συγγενικά πρόσωπα σε ικανοποιητικό βαθμό έχουν και σημαντικά υψηλότερες τιμές της διάστασης της ενεργητικότητας συγκριτικά με αυτούς που δηλώνουν συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα σε μέτριο βαθμό ( $p=0,010$ ) ή μη ικανοποιητικό βαθμό ( $p=0,046$ ).

**Πίνακας 30: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της ενεργητικότητας με τα επίπεδα της συναναστροφής με συγγενικά πρόσωπα**

Pairwise Comparisons						
Εξαρτημένη μεταβλητή: Ενεργητικότητα						
(I) Συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα	(J) Συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>b</sup>	95% Confidence Interval for Difference <sup>b</sup>	
					Lower Bound	Upper Bound
Μη ικανοποιητική	Μέτρια	-,162	1,114	1,000	-2,847	2,523
	Ικανοποιητική	-2,029	1,039	,046	-4,535	,477
Μέτρια	Μη ικανοποιητική	,162	1,114	1,000	-2,523	2,847
	Ικανοποιητική	-1,867*	,626	,010	-3,378	-,356
Ικανοποιητική	Μη ικανοποιητική	2,029	1,039	<b>,046</b>	-,477	4,535
	Μέτρια	1,867*	,626	<b>,010</b>	,356	3,378

Based on estimated marginal means

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

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Η διάσταση της ενεργητικότητας αναφέρεται στα διασυνδεδεμένα συναισθήματα της σωματικής δύναμης, της συναισθηματικής ενέργειας και της γνωστικής «ζωντάνιας» του ατόμου. Οι σχέσεις με την οικογένεια και γενικότερα με τον κύκλο των συγγενών αποτελούν σημαντική πηγή συναισθηματικής στήριξης του ατόμου. Συνεπώς, το εύρημα ότι οι πιο ικανοποιητικές για το άτομο συναναστροφές με τους συγγενείς του συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα ενεργητικότητας κρίνεται αναμενόμενο.

Οι τιμές όπως διαμορφώνονται για την ενεργητικότητα ανάλογα με τα επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης παρουσιάζονται στον πίνακα 31.

**Πίνακας 31: Περιγραφικά στοιχεία της ενεργητικότητας ως προς τα επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης**

Estimates				
Εξαρτημένη μεταβλητή: Ενεργητικότητα				
Επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Υψηλά	29,833 <sup>a</sup>	1,311	27,250	32,417
Μέτρια	27,828 <sup>a</sup>	1,062	25,736	29,920
Χαμηλά	26,879 <sup>a</sup>	1,038	24,835	28,923

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Rosenberg = 31,32.

Από τον πίνακα 32 των πολλαπλών συγκρίσεων φαίνεται ότι όσοι έχουν υψηλά επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης έχουν και σημαντικά υψηλότερες τιμές της διάστασης της ενεργητικότητας συγκριτικά με όσους έχουν χαμηλά επίπεδα υποταγής ( $p=0,029$ ).

**Πίνακας 32: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της ενεργητικότητας με τα επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης**

Pairwise Comparisons						
Εξαρτημένη μεταβλητή: Ενεργητικότητα						
(I) Επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης	(J) Επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>b</sup>	95% Confidence Interval for Difference <sup>b</sup>	
					Lower Bound	Upper Bound
Υψηλά	Μέτρια	2,005	1,090	,202	-,624	4,634
	Χαμηλά	2,954*	1,134	<b>,029</b>	,220	5,689
Μέτρια	Υψηλά	-2,005	1,090	,202	-4,634	,624
	Χαμηλά	,949	,596	,337	-,487	2,385
Χαμηλά	Υψηλά	-2,954*	1,134	,029	-5,689	-,220
	Μέτρια	-,949	,596	,337	-2,385	,487

Based on estimated marginal means

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

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Η διάσταση της ενεργητικότητας, όπως έχουμε περιγράψει, αφορά σε συναισθήματα σωματικής δύναμης, καθώς και συναισθηματικής και γνωστικής ενέργειας. Από την άλλη πλευρά, η υποταγή υποδηλώνει τον συμβιβασμό του ατόμου απέναντι στην αναπηρία του, κατάσταση η οποία επιδρά θετικά στη διαδικασία αλλαγής αξιών. Συνεπώς, κρίνεται αναμενόμενο το εύρημα ότι όσο πιο υψηλή είναι η υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης του ατόμου τόσο υψηλότερη τείνει να είναι και η ενεργητικότητά του.

Οι τιμές όπως διαμορφώνονται για την ενεργητικότητα ανάλογα με την ύπαρξη πόνου παρουσιάζονται στον πίνακα 33.

**Πίνακας 33: Περιγραφικά στοιχεία της ενεργητικότητας ως προς την ύπαρξη πόνου**

Estimates				
Εξαρτημένη μεταβλητή: Ενεργητικότητα				
Ύπαρξη πόνου	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Όχι	29,039 <sup>a</sup>	1,024	27,021	31,057
Ναι	27,321 <sup>a</sup>	1,051	25,250	29,392

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Rosenberg = 31,32.

Από τον πίνακα 34 των πολλαπλών συγκρίσεων φαίνεται ότι όσοι δήλωσαν πως δεν πονούν έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές της διάστασης της ενεργητικότητας ( $p=0,003$ ).

**Πίνακας 34: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της ενεργητικότητας με την ύπαρξη πόνου**

Pairwise Comparisons						
Εξαρτημένη μεταβλητή: Ενεργητικότητα						
(I) Ύπαρξη πόνου	(J) Ύπαρξη πόνου	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>b</sup>	95% Confidence Interval for Difference <sup>b</sup>	
					Lower Bound	Upper Bound
Όχι	Ναι	1,717*	,579	<b>,003</b>	,577	2,858
Ναι	Όχι	-1,717*	,579	,003	-2,858	-,577

Based on estimated marginal means

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

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Εφόσον η ενεργητικότητα ως διάσταση της ευτυχίας του ατόμου αναφέρεται, όπως έχουμε περιγράψει, στο πόσο δραστήριο και ενεργητικό είναι το άτομο σωματικά και συναισθηματικά, ενώ ο πόνος ως μία αρνητική κατάσταση που μπορεί να βιώνει το άτομο εξαιτίας της αναπηρίας του αποτελεί σημαντική παράμετρο που επηρεάζει την καθημερινή του δραστηριότητα, κρίνεται αναμενόμενο το εύρημα ότι στις περιπτώσεις όπου τα άτομα με αναπηρία δεν βιώνουν σωματικό πόνο η ενεργητικότητά τους τείνει να εμφανίζεται υψηλότερη.

Οι τιμές όπως διαμορφώνονται για την ενεργητικότητα ανάλογα με το είδος αναπηρίας παρουσιάζονται στον πίνακα 35.

**Πίνακας 35: Περιγραφικά στοιχεία της ενεργητικότητας ως προς το είδος της αναπηρίας**

Estimates				
Εξαρτημένη μεταβλητή: Ενεργητικότητα				
Είδος Αναπηρίας	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Οπτική	28,342 <sup>a</sup>	1,114	26,147	30,536
Ακουστική	29,061 <sup>a</sup>	1,077	26,938	31,183
Κινητική	28,415 <sup>a</sup>	1,038	26,370	30,460
Χρόνια Ασθένεια	26,903 <sup>a</sup>	1,131	24,675	29,131

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Rosenberg = 31,32.

Από τον πίνακα 36 των πολλαπλών συγκρίσεων φαίνεται ότι όσοι έχουν ακουστική αναπηρία έχουν σημαντικά περισσότερη ενεργητικότητα συγκριτικά με όσους έχουν κάποια χρόνια ασθένεια ( $p=0,028$ ).

**Πίνακας 36: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της ενεργητικότητας με το είδος της αναπηρίας**

Pairwise Comparisons						
Εξαρτημένη μεταβλητή: Ενεργητικότητα						
(I) Είδος Αναπηρίας	(J) Είδος Αναπηρίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>b</sup>	95% Confidence Interval for Difference <sup>b</sup>	
					Lower Bound	Upper Bound
Οπτική	Ακουστική	-,719	,757	1,000	-2,733	1,296
	Κινητική	-,074	,708	1,000	-1,958	1,811
	Χρόνια Ασθένεια	1,439	,726	,291	-,492	3,369
Ακουστική	Οπτική	,719	,757	1,000	-1,296	2,733
	Κινητική	,645	,742	1,000	-1,329	2,620
	Χρόνια Ασθένεια	2,158*	,754	<b>,028</b>	,150	4,165
Κινητική	Οπτική	,074	,708	1,000	-1,811	1,958
	Ακουστική	-,645	,742	1,000	-2,620	1,329
	Χρόνια Ασθένεια	1,512	,644	,118	-,201	3,225
Χρόνια Ασθένεια	Οπτική	-1,439	,726	,291	-3,369	,492
	Ακουστική	-2,158*	,754	,028	-4,165	-,150
	Κινητική	-1,512	,644	,118	-3,225	,201

Based on estimated marginal means

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

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφάνισαν υψηλότερη ενεργητικότητα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος και στατιστικά σημαντική υψηλότερη ενεργητικότητα σε σχέση με τους χρόνια ασθενείς. Άτομα με ακουστική αναπηρία φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη ενεργητικότητα, η οποία πιθανώς αιτιολογείται μέσω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της οικείας ομάδας ατόμων, αλλά και μέσω των χαρακτηριστικών των άλλων ομάδων του δείγματος με τους αντίστοιχους περιορισμούς που μπορεί να βιώνουν λόγω αναπηρίας.

Στατιστική σημαντικότητα παρουσιάζεται και στο τεστ του Rosenberg. Αυτό σημαίνει ότι υψηλότερες τιμές της κλίμακας αυτοεκτίμησης, σχετίζονται με υψηλότερες τιμές της διάστασης της ενεργητικότητας ( $p<0,0001$ ).

### 6.7.10.3 Μοντέλο ερμηνείας της διάστασης του θετικού συναισθήματος με ανεξάρτητες μεταβλητές τις κλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία και της αυτοεκτίμησης καθώς και ατομικά στοιχεία

Στις παλινδρομήσεις με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση του θετικού συναισθήματος και ανεξάρτητες μεταβλητές τις κλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία και της αυτοεκτίμησης καθώς και ατομικά στοιχεία, προέκυψε ότι ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες είναι η συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα ( $p < 0,001$ ) και η κλίμακα της αυτοεκτίμησης ( $p < 0,001$ ) (Πίνακας 37).

**Πίνακας 37: Παράγοντες (κλίμακες προσαρμογής στην αναπηρία, αυτοεκτίμηση, ατομικά στοιχεία) που συμβάλλουν στο θετικό συναισθήμα**

Tests of Between-Subjects Effects					
Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	966,866 <sup>a</sup>	17	56,874	16,236	,000
Intercept	131,833	1	131,833	37,634	,000
Συγγενείς	63,553	2	31,777	9,071	,000
Περιορισμός	10,636	2	5,318	1,518	,221
Μετατροπή	5,416	2	2,708	,773	,463
Διεύρυνση	20,380	2	10,190	2,909	,056
Υποταγή	3,652	2	1,826	,521	,594
Συνολική προσαρμογή	17,739	2	8,870	2,532	,082
Πόνος	7,278	1	7,278	2,078	,151
Διάστημα αναπηρίας	19,635	3	6,545	1,868	,136
Αυτοεκτίμηση	262,426	1	262,426	74,914	,000
Error	833,724	238	3,503		
Total	41327,000	256			
Corrected Total	1800,590	255			

a. R Squared = ,537 (Adjusted R Squared = ,504)<sup>a</sup>

Οι τιμές όπως διαμορφώνονται για το θετικό συναισθήμα ανάλογα με τη συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα παρουσιάζονται στον πίνακα 38.

**Πίνακας 38: Περιγραφικά στοιχεία του θετικού συναισθήματος ως προς τη συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα**

Estimates				
Εξαρτημένη μεταβλητή: Θετικό Συναισθήμα				
Συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Μη ικανοποιητική	12,474 <sup>a</sup>	,633	11,227	13,722
Μέτρια	13,155 <sup>a</sup>	,539	12,094	14,216
Ικανοποιητική	14,173 <sup>a</sup>	,519	13,150	15,196

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Rosenberg = 31,32.

Από τον πίνακα 39 των πολλαπλών συγκρίσεων φαίνεται ότι όσοι έχουν συναναστροφές με συγγενικά πρόσωπα σε ικανοποιητικό βαθμό έχουν και υψηλότερες τιμές της διάστασης του θετικού συναισθήματος συγκριτικά με αυτούς που δηλώνουν συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα σε μέτριο βαθμό ( $p=0,004$ ) ή μη ικανοποιητικό βαθμό ( $p=0,003$ ).

**Πίνακας 39: Συγκρίσεις κατά ζεύγη του θετικού συναισθήματος με τα επίπεδα της συναναστροφής με συγγενικά πρόσωπα**

Pairwise Comparisons						
Εξαρτημένη μεταβλητή: Θετικό Συναίσθημα						
(I) Συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα	(J) Συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>b</sup>	95% Confidence Interval for Difference <sup>b</sup>	
					Lower Bound	Upper Bound
Μη ικανοποιητική	Μέτρια	-,681	,551	,655	-2,010	,649
	Ικανοποιητική	-1,699*	,516	,003	-2,944	-,454
Μέτρια	Μη ικανοποιητική	,681	,551	,655	-,649	2,010
	Ικανοποιητική	-1,018*	,312	,004	-1,769	-,267
Ικανοποιητική	Μη ικανοποιητική	1,699*	,516	<b>,003</b>	,454	2,944
	Μέτρια	1,018*	,312	<b>,004</b>	,267	1,769

Based on estimated marginal means

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

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Η διάσταση του θετικού συναισθήματος αντιστοιχεί στο γενικότερο θετικό συναίσθημα του ατόμου και αποτυπώνει το πόσο αυτό κυριαρχεί στη ζωή. Οι σχέσεις με την οικογένεια και γενικότερα με τον κύκλο των συγγενών αποτελούν σημαντική πηγή συναισθηματικής στήριξης του ατόμου. Κατ' επέκταση, το εύρημα ότι οι πιο ικανοποιητικές για το άτομο συναναστροφές με τους συγγενείς του συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα θετικού συναισθήματος κρίνεται εύλογο.

Στατιστική σημαντικότητα παρουσιάζεται και στο τεστ του Rosenberg. Αυτό σημαίνει ότι υψηλότερες τιμές της κλίμακας αυτοεκτίμησης, σχετίζονται με υψηλότερες τιμές της διάστασης του θετικού συναισθήματος ( $p<0,0001$ ).

#### **6.7.10.4 Μοντέλο ερμηνείας της διάστασης της κοινωνικότητας με ανεξάρτητες μεταβλητές τις κλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία και της αυτοεκτίμησης καθώς και ατομικά στοιχεία**

Στις παλινδρομήσεις με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση της κοινωνικότητας και ανεξάρτητες μεταβλητές τις κλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία και της αυτοεκτίμησης καθώς και ατομικά στοιχεία, προέκυψε ότι σημαντικοί ανεξάρτητοι



προβλεπτικοί παράγοντες είναι η συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα ( $p=0,001$ ) και η κλίμακα της αυτοεκτίμησης ( $p<0,001$ ) (Πίνακας 40).

**Πίνακας 40: Παράγοντες (κλίμακες προσαρμογής στην αναπηρία, αυτοεκτίμηση, ατομικά στοιχεία) που συμβάλλουν στην κοινωνικότητα**

Tests of Between-Subjects Effects					
Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	503,874 <sup>a</sup>	14	35,991	9,675	,000
Intercept	246,373	1	246,373	66,226	,000
Συγγενείς	50,426	2	25,213	6,777	,001
Περιορισμός	13,381	2	6,690	1,798	,168
Μετατροπή	4,089	2	2,044	,550	,578
Διεύρυνση	,723	2	,362	,097	,907
Υποταγή	,521	2	,261	,070	,932
Συνολική προσαρμογή	14,498	2	7,249	1,949	,145
Πόνος	1,092	1	1,092	,293	,589
Αυτοεκτίμηση	104,351	1	104,351	28,050	,000
Error	896,564	241	3,720		
Total	42508,000	256			
Corrected Total	1400,437	255			

a. R Squared = ,360 (Adjusted R Squared = ,323) <sup>a</sup>

Οι τιμές όπως διαμορφώνονται για την κοινωνικότητα ανάλογα με τη συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα παρουσιάζονται στον πίνακα 41.

**Πίνακας 41: Περιγραφικά στοιχεία της κοινωνικότητας ως προς τη συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα**

Estimates				
Εξαρτημένη μεταβλητή: Κοινωνικότητα				
Συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Μη ικανοποιητική	11,624 <sup>a</sup>	,645	10,353	12,895
Μέτρια	12,392 <sup>a</sup>	,547	11,316	13,469
Ικανοποιητική	13,233 <sup>a</sup>	,527	12,194	14,271

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Rosenberg = 31,32.

Από τον πίνακα 42 των πολλαπλών συγκρίσεων φαίνεται ότι όσοι έχουν ικανοποιητική συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα έχουν υψηλότερες τιμές της διάστασης της κοινωνικότητας συγκριτικά με αυτούς που έχουν μη ικανοποιητική συναναστροφή ( $p=0,008$ ) και μέτρια συναναστροφή ( $p=0,028$ ).

**Πίνακας 42: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της κοινωνικότητας με τη συναστροφή με συγγενικά πρόσωπα**

Pairwise Comparisons						
Εξαρτημένη μεταβλητή: Κοινωνικότητα						
(I) Συναστροφή με συγγενικά πρόσωπα	(J) Συναστροφή με συγγενικά πρόσωπα	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>b</sup>	95% Confidence Interval for Difference <sup>b</sup>	
					Lower Bound	Upper Bound
Μη ικανοποιητική	Μέτρια	-,768	,564	,525	-2,129	,593
	Ικανοποιητική	-1,608*	,529	,008	-2,885	-,332
Μέτρια	Μη ικανοποιητική	,768	,564	,525	-,593	2,129
	Ικανοποιητική	-,840*	,321	,028	-1,613	-,067
Ικανοποιητική	Μη ικανοποιητική	1,608*	,529	<b>,008</b>	,332	2,885
	Μέτρια	,840*	,321	<b>,028</b>	,067	1,613

Based on estimated marginal means

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

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Η διάσταση της κοινωνικότητας αναφέρεται γενικότερα στην τάση του ατόμου για κοινωνική συμβίωση και στη σύναψη κοινωνικών σχέσεων και παράλληλα αποτυπώνει τα θετικά συναισθήματα που τρέφει το άτομο για τους άλλους. Οι σχέσεις με την οικογένεια και γενικότερα με τον κύκλο των συγγενών συνιστούν τον κεντρικό πυρήνα μέσα στον οποίον το άτομο δραστηριοποιείται και αναπτύσσεται. Συνεπώς, το εύρημα ότι οι πιο ικανοποιητικές για το άτομο συναστροφές με τους συγγενείς του συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα κοινωνικότητας κρίνεται αναμενόμενο.

Τέλος, στατιστική σημαντικότητα παρουσιάζεται και στο τεστ του Rosenberg. Αυτό σημαίνει ότι υψηλότερες τιμές της κλίμακας αυτοεκτίμησης σχετίζονται με υψηλότερες τιμές της διάστασης της κοινωνικότητας ( $p < 0,001$ ).

#### **6.7.10.5 Μοντέλο ερμηνείας της συνολικής ευτυχίας με ανεξάρτητες μεταβλητές τις κλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία και της αυτοεκτίμησης καθώς και ατομικά στοιχεία**

Στις παλινδρομήσεις με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική ευτυχία και ανεξάρτητες μεταβλητές τις κλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία και της αυτοεκτίμησης καθώς και ατομικά στοιχεία, προέκυψε ότι ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες είναι ο περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας ( $p = 0,027$ ), η διεύρυνση του πεδίου αξιών ( $p < 0,001$ ), η υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης ( $p = 0,009$ ), η συναστροφή με συγγενικά πρόσωπα ( $p = 0,022$ ) και η κλίμακα της αυτοεκτίμησης ( $p < 0,001$ ) (Πίνακας 43).

**Πίνακας 43: Παράγοντες (κλίμακες προσαρμογής στην αναπηρία, αυτοεκτίμηση, ατομικά στοιχεία) που συμβάλλουν στη συνολική ευτυχία**

Tests of Between-Subjects Effects					
Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	28970,784 <sup>a</sup>	23	1259,599	16,963	,000
Intercept	5205,332	1	5205,332	70,100	,000
Περιορισμός	545,704	2	272,852	3,674	<b>,027</b>
Μετατροπή	3,458	2	1,729	,023	,977
Διεύρυνση	2881,711	2	1440,855	19,404	<b>,000</b>
Υποταγή	723,292	2	361,646	4,870	<b>,009</b>
Συνολική προσαρμογή	135,198	2	67,599	,910	,404
Πόνος	135,281	1	135,281	1,822	,179
Είδος αναπηρίας	556,193	3	185,398	2,497	,061
Προέλευση αναπηρίας	13,650	1	13,650	,184	,669
Πληροφορίες	490,737	3	163,579	2,203	,089
Συγγενείς	579,408	2	289,704	3,901	<b>,022</b>
Φίλοι	29,451	2	14,725	,198	,820
Αυτοεκτίμηση	4912,843	1	4912,843	66,161	<b>,000</b>
Error	14925,376	201	74,256		
Total	1349888,000	225			
Corrected Total	43896,160	224			

a. R Squared = ,660 (Adjusted R Squared = ,621)<sup>a</sup>

Οι τιμές όπως διαμορφώνονται για τη συνολική ευτυχία ανάλογα με τον περιορισμό των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας παρουσιάζονται στον πίνακα 44.

**Πίνακας 44: Περιγραφικά στοιχεία της συνολικής ευτυχίας ως προς τον περιορισμό των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας**

Estimates				
Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική ευτυχία				
Επίπεδα περιορισμού επιπτώσεων δυσλειτουργίας	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Χαμηλά	70,139 <sup>a</sup>	3,457	63,322	76,956
Μέτρια	72,561 <sup>a</sup>	2,853	66,935	78,186
Υψηλά	77,101 <sup>a</sup>	2,848	71,484	82,717

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Rosenberg = 30,54.

Από τον πίνακα 45 των πολλαπλών συγκρίσεων φαίνεται ότι όσοι έχουν υψηλά επίπεδα περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές της συνολικής ευτυχίας συγκριτικά με αυτούς που έχουν μέτρια περιορισμού ( $p=0,31$ ).

**Πίνακας 45: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της συνολικής ευτυχίας με τον περιορισμό των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας**

Pairwise Comparisons						
Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική ευτυχία						
(I) Επίπεδα περιορισμού επιπτώσεων δυσλειτουργίας	(J) Επίπεδα περιορισμού επιπτώσεων δυσλειτουργίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>b</sup>	95% Confidence Interval for Difference <sup>b</sup>	
					Lower Bound	Upper Bound
Χαμηλά	Μέτρια	-2,422	4,642	1,000	-13,627	8,784
	Υψηλά	-6,962	4,786	,442	-18,516	4,593
Μέτρια	Χαμηλά	2,422	4,642	1,000	-8,784	13,627
	Υψηλά	-4,540*	1,752	,031	-8,770	-,309
Υψηλά	Χαμηλά	6,962	4,786	,442	-4,593	18,516
	Μέτρια	4,540*	1,752	<b>,031</b>	,309	8,770

Based on estimated marginal means

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

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Οι τιμές όπως διαμορφώνονται για τη συνολική ευτυχία ανάλογα με τη διεύρυνση του πεδίου αξιών παρουσιάζονται στον πίνακα 46.

**Πίνακας 46: Περιγραφικά στοιχεία της συνολικής ευτυχίας ως προς τη διεύρυνση του πεδίου αξιών**

Estimates				
Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική ευτυχία				
Επίπεδα διεύρυνσης πεδίου αξιών	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Χαμηλά	61,865 <sup>a</sup>	3,802	54,367	69,362
Μέτρια	74,780 <sup>a</sup>	2,173	70,495	79,066
Υψηλά	83,155 <sup>a</sup>	2,381	78,460	87,850

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Rosenberg = 30,54.

Από τον πίνακα 47 των πολλαπλών συγκρίσεων φαίνεται ότι όσοι έχουν υψηλά επίπεδα διεύρυνσης του πεδίου αξιών έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές της συνολικής ευτυχίας συγκριτικά με αυτούς που έχουν χαμηλά επίπεδα ( $p < 0,001$ ) και μέτρια διεύρυνσης ( $p < 0,001$ ). Σημαντικά υψηλότερες τιμές της συνολικής ευτυχίας παρουσιάζουν επίσης και όσοι έχουν μέτρια επίπεδα διεύρυνσης του πεδίου αξιών συγκριτικά με αυτούς που έχουν χαμηλά επίπεδα διεύρυνσης ( $p = 0,005$ ).

**Πίνακας 47: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της συνολικής ευτυχίας με τη διεύρυνση του πεδίου αξιών**

Pairwise Comparisons						
Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική ευτυχία						
(I) Επίπεδα διεύρυνσης πεδίου αξιών	(J) Επίπεδα διεύρυνσης πεδίου αξιών	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>b</sup>	95% Confidence Interval for Difference <sup>b</sup>	
					Lower Bound	Upper Bound
Χαμηλά	Μέτρια	-12,916*	4,028	,005	-22,641	-3,191
	Υψηλά	-21,291*	4,337	,000	-31,760	-10,821
Μέτρια	Χαμηλά	12,916*	4,028	<b>,005</b>	3,191	22,641
	Υψηλά	-8,375*	1,557	,000	-12,132	-4,617
Υψηλά	Χαμηλά	21,291*	4,337	<b>,000</b>	10,821	31,760
	Μέτρια	8,375*	1,557	<b>,000</b>	4,617	12,132

Based on estimated marginal means

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

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Οι τιμές όπως διαμορφώνονται για τη συνολική ευτυχία ανάλογα με την υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης παρουσιάζονται στον πίνακα 48.

**Πίνακας 48: Περιγραφικά στοιχεία της συνολικής ευτυχίας ως προς την υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης**

Estimates				
Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική ευτυχία				
Επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Υψηλά	77,484 <sup>a</sup>	2,958	71,651	83,317
Μέτρια	72,924 <sup>a</sup>	2,039	68,903	76,945
Χαμηλά	69,392 <sup>a</sup>	2,259	64,938	73,847

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Rosenberg = 30,54.

Από τον πίνακα 49 των πολλαπλών συγκρίσεων φαίνεται ότι όσοι έχουν υψηλά επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές της συνολικής ευτυχίας συγκριτικά με αυτούς που έχουν χαμηλά επίπεδα υποταγής ( $p=0,12$ ).

**Πίνακας 49: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της συνολικής ευτυχίας με την υποταγή της εξωτερικής εμφάνιση**

Pairwise Comparisons						
Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική ευτυχία						
(I) Επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης	(J) Επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>b</sup>	95% Confidence Interval for Difference <sup>b</sup>	
					Lower Bound	Upper Bound
Υψηλά	Μέτρια	4,561	2,582	,237	-1,673	10,794
	Χαμηλά	8,092*	2,775	<b>,012</b>	1,392	14,792
Μέτρια	Υψηλά	-4,561	2,582	,237	-10,794	1,673
	Χαμηλά	3,531	1,606	,087	-,345	7,408
Χαμηλά	Υψηλά	-8,092*	2,775	,012	-14,792	-1,392
	Μέτρια	-3,531	1,606	,087	-7,408	,345

Based on estimated marginal means

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

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Οι τιμές όπως διαμορφώνονται για τη συνολική ευτυχία ανάλογα με τη συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα παρουσιάζονται στον πίνακα 50.

**Πίνακας 50: Περιγραφικά στοιχεία της συνολικής ευτυχίας ως προς τη συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα**

Estimates				
Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική ευτυχία				
Συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα	Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
Μη ικανοποιητική	71,362 <sup>a</sup>	2,729	65,981	76,743
Μέτρια	72,049 <sup>a</sup>	2,382	67,353	76,745
Ικανοποιητική	76,389 <sup>a</sup>	2,245	71,963	80,816

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: Rosenberg = 31,32.

Από τον πίνακα 51 των πολλαπλών συγκρίσεων φαίνεται ότι όσοι έχουν ικανοποιητική συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα έχουν υψηλότερες τιμές της συνολικής ευτυχίας συγκριτικά με αυτούς που έχουν μέτρια συναναστροφή ( $p=0,036$ ).

**Πίνακας 51: Συγκρίσεις κατά ζεύγη της συνολικής ευτυχίας με τη συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα**

Pairwise Comparisons						
Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολική ευτυχία						
(I) Συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα	(J) Συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. <sup>b</sup>	95% Confidence Interval for Difference <sup>b</sup>	
					Lower Bound	Upper Bound
Μη ικανοποιητική	Μέτρια	-,686	2,704	1,000	-7,215	5,842
	Ικανοποιητική	-5,027	2,673	,184	-11,480	1,426
Μέτρια	Μη ικανοποιητική	,686	2,704	1,000	-5,842	7,215
	Ικανοποιητική	-4,341*	1,711	,036	-8,471	-,210
Ικανοποιητική	Μη ικανοποιητική	5,027	2,673	,184	-1,426	11,480
	Μέτρια	4,341*	1,711	<b>,036</b>	,210	8,471

Based on estimated marginal means

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

b. Adjustment for multiple comparisons: Bonferroni.

Τέλος, στατιστική σημαντικότητα παρουσιάζεται και στο τεστ του Rosenberg. Αυτό σημαίνει ότι υψηλότερες τιμές της κλίμακας αυτοεκτίμησης σχετίζονται με υψηλότερες τιμές της διάστασης της κοινωνικότητας ( $p < 0,001$ ).

## Κεφάλαιο 7: Συζήτηση

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, για την εξυπηρέτηση των επιμέρους στόχων της έρευνας διερευνήθηκε το κατά πόσο εμφανίζονται διαφοροποιήσεις μεταξύ των ομάδων με αναπηρία ως προς την αυτοεκτίμηση, την προσαρμογή στην αναπηρία και την ευτυχία που αναφέρουν. Επιπλέον, εξετάστηκε το κατά πόσο η ευτυχία και οι διαστάσεις της, δηλαδή η ικανοποίηση από τη ζωή, η ενεργητικότητα, το θετικό συναίσθημα και η κοινωνικότητα, διαφοροποιούνται μεταξύ των ατόμων με αναπηρία αναφορικά με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή τους στην αναπηρία, την αυτοεκτίμησή τους, καθώς και διάφορα ατομικά χαρακτηριστικά. Αναφορικά με τα ατομικά χαρακτηριστικά, σε αυτά εκτός των διαφόρων δημογραφικών στοιχείων (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, κ.λπ.), συμπεριλήφθηκαν και στοιχεία που αφορούν στη φύση της αναπηρίας ως υποκειμενικής κατάστασης που βιώνει το άτομο (είδος αναπηρίας, διάστημα αναπηρίας, πόνος, κ.λπ.), αλλά και στοιχεία που αφορούν στη συναναστροφή του ατόμου με την οικογένεια και τους φίλους, στο αίσθημα θρησκευτικότητας που μπορεί να διακατέχει ή όχι το άτομο, καθώς και στοιχεία που διερευνούν τη διάθεση του ατόμου να επικοινωνεί πληροφορίες που συνδέονται με την αναπηρία του. Μέσω αναλύσεων πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης διερευνήθηκαν οι ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες της ευτυχίας των ατόμων με αναπηρία.

Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψαν αξιοσημείωτα αποτελέσματα, τα οποία συζητούνται στη συνέχεια, ενώ παράλληλα επιχειρείται και μια εμβάθυνση σε πιθανές αιτίες που συνέβαλαν στη διαμόρφωσή τους. Ακόμη, γίνεται αναφορά σε βασικούς περιορισμούς της παρούσας μελέτης και παρέχονται προτάσεις για ανάπτυξη μελλοντικής, σχετικής με το υπό εξέταση θέμα εκπαιδευτικής παρέμβασης.

## **7.1 Η ευτυχία, η προσαρμογή στην αναπηρία και η αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία**

Στο σύνολό τους τα άτομα με αναπηρία του δείγματος εμφανίζουν μέτρια προς υψηλή ευτυχία και υψηλή αυτοεκτίμηση. Αναφορικά με την ευτυχία, φαίνεται ότι τα άτομα με αναπηρία του δείγματος δηλώνουν ευτυχισμένα σε μέτριο προς υψηλό βαθμό, εύρημα το οποίο συνηγορεί υπέρ της «ηδονικής προσαρμογής» που διατυπώθηκε από τους Frederick & Loewenstein (1999) ως ομοιοστατικής διαδικασίας, η οποία επιτρέπει στο άτομο να επιστρέφει στο προηγούμενο επίπεδο υποκειμενικής ευημερίας στο οποίο βρισκόταν πριν την εμφάνιση της αναπηρίας του. Το εύρημα αυτό βέβαια προκειμένου να επιβεβαιωθεί χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.

Επιπλέον, όσον αφορά στην υψηλή αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία του δείγματος, το εύρημα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με τα αντίστοιχα ευρήματα των Llewellyn (2001) και Miyahara & Cratty (2004), ενώ έρχεται σε αντίθεση με πληθώρα ερευνών (π.χ. Arbour et al., 2007; Martin, 2006; Mushtaq, 2016; Narimani & Mousazadeh, 2010; Obrusnikova et al., 2010; Χριστοδούλου & Σούλης, 2012). Η υψηλή αυτοεκτίμηση συμβάλλει στη διαμόρφωση ταυτότητας της αναπηρίας (Nario-Redmond et al., 2013), η οποία με τη σειρά της επιδρά θετικά στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην αναπηρία και στη διαμόρφωση συνθηκών ευτυχίας για τα άτομα με αναπηρία.

Αντίθετα με τα προηγούμενα ευρήματα, η ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην αναπηρία των ατόμων του δείγματος παρουσιάζεται σε μέτρια επίπεδα, εύρημα το οποίο συνηγορεί υπέρ της μερικής προσαρμογής των ατόμων στην αναπηρία τους, όπως έχει επισημανθεί από ορισμένους ερευνητές (Oswald & Powdthavee, 2008; Powdthavee, 2009; Lucas, 2007b).

Το είδος της αναπηρίας και η επίδραση που αυτό πιθανολογείται ότι ασκεί στις μεταβλητές που μελετήθηκαν δε φαίνεται να επιδρά όντως σημαντικά στην ευτυχία και τις διαστάσεις της, καθώς και στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία του δείγματος. Και



οι τέσσερις ομάδες του δείγματος με αναπηρία παρουσίασαν παρόμοια επίπεδα ευτυχίας και παρόμοια επίπεδα αυτοεκτίμησης χωρίς να παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ συγκεκριμένων αναπηριών.

Όμως, η προσαρμογή στην αναπηρία και η υποκλίμακα της μετατροπής από συγκριτικές αξίες σε προσόντα εμφάνισαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των ομάδων με αναπηρία. Ειδικότερα, αναφορικά με την υποκλίμακα της μετατροπής, η σημαντικά χαμηλότερη μέση βαθμολογία των ατόμων με ακουστική αναπηρία σε σχέση με τα άτομα με χρόνιες ασθένειες υποδηλώνει ότι οι ακουστικά ανάπηροι δίνουν μεγαλύτερη έμφαση σε εξωτερικά πρότυπα παρά αναγνωρίζουν τη δική τους αξία ως άτομα. Αντιθέτως, οι χρόνια ασθενείς φαίνεται να αναγνωρίζουν την προσωπική τους αξία ως άτομα χωρίς να προχωρούν σε συγκρίσεις με εξωτερικά πρότυπα, γεγονός που ενισχύει τη διαδικασία αλλαγής αξιών και την προσαρμογή τους στην κατάσταση της αναπηρίας τους. Φαίνεται λοιπόν ότι, ενώ θα αναμέναμε ίσως οι χρόνια ασθενείς να έχουν χαμηλότερη μέση βαθμολογία στην εν λόγω υποκλίμακα, εφόσον έχει βρεθεί ερευνητικά ότι γενικότερα η φύση της αναπηρίας και συγκεκριμένα η σοβαρότητά της, επηρεάζει τον βαθμό της συμφιλίωσης ή μη του ατόμου με την αναπηρία του (Livneh et al., 2004), ωστόσο τα άτομα με χρόνιες ασθένειες τα καταφέρνουν καλύτερα στον τομέα της μετατροπής αντιλαμβανόμενα σε μεγαλύτερο βαθμό την προσωπική τους αξία. Το εύρημα αυτό χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Επιπρόσθετα, βρέθηκε ότι οι οπτικά ανάπηροι παρουσιάζουν σημαντικά καλύτερη συνολική προσαρμογή στην αναπηρία σε σύγκριση με τους ακουστικά ανάπηρους, εύρημα που πιθανώς οφείλεται στις διαφορές που εντοπίζονται μεταξύ των δύο ομάδων αναφορικά με την κοινωνική τους προσαρμογή και τις κοινωνικές σχέσεις που αναπτύσσουν. Το εύρημα αυτό χρειάζεται να διερευνηθεί περαιτέρω, ώστε να αποσαφηνιστούν με ασφάλεια οι παράμετροι που επιδρούν σε αυτή τη διαφοροποίηση της προσαρμογής μεταξύ των οπτικά και ακουστικά ανάπηρων.

## **7.2 Ευτυχία στα άτομα με αναπηρία: Η επίδραση ατομικών στοιχείων**

Αναφορικά με τα διάφορα ατομικά στοιχεία που διερευνήθηκαν, παράμετροι όπως οι σχέσεις με συγγενείς, οι σχέσεις με φιλικά πρόσωπα, η διάθεση για επικοινωνία πληροφοριών σχετικών με την αναπηρία, το είδος, η προέλευση και το διάστημα της αναπηρίας, η ύπαρξη σωματικού πόνου λόγω της αναπηρίας, η ύπαρξη δραστηριοτήτων

ελεύθερου χρόνου, η επαγγελματική κατάσταση καθώς και το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται ότι συνδέονται με τις διαστάσεις της ευτυχίας, ορισμένοι σε μεγαλύτερο και κάποιοι άλλοι σε μικρότερο βαθμό.

Η οικογένεια και οι σχέσεις που διαμορφώνει το άτομο με τον κύκλο των συγγενών του, αλλά και οι επαφές του ατόμου με τον κύκλο των φίλων αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που συμβάλλουν στη συναισθηματική και ψυχική του ανάπτυξη και στην κοινωνική του ένταξη και συμμετοχή. Η οικογένεια αποτελεί πρωτογενή εστία ανάπτυξης του ατόμου και παράλληλα οι φίλοι συνιστούν σημαντική πηγή διάδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του και διαμόρφωσης υγιών κοινωνικών σχέσεων, και κατ' επέκταση και οι δύο παράγοντες συμβάλλουν στη διαμόρφωση συνθηκών ευτυχίας και προσωπικής ευημερίας των ατόμων. Διάφορες έρευνες επιβεβαιώνουν ότι η θετική συναισθηματική κατάσταση του ατόμου και η ικανοποιητική κοινωνική συμμετοχή είναι σημαντικές για την ευημερία και την ευτυχία σε διάφορες καταστάσεις αναπηρίας (Mikula et al., 2016; Yeung & Towers, 2014; Ballas & Dorling, 2007; Fowler & Christakis, 2008; Chalk, 2007; Goretti et al., 2009; Hampton, 2004).

Οι σχέσεις με την οικογένεια συνιστούν ανεξάρτητο από τους υπόλοιπους παράγοντες που διερευνήθηκαν προβλεπτικό παράγοντα της ευτυχίας στην περίπτωση των ατόμων με αναπηρία. Υπό την έννοια αυτή, άτομα που δηλώνουν ικανοποιητικές σχέσεις με τον κύκλο των συγγενών τους αναφέρουν παράλληλα υψηλότερη ευτυχία. Η συναισθηματική στήριξη που λαμβάνει το άτομο με αναπηρία είναι ένας παράγοντας που διευκολύνει τη διαδικασία της ομαλής προσαρμογής του στην αναπηρία και συμβάλλει ευρύτερα με θετικό τρόπο στη διαμόρφωση συνθηκών ευημερίας και ικανοποίησης από τη ζωή. Το εύρημα αυτό είναι αντίστοιχο των εύρημα του Layard (2005) αναφορικά με την αξία των προσωπικών σχέσεων με την οικογένεια για την εγκαθίδρυση υψηλών επιπέδων ευτυχίας.

Επιπλέον, το είδος της αναπηρίας συνιστά ανεξάρτητα από τις άλλες παραμέτρους προβλεπτικό παράγοντα των επιπέδων της ευτυχίας. Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζονται να υπερτερούν σημαντικά από τα άτομα με χρόνιες ασθένειες στον τομέα της ενεργητικότητας ως διάστασης που αφορά στα συναισθήματα σωματικής δύναμης, συναισθηματικής και γνωστικής ενέργειας που νιώθει το άτομο. Το εύρημα αυτό συνάδει με τα αντίστοιχα ευρήματα των Brickman et al. (1978), Mehnert, Krauss, Nadler, & Boyd (1990) και Riis et al. (2005), ενώ δε συμφωνεί με την έρευνα της Uppal (2006), η οποία βρήκε ότι η υποκειμενική ευημερία είναι ανεξάρτητη από το είδος της αναπηρίας. Η διαφορά αυτή μεταξύ των ατόμων με ακουστική αναπηρία και των ατόμων με χρόνιες ασθένειες μπορεί να αιτιολογηθεί μέσω της φύσης της κάθε αναπηρίας και της

σοβαρότητάς της. Λαμβάνοντας υπόψιν ότι τα άτομα με χρόνιες ασθένειες συχνά βιώνουν σωματικό πόνο, ακολουθούν φαρμακευτικές θεραπείες και βρίσκονται σε συχνά υπό ιατρική παρακολούθηση, ενώ τα άτομα με ακουστική αναπηρία βιώνουν κυρίως λειτουργικούς περιορισμούς στο κομμάτι της επικοινωνίας, καθίσταται εύλογη αυτή η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Επιπλέον, όπως επισημαίνουν οι Frederick & Loewenstein (1999) καταστάσεις που χαρακτηρίζονται ως προοδευτικά επιδεινούμενες (όπως είναι για παράδειγμα οι ΣκΠ) οδηγούν σε χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με εκείνες στις οποίες η κατάσταση του ατόμου χαρακτηρίζεται από σταθερότητα.

Ακόμη, η ύπαρξη σωματικού πόνου που οφείλεται στην αναπηρία αποτελεί σημαντική παράμετρο της διάστασης της ευτυχίας και παράλληλα ανεξάρτητο προβλεπτικό παράγοντα των επιπέδων της ευτυχίας τα οποία αναφέρουν τα άτομα με αναπηρία. Όταν η αναπηρία συνυπάρχει με πόνο τότε η κατάσταση γίνεται δυσκολότερη, εφόσον το άτομο θα πρέπει να αποδεχθεί και τον χρόνιο αυτόν πόνο και να διαμορφώσει συνθήκες ευημερίας σε ένα δύσκολο περιβάλλον. Ωστόσο, η απουσία σωματικού πόνου συνδέεται με υψηλότερη ευτυχία, εύρημα που βρίσκεται σε συμφωνία με τα ευρήματα των Ville et al. (2001).

Άλλοι παράγοντες που ασκούν στατιστικά σημαντική επίδραση στην ευτυχία των ατόμων με αναπηρία του δείγματος είναι η επαγγελματική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, η ύπαρξη δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου, η διάθεση του ατόμου να πληροφορεί σχετικά με την αναπηρία του, η προέλευση και το χρονικό διάστημα που φέρει την αναπηρία.

Ειδικότερα, παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης των ατόμων με αναπηρία στη συνολική τους ευτυχία, εύρημα το οποίο συνάδει με τα αντίστοιχα πορίσματα των Blanchflower & Oswald (2004) και Stutzer & Frey (2010), οι οποίοι συνέδεσαν την ευτυχία με την επαγγελματική κατάσταση των ατόμων του γενικού πληθυσμού. Η επίδραση αυτή βέβαια στην παρούσα εργασία είναι μικρή σε μέγεθος.

Στατιστικά σημαντική επίδραση εμφανίζει και το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων με αναπηρία με την ικανοποίηση από τη ζωή και, αλλά και η ύπαρξη δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου φαίνεται να επιδρά στην κοινωνικότητα του ατόμου. Ωστόσο, αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο η σχέση που εμφανίζεται είναι μικρή σε μέγεθος, εύρημα που συνάδει με τα αντίστοιχα ευρήματα των Καραδήμα & Καλαντζή-Αζίζι (2005) και των Diener, Suh, Lucas, & Smith (1999). Αναφορικά με τις δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου και τις διαστάσεις της ευτυχίας, διάφορες έρευνες επιβεβαιώνουν τη σύνδεσή τους

(Kinney & Coyle, 1992; Kitis, Eraslan, Koc, Giresun, & Usta 2016; Mattevi, Bredemeier, Fam, & Fleck, 2012) αν και αρκετά μικρή σε μέγεθος.

Στα προηγούμενα ευρήματα προστίθεται και αυτό που αφορά στη διάθεση του ατόμου να μοιράζεται με άλλα άτομα πληροφορίες που αφορούν στην κατάσταση της αναπηρίας του, παράγοντας που συνδέεται σημαντικά με όλες τις διαστάσεις της ευτυχίας, χωρίς ωστόσο να συνιστά, ανεξάρτητα από τους υπόλοιπους που διερευνώνται, προβλεπτικό παράγοντα της ευτυχίας των ατόμων με αναπηρία. Το εύρημα αυτό δεν έχει διερευνηθεί απ' όσο είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε στο παρελθόν και θεωρείται σημαντική η περαιτέρω διερεύνησή του.

Επιπρόσθετα, το χρονικό διάστημα κατά το οποίο ένα άτομο φέρει κάποια αναπηρία φαίνεται να επιδρά στην ικανοποίησή του από τη ζωή, στο θετικό του συναίσθημα και στη συνολική του ευτυχία. Ωστόσο, η επίδραση αυτή δεν είναι τόσο ισχυρή ώστε να μπορεί να ερμηνεύσει ο οικείος παράγοντας τη διαμόρφωση της ευτυχίας των ατόμων με αναπηρία. Ανάλογα ευρήματα εντοπίζονται και σε έρευνες των DeRoos-Cassini et al. (2009), Kennedy et al. (2009), Martz et al. (2005) και Matheis et al. (2006).

Επίσης, η προέλευση της αναπηρίας, το αν δηλαδή αυτή είναι εγγενής ή επίκτητη, φαίνεται να συνδέεται με όλες τις διαστάσεις της ευτυχίας, αλλά και με τη συνολική ευτυχία των ατόμων με αναπηρία. Το εύρημα αυτό, ότι δηλαδή η προέλευση της αναπηρίας επιδρά σημαντικά στην ευτυχία των ατόμων με αναπηρία, βρίσκεται σε συμφωνία με αντίστοιχα ευρήματα των Alfano et al. (1993), Bogart (2014), Hampton (2004), Krause & Dawis (1992), Smart (2008) και Uppal (2006). Όμως, η προέλευση της αναπηρίας δεν είναι σε θέση να ερμηνεύσει σε σημαντικό βαθμό και ανεξάρτητα από τους λοιπούς παράγοντες που διερευνώνται την ευτυχία που αναφέρουν τα άτομα με αναπηρία.

### **7.3 Ευτυχία στα άτομα με αναπηρία: Η επίδραση της προσαρμογής στην αναπηρία και της αυτοεκτίμησης**

Από τα ερευνητικά αποτελέσματα προέκυψαν σημαντικά ευρήματα αναφορικά με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην αναπηρία και την αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία του δείγματος σε σχέση με την ευτυχία. Η προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία που βιώνει αποτελεί σημαντικό ανεξάρτητο προβλεπτικό παράγοντα της ευτυχίας του, με την έννοια ότι όσο θετικότερη προσαρμογή το άτομο εμφανίζει τόσο υψηλότερα παρουσιάζονται τα επίπεδα της ευτυχίας του. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τα

πορίσματα των Chalk (2007), Smedema et al. (2010) και Berry et al. (2007). Γενικότερα, η συνολική προσαρμογή στην αναπηρία και οι υποκλίμακες της συνδέονται σημαντικά με όλες τις διαστάσεις της ευτυχίας και ορισμένες μάλιστα από τις υποκλίμακες αυτές αποτελούν ανεξάρτητους προβλεπτικούς παράγοντες των οικείων διαστάσεων.

Ειδικότερα, η ικανοποίηση από τη ζωή ως ευρύτερη έννοια αναφέρεται στην αξιολόγηση που κάνει κάθε άτομο για τη ζωή του συνολικά ή για μερικές πτυχές της ζωής του και στο πόσο ευτυχισμένος και ικανοποιημένος είναι από την γενικότερη πορεία του και τα όσα έχει καταφέρει ή όχι στη ζωή του. Ως διάσταση της ευτυχίας η ικανοποίηση από τη ζωή παρουσιάζεται σε μέτρια προς σχετικά υψηλά επίπεδα στα άτομα με αναπηρία του δείγματος της παρούσας ερευνητικής εργασίας και συνδέεται σημαντικά με την προσαρμογή στην αναπηρία και τις παραμέτρους της.

Ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες της ικανοποίησης από τη ζωή εμφανίζονται ο περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας και η υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης. Αναφορικά με τον περιορισμό των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας αυτός ως έννοια συμβάλλει θετικά στην προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία του καθώς υποδηλώνει ότι το άτομο αντιλαμβάνεται την αναπηρία ως ένα ενιαίο χαρακτηριστικό του εαυτού και όχι ως μοναδικό του χαρακτηριστικό, και παράλληλα επιτρέπει στο άτομο να βλέπει τον εαυτό του ως ένα «άτομο που έχει κάποια αναπηρία» και όχι ως ένα «ανάπηρο άτομο». Σε σχέση με τη διάσταση της ικανοποίησης από τη ζωή, μεγαλύτερα επίπεδα περιορισμού των επιπτώσεων της αναπηρίας συνδέονται αντίστοιχα με υψηλότερη ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή του.

Από την άλλη πλευρά, η υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης ως έννοια που υποδηλώνει την αδιαφορία του υποκειμένου για την εξωτερική του εμφάνιση και τα σωματικά του προσόντα, συμβάλλει σημαντικά στη διαδικασία αλλαγής αξιών, η οποία αποτελεί προϋπόθεση της θετικής προσαρμογής του ατόμου στην κατάσταση της αναπηρίας του, και ως εκ τούτου ενισχύει την ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή του. Υπό την έννοια αυτή, υψηλά επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης αντιστοιχούν σε υψηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή.

Η ενεργητικότητα ως ευρύτερη έννοια αναφέρεται στα διασυνδεδεμένα συναισθήματα της σωματικής δύναμης, της συναισθηματικής και της γνωστικής ενέργειας. Ως διάσταση της ευτυχίας η ενεργητικότητα παρουσιάζεται και αυτή σε μέτρια προς σχετικά υψηλά επίπεδα στα άτομα με αναπηρία του δείγματος της παρούσας ερευνητικής μελέτης και συνδέεται σημαντικά με την προσαρμογή στην αναπηρία και τις παραμέτρους της. Ανεξάρτητο προβλεπτικό παράγοντα της ενεργητικότητας συνιστά η υποταγή της εξωτερικής

εμφάνισης. Η υποταγή ως έννοια που, όπως έχει αναφερθεί, περιγράφει την απόσυρση του ενδιαφέροντος του υποκειμένου από την εξωτερική του εμφάνιση, αποτελεί σημαντική συνιστώσα της θετικής προσαρμογής του ατόμου στην κατάσταση της αναπηρίας του. Σε σχέση με τη διάσταση της ενεργητικότητας, υψηλά επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης αντιστοιχούν σε υψηλότερη ενεργητικότητα.

Το θετικό συναίσθημα, το οποίο αναφέρεται στο γενικότερο θετικό συναίσθημα και αποτυπώνει το πόσο αυτό κυριαρχεί στη ζωή του κάθε ανθρώπου, καθώς και η κοινωνικότητα η οποία αναφέρεται γενικότερα στην τάση του ατόμου για κοινωνική συμβίωση και παράλληλα αποτυπώνει τα θετικά συναισθήματα που τρέφει το άτομο για τους άλλους, ως διαστάσεις της ευτυχίας παρουσιάζονται σε υψηλά επίπεδα στα άτομα με αναπηρία του δείγματος της παρούσας εργασίας και συνδέονται σημαντικά με τη συνολική προσαρμογή στην αναπηρία αλλά και με κάθε παράμετρο αυτής. Βέβαια, οι οικείες διαστάσεις ερμηνεύονται καλύτερα μέσω της συναναστροφής του ατόμου με συγγενικά πρόσωπα και μέσω της αυτοκετίμησης, παρά από παράγοντες που αφορούν στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην αναπηρία.

Η συνολική ευτυχία ως έννοια που περικλείει τις διαστάσεις που αναφέρθηκαν αποτελεί δείκτη της προσωπικής ευημερίας των ατόμων και παρουσιάζεται σε μέτρια προς σχετικά υψηλά επίπεδα στα άτομα με αναπηρία του δείγματος. Παράλληλα, η ευτυχία συνολικά συνδέεται σημαντικά με την προσαρμογή στην αναπηρία και τις παραμέτρους της.

Ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες της συνολικής ευτυχίας είναι η υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης, ο περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας και η διεύρυνση του πεδίου αξιών των ατόμων με αναπηρία. Η υποταγή που συνεισφέρει στη θετική προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία του, συνδέεται σημαντικά με τη συνολική ευτυχία με την έννοια ότι υψηλά επίπεδα υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης αντιστοιχούν σε υψηλότερη συνολική ευτυχία. Αναφορικά με τον περιορισμό των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας, ο οποίος συμβάλλει θετικά στην προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία, μεγαλύτερα επίπεδα περιορισμού των επιπτώσεων της αναπηρίας συνδέονται αντίστοιχα με υψηλότερη συνολική ευτυχία του ατόμου. Επιπλέον, η διεύρυνση του πεδίου αξιών, η οποία βοηθά το άτομο να επαναπροσδιορίζει τις αξίες του και να βρίσκει νόημα σε γεγονότα, δραστηριότητες και στόχους, καθώς και να αντλεί ικανοποίηση από άλλες πηγές, συνδέεται σημαντικά με τη συνολική ευτυχία υπό την έννοια ότι υψηλότερα επίπεδα διεύρυνσης αντιστοιχούν σε υψηλότερη συνολική ευτυχία των ατόμων με αναπηρία.

Η αυτοεκτίμηση, όπως έχουμε αναφέρει, ως υποκειμενική αξιολόγηση ενός ατόμου της προσωπικής του αξίας (Donnellan et al., 2011; MacDonald & Leary, 2012) αντιστοιχεί

καλύτερα σε μια αντίληψη που διαμορφώνει το ίδιο το άτομο για τον εαυτό του περισσότερο παρά σε μία πραγματική κατάσταση (Baumeister et al., 2003). Στην παρούσα ερευνητική προσπάθεια η αυτοεκτίμηση διερευνήθηκε ως παράγοντας που επιδρά στη διαμόρφωση συνθηκών ευημερίας και ευτυχίας στα άτομα με αναπηρία. Σημαντικές συσχετίσεις της αυτοεκτίμησης βρέθηκαν σε κάθε διάσταση της ευτυχίας και στη συνολική ευτυχία.

Ταυτόχρονα, η αυτοεκτίμηση συνιστά σημαντικό ανεξάρτητο προβλεπτικό παράγοντα της συνολικής ευτυχίας των ατόμων με αναπηρία, της ικανοποίησής τους από τη ζωή, της ενεργητικότητάς τους, του θετικού συναισθήματος που εμφανίζουν, καθώς και της κοινωνικότητας που χαρακτηρίζει τα άτομα με αναπηρία του δείγματος, με την έννοια ότι θετικότερη αυτοεκτίμηση συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα ευημερίας και ευτυχίας στα άτομα με αναπηρία. Το εύρημα αυτό συνάδει με τα αντίστοιχα ευρήματα διάφορων ερευνητών, όπως είναι Kinney & Coyle (1992), Mikula et al. (2016), Smedema et al. (2010) και Bogart (2014).

#### **7.4 Περιορισμοί της έρευνας – Προτάσεις εκπαιδευτικής παρέμβασης**

Τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας περιορίζονται από την ύπαρξη κάποιων μεθοδολογικών αδυναμιών. Κατ' αρχάς, πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη, με συνέπεια να μην μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα ως προς την αιτιώδη σχέση μεταξύ των μεταβλητών, κάτι που θα γινόταν με μεγαλύτερη εγκυρότητα μέσα από μία διαχρονική έρευνα.

Ακόμη, και τα τρία ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν αυτοαναφορικά, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο κοινωνικά αρεστών απαντήσεων. Η αξιολόγηση των επιπέδων της ευτυχίας, της αυτοεκτίμησης και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής σε έναν τόσο ιδιαίτερο χώρο όπως είναι αυτός της αναπηρίας θα γινόταν ίσως καλύτερα με συνδυασμό κι άλλων ερευνητικών μεθόδων, όπως η συνέντευξη και η παρατήρηση.

Επιπλέον, ένας ακόμη περιορισμός συνδέεται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του δείγματος, και κυρίως αφορά στο μεγάλο χρονικό διάστημα μέσα στο οποίο φέρουν την αναπηρία τους. Δείγμα με μικρότερο διάστημα αναπηρίας μπορεί να παρουσίαζε διαφορετικά αποτελέσματα ως προς προσαρμογή στην αναπηρία, την αυτοεκτίμηση και την ευτυχία.

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 τη σχέση της ευτυχίας ως προς την προσαρμογή στην αναπηρία, την αυτοεκτίμηση και στοιχεία που αφορούν στη φύση της αναπηρίας ειδικότερα σε μέλη της μαθητικής κοινότητας με αναπηρία αλλά και στους εκπαιδευτές και εκπροσώπους τους.

Μολονότι η ευτυχία συνιστά μια καθαρά 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 διαμόρφωσης συνθηκών υποκειμενικής ευημερίας, προετοιμάζοντας και εκπαιδεύοντας τα άτομα κατάλληλα για τις αξίες της ζωής, για τις πιθανές δυσκολίες που πρόκειται να αντιμετωπίσουν και τις ενδεχόμενες ατυχίες που μπορεί να βιώσουν.

Κρίνεται σκόπιμη η προετοιμασία και εκπαίδευση των νέων κατά τη σχολική τους ηλικία στις αναγκαίες Δεξιότητες Ζωής, προκειμένου να προετοιμαστούν κατάλληλα για τις απαιτήσεις και τις δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίζουν καθημερινά. Μέσω μιας κατάλληλα σχεδιασμένης παρεχόμενης εκπαίδευσης και με την οργάνωση μιας ποικιλίας βιωματικών τεχνικών, οι νέοι μπορούν ως ενήλικοι να αποκτήσουν όλες εκείνες τις δεξιότητες που θα τους βοηθήσουν να ανταποκριθούν στις προκλήσεις της καθημερινής ζωής όπως είναι λόγου χάριν οι δεξιότητες λήψης αποφάσεων και επίλυσης προβλημάτων, η ικανότητα αυτογνωσίας και αυτοαποδοχής, η αυτορρύθμιση και διάφορες κοινωνικές δεξιότητες.

Το Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών προωθεί το περιεχόμενο ενός προγράμματος Αγωγής Υγείας, με βασικό σκοπό *«την προάσπιση, τη βελτίωση και την προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας και της κοινωνικής ευεξίας των μαθητών, αφενός με την ανάπτυξη των κοινωνικών τους δεξιοτήτων και της κριτικής τους σκέψης, αφετέρου με την αναβάθμιση του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντός τους»* (σελ.624). Το πρόγραμμα Αγωγής Υγείας θα πρέπει *«να εξοικειώνει τον μαθητή με ποικίλες καταστάσεις της ζωής και να τον βοηθά να γνωρίσει καλύτερα τον εαυτό του και να αποκτά δεξιότητες έτσι ώστε να μπορεί να υιοθετεί θετικές στάσεις και συμπεριφορές στη ζωή του. Η αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων (π.χ. ατυχήματα, βία, παραβατικότητα, χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, κ.λπ.) έχει άμεση σχέση με την ανάπτυξη ατομικών ικανοτήτων και κοινωνικών δεξιοτήτων. Η σύγχρονη μεθοδολογία της Αγωγής Υγείας αφορά στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για επιλογές που προασπίζουν και προάγουν την ψυχική και σωματική υγεία και την*



*κοινωνική ευεξία, μέσα από την ενεργητική και βιωματική μάθηση. Η ανάπτυξη αυτών των δεξιοτήτων βασίζεται στη βελτίωση της αυτοπεποίθησης του ατόμου, και της δυνατότητας ως συνέπεια της ενδυνάμωσης των ικανοτήτων του να διαπραγματεύεται και να προβαίνει σε σωστές επιλογές» (σελ. 631) (Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2003).*

Η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων είναι αναγκαία προϋπόθεση προκειμένου το άτομο να μπορεί να δρα και να αλληλεπιδρά αποτελεσματικά με το περιβάλλον επιτυγχάνοντας κοινωνικούς στόχους, να εμπλέκεται σε πολύπλοκες διαπροσωπικές σχέσεις και να αναπτύσσει ειδικές δεξιότητες όπως, φιλικές σχέσεις με τους γύρω του, αποδοχή, συμπάθεια, ενσυναίσθηση. Η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων επιτρέπει στο παιδί την ομαλή προσαρμογή στην ομαδική ζωή της τάξης και την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων με τους γύρω του. Αναγκαία κρίνεται και η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των μαθητών μέσα από δράσεις που προωθούν την ελεύθερη προσωπική έκφραση και δημιουργία στο εκπαιδευτικό πλαίσιο.

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 ευημερία. Με άλλα λόγια, η ικανότητα για ενσυναίσθηση, πρέπει να καλλιεργείται από νωρίς στους νέους, καθώς αυτή θα διευκολύνει το άτομο αφενός στη 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 και να διευρύνει το καθεστώς του συστήματος αξιών του.

Καθώς η κοινωνική ένταξη των ατόμων με αναπηρία αποτελεί κεντρικό ζήτημα της εκπαίδευσής τους, φαίνεται να είναι επιτακτική η ανάγκη να προσδιοριστεί ένας αποτελεσματικός τρόπος ενίσχυσης των κοινωνικών τους ικανοτήτων. Είναι δηλαδή σημαντικό μέσα από την κατάλληλη εκπαίδευση να αναπτύξουν τα άτομα με αναπηρία όλα τα εφόδια, που θα τους προετοιμάσουν κατάλληλα για τις προκλήσεις της καθημερινής ζωής. Η ενίσχυση της προσαρμοστικότητάς τους και της ευημερίας τους φαίνεται να αποτελεί ένα σημαντικό μέρος αυτής της προσπάθειας.

Φαίνεται ότι η προαγωγή της ψυχικής ανθεκτικότητας των νέων αποτελεί μια σημαντική διάσταση ενός αποτελεσματικού σχολείου. Οι τάξεις και τα σχολεία μπορούν να αποτελέσουν «ψυχικά ανθεκτικές κοινότητες» που παρέχουν στήριξη και καθοδήγηση σε όλα τα παιδιά και συμβάλλουν στη διευκόλυνση της ανάπτυξης και της σχολικής τους

προσαρμογής. Τα παρεμβατικά προγράμματα στον χώρο του σχολείου αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις για την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής των μαθητών. Τα προγράμματα αυτά αφορούν σε επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης όλο τον μαθητικό πληθυσμό και αποσκοπούν στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και των δεξιοτήτων επικοινωνίας, στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και στη δημιουργία θετικού κλίματος και υποστηρικτικού περιβάλλοντος στην τάξη (Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2011).

Σε αυτό το πλαίσιο, κρίνεται απαραίτητο να επιμορφωθούν κατάλληλα οι εκπαιδευτικοί όλων των βαθμίδων μέσα από ανάλογα προγράμματα, ώστε να είναι σε θέση να ανταποκριθούν στο αίτημα για μία εκπαίδευση που θα προσανατολίζεται στην ολόπλευρη ανάπτυξη της προσωπικότητας των μαθητών. Χρειάζεται δηλαδή να αποκτήσουν οι εκπαιδευτικοί γνώσεις αναφορικά με τον ρόλο που μπορεί να παίζει η κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη στη συμπεριφορά των μαθητών τους, αλλά και τρόπους, μέσω των οποίων μπορούν να επιτύχουν τον στόχο της ενίσχυσης των κοινωνικοσυναισθηματικών ικανοτήτων των μαθητών τους.

## Βιβλιογραφία

- Achour, M., Mohd Nor, M. R., Amel, Cb., Bin Seman, H. M., & Mohd Yusoff, M. Y. Z. (2017). Religious commitment and its relation to happiness among muslim students: The educational level as moderator. *Journal of Religion and Health*, 1–20.
- AIHW. (2011). *Key indicators of progress for chronic disease and associated determinants*. Canberra.
- Al-Zyoudi, M. (2007). Gender differences in self-concept among adolescents with low vision. *Nternational Journal of Special Education*, 22(1), 132–136.
- Albrecht, G. L., & Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48(8), 977–88.
- Alfano, D. P., Neilson, P. M., & Fink, M. P. (1993). Long-term psychosocial adjustment following head or spinal cord injury. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 6(2), 117–125.
- Alimardani, A., Alimardani, M., Beni, M. A., & Shajie, K. (2014). Relationship between Religious Attitude and Happiness of Physical Education Students of University Of Qom. *International Journal of Sport Studies*, 4(7), 783–788.
- American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 37(1), 81–90.
- American Diabetes Association. (2017). Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*, 40(1), 11–24.
- Amirazodi, F., & Amirazodi, M. (2011). Personality traits and self-esteem. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 29, 713–716.
- Anderson, D. (2009). Adolescent Girls' Involvement in Disability Sport: Implications for Identity Development. *Journal of Sport & Social Issues*, 33(4), 427–449.
- Arbour, K. P., Latimer, A. E., Ginis, M., Kathleen, A., & Jung, M. E. (2007). Moving beyond the stigma: The impression formation benefits of exercise for individuals with a physical disability. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24(2), 144–159.
- Argyle, M., Martin, M., & Lu, L. (1995). Testing for stress and happiness: The role of social and cognitive factors. In C. D. Spielberger & I. G. Sarason (Eds.), *Stress and emotion* (Vol. 15, pp. 173–187). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Armeli, C., Robbins, S. J., & Eunpu, D. (2005). Comparing Knowledge of  $\beta$ -Thalassemia in Samples of Italians, Italian-Americans, and Non-Italian-Americans. *Journal of Genetic Counseling*, 14(5), 365–376.

- Arslan, G. (2016). Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Abuse & Neglect*, 52, 200–209.
- Bach, J. R., & Tilton, M. C. (1994). Life satisfaction and well-being measures in ventilator assisted individuals with traumatic tetraplegia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75(6), 626–32.
- Baird, B. M., Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2010). Life Satisfaction Across the Lifespan: Findings from Two Nationally Representative Panel Studies. *Social Indicators Research*, 99(2), 183–203.
- Ballas, D., & Dorling, D. (2007). Measuring the impact of major life events upon happiness. *International Journal of Epidemiology*, 36(6), 1244–1252.
- Barnwell, A. M., & Kavanagh, D. J. (1997). Prediction of psychological adjustment to multiple sclerosis. *Social Science & Medicine (1982)*, 45(3), 411–8.
- Bartels, M., & Boomsma, D. I. (2009). Born to be happy? The etiology of subjective well-being. *Behavior Genetics*, 39(6), 605–15.
- Bartoces, M. G., Severson, R. K., Rusin, B. A., Schwartz, K. L., Ruterbusch, J. J., & Neale, A. V. (2009). Quality of Life and Self-Esteem of Long-Term Survivors of Invasive and Noninvasive Cervical Cancer. *Journal of Women's Health*, 18(5), 655–661.
- Bat-Chava, Y. (1993). Antecedents of self-esteem in deaf people: A meta-analytic review. *Rehabilitation Psychology*, 38(4), 221–234.
- Bat-Chava, Y. (1994). Group Identification and Self-Esteem of Deaf Adults. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(5), 494–502.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1–45.
- Bayani, A. A. (2014). The Relationship between Religiosity and Happiness among Students in an Iranian University. *Pertanika Journal of Social Sciences & Humanities*, 22(3), 709–716.
- Beaty, L. A. (1992). Adolescent self-perception as a function of vision loss. *Adolescence*, 27(107), 707–714.
- Berry, J. W., Elliott, T. R., & Rivera, P. (2007). Resilient, Undercontrolled, and Overcontrolled Personality Prototypes Among Persons With Spinal Cord Injury. *Journal of Personality Assessment*, 89(3), 292–302.
- Bishop, M. (2005). Quality of Life and Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and

- Disability: Preliminary Analysis of a Conceptual and Theoretical Synthesis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(4), 219–231.
- Bishop, M., Smedema, S. M., & Lee, E. J. (2009). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and disability. In Chan F., Cardoso E., & Chronister J. A. (Eds.), *Understanding Psychosocial Adjustment to Chronic Illness and Disability: A Handbook for Evidence-Based Practitioners in Rehabilitation* (pp. 521–558). New York: Springer.
- Bishop, M., Stenhoff, D. M., & Shepard, L. (2007). Psychosocial Adaptation and Quality of Life in Multiple Sclerosis: Assessment of the Disability Centrality Model. *The Journal of Rehabilitation*, 73(1), 3–12.
- Blaine, B., & Crocker, J. (1993). Self-Esteem and Self-Serving Biases in Reactions to Positive and Negative Events: An Integrative Review. In Roy F. Baumeister (Ed.), *Self-Esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 55–85). New York: Plenum Press.
- Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2004). Well-being over time in Britain and the USA. *Journal of Public Economics*, 88, 1359–1386.
- Blinde, E. M., & McClung, L. R. (1997). Enhancing the physical and social self through recreational activity: Accounts of individuals with physical disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 14(4), 327–344.
- Bloodworth, A., & McNamee, M. (2007). Conceptions of Well-Being in Psychology and Exercise Psychology Research: A Philosophical Critique. *Health Care Analysis*, 15(2), 107–121.
- Bogart, K. R. (2014). The Role of Disability Self-Concept in Adaptation to Congenital or Acquired Disability The Role of Disability Self-Concept in Adaptation to Congenital or Acquired Disability. *Rehabilitation Psychology*, 59(1).
- Bogart, K. R., Tickle-Degnen, L., & Ambady, N. (2012). Compensatory Expressive Behavior for Facial Paralysis: Adaptation to Congenital or Acquired Disability. *Rehabilitation Psychology*, 57(1), 43.
- Bolat, N., Doğangün, B., Yavuz, M., Demir, T., & Kayaalp, L. (2011). Depression and anxiety levels and self-concept characteristics of adolescents with congenital complete visual impairment. *Turkish Journal of Psychiatry*, 22(2), 77–82.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience. *American Psychologist*, 59(1), 20–28.
- Borgna-Pignatti, C., Cappellini, M., De Stefano, P., Del Vecchio, G., Forni, G., Gamberini, M., ... Cnaan, A. (2005). Survival and Complications in Thalassemia, 47, 40–47.

- Boström, K., & Ahlström, G. (2005). Quality of life in patients with muscular dystrophy and their next of kin. *International Journal of Rehabilitation Research. Internationale Zeitschrift Fur Rehabilitationsforschung. Revue Internationale de Recherches de Readaptation*, 28(2), 103–9.
- Boyce, C. J., & Wood, A. M. (2011). Personality Prior to Disability Determines Adaptation: Agreeable Individuals Recover Lost Life Satisfaction Faster and More Completely. *Psychological Science*, 22(11), 1397–1402.
- Brickman, P., & Campbell, D. T. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. In M. H. Appley (Ed.), *Adaptation-level theory* (pp. 287–305). New York: Academic Press.
- Brickman, P., Coates, D., & Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery Winners and Accident Victims: Is Happiness Relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(8), 917–927.
- Brooks, N. A., & Matson, R. R. (1982). Social-psychological adjustment to multiple sclerosis. A longitudinal study. *Social Science & Medicine* (1982), 16(24), 2129–35.
- Burckhardt, C. S. (1985). The Impact of Arthritis on Quality of Life. *Nursing Research*, 34, 11–16.
- Busseri, M. A., & Sadava, S. W. (2011). A Review of the Tripartite Structure of Subjective Well-Being: Implications for Conceptualization, Operationalization, Analysis, and Synthesis. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 290–314.
- Campbell, E. (1995). Psychological well-being of participants in wheelchair sports: comparison of individuals with congenital and acquired disabilities. *Perceptual & Motor Skills*, 81(2), 563–568.
- Campbell, J. D., & Lavallee, L. F. (2013). Who I am? The role of self-concept confusion in understanding the behavior of people with low self-esteem. In Roy F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (p. 265). Plenum Press.
- Campbell, E. (1995). Psychological well-being of participants in wheelchair sports: comparison of individuals with congenital and acquired disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 81(2), 563–568.
- Cao, A. (2004). Quality of life and survival of patients with beta-thalassemia major. *Haematologica*, 89(10).
- Cappellini, M.-D., Cohen, A., Eleftheriou, A., Piga, A., Porter, J., & Taher, A. (2008). *Guidelines for the Clinical Management of Thalassaemia, 2nd Revised edition*. Nicosia, CY: Thalassaemia International Federation.

- Cash, T. F. (2004). *Body image: past, present, and future*. *Body Image* (Vol. 1).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *National Diabetes Statistics Report: Estimates of Diabetes and Its Burden in the United States, 2014*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services.
- Chalk, H. M. (2007). Mind over matter: Cognitive – behavioral determinants of emotional distress in multiple sclerosis patients. *Psychology, Health & Medicine*, *12*(5), 556–566.
- Chan, F., Cardoso, E., Chronister, J., & Hiatt, E. (2013). Psychosocial adjustment. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of behavioral medicine*. New York, NY: Springer.
- Chan, F., Cardoso, E. da S. ., & Chronister, J. A. (2009). *Understanding psychosocial adjustment to chronic illness and disability: A handbook for evidence-based practitioners in rehabilitation*. New York, NY: Springer.
- Charmaz, K. (1995). The body, identity, and self: Adapting to impairment. *The Sociological Quarterly*, *36*(4), 657–680.
- Chattopadhyay, S. (2006). “Rakter dosh” — corrupting blood: The challenges of preventing thalassemia in Bengal, India. *Social Science & Medicine*, *63*(10), 2661–2673.
- Chekola, M. (2007). Happiness, Rationality, Autonomy and the Good Life. *Journal of Happiness Studies*, *8*(1), 51–78.
- Cheung, H. Y., & Chan, A. W. H. (2011). The relationship of competitiveness motive on people’s happiness through education. *International Journal of Intercultural Relations*, *35*(2), 179–185.
- Chia, E.-M., Wang, J. J., Rochtchina, E., Smith, W., Cumming, R. R., & Mitchell, P. (2004). Impact of bilateral visual impairment on health-related quality of life: The Blue Mountains Eye Study. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, *45*(1), 71–6.
- Chung, J. M., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Nofle, E. E., Roberts, B. W., & Widaman, K. F. (2014). Continuity and change in self-esteem during emerging adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, *106*(3), 469–483.
- Chung, M. C., Preveza, E., Papandreou, K., & Prevezas, N. (2006). Spinal Cord Injury, Posttraumatic Stress, and Locus of Control Among the Elderly: A Comparison with Young and Middle-Aged Patients. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *69*(1), 69–80.
- Clayton, K. S., & Chubon, R. A. (1994). Factors associated with the quality of life of long-

- term spinal cord injured persons. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75(6), 633–8.
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion (Washington, D.C.)*, 9(3), 361–368.
- Collings, J. A. (1990). Epilepsy and well-being. *Social Science & Medicine*, 31(2), 165–170.
- Conceição, P., & Bandura, R. (2008). *Measuring subjective wellbeing: A summary review of the literature*. Retrieved from <http://www.cpc.unc.edu/projects/rhms-hse/publications/924>
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Corn, A. L., & Erin, J. N. (2010). *Foundations of low vision: Clinical and functional perspectives* (2nd ed.). AFB Press.
- Cornwell, C. J., & Schmitt, M. H. (1990). Perceived health status, self-esteem and body image in women with rheumatoid arthritis or systemic lupus erythematosus. *Research in Nursing & Health*, 13(2), 99–107.
- Crisp, R. (1992). The Long-Term Adjustment of 60 Persons with Spinal Cord Injury. *Australian Psychologist*, 27(1), 43–47.
- Crocker, J., & Wolfe, C. T. (2001). Contingencies of Self-Worth. *Psychological Review*, 108(3), 593–623.
- Crowe, T. V. (2003). Self-Esteem Scores Among Deaf College Students: An Examination of Gender and Parents' Hearing Status and Signing Ability. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8(2), 199–206.
- Cummins, R. A. (2010). Subjective Wellbeing, Homeostatically Protected Mood and Depression: A Synthesis. *Journal of Happiness Studies*, 11(1), 1–17.
- Daniali, S., Azadbakht, L., & Mostafavi, F. (2013). Relationship between body satisfaction with self esteem and unhealthy body weight management. *Journal of Education and Health Promotion*, 2, 29.
- Dean, R. E., & Kennedy, P. (2009). Measuring appraisals following acquired spinal cord injury: A preliminary psychometric analysis of the appraisals of disability. *Rehabilitation Psychology*, 54(2), 222–231.
- de Ridder, D., Fournier, M., & Bensing, J. (2004). Does optimism affect symptom report in chronic disease? *Journal of Psychosomatic Research*, 56(3), 341–350.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1995). Human autonomy: The basis for true self-esteem. In M.



- H. Kernis (Ed.), *Efficacy, agency, and self-esteem* (pp. 31–49). New York, NY, US: Plenum Press, xvi.
- Dembo, T., Leviton, G. L., & Wright, B. A. (1975). Adjustment to misfortune: A problem of social-psychological rehabilitation. *Rehabilitation Psychology, 22*(1), 1–100.
- DeNeve, K. M. (1999). Happy as an Extraverted Clam? The Role of Personality for Subjective Well-Being. *Current Directions in Psychological Science, 8*(5), 141–144.
- DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998). The Happy Personality: Traits and A Meta-Analysis of 137 Personality Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin, 124*(2), 197–229.
- DeRoon-Cassini, T. A., Aubin, de S. E., 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.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*(3), 542–575.
- Diener, E. (2009). Subjective Well-Being. In Diener Ed. (Ed.), *The Science of Well-Being* (pp. 11–58). Dordrecht: Springer.
- Diener, E., Gohm, C. L., Suh, E., & Oishi, S. (2000). Similarity of the Relations between Marital Status and Subjective Well-Being Across Cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 31*(4), 419–436.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Scollon, C. N. (2009). Beyond the Hedonic Treadmill: Revising the Adaptation Theory of Well-Being. In E. Diener (Ed.), *The Science of Well-Being: The Collected Works of Ed Diener* (pp. 103–118). Springer.
- Diener, E., Ng, W., Harter, J., & Arora, R. (2010). Wealth and happiness across the world: Material prosperity predicts life evaluation, whereas psychosocial prosperity predicts positive feeling. *Journal of Personality and Social Psychology, 99*(1), 52–61.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology, 54*, 403–425.
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2002). Very Happy People. *Psychological Science, 13*(1), 81–84.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*, 276–302.
- Dittmar, H. (1989). Gender identity-related meanings of personal possessions. *British Journal of Social Psychology, 28*(2), 159–171.
- Dlugonski, D., & Motl, R. W. (2012). Possible antecedents and consequences of self-esteem in persons with multiple sclerosis: Preliminary evidence from a cross-sectional

- analysis. *Rehabilitation Psychology*, 57(1), 35–42.
- Dogan, T., Totan, T., & Sapmaz, F. (2013). The role of self-esteem, psychological well-being, emotional self-efficacy, and affect balance on happiness: A path model. *European Scientific Journal*, 9(20), 1857–7881.
- Dolan, P., & Kahneman, D. (2008). Interpretations Of Utility And Their Implications For The Valuation Of Health. *The Economic Journal*, 118(525), 215–234.
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2011). Self-esteem: Enduring issues and controversies. In T. Chamorro-Premuzic, S. von Stumm, & A. Furnham (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of individual differences* (pp. 718–746). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Dunn, D. S., & Burcaw, S. (2013). Disability identity: Exploring narrative accounts of disability. *Rehabilitation Psychology*, 58(2), 148–157.
- Easterlin, R. A. (1974). Does Economic Growth Improve the Human Lot? Some Empirical Evidence. In Paul A. David & Melvin W. Reder (Eds.), *Nations and Households in Economic Growth: Essays in Honor of Moses Abramovitz* (pp. 89–125). New York: Academic Press, Inc.
- Easterlin, R. A. (2001). Income and Happiness: Towards a Unified Theory. *The Economic Journal*, 111(473), 465–484.
- Easterlin, R. A. (2003). Explaining happiness. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100(19), 11176–11183.
- Easterlin, R. A., McVey, L. A., Switek, M., Sawangfa, O., & Zweig, J. S. (2010). The happiness-income paradox revisited. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107(52), 22463–22468.
- Eid, M., & Diener, E. (2004). Global Judgments of Subjective Well-Being: Situational Variability and Long-Term Stability. *Social Indicators Research*, 65(3), 245–277.
- Ekeland, E., Heian, F., Hagen, K. B., Abbott, J. M., & Nordheim, L. (2004). Exercise to improve self-esteem in children and young people. In E. Ekeland (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Elfström, M. L., Kennedy, P., Lude, P., & Taylor, N. (2007). Condition-related coping strategies in persons with spinal cord lesion: a cross-national validation of the Spinal Cord Lesion-related Coping Strategies Questionnaire in four community samples. *Spinal Cord*, 45(6), 420–428.
- Elfström, M. L., & Kreuter, M. (2006). Relationships Between Locus of Control, Coping Strategies and Emotional Well-Being in Persons with Spinal Cord Lesion. *Journal of*

- Clinical Psychology in Medical Settings*, 13(1), 89–100.
- Elfström, M. L., Rydén, A., Kreuter, M., Taft, C., & Sullivan, M. (2005). Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37(1), 9–16.
- Elzouki, A. Y., Harfi, H. A., Nazer, H., Oh, W., Stapleton, F. B., & Whitley, R. J. (2012). *Textbook of clinical pediatrics* (2nd ed.). New York, NY: Springer.
- Emerson, E., Honey, A., & Llewellyn, G. (2008). *The Well-Being and Aspirations of Australian Adolescents and Young Adults with a Long-term Health Condition, Disability or Impairment*. Canberra.
- Emerson, E., Honey, A., Madden, R., & Llewellyn, G. (2009). The Well-Being of Australian Adolescents and Young Adults with Self-Reported Long-Term Health Conditions, Impairments or Disabilities: 2001 and 2006. *Australian Journal of Social Issues*, 44(1), 39–54.
- Emerson, E., Llewellyn, G., Honey, A., & Kariuki, M. (2012). Lower well-being of young Australian adults with self-reported disability reflects their poorer living conditions rather than health issues. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 36(2), 176–182.
- Erdle, S., Irwing, P., Rushton, J. P., & Park, J. (2009). The General Factor of Personality and its relation to Self-Esteem in 628,640 Internet respondents. *Personality and Individual Differences*, 48, 343–346.
- Erol, R. Y., & Orth, U. (2011). Self-esteem development from age 14 to 30 years: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(3), 607–619.
- Espeso, A., Owens, D., & Williams, G. (2006). The diagnosis of hearing loss in children: Common presentations and investigations. *Current Paediatrics*, 16, 484–488.
- Falvo, D. (2005). *Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability* (3rd ed.). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Ferreira, J. P. L., & Fox, K. R. (2008). Players With and Without Disability: A Preliminary Analysis Using. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 1(1), 35–49.
- Ferrin, J. M., Chan, F., Chronister, J., & Chiu, C. Y. (2011). Psychometric validation of the Multidimensional Acceptance of Loss Scale. *Clinical Rehabilitation*, 25(2), 166–174.
- Fowler, J. H., & Christakis, N. A. (2008). Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. *BMJ*, 337, 1–9.
- Franco, O. H., Steyerberg, E. W., Hu, F. B., Mackenbach, J., & Nusselder, W. (2007).

- Associations of Diabetes Mellitus With Total Life Expectancy and Life Expectancy With and Without Cardiovascular Disease. *Archives of Internal Medicine*, *167*, 1145–1151.
- Frank, R. G., Rosenthal, M., Caplan, B., & Albright, K. J. (2010). Rehabilitation psychology: Hope for a psychology of chronic conditions. In R. G. Frank & T. R. Elliott (Eds.), *Handbook of rehabilitation psychology* (2nd ed., pp. 3–8). Washington, DC: American Psychological Association.
- Frederick, S., & Loewenstein, G. (1999). Hedonic adaptation. In E. Diener, N. Schwarz, & D. Kahneman (Eds.), *Hedonic Psychology: Scientific Approaches to Enjoyment, Suffering, and Well-being* (pp. 302–329). New York: Russell Sage Foundation.
- Frey, B. S., & Stutzer, A. (2002). What Can Economists Learn from Happiness Research? *Journal of Economic Literature*, *40*(2), 402–435.
- Fuhrer, M. J., Rintala, D. H., Hart, K. A., Clearman, R., & Young, M. E. (1992). Relationship of Life Satisfaction to Impairment, Disability, and Handicap Among Persons With Spinal Cord Injury Living in the Community. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *73*(6), 552–557.
- Galanello, R., & Origa, R. (2010). Beta-thalassemia. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, *5*(11), 1–15.
- Garaigordobil, M., & Bernarás, E. (2009). Self-concept, self-esteem, personality traits and psychopathological symptoms in adolescents with and without visual impairment. *The Spanish Journal of Psychology*, *12*(1), 149–60.
- García-Martínez, A. M., De Paz, J. A., & Márquez, S. (2012). Effects of an exercise programme on self-esteem, self-concept and quality of life in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Rheumatology International*, *32*(7), 1869–1876.
- Gaskin, C. J., Andersen, M. B., & Morris, T. (2009). Physical activity in the life of a woman with severe cerebral palsy: showing competence and being socially connected. *International Journal of Disability, Development and Education*, *56*(3), 285–299.
- Gay, M.-C., Vrignaud, P., Garitte, C., & Meunier, C. (2010). Predictors of depression in multiple sclerosis patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, *121*(3), 161–170.
- Geyh, S., Nick, E., Stirnimann, D., Ehrat, S., Michel, F., Peter, C., & Lude, P. (2012). Self-efficacy and self-esteem as predictors of participation in spinal cord injury—an ICF-based study. *Spinal Cord*, *50*(9), 699–706.
- Goretti, B., Portaccio, E., Zipoli, V., Hakiki, B., Siracusa, G., Sorbi, S., & Amato, M. P.

- (2009). Coping strategies, psychological variables and their relationship with quality of life in multiple sclerosis. *Neurological Sciences*, 30(1), 15–20.
- Graham, L., & Oswald, A. J. (2006). *Hedonic Capital* (No. 2079). Bonn Germany.
- Griffin-Shirley, N., & Nes, S. L. (2005). Self-esteem and empathy in sighted and visually impaired preadolescents. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 99(5), 276–285.
- Gronmo, S. J., & Augestad, L. B. (2000). Physical activity, self- concept, and global self-worth of blind youths in Norway and France. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94, 522–527.
- Groomes, D., & Linkowski, D. . C. . (2007). Examining the structure of the Revised Acceptance Disability Scale. *Journal of Rehabilitation*, 73(3), 3–9.
- Hahn, H. D., & Belt, T. L. (2004). Disability Identity and Attitudes Toward Cure in a Sample of Disabled Activists\*. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 453–464.
- Halder, S., & Datta, P. (2012). An exploration into self concept: A comparative analysis between the adolescents who are sighted and blind in India. *British Journal of Visual Impairment*, 30(1), 31–41.
- Halten, P. (2004). Is social isolation a predictable outcome of inclusive education? *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 98(11).
- 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.
- Handicaps Welfare Association. (2013). General Information on Physical Disabilities.
- Harbo, H. F., Gold, R., & Tintoré, M. (2013). Sex and gender issues in multiple sclerosis. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, 6(4), 237–248.
- Harter, S. (2006). Developmental and individual difference perspectives on self-esteem. In D. K. Mroczek & T. D. Little (Eds.), *Handbook of Personality Development* (pp. 311–334). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hashemi, M., Dehghani, D., Saboonch, R., Roozbahani, M., & Roonasi, A. (2012). Effect of gymnastic skills on motor capabilities of 7-10 age group girls with visually impaired. *European Journal of Experimental Biology*, 2(3), 786–791.
- Headey, B. (2010). The Set Point Theory of Well-Being Has Serious Flaws: On the Eve of a Scientific Revolution? *Social Indicators Research*, 97(1), 7–21.
- Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2017). *The World Happiness Report 2017*. New York.
- Hermann, B. P., Whitman, S., Wyler, A. R., Anton, M. T., & Vanderzwagg, R. (1990).

- Psychosocial predictors of psychopathology in epilepsy. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 156, 98–105.
- Heward, W. L. (2011). *Παιδιά με ειδικές ανάγκες (Μτφ.: Χ. Λυμπεροπούλου)*. (Α. Δαβάζογλου & Κ. Κόκκινος, Eds.) (2η). Αθήνα: Τόπος.
- Hill, R. (2004). Happiness in Canada since World War II. *Social Indicators Research*, 65, 109–123.
- Hills, P., & Argyle, M. (2001). Emotional stability as a major dimension of happiness. *Personality and Individual Differences*, 31(8), 1357–1364.
- Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: A Compact Scale for the Measurement of Psychological Well-being. *Personality and Individual Differences*, 33, 1073–1082.
- Hongally, C., Benakappa, Da., & Reena, S. (2012). Study of behavioral problems in multi-transfused thalassemic children. *Indian Journal of Psychiatry*, 54(4), 333.
- Houwen, S., Hartman, E., & Visscher, C. (2009). Physical activity and motor skills in children with and without visual impairments. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 41(1), 103–109.
- Huang, C. (2010). Mean-Level Change in Self-Esteem From Childhood Through Adulthood: Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Review of General Psychology*, 14(3), 251–260.
- Hudson, D. (1994). Causes of Emotional and Psychological Reactions to Adventitious Blindness. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 88(6), 498–503.
- Husain, A. (2008). The impact of religiosity, ethnic identity, acculturation and discrimination on the self-esteem and academic achievement of Somali youth in the United States. *Dissertation Abstracts International: Section A Humanities and Social Sciences*, 69(3), 1157.
- Hutz, C. S., Midgett, A., Pacico, J. C., Bastianello, M. R., & Zanon, C. (2014). The relationship of hope, optimism, self-esteem, subjective well-being, and personality in Brazilians and Americans. *Psychology*, 5, 514–522.
- Huurre, T. M., Komulainen, E. J., & Aro, H. M. (1999). Social support and self-esteem among adolescents with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 93(1), 26–37.
- International Diabetes Federation. (2015). *Diabetes Atlas, Seventh Edition*. Retrieved from <http://www.diabetesatlas.org/>
- Jalayondeja, C., Jalayondeja, W., Suttiwong, J., Sullivan, P. E., & Nilanthi, D. L. (2016).

- Physical activity, self-esteem, and quality of life among people with physical disability. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 47(3), 546–558.
- Jambor, E., & Elliott, M. (2005). Self-esteem and Coping Strategies among Deaf Students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10(1), 63–81.
- James, R., Thames, J., Bhalla, M., & Cornwell, J. (2003). Relationship among adolescents self-esteem, religiosity, and perceived family support. *Psi Chi Journal of Undergraduate Research*, 8(4), 157–162.
- James, W. (1963). The Consciousness of Self. In *The Principles of Psychology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Jang, Y., Mortimer, J. A., Haley, W. E., & Graves, A. R. B. (2004). The role of social engagement in life satisfaction: Its significance among older individuals with disease and disability. *Journal of Applied Gerontology*, 23(3), 266–278.
- 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.
- Jones, M. W., Morgan, E., Shelton, J. E., & Thorogood, C. (2007). Cerebral Palsy: Introduction and Diagnosis (Part I). *Journal of Pediatric Health Care*, 21(3), 146–152.
- Kahneman, D., & Deaton, A. (2010). High income improves evaluation of life but not emotional well-being. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 107(38), 16489–16493.
- Kanavos, P., Tinelli, M., Efthymiadou, O., Visintin, E., Grimaccia, F., & Mossman, J. (2016). *Towards better outcomes in multiple sclerosis by addressing policy change: The International MultiPIE Sclerosis Study (IMPrESS)*. The London School of Economics and Political Science. London, UK.
- Karatas, Z., & Savi Cakar, F. (2011). Self-esteem and hopelessness, and resiliency: An exploratory study of adolescents in Turkey. *International Education Studies*, 4(4), 84–91.
- Kef, S. (2002). Psychosocial adjustment and the meaning of social support for visually impaired adolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 96(1), 22–37.
- Kef, S., & Deković, M. (2004). The role of parental and peer support in adolescents well-being: A comparison of adolescents with and without a visual impairment. *Journal of Adolescence*, 27(4), 453–466.
- Kendall, E., & Buys, N. (1998). An integrated model of psychosocial adjustment following acquired disability. *Journal of Rehabilitation*, 64, 16–20.

- Kennedy, P., Evans, M., & Sandhu, N. (2009). Psychological adjustment to spinal cord injury: The contribution of coping, hope and cognitive appraisals. *Psychology, Health & Medicine, 14*(1), 17–33.
- 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*(2), 95–105.
- Kernis, M. H., & Waschull, S. B. (1995). The interactive roles of stability and level of self-esteem: Research and Theory. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (pp. 93–141).
- Khorasani, G., Kosaryan, M., Vahidshahi, K., Shakeri, S., & Nasehi, M. M. (2008). Results of the National Program for Prevention of  $\beta$ -Thalassemia Major in the Iranian Province of Mazandaran. *Hemoglobin, 32*(3), 263–271.
- Kinney, W. B., & Coyle, C. P. (1992). Predicting life satisfaction among adults with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 73*(9), 863–9.
- Kitis, A., Eraslan, U., Koc, V., Giresun, F., & Usta, H. (2016). Investigation of Disability Level, Leisure Satisfaction, and Quality of Life in Disabled Employees. *Social Work in Public Health, 32*(2), 94–101.
- Knecht, M. C., Keinänen-Kiukaanniemi, S. M., Knuutila, M. L., & Syrjälä, A. M. (2001). Self-esteem as a characteristic of adherence to diabetes and dental self-care regimens. *Journal of Clinical Periodontology, 28*(2), 175–80.
- Koenes, S. G., & Karshmer, J. F. (2000). Depression: A comparison study between blind and sighted adolescents. *Issues in Mental Health Nursing, 21*(3), 269–279.
- Krause, J. S., & Dawis, R. V. (1992). Prediction of life satisfaction after spinal cord injury: A four-year longitudinal approach. *Rehabilitation Psychology, 37*(1), 49–60.
- Krause, J. S., & Sternberg, M. (1997). Aging and adjustment after spinal cord injury: The roles of chronologic age, time since injury, and environmental change. *Rehabilitation Psychology, 42*, 287–302.
- Krol, B., Sanderman, R., Suurmeijer, T., Doeglas, D., van Rijswijk, M., & van Leeuwen, M. (1994). Disease characteristics, level of self-esteem and psychological well-being in rheumatoid arthritis patients. *Scandinavian Journal of Rheumatology, 23*(1), 8–12.
- Larsen, R. J., & Prizmic, Z. (2008). Regulation of emotional well-being: Overcoming the hedonic treadmill. In M. Eid & R. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 258–289). New York, NY US: Guilford Press.
- Laursen, B., & Collins, W. A. (2009). Parent-child relationships during adolescence. In



- Richard M. Lerner & Laurence Steinberg (Eds.), *Handbook of Adolescent Psychology* (3rd ed.). Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Layard, R. (2005). *Happiness: Lessons from a new science*. London: Penguin Press.
- Lehnart, J., Neyer, F. J., & Eccles, J. (2010). Long-Term effects of social investment: The case of partnering in young adulthood. *Journal of Personality, 78*(2), 639–670.
- Lepore, S. J., & Eton, D. T. (2000). Response shifts in prostate cancer patients: An evaluation of suppressor and buffer models. In C. Schwartz & M. Sprangers (Eds.), *Adaptation to changing health: Response shift in quality-of-life research*. (pp. 37–51). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Lesar, I., & Vitulic, H. S. (2014). Self-esteem of deaf and hard of hearing students in regular and special schools. *European Journal of Special Needs Education, 29*(1), 59–73.
- Lewin, K. (1935). *A Dynamic Theory Of Personality* (1st ed.). New York: McGraw Hill Book Company, Inc.
- Li, L., & Moore, D. (1998). Acceptance of disability and its correlates. *The Journal of Social Psychology, 138*(1), 13–25.
- Lieberman, L. J., & McHugh, B. E. (2001). Health-related fitness of children who are visually impaired Lieberman, L. J., McHugh, B. E. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 101*, 272–286.
- Lifshitz, H., Hen, I., & Weisse, I. (2007). Self-concept, adjustment to blindness, and quality of friendship among adolescents with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 101*(2), 96–107.
- Lin, H.-C., Tang, T.-C., Yen, J.-Y., Ko, C.-H., Huang, C.-F., Liu, S.-C., & Yen, C.-F. (2008). Depression and its association with self-esteem, family, peer and school factors in a population of 9586 adolescents in southern Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 62*(4), 412–420.
- Linkowski, D. C. (1971). A Scale to Measure Acceptance of Disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 14*(4), 236–244.
- Liu, K. W. Y. (2012). Humor Styles, Self-Esteem and Subjective Happiness. *Discovery – SS Student E-Journal, 1*, 21–41.
- Liu, Y., Wang, Z., Zhou, C., & Li, T. (2014). Affect and self-esteem as mediators between trait resilience and psychological adjustment. *Personality and Individual Differences, 66*, 92–97.
- Livneh, H. (2001). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Conceptual Framework, *44*(3), 151–160.

- Livneh, H., & Antonak, R. F. (2005). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Primer for Counselors. *Journal of Counseling & Development, 83*, 12–20.
- Livneh, H., Lott, S., & Antonak, R. (2004). Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A cluster analytic approach. *Psychology, Health & Medicine, 9*(4), 411–430.
- Livneh, H., & Martz, E. (2012). Adjustment to Chronic Illness and Disabilities: Theoretical Perspectives, Empirical Findings, and Unresolved Issues. In P. Kennedy (Ed.), *The Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology* (pp. 47–87). New York, NY: Oxford University Press.
- Llewellyn, A. (2001). Self-esteem in children with physical disabilities. *Developmental Medicine and Child Neurology, 43*(1), 70–1.
- López-Justicia, D., & del Carmen Pichardo, M. (2001). Self-concept and gender in Spanish low-vision adolescents. *Visual Impairment Research, 3*(1), 7–16.
- López-Justicia, M. D., & Córdoba, I. N. (2006). The self-concept of spanish young adults with retinitis pigmentosa. *Journal of Visual Impairment and Blindness, 100*(6), 366–370.
- Lopez-Justicia, M. D., Pichardo, M. C., Amezcua, J. A., & Fernandez, E. (2001). The self-concepts of spanish children and adolescents with low vision and their sighted peers. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 95*(3), 150–160.
- Lucas, R. E. (2005). Time Does Not Heal All Wounds: A Longitudinal Study of Reaction and Adaptation to Divorce. *Psychological Science, 16*(12), 945–950.
- Lucas, R. E. (2007a). Adaptation and the Set-Point Model of Subjective Well-Being: Does Happiness Change After Major Life Events? *Current Directions in Psychological Science, 16*(2), 75–79.
- Lucas, R. E. (2007b). Long-Term Disability Is Associated With Lasting Changes in Subjective Well-Being: Evidence From Two Nationally Representative Longitudinal Studies. *Personality Processes and Individual Differences, 92*(4), 717–730.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness: reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(3), 527–39.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2004). Unemployment Alters the Set Point for Life Satisfaction. *Psychological Science, 15*(1), 8–13.
- Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures.

- Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616–628.
- Lucas, R. E., & Gohm, C. L. (2000). Age and Sex Differences in Subjective Well-being across Cultures. In E. Diener & E. M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being* (pp. 291–317). Cambridge, MA: MIT Press.
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M., & Lucas, R. E. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(3), 592–615.
- Lustig, D. C. (2005). The Adjustment Process for Individuals With Spinal Cord Injury: The Effect of Perceived Premorbid Sense of Coherence. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(3), 146–156.
- Lyrakos, G., Vini, D., Aslani, H., & Drosou-Servou, M. (2012). Psychometric properties of the Specific Thalassemia Quality of Life Instrument for adults. *Patient Preference and Adherence*, 6, 477.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of General Psychology*, 9(2), 111–131.
- Lyubomirsky, S., Tkach, C., & DiMatteo, M. R. (2006). What are the differences between happiness and self-esteem. *Social Indicators Research*, 78(3), 363–404.
- MacDonald, G., & Leary, M. R. (2012). Individual differences in self-esteem. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 354–377). New York, NY: Guilford. Markus.
- Magill-Evans, J. E., & Restall, G. (1991). Self-esteem of persons with cerebral palsy: from adolescence to adulthood. *The American Journal of Occupational Therapy*, 45(9), 819–25.
- Mailhan, L., Azouvi, P., & Dazord, A. (2005). Life satisfaction and disability after severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 19(4), 227–238.
- Martin, J. . J. (2007). Physical activity and physical self-concept of individuals with disabilities: An exploratory study. *Journal of Human Movement Studies*, 52(1), 37–48.
- Martin, J. J. (2006). Psychosocial aspects of youth disability sport. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 23(1), 65–77.
- Martin, J. J., & Mushett, C. A. (1996). Social support mechanisms among athletes with disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 13(1), 74–83.
- Martin, J. J., & Smith, K. (2002). Friendship quality in youth disability sport: Perceptions of a best friend. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19(4), 472–482.

- 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), 1182–1192.
- Mason, H., & McCall, S. (2005). *Παιδιά και νέοι με προβλήματα όρασης: Η πρόσβαση στην εκπαίδευση*. (Αθηνά Ζώνιου-Σιδέρη Ευδοξία Ντεροπούλου-Ντέρου, Ed.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Matheis, E. N., Tulskey, D. S., & Matheis, R. J. (2006). The relation between spirituality and quality of life among individuals with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 51(3), 265–271.
- Mattanah, J. F., Lopez, F. G., & Govern, J. M. (2011). The contributions of parental attachment bonds to college student development and adjustment: A meta-analytic review. *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 565–596.
- Mattevi, B. S., Bredemeier, J., Fam, C., & Fleck, M. P. (2012). Quality of care, quality of life, and attitudes toward disabilities: perspectives from a qualitative focus group study in Porto Alegre, Brazil. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, 31(3), 188–196. <http://doi.org/10.1590/S1020-49892012000300002>
- McCabe, M., & Di Battista, J. (2004). Role of health, relationships, work and coping on adjustment among people with multiple sclerosis: A longitudinal investigation. *Psychology, Health & Medicine*, 9(4), 431–439.
- McCabe, M. P. (2005). Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *Journal of Psychosomatic Research*, 59(3), 161–166.
- McCabe, M. P., McKern, S., & McDonald, E. (2004). Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(3), 355–361.
- McCabe, M. P., Stokes, M., & McDonald, E. (2009). Changes in quality of life and coping among people with multiple sclerosis over a 2 year period. *Psychology, Health & Medicine*, 14(1), 86–96.
- McDermott, S., Moran, R., Platt, T., & Dasari, S. (2007). Health Conditions among Women with a Disability. *Journal of Women's Health*, 16(5), 713–720.
- McMillen, J. C., & Cook, C. L. (2003). The positive by-products of spinal cord injury and their correlates. *Rehabilitation Psychology*, 48(2), 77–85.
- McNulty, K., Livneh, H., & Wilson, L. M. (2004). Perceived Uncertainty, Spiritual Well-Being, and Psychosocial Adaptation in Individuals With Multiple Sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 49(2), 91–99.

- Mehnert, T., Krauss, H. H., Nadler, R., & Boyd, M. (1990). Correlates of life satisfaction in those with disabling conditions. *Rehabilitation Psychology, 35*(1), 3–17.
- Mejstad, L., Heiling, K., & Svedin, C. G. (2009). Mental health and self-image among deaf and hard of hearing children. *American Annals of the Deaf, 153*(5), 504–15.
- Middleton, J. W., Tate, R. L., & Geraghty, T. J. (2003). Self-Efficacy and Spinal Cord Injury: Psychometric Properties of a New Scale. *Rehabilitation Psychology, 48*(4), 281–288.
- Migheli, M. (2009). *Religiosity and happiness: an ever-winning couple? An answer from India* (No. 142). Alessandria, Italy.
- Mikula, P., Nagyova, I., Krokavcova, M., Vitkova, M., Rosenberger, J., Szilasiova, J., ... van Dijk, J. (2016). Self-esteem, social participation, and quality of life in patients with multiple sclerosis. *International Journal of Health Psychology.*
- Mikula, P., Nagyova, I., Krokavcova, M., Vitkova, M., Rosenberger, J., Szilasiova, J., ... van Dijk, J. P. (2015). Social participation and health-related quality of life in people with multiple sclerosis. *Disability and Health Journal, 8*(1), 29–34.
- Mishra, V., & Singh, A. (2012). A comparative study of self-concept and self-confidence of sighted and visually impaired children. *EXCEL International Journal of Multidisciplinary Management Studies, 2*(2), 148–157.
- Mitchell, A. J., Benito-León, J., González, J.-M. M., & Rivera-Navarro, J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *The Lancet Neurology, 4*(9), 556–566.
- Mitra, M., Wilber, N., Allen, D., & Walker, D. K. (2005). Prevalence and Correlates of Depression as a Secondary Condition Among Adults With Disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*(1), 76–85.
- Miyahara, M., & Cratty, B. J. (2004). Psychosocial functions of children and adolescents with movement disorders. In D. Dewey & D. E. Tupper (Eds.), *Developmental motor disorders: A neuropsychological perspective* (p. 501). New York: Guilford Press.
- Miyahara, M., & Piek, J. (2006). Self-esteem of children and adolescents with physical disabilities: Quantitative evidence from meta-analysis. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 18*(3), 219–235.
- Mollaoğlu, M., Tuncay, F. Ö., & Fertelli, T. K. (2010). Mobility disability and life satisfaction in elderly people. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 51*(3), 115–119.
- Montel, S. R., & Bungener, C. (2007). Coping and quality of life in one hundred and thirty

- five subjects with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 13(3), 393–401.
- Moore, P., Methley, A., Pollard, C., Mutch, K., Hamid, S., Elson, L., & Jacob, A. (2016). Cognitive and psychiatric comorbidities in neuromyelitis optica. *Journal of the Neurological Sciences*, 360, 4–9.
- Morin, A. J. S., Maïano, C., Marsh, H. W., Nagengast, B., & Janosz, M. (2013). School Life and Adolescents' Self-Esteem Trajectories. *Child Development*, 84(6), 1967–1988.
- Morrison, P. S. (2007). Subjective Wellbeing and the city. *Social Policy Journal of New Zealand*, 31, 74–103.
- MS Multiple Sclerosis Society. (2015). *Time to Act – A consensus on early treatment*.
- Mushtaq, S. (2016). Self Esteem, Anxiety, Depression and Stress among Physically Disabled People. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(4), 125–132.
- Myers, D. G. (2000). The Funds, Friends, and Faith of Happy People. *American Psychologist*, 55, 56–67.
- Narimani, M., & Mousazadeh, T. (2010). Comparing self-esteem and self-concept of handicapped and normal students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 1554–1557.
- Nario-Redmond, M. R., Noel, J. G., & Fern, E. (2013). Redefining Disability, Re-imagining the Self: Disability Identification Predicts Self-esteem and Strategic Responses to Stigma. *Self and Identity*, 12(5), 468–488.
- Navarro, A. S., Fukujima, M. M., Fontes, S. V., Matas, S. L. de A., & Prado, G. F. do. (2004). Balance and motor coordination are not fully developed in 7-year-old blind children. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 62(3A), 654–7.
- Nnaemeka, A., & Agu, S. A. (2014). Relationship between body image and self-esteem among female undergraduate students of behavioural sciences. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science ( IOSR - JHSS )*, 19(1), 1–5.
- Nosek, M. A., Fuhrer, M. J., & Potter, C. (1995). Life satisfaction of people with physical disabilities: Relationship to personal assistance, disability status, and handicap. *Rehabilitation Psychology*, 40(3), 191–202.
- Nosek, M. A., Hughes, R. B., Swedlund, N., Taylor, H. B., & Swank, P. (2003). Self-esteem and women with disabilities. *Social Science & Medicine*, 56, 1737–1747.
- Nwaneri, C., Cooper, H., & Bowen-jones, D. (2013). Mortality in type 2 diabetes mellitus : magnitude of the evidence from a systematic review and. *The British Journal of Diabetes & Vascular Disease*, 13(4), 192– 207.

- Obiakor, F. E., & Stile, S. W. (1990). The self-concepts of visually impaired and normally sighted middle school children. *The Journal of Psychology, 124*(2), 199–206.
- Obrzut, J. E., Maddock, G. J., & Lee, C. P. (1999). Determinants of Self-Concept in Deaf and Hard of Hearing Children. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 11*(3), 237–251.
- Orth, U., Maes, J., & Schmitt, M. (2015). Self-esteem development across the life span: A longitudinal study with a large sample from Germany. *Developmental Psychology, 51*, 248–259.
- Orth, U., & Robins, R. W. (2013). Understanding the Link Between Low Self-Esteem and Depression. *Current Directions in Psychological Science, 22*(6), 455–460.
- Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science, 23*(5), 381–387.
- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 102*(6), 1271–1288.
- Orth, U., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2010). Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology, 98*(4), 645–658.
- Oswald, A. J., & Powdthavee, N. (2008). Does Happiness Adapt? A Longitudinal Study of Disability with Implications for Economists and Judges. *Journal of Public Economics, 92*(5–6), 1061–1077.
- Pagán-Rodríguez, R. (2010). Onset of disability and life satisfaction: Evidence from the German Socio-Economic Panel. *European Journal of Health Economics, 11*, 471–485.
- Pagán, R., & Malo, M. Á. (2009). Job satisfaction and disability: Lower expectations about jobs or a matter of health? *Spanish Economic Review, 11*(1), 51–74.
- Page, S. J., O'Connor, E. A., & Wayda, V. K. (2000). Exploring competitive orientation in a group of athletes participating in the 1996 paralympic trials. *Perceptual and Motor Skills, 91*(2), 491–502.
- 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.
- Palmer, C. (2007). Myths, stereotypes and self-perception: The impact of albinism on self-esteem. *British Journal of Visual Impairment, 25*(2), 144–154.

- Papadopoulos, K., Kartasidou, L. Papakonstantinou, D. Koutsoklenis, A., & Koustriava, E. (2009). Self-esteem of adults with visual impairments. In *7th European Conference of ICEVI*. Dublin, Ireland.
- Parker, R. M., Schaller, J., & Hansmann, S. (2003). Catastrophe, Chaos, and Complexity Models and Psychosocial Adjustment to Disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 46*(4), 234–241.
- Pateman, T. (2011). Rural and urban areas: Comparing lives using rural/urban classifications. *Regional Trends, 43*(1), 11–86.
- Platten, M. J., Newman, E., & Quayle, E. (2013). Self-Esteem and Its Relationship to Mental Health and Quality of Life in Adults with Cystic Fibrosis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 20*(3), 392–399.
- Powdthavee, N. (2009). What happens to people before and after disability? Focusing effects, lead effects, and adaptation in different areas of life. *Social Science & Medicine, 69*(12), 1834–1844.
- Psarra, E., & Kleftaras, G. (2013). Adaptation to Physical Disabilities: The Role of Meaning in Life and Depression. *The European Journal of Counselling Psychology, 2*(1), 79–99.
- 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.
- Rachmilewitz, E. A., & Giardina, P. J. (2011). How I treat thalassemia. *Blood, 118*(13), 3479–3489.
- Riis, J., Loewenstein, G., Baron, J., Jepson, C., Fagerlin, A., & Ubel, P. A. (2005). Ignorance of Hedonic Adaptation to Hemodialysis: A Study Using Ecological Momentary Assessment. *Journal of Experimental Psychology, 134*(1), 3–9.
- Robson, J. M. (1988). Textual introduction. In M. Robson (Ed.), *Collected works of John Stuart Mill*. Toronto University of Toronto Press.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Rosenberg, M., Schooler, C., & Schoenbach, C. (1989). Self-Esteem and Adolescent Problems: Modeling Reciprocal Effects. *American Sociological Review, 54*, 1004–1018.
- Rosenblum, L. P. (2000). Perceptions of the impact of visual impairment on the lives of



- adolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94, 434–445.
- Rubin, K. H., Bukowski, W., & Parker, J. (2006). Peer interactions, relationships, and groups. In W. Damon, R. M. Lerner, & N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of Child Psychology* (6th ed., pp. 571–645). Hoboken, NJ: Wiley.
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2004). Body image and disfigurement: Issues and interventions. *Body Image*, 1(1), 83–97.
- Rustveld, L. O., Pavlik, V. N., Jibaja-Weiss, M. L., Kline, K. N., Gossey, J. T., & Volk, R. J. (2009). Adherence to diabetes self-care behaviors in English- and Spanish-speaking Hispanic men. *Patient Preference and Adherence*, 3, 123–30.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141–166.
- Sander, W. (2011). Location and happiness in the United States. *Economics Letters*, 112(3), 277–279.
- Santos, M. C. J., Magramo Jr, C. S., Oguan Jr, F., & Junnile, P. J. N. (2014). Establishing the relationship between general self-efficacy and subjective well-being among college students. *Asian Journal of Management Sciences & Education*, 3(1), 1–12.
- Santos, M. C. J., Magramo Jr, C. S., Oguan Jr, F., Junnile Paat, J. N., & Barnachea, E. A. (2012). Meaning in life and subjective well-being: Is a satisfying life meaningful? *Journal of Arts, Science & Commerce*, 4(1), 32–40.
- Sarisoy, G., Terzi, M., Gümüő, K., & Pazvantođlu, O. (2013). Psychiatric symptoms in patients with multiple sclerosis. *General Hospital Psychiatry*, 35(2), 134–140.
- Sato, K., & Yuki, M. (2014). The association between self-esteem and happiness differs in relationally mobile vs . stable interpersonal contexts. *Frontiers in Psychology*, 5, 1–7.
- Savage, A., McConnell, D., Emerson, E., & Llewellyn, G. (2014). Disability-based inequity in youth subjective well- being: Current findings and future directions. *Disability & Society*, 29(6), 877–892.
- Scalfari, A., Neuhaus, A., Daumer, M., Muraro, P. A., & Ebers, G. C. (2014). Onset of secondary progressive phase and long-term evolution of multiple sclerosis. *Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry*, 85, 67–75.
- Schimmack, U., Schupp, J., & Wagner, G. G. (2008). The Influence of Environment and Personality on the Affective and Cognitive Component of Subjective Well-being. *Social Indicators Research*, 89(1), 41–60.
- Schkade, D. A., & Kahneman, D. (1998). Does Living in California Make People Happy?

- A Focusing Illusion in Judgments of Life. *Source: Psychological Science, 9(5), 340–346.*
- Schurink, J., Cox, R. F. A., Cillessen, A. H. N., van Rens, G. H. M. B., & Boonstra, F. N. (2011). Low vision aids for visually impaired children: A perception-action perspective. *Research in Developmental Disabilities, 32, 871–882.*
- Sedikides, C. (2010). Religiosity: Perspectives from social and personality psychology. *Personality and Social Psychology Review, 34(4).*
- Shaffer, D. R., & Kipp, K. (2010). *Developmental psychology: Childhood and adolescence* (8th ed.). Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.
- Shaniya, P. M., & Sharma, M. K. (2012). Self-esteem and life satisfaction: Implications for adolescents tobacco use. *Delhi Psychiatry Journal, 15(2), 372–374.*
- Shapiro, A., & Keyes, C. L. M. (2008). Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off? *Social Indicators Research, 88, 329–346.*
- Shapiro, D. R., & Martin, J. J. (2010). Multidimensional Physical Self-Concept of Athletes With Physical Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly, 27(4), 294–307.*
- Shapiro, D. R., Moffett, A., Lieberman, L., & Dummer, G. M. (2005). Perceived competence of children with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness, 99(1), 15–25.*
- Shaw, B. A., Liang, J., & Krause, N. (2010). Age and race differences in the trajectories of self-esteem. *Psychology and Aging, 25(1), 84–94.*
- Sherrill, C. (2004). *Adapted physical activity, recreation, and sport: Cross-disciplinary and lifespan.* New York, NY: McGraw-Hill.
- Siosteen, A., Lundqvist, I. C., Blomstrand, C., & Sullivan, L. (1990). Paraplegia Sexual Ability , Activity , Attitudes and Satisfaction as Part of Adjustment in Spinal Cord-Injured Subjects. *Paraplegia, 28, 285–295.*
- Sit, C. H. P., Lau, C. H. L., & Vertinsky, P. (2009). Physical activity and self-perceptions among Hong Kong Chinese with an acquired physical disability. *Adapted Physical Activity Quarterly, 26(4), 321–335.*
- Skordilis, E. K., Skafida, F. A., Chrysagis, N., & Nikitaras, N. (2006). Comparison of Sport Achievement Orientation of Male Wheelchair Basketball Athletes with Congenital and Acquired Disabilities. *Perceptual and Motor Skills, 103(3), 726–732.*
- Smart, J. (2008). *Disability, society, and the individual* (2nd ed.). Aspen: Pro-Ed.
- Smedema, S. M., Catalano, D., & Ebener, D. J. (2010). The Relationship of Coping, Self-Worth, and Subjective Well-Being: A Structural Equation Model. *Rehabilitation*

- Counseling Bulletin*, 53(3), 131–142.
- Smith, C. R. (1975). Residual Hearing and Speech Production in Deaf Children. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 18(4), 795–811.
- Snead, S. L., & Davis, J. R. (2002). Attitudes of individuals with acquired brain injury towards disability. *Brain Injury*, 16(11), 947–953.
- Soulis, S. G., Andreou, Y., & Xristodoulou, P. (2013). Self-esteem and empathy of greek children and adolescents with visual impairments. *The International Journal of Diversity in Education*, 12, 79–91.
- Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213–240.
- Steiger, A. E., Allemand, M., Robins, R. W., & Fend, H. A. (2014). Low and decreasing self-esteem during adolescence predict adult depression two decades later. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(2), 325–338.
- Stubbe, J., de Moor, M., Boomsma, D., & de Geus, E. (2007). The association between exercise participation and well-being: A co-twin study. *Preventive Medicine*, 44, 148–152.
- Stutzer, A., & Frey, B. S. (2010). Recent Advances in the Economics of Individual Subjective Well-Being on JSTOR. *Social Research*, 77(2), 679–714.
- Suzuki, M., Amagai, M., Shibata, F., & Tsai, J. (2011). Factors Related to Self-Efficacy for Social Participation of People With Mental Illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 359–365.
- Taal, E., Rasker, J. J., & Wiegman, O. (1997). Group education for rheumatoid arthritis patients. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 26(6), 805–16.
- Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2001). The Impact of Physical Disability on Body Esteem. *Sexuality and Disability*, 19(4), 293–308.
- Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2005). The relationship between the severity and duration of physical disability and body esteem. *Psychology & Health*, 20(5), 637–650.
- Telfer, P., Constantinidou, G., Andreou, P., Christou, S., Modell, B., & Angastiniotis, M. (2005). Quality of Life in Thalassemia. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1054(1), 273–282.
- Tesch-Römer, C., Motel-Klingebiel, A., & Tomasik, M. J. (2008). Gender Differences in Subjective Well-Being: Comparing Societies with Respect to Gender Equality. *Social Indicators Research*, 85, 329–349.
- Tsiantou, V., Karampli, E., Zavras, D., Athanasakis, K., Pavi, E., & Kyriopoulos, J. (2014).

- Is the rule of halves applicable in diabetes type 2? Evidence from Greece. *Value in Health*, 17(7), A357.
- Tsigoulis, 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(1), 67–72.
- Turner, R. J., Lloyd, D. A., & Taylor, J. (2006). Physical disability and mental health: An epidemiology of psychiatric and substance disorders. *Rehabilitation Psychology*, 51(3), 214–223.
- Tuttle, D. W., & Tuttle, N. R. (2004). *Self-esteem and adjusting with blindness: The process of responding to life's demands* (3rd ed.). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Ubel, P. A., Loewenstein, G., Schwarz, N., & Smith, D. (2005). Misimagining the Unimaginable: The Disability Paradox and Health Care Decision Making. *Health Psychology In the Public Domain*, 24(4), 57–62.
- Uppal, S. (2005). Disability, workplace characteristics and job satisfaction. *International Journal of Manpower*, 26(4), 336–349.
- Uppal, S. (2006). Impact of the timing, type and severity of disability on the subjective well-being of individuals with disabilities. *Social Science & Medicine*, 63(2), 525–539.
- van Gurp, S. (2001). Self-Concept of Deaf Secondary School Students in Different Educational Settings. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 6(1), 54–69.
- Veenhoven, R. (2012). Happiness: Also Known as “Life Satisfaction” and “Subjective Well-Being.” In *Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research* (pp. 63–77). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Ville, I., Ravaud, J., & Tetrafigap Group. (2001). Subjective well-being and severe motor impairments : the Tetrafigap survey on the long-term outcome of tetraplegic spinal cord injured persons. *Social Science and Medicine*, 52, 369–384.
- Wagner, J., Gerstorf, D., Hoppmann, C., & Luszcz, M. A. (2013). The nature and correlates of self-esteem trajectories in late life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 105(1), 139–153.
- Wagner, J., Lang, F. R., Neyer, F. J., & Wagner, G. G. (2014). Self-esteem across adulthood: the role of resources. *European Journal of Ageing*, 11(2), 109–119.
- Wagner, J., Lüdtkke, O., Jonkmann, K., & Trautwein, U. (2013). Cherish yourself: Longitudinal patterns and conditions of self-esteem change in the transition to young

- adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(1), 148–163.
- Warren, D. H. (2005). *Τύφλωση και παιδιά*. (A. Ζώνιου-Σιδέρη & Π. Καραγιάννη, Eds.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Weatherall, D. J. (2010). The inherited diseases of hemoglobin are an emerging global health burden. *Blood*, 115(22), 4331–4337.
- Weatherall, D. J. (2012). The definition and epidemiology of non-transfusion-dependent thalassemia. *Blood Reviews*, 26, 3–6.
- Webster, A., & Roe, J. (1998). Children with Visual Impairments: Social interaction, language and learning. In M. Buultjens (Ed.), *Social interaction, language and learning* (Vol. 16, pp. 82–83). London: Routledge.
- Weiss, A., Bates, T. C., & Luciano, M. (2008). Happiness Is a Personal(ity) Thing. *Psychological Science*, 19(3), 205–210.
- Were, C. M., Indoshi, F. C., & Yalo, J. A. (2010). Gender differences in self-concept and academic achievement among visually impaired pupils in Kenya. *Educational Research*, 1, 246–252.
- White, R. W. (1963). Ego and Reality in Psychoanalytic Theory: A Proposal Regarding Independent Ego Energies. *Psychological Issues*, 3, 89–97.
- WHO. (2010). International Statistical Classification of Diseases and related health problems. ICD Update and Revision Platform: Change the Definition of Blindness.
- WHO. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*.
- WHO. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*.
- WHO. (2016a). Noncommunicable diseases.
- WHO. (2016b). Visual impairment and blindness.
- WHO. (2017). Deafness and hearing loss.
- Wiest, M., Schüz, B., Webster, N., & Wurm, S. (2011). Subjective well-being and mortality revisited: Differential effects of cognitive and emotional facets of well-being on mortality. *Health Psychology*, 30(6), 728–735.
- Wilson, T. D., & Gilbert, D. T. (2008). Explaining Away: A Model of Affective Adaptation. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 370–386.
- Winkelmann, L., & Winkelmann, R. (1998). Why Are the Unemployed So Unhappy? Evidence from Panel Data. *Economica*, 65(257), 1–15.
- Woolrich, R. A., Kennedy, P., & Tasiemski, T. (2006). A preliminary psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in 963 people living with a spinal cord injury. *Psychology, Health & Medicine*, 11(1), 80–90.

- Wright, B. A. (1983). *Physical disability: A psychosocial approach* (2nd ed.). New York: Harper Collins.
- Wright, S. J., & Kirby, A. (1999). Deconstructing Conceptualizations of “Adjustment” To Chronic Illness: A Proposed Integrative Framework. *Journal of Health Psychology*, 4(2), 259–272.
- Wu, M.-Y., & Chan, F. (2007). Psychosocial adjustment patterns of persons with spinal cord injury in Taiwan. *Disability and Rehabilitation*, 29(24), 1847–1857.
- Yeung, P., & Towers, A. (2014). An exploratory study examining the relationships between the personal, environmental and activity participation variables and quality of life among young adults with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 36(1), 63–73.
- Zaff, J. F., & Hair, E. C. (2003). Positive development of the self: Self-concept, self-esteem, and identity. In Marc H. Bornstein, Lucy Davidson, Corey L. Keyes, & Kristin A. Moore (Eds.), *Well-being: Positive development across the life course* (pp. 235–251). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Βοζίκης, Α., & Σωτηροπούλου, Ε. (2012). Πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας στην Ελλάδα: Ανάλυση των ιδίων πληρωμών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4), 448–453.
- Δανιηλίδης, Ι., & Ασημακόπουλος, Δ. (2006). *Ωτορινολαρυγγολογία: Παθολογία - Χειρουργική Κεφαλής και Τραχήλου*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Δελλασούδας, Α. Γ. (2005). *Εισαγωγή στην ειδική παιδαγωγική: Διδακτική μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες* (Τόμος Β). Αθήνα: Ιδιωτική έκδοση.
- Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία. (2008). *Σχεδιάζοντας πολιτική σε θέματα αναπηρίας*.
- Κακαβούλης, Α. (2008). *Ψυχαγωγία και αγωγή του προσώπου: Ποιότητα σχέσης, ωριμότητα ζωής*. Αθήνα: Ιδιωτική έκδοση.
- Καραδήμας, Ε. Χ., & Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2005). Υποκειμενική ευεξία, δημογραφικές και ενδοπροσωπικές μεταβλητές. *Ψυχολογία*, 12(4), 506–523.
- 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.
- Κουτελέκος, Ι., & Χαλιάσος, Ν. (2013). Μεσογειακή αναιμία. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 2(3), 101–112.
- Κρουσταλάκης, Γ. Σ. (2005). *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και το σχολείο: Ψυχοπαιδαγωγική Παρέμβαση για μια Συμβουλευτική Γονέων και Εκπαιδευτικών*.

- Αθήνα: Λύχνος.
- Λιοδάκης, Δ. Β. (2000). *Εκπαιδευτικά προγράμματα για τυφλούς*. Αθήνα: Ατραπός.
- Παιδαγωγικό Ινστιτούτο. (2003). *Διαθεματικό Ενιαίο Πρόγραμμα Σπουδών (Δ.Ε.Π.Π.Σ.) και Αναλυτικά Προγράμματα Σπουδών (Α.Π.Σ.) Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης*.
- Παιδαγωγικό Ινστιτούτο. (2011). *Νέο Σχολείο, Σχολική και Κοινωνική Ζωή: Οδηγός εκπαιδευτικού, Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση*. Υπουργείο Παιδείας και Διά Βίου Μάθησης.
- Παπαδόπουλος, Κ. Σ. (2005). *Τύφλωση και ανάγνωση: Διαβάζοντας με την αφή*. Θεσσαλονίκη: Ζήτη.
- Παπάνης, Ε. (2011). *Η Αυτοεκτίμηση: Θεωρία και αξιολόγηση*. Αθήνα: Ι. Σιδέρης.
- Σούλης, Σ. Γ., & Χριστοδούλου, Π. (2011). Η αυτοεκτίμηση παιδιών και εφήβων με προβλήματα όρασης. In Εταιρεία Ειδικής Παιδαγωγικής Ελλάδος (Ed.), *Η Ειδική Αγωγή αφετηρία εξελίξεων στην επιστήμη και στην πράξη* (Τόμος Β). Αθήνα: Γρηγόρη.
- Σπετσιώτης, Ι. Μ., & Σταθόπουλος, Σ. Α. (2003). *Παιδαγωγική και διδακτική των παιδιών με κινητικά προβλήματα*. Αθήνα: Ωρίων.
- Τσαγκαράκης, Μ., Καφέτσιος, Κ., & Σταλίκας, Α. (2012). Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale). In Α. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα, & Π. Ρούσση (Eds.), *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα: Μια συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων, δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον ελληνικό χώρο*. Αθήνα: Πεδίο.
- Χριστοδούλου, Π., & Σούλης, Σ.-Γ. (2012). Η αυτοεκτίμηση των παιδιών και των εφήβων με μυϊκή δυστροφία τύπου Duchenne. In *6ο Πανελλήνιο Συνέδριο του Ελληνικού Ινστιτούτου Εφαρμοσμένης Παιδαγωγικής και Εκπαίδευσης: Παιδεία Κάλλιστον Εστί Κτήμα Βροτοίς - Ανθρωπιστικές και Θετικές Επιστήμες, Θεωρία και Πράξη* (pp. 1–11). Αθήνα.
- Ωρολογάς, Α. (2005). *Σκλήρυνση κατά Πλάκας*. Θεσσαλονίκη.

# Παράρτημα Ι

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Στο πλαίσιο ερευνητικής εργασίας που διεξάγεται θα σας παρακαλούσαμε να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο. Είναι **απολύτως ανώνυμο**, και οποιαδήποτε πληροφορία που θα παράσχετε αποβλέπει αποκλειστικά στην εξυπηρέτηση της έρευνας που διεξάγεται. Ακόμη, είναι **αυστηρά προσωπικό**, με την έννοια ότι οι απαντήσεις που θα επιλέξετε πρέπει να είναι αποτέλεσμα δικής σας επιλογής.

Αρχικά, σας ζητείται να συμπληρώσετε κάποια ατομικά στοιχεία, ενώ στη συνέχεια καλείστε να απαντήσετε σε μερικές ερωτήσεις που αφορούν την καθημερινή σας ζωή. **Είναι σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.**

Η συμμετοχή σας θα έχει ιδιαίτερη βαρύτητα, και σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την ανταπόκριση, τη συνεργασία και την υπομονή σας.

**Υπεύθυνη έρευνας:** Βορδώνη Παναγιώτα (panayiotavord@gmail.com)

### Α. Ατομικά στοιχεία

Παρακαλώ σημειώστε με ένα (X) το τετράγωνο που σας αντιπροσωπεύει:

#### 1. Φύλο:

Άντρας  Γυναίκα

#### 2. Ηλικία:

18-25  26-35  36-45  46-55  56 ετών και άνω

#### 3. Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/-η  Διαζευγμένος/-η

Έγγαμος/-η ή Σε σχέση  Χήρος/-α

#### 4. Εκπαίδευση:

Δημοτικό  ΑΕΙ/ΤΕΙ

Γυμνάσιο  Επαγγελματικές σχολές

Λύκειο  Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό

#### 5. Επαγγελματική κατάσταση:

Άνεργος/-η  Συνταξιούχος  Ημιαπασχολούμενος/-η

Εργαζόμενος/-η  Φοιτητής/-τρια

#### 6. Συνολικά εισοδήματα τον μήνα σε ευρώ:

0-1000  1501-2000  2501 και άνω



1001-1500  2001-2500

**7. Περιοχή διαβίωσης:**

Αστική περιοχή  Κωμόπολη/Χωριό

**8. Ζω:**

Μόνος μου  Με συγγενείς  Με φίλους

**9. Τι είδους αναπηρία έχετε;**

Οπτική  Ακουστική  Κινητική  Χρόνια ασθένεια (αναιμία, διαβήτης, ΣΚΠ)

**10. Η αναπηρία σας είναι:**

Επίκτητη  Εκ γενετής

**11. Διάστημα αναπηρίας:**

Έως 5 έτη  6-10 έτη  11-20 έτη  21 έτη και άνω

**12. Ύπαρξη σωματικού πόνου λόγω αναπηρίας:**

Ναι  Όχι

**13. Έχετε κάποιο χόμπι;**

Ναι  Όχι

**14. Συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα:**

Μη ικανοποιητική  Μέτρια  Ικανοποιητική

**15. Συναναστροφή με φιλικά πρόσωπα:**

Μη ικανοποιητική  Μέτρια  Ικανοποιητική

**16. Διάθεση να μοιράζεστε πληροφορίες που αφορούν την αναπηρία σας (επιλέξτε μόνο μία από τις τέσσερις απαντήσεις):**

Ποτέ δεν θα μοιραζόμουν σχετικές πληροφορίες εκτός αν ήταν απολύτως απαραίτητο.

Θα μοιραζόμουν περιορισμένο αριθμό πληροφοριών με συγκεκριμένα πρόσωπα.

Δέχομαι θετικά την ευκαιρία να μοιραστώ σχετικές πληροφορίες για την αναπηρία μου και να διαφωτίσω τους άλλους.

Υπερασπίζομαι ισχυρά τα άτομα με αναπηρία και επιδιώκω ενεργά τη διασπορά πληροφοριών σχετικών με την αναπηρία.

**17. Ο ρόλος της θρησκευτικότητας στη ζωή σας είναι:**

Καθόλου έως μέτρια σημαντικός  Αρκετά έως πάρα πολύ σημαντικός

## **B. Ερωτηματολόγιο**

Οι παρακάτω προτάσεις περιγράφουν πώς είναι πιθανό να νιώθει ένα άτομο. Σημειώστε παρακαλώ πόσο ισχύει κάθε πρόταση για σας, αφού σκεφτείτε πώς νιώθετε γενικά τον τελευταίο καιρό.

Για να απαντήσετε, βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που δείχνει τον βαθμό που θεωρείτε ότι ισχύει ή δεν ισχύει η κάθε πρόταση. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Απαντήστε γρήγορα χωρίς να σκεφτείτε πολύ, γιατί το πρώτο που έρχεται στο μυαλό μας συνήθως αντικατοπτρίζει καλύτερα τη γνώμη μας.

	<b>Δεν ισχύει καθόλου</b>	<b>Ισχύει λίγο</b>	<b>Ισχύει αρκετά</b>	<b>Ισχύει πολύ</b>
1. Γενικά είμαι ικανοποιημένος με τον εαυτό μου.	1	2	3	4
2. Κατά περιόδους σκέφτομαι ότι δεν είμαι καλός σε τίποτα.	1	2	3	4
3. Αισθάνομαι ότι έχω αρκετές ικανότητες.	1	2	3	4
4. Είμαι ικανός να κάνω το ίδιο καλά κάποια πράγματα όπως οι περισσότεροι άλλοι άνθρωποι.	1	2	3	4
5. Νομίζω ότι δεν έχω καταφέρει αρκετά πράγματα στη ζωή μου.	1	2	3	4
6. Νιώθω άχρηστος ορισμένες φορές.	1	2	3	4
7. Αισθάνομαι ότι αξίζω σαν άτομο, τουλάχιστον στον ίδιο βαθμό με τους άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4
8. Μακάρι να εκτιμούσα περισσότερο τον εαυτό μου.	1	2	3	4
9. Εν γένει έχω την τάση να αισθάνομαι αποτυχημένος.	1	2	3	4
10. Έχω μια θετική τάση απέναντι στον εαυτό μου.	1	2	3	4
11. Τον περισσότερο καιρό νιώθω ότι ελέγχω τα πράγματα.	1	2	3	4
12. Συνήθως ξυπνώ νιώθοντας ξεκούραστος-η.	1	2	3	4
13. Είμαι ευχαριστημένος-η με πολλά πράγματα στη ζωή μου.	1	2	3	4
14. Είμαι χαρούμενος-η.	1	2	3	4
15. Νιώθω γεμάτος-η ενέργεια.	1	2	3	4
16. Είμαι ευχαριστημένος-η όπως είμαι.	1	2	3	4
17. Η ζωή είναι πολύ καλή.	1	2	3	4
18. Αισθάνομαι ότι η ζωή σε ανταμείβει.	1	2	3	4
19. Τα περισσότερα από όσα συνέβησαν στο παρελθόν μου φαίνονται ευχάριστα.	1	2	3	4
20. Νιώθω σε εγρήγορση πνευματικά.	1	2	3	4
21. Λαμβάνω εύκολα τις περισσότερες αποφάσεις.	1	2	3	4
22. Νιώθω ότι έχω πολλά καλά να περιμένω στο μέλλον.	1	2	3	4
23. Έχω πραγματοποιήσει πολλές από τις επιθυμίες μου.	1	2	3	4
24. Νιώθω υγιής.	1	2	3	4
25. Συνήθως ασκώ θετική επιρροή στα γεγονότα.	1	2	3	4

26. Η ζωή μου έχει μεγάλη σημασία και σκοπό.	1	2	3	4
27. Συχνά ασκώ ευχάριστη επίδραση στους άλλους.	1	2	3	4
28. Αντιλαμβάνομαι την ομορφιά στα περισσότερα πράγματα.	1	2	3	4
29. Συχνά νιώθω χαρά και ευθυμία.	1	2	3	4
30. Το βρίσκω εύκολο να κάνω διάφορα πράγματα.	1	2	3	4
31. Οργανώνω τον χρόνο μου καλά.	1	2	3	4
32. Συχνά εμπλέκομαι και δεσμεύομαι σε διάφορες καταστάσεις.	1	2	3	4
33. Νομίζω ότι ο κόσμος είναι ένα πολύ καλό μέρος.	1	2	3	4
34. Συχνά διασκεδάζω μαζί με άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4
35. Βρίσκω πολλά πράγματα διασκεδαστικά.	1	2	3	4
36. Νομίζω ότι είμαι ελκυστικός-ή.	1	2	3	4
37. Τρέφω θετικά συναισθήματα για τους άλλους.	1	2	3	4
38. Με ενδιαφέρουν οι άλλοι άνθρωποι.	1	2	3	4
39. Γελάω πολύ.	1	2	3	4

Διαβάστε τις παρακάτω προτάσεις και κυκλώστε τον αριθμό που δείχνει τον βαθμό που συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε πρόταση.

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
40. Λόγω της αναπηρίας μου, όλες οι πλευρές της ζωής μου επηρεάζονται σε πολύ σημαντικό βαθμό.	1	2	3	4
41. Έχοντας αναπηρία αδυνατώ να κάνω πράγματα, όπως οι άνθρωποι χωρίς αναπηρία.	1	2	3	4
42. Με αναπηρία ή χωρίς, θα τα καταφέρω στη ζωή μου.	1	2	3	4
43. Εξαιτίας της αναπηρίας μου, λίγα έχω να προσφέρω στους άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4
44. Η καλή εξωτερική εμφάνιση και η σωματική ικανότητα είναι τα πιο σημαντικά πράγματα στη ζωή μου.	1	2	3	4
45. Ένα άτομο με αναπηρία περιορίζεται σε συγκεκριμένους τομείς, αλλά υπάρχουν ακόμη πολλά που μπορεί να κάνει.	1	2	3	4
46. Ανεξάρτητα από το πόσο σκληρά ροσπαθώ ή από το τι επιτυγχάνω, ποτέ δεν θα μπορέσω να είμαι τόσο καλός/ή, όσο ένα άτομο που δεν έχει την αναπηρία μου.	1	2	3	4
47. Με κάνει και αισθάνομαι πολύ άσχημα το να βλέπω όλα όσα μπορούν να κάνουν οι άνθρωποι χωρίς αναπηρίες, που εγώ δεν μπορώ να κάνω.	1	2	3	4
48. Το πιο σημαντικό πράγμα στον κόσμο είναι να είσαι σωματικά ικανός (αρτιμελής).	1	2	3	4

<b>49.</b> Εξαιτίας της αναπηρίας μου, οι ζωές των άλλων ανθρώπων έχουν περισσότερο νόημα από τη δική μου.	1	2	3	4
<b>50.</b> Εξαιτίας της αναπηρίας μου, αισθάνομαι μίζερος/-η τον περισσότερο καιρό.	1	2	3	4
<b>51.</b> Παρόλο που έχω αναπηρία, η ζωή μου είναι γεμάτη.	1	2	3	4
<b>52.</b> Το είδος του ανθρώπου που είμαι και τα επιτεύγματα στην ζωή μου είναι λιγότερο σημαντικά από εκείνα των ατόμων χωρίς αναπηρία.	1	2	3	4
<b>53.</b> Η σωματική αναπηρία επηρεάζει τη νοητική ικανότητα ενός ατόμου.	1	2	3	4
<b>54.</b> Εφόσον η αναπηρία μου εμπλέκεται σχεδόν σε οτιδήποτε προσπαθώ να κάνω, πρακτικά είναι στο μυαλό μου συνέχεια.	1	2	3	4
<b>55.</b> Υπάρχουν πολλά πράγματα που ένα άτομο με την αναπηρία μου μπορεί να κάνει.	1	2	3	4
<b>56.</b> Η αναπηρία μου, αυτή καθαυτή, με επηρεάζει περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό μου.	1	2	3	4
<b>57.</b> Υπάρχουν πολύ πιο σημαντικά πράγματα στη ζωή από την σωματική ικανότητα και εμφάνιση.	1	2	3	4
<b>58.</b> Σχεδόν κάθε τομέας της ζωής είναι κλειστός για μένα.	1	2	3	4
<b>59.</b> Η αναπηρία μου με εμποδίζει από σχεδόν οτιδήποτε πραγματικά θέλω να κάνω και από το να γίνω το είδος του ατόμου που θα ήθελα να είμαι.	1	2	3	4
<b>60.</b> Νιώθω ότι είμαι ένα επαρκές άτομο ανεξάρτητα από τους περιορισμούς της αναπηρίας μου.	1	2	3	4
<b>61.</b> Η αναπηρία μου επηρεάζει εκείνες τις πλευρές της ζωής μου, για τις οποίες ενδιαφέρομαι περισσότερο.	1	2	3	4
<b>62.</b> Μια αναπηρία, σαν τη δική μου, είναι το χειρότερο πράγμα που μπορεί να συμβεί σε έναν άνθρωπο.	1	2	3	4
<b>63.</b> Χρειάζεται να διαθέτει κανείς ένα γερό και αρτιμελές σώμα προκειμένου να έχει ένα καλό μυαλό.	1	2	3	4
<b>64.</b> Υπάρχουν στιγμές που ξεχνώ εντελώς ότι έχω μια αναπηρία.	1	2	3	4
<b>65.</b> Εάν δεν είχα την αναπηρία μου, πιστεύω πως θα ήμουν ένας πολύ καλύτερος άνθρωπος.	1	2	3	4
<b>66.</b> Όταν σκέφτομαι την αναπηρία μου, με κάνει και νιώθω τόσο λυπημένος και αναστατωμένος, που δεν μπορώ να κάνω οτιδήποτε άλλο.	1	2	3	4
<b>67.</b> Οι άνθρωποι με αναπηρίες μπορούν να τα καταφέρουν καλά με πολλούς τρόπους.	1	2	3	4

<b>68.</b> Νιώθω ικανοποιημένος/η με τις ικανότητές μου και η αναπηρία μου δεν με απασχολεί πάρα πολύ.	1	2	3	4
<b>69.</b> Σχεδόν σε καθετί, η αναπηρία μου με ενοχλεί τόσο που δεν μπορώ να απολαύσω τίποτα.	1	2	3	4
<b>70.</b> Η σωματική ακεραιότητα (αρτιμέλεια) και η εμφάνιση κάνουν έναν άνθρωπο αυτό που είναι.	1	2	3	4
<b>71.</b> Γνωρίζω τι δεν μπορώ να κάνω εξαιτίας της αναπηρίας μου και αισθάνομαι ότι μπορώ να ζήσω μια γεμάτη ζωή.	1	2	3	4

## Παράρτημα Β

Ατομικά στοιχεία	Είδος αναπηρίας										
		Οπτική		Ακουστική		Κινητική		Χρόνια ασθένεια		Σύνολο	
Φύλο	Άνδρες	32	12,5%	24	9,4%	49	19,1%	29	11,3%	134	52,3%
	Γυναίκες	21	8,2%	27	10,5%	35	13,7%	39	15,2%	122	47,7%
Ηλικία	18-25	8	3,1%	4	1,6%	7	2,7%	4	1,6%	23	9%
	26-35	14	5,5%	13	5,1%	14	5,5%	13	5,1%	54	21,1%
	36-45	14	5,5%	16	6,3%	23	9%	32	12,5%	85	33,2%
	46-55	13	5,1%	13	5,1%	25	9,8%	15	5,9%	66	25,8%
	56 και πάνω	4	1,6%	5	2%	15	5,9%	4	1,6%	28	10,9%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος-η	29	11,3%	18	7%	28	10,9%	27	10,5%	102	39,8%
	Έγγαμος-η ή σε σχέση	21	8,2%	21	8,2%	51	19,9%	38	14,8%	131	51,2%
	Διαζευγμένος-η	3	1,2%	10	3,9%	3	1,2%	3	1,2%	19	7,4%
	Χήρος-α	0	0%	2	0,8%	2	0,8%	0	0%	4	1,6%
Εκπαίδευση	Δημοτικό	0	0%	3	1,2%	3	1,2%	1	0,4%	7	2,7%
	Γυμνάσιο	5	2%	6	2,3%	8	3,1%	0	0%	19	7,4%
	Λύκειο	15	5,9%	14	5,5%	26	10,2%	9	3,5%	64	25%
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	24	9,4%	19	7,4%	24	9,4%	43	16,8%	110	43%
	Επαγγελματικές Σχολές	5	2%	6	2,3%	20	7,8%	4	1,6%	35	13,7%
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	4	1,6%	3	1,2%	3	1,2%	11	4,3%	21	8,2%
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος-η	9	3,5%	8	3,1%	18	7%	8	3,1%	43	16,8%
	Εργαζόμενος-η	22	8,6%	28	10,9%	23	9%	38	14,8%	111	43,4%
	Συνταξιούχος	17	6,6%	9	3,5%	36	14,1%	20	7,8%	82	32%
	Φοιτητής-τρια	3	1,2%	3	1,2%	3	1,2%	2	0,8%	11	4,3%
	Ημιαπασχολούμενος-η	2	0,8%	3	1,2%	4	1,6%	0	0%	9	3,5%
Εισόδημα	0-1000€	36	14,1%	36	14,1%	55	21,5%	35	13,7%	162	63,3%
	1001-1500€	12	4,7%	10	3,9%	21	8,2%	19	7,4%	62	24,2%
	1501-2000€	3	1,2%	1	0,4%	4	1,6%	6	2,3%	14	5,5%
	2001-2500€	2	0,8%	3	1,2%	4	1,6%	4	1,6%	13	5,1%
	2500+€	0	0%	1	0,4%	0	0%	4	1,6%	5	2%
Περιοχή Διαβίωσης	Αστική Περιοχή	41	16%	40	15,6%	56	21,9%	49	19,1%	186	72,7%

	Κωμόπολη/Χωριό	12	4,7%	11	4,3%	28	10,9%	19	7,4%	70	27,3%
Μορφή διαβίωσης	Ατομική	7	2,7%	17	6,6%	16	6,3%	22	8,6%	62	24,2%
	Με συγγενείς	44	17,2%	28	10,9%	65	25,4%	44	17,2%	181	70,7%
	Με φίλους	2	0,8%	6	2,3%	3	1,2%	2	0,8%	13	5,1%
Προέλευση αναπηρίας	Επίκτητη	30	11,7%	30	11,7%	73	28,5%	30	11,7%	163	63,7%
	Εκ γενετής	23	9%	21	8,2%	11	4,3%	38	14,8%	93	36,3%
Διάστημα Αναπηρίας	Έως 5 έτη	3	1,2%	5	2%	11	4,3%	11	4,3%	30	11,7%
	6-10 έτη	9	3,5%	5	2%	19	7,4%	9	3,5%	42	16,4%
	11-20 έτη	11	4,3%	8	3,1%	25	9,8%	9	3,5%	53	20,7%
	21 έτη και πάνω	30	11,7%	33	12,9%	29	11,3%	39	15,2%	131	51,2%
Ύπαρξη πόνου	Όχι	46	18%	45	17,6%	39	15,2%	40	15,6%	170	66,4%
	Ναι	7	2,7%	6	2,3%	45	17,6%	28	10,9%	86	33,6%
Ύπαρξη χόμπι	Όχι	9	3,5%	7	2,7%	34	13,3%	13	5,1%	63	24,6%
	Ναι	44	17,2%	44	17,2%	50	19,5%	55	21,5%	193	75,4%
Συναναστροφή με συγγενικά πρόσωπα	Μη ικανοποιητική	5	2%	4	1,6%	7	2,7%	1	0,4%	17	6,6%
	Μέτρια	12	4,7%	16	6,3%	12	4,7%	21	8,2%	61	23,8%
	Ικανοποιητική	36	14,1%	31	12,1%	65	25,4%	46	18%	178	69,5%
Συναναστροφή με φιλικά πρόσωπα	Μη ικανοποιητική	0	0%	2	0,8%	2	0,8%	2	0,8%	6	2,3%
	Μέτρια	8	3,1%	15	5,9%	13	5,1%	18	7%	54	21,1%
	Ικανοποιητική	45	17,6%	34	13,3%	69	27%	48	18,8%	196	76,6%
Διάθεση	Ποτέ δε θα μοιραζόμουν σχετικές πληροφορίες εκτός αν ήταν απολύτως απαραίτητο	1	0,4%	5	2%	0	0%	1	0,4%	7	2,7%
	Θα μοιραζόμουν περιορισμένο αριθμό πληροφοριών με συγκεκριμένα πρόσωπα	9	3,5%	11	4,3%	18	7%	15	5,9%	53	20,7%
	Δέχομαι θετικά την ευκαιρία να μοιραστώ σχετικές πληροφορίες για την αναπηρία μου και να διαφωτίσω τους άλλους	15	5,9%	15	5,9%	21	8,2%	31	12,1%	82	32%
	Υπερασπίζομαι ισχυρά τα άτομα με αναπηρία και επιδιώκω ενεργά τη διασπορά πληροφοριών σχετικών με την αναπηρία	28	10,9%	20	7,8%	45	17,6%	21	8,2%	114	44,5%
Ρόλος θρησκευτικότητας	Καθόλου έως μέτρια σημαντικός	17	32,1%	28	54,9%	25	28,6%	23	33,8%	92	35,9%
	Αρκετά έως πάρα πολύ σημαντικός	36	67,9%	23	45,1%	60	71,4%	45	66,2%	164	64,1%
<b>Σύνολο</b>		53	20,7%	51	19,9%	84	32,8%	68	26,6%	256	100%