



Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Σχολή Επιστημών Αγωγής
Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
«Επιστήμες της Αγωγής»
Κατεύθυνση: Ειδική Εκπαίδευση

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η Δια Βίου Εκπαίδευση ως Παράμετρος της Ποιότητας Ζωής των Ατόμων με Αναπηρία

Γεώργιος Καζάκος

Ιωάννινα, 2018



Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
«Επιστήμες της Αγωγής»
Κατεύθυνση: Ειδική Εκπαίδευση

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η Δια Βίου Εκπαίδευση ως Παράμετρος της Ποιότητας Ζωής των Ατόμων με Αναπηρία

Γεώργιος Καζάκος

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Επιβλέπων Καθηγητής:

Σπυρίδων - Γεώργιος Σούλης, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Μέλη:

Ελένη Μορφίδη, Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ιωάννης Φύκαρης, Επίκουρος Καθηγητής Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
Abstract	7
Εισαγωγή.....	8
A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^Ο: ΚΑΤΑΝΟΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ.....	11
1.1 Οπτική αναπηρία.....	13
1.1.1 Χαρακτηριστικά ατόμων με οπτική αναπηρία	15
1.1.2 Η εκπαίδευση των ατόμων με οπτική αναπηρία	18
1.2 Ακουστική αναπηρία.....	19
1.2.1 Χαρακτηριστικά ατόμων με ακουστική αναπηρία	21
1.2.2 Η εκπαίδευση των ατόμων με ακουστική αναπηρία	23
1.3 Κινητική/σωματική αναπηρία	24
1.3.1 Χαρακτηριστικά ατόμων με κινητική/σωματική αναπηρία	25
1.3.2 Η εκπαίδευση των ατόμων με κινητική/σωματική αναπηρία.....	27
1.4 Νοητική αναπηρία.....	30
1.4.1 Ταξινόμησης της Νοητικής Αναπηρίας.....	31
1.4.2 Τα χαρακτηριστικά των ατόμων με νοητική αναπηρία	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	36
2.1 Προσδιορισμός του όρου: Ποιότητα Ζωής	36
2.2 Ορισμός της ποιότητας ζωής.....	40
2.3 Μέτρηση της ποιότητας ζωής	41
2.4 Ποιότητα ζωής και αναπηρία	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^Ο: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	46
3.1 Οριοθέτηση της κατάθλιψης	46
3.2 Ταξινόμηση της κατάθλιψης.....	47
3.3 Ερευνητικά δεδομένα για την κατάθλιψη	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^Ο: ΑΥΤΟΚΑΤΑΓΡΑΦΗ.....	51
4.1 Οριοθέτηση της αυτοκαταγραφής.....	51
4.2 Ερευνητικά δεδομένα για την αυτοκαταγραφή.....	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^Ο: ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.....	55
5.1 Προσδιορισμός της Δια Βίου Εκπαίδευσης	55
5.2 Δια βίου εκπαίδευσή και αναπηρία	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^Ο: ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΕΙ ΓΙΑ ΤΗΝ	
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	61
B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^Ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	71
7.1 Σκοπός και σπουδαιότητα της έρευνας.....	71
7.2 Ερευνητικά ερωτήματα	73
7.3 Συμμετέχοντες.....	74
7.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	76
7.5 Μέσα συλλογής δεδομένων	76
7.5.1 Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής (WHOQOL-BREF).....	77
7.5.2 Ερωτηματολόγιο για την Κατάθλιψη (PHQ-9)	79
7.5.3 Αναθεωρημένη Κλίμακα Αυτοκαταγραφής (Revised Self-Monitoring Scale)	80
7.5.4 Ερωτηματολόγιο καταγραφής των Αντιλήψεων για την Δια Βίου Εκπαίδευση	81
7.6 Ανάλυση των δεδομένων	84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^Ο: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	86
8.1 Μονοπαραγοντικές αναλύσεις των δεδομένων.....	86
8.1.1 Άτομα με αναπηρία	87
8.1.1.1 Συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος με τα επίπεδα κατάθλιψης και την ποιότητα ζωής.....	87

8.1.1.2 Διαφορές των ειδών αναπηρίας ως προς τα επίπεδα κοινωνικών δεξιοτήτων (RSMS) και τις Αντιλήψεις για τη Δια Βίου Εκπαίδευση (EDU).....	89
8.1.1.3 Συσχέτιση των κοινωνικών δεξιοτήτων του δείγματος με τα επίπεδα κατάθλιψης και την ποιότητα ζωής.....	89
8.1.1.4 Συσχέτιση των Αντιλήψεων για την Δια Βίου Εκπαίδευση του δείγματος με τα επίπεδα κατάθλιψης και την ποιότητα ζωής.....	90
8.1.1.5 Συσχέτιση των ποσοστών κατάθλιψης του δείγματος (PHQ-9) με την ποιότητα ζωής (WHOQOL-BREF).....	91
8.1.1.6 Συσχέτιση του είδους αναπηρίας με τα ποσοστά κατάθλιψης (PHQ-9) και την ποιότητα ζωής (WHOQOL-BREF).....	92
8.1.2 Άτομα χωρίς αναπηρία.....	93
8.1.2.1 Συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος με τα επίπεδα κατάθλιψης και την ποιότητα ζωής.....	93
8.1.2.2 Συσχέτιση των κοινωνικών δεξιοτήτων του δείγματος με τα επίπεδα κατάθλιψης και την ποιότητα ζωής.....	94
8.1.2.3 Συσχέτιση των Αντιλήψεων για την Δια Βίου Εκπαίδευση του δείγματος με τα επίπεδα κατάθλιψης και την ποιότητα ζωής.....	95
8.1.2.4 Συσχέτιση των ποσοστών κατάθλιψης του δείγματος (PHQ-9) με την ποιότητα ζωής (WHOQOL-BREF).....	96
8.1.3 Μονοπαραγοντικές συγκρίσεις μεταξύ των δυο ομάδων του δείγματος.....	96
8.2 Πολυπαραγοντικές αναλύσεις των δεδομένων.....	100
8.2.1 Άτομα με αναπηρία και κατάθλιψη.....	101
8.2.2 Άτομα χωρίς αναπηρία και κατάθλιψη.....	104
8.2.3 Η επίδραση της ύπαρξης αναπηρίας στα ποσοστά κατάθλιψης.....	104
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^Ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	108
9.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΠΙ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ.....	108
9.2 Περιορισμοί της έρευνας.....	121
9.3 Προτάσεις.....	122
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	124
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	125
Ξενόγλωσσες.....	125
Ελληνόγλωσσες.....	150

Περίληψη

Η παρούσα έρευνα μελετά την ποιότητα ζωής ενήλικων ατόμων με αναπηρία και το ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει σε αυτή η δια βίου εκπαίδευση. Συγκεκριμένα, σκοπό της παρούσας έρευνας αποτελεί η καταγραφή της ποιότητας ζωής και των επιπέδων κατάθλιψης των ατόμων με αναπηρία, καθώς και η επίδραση που ασκούν σε αυτά οι κοινωνικές τους δεξιότητες και οι αντιλήψεις τους για τη δια βίου εκπαίδευση. Στη διεξαγωγή της εμπειρικής μελέτης που πραγματοποιήθηκε το έτος 2017-2018, συμμετείχαν εκατόν σαράντα τρία (143) άτομα με οπτική, ακουστική, κινητική/σωματική αναπηρία και νοητική αναπηρία και σαράντα επτά (47) άτομα χωρίς αναπηρία. Ακόμη, χρησιμοποιήθηκαν τέσσερα ερευνητικά εργαλεία: η σύντομη έκδοση του ερωτηματολογίου World Health Organization Quality of life (WHOQOL-BREF), το Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ – 9), το Revised Self-Monitoring Scale (RSMS) και ένα ερωτηματολόγιο καταγραφής των Αντιλήψεων για την Δια Βίου Εκπαίδευση που κατασκευάστηκε για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας. Παράλληλα με τη σκιαγράφηση των επιπέδων κατάθλιψης και της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία, διερευνήθηκε η επίδραση που ασκούν σε αυτή δημογραφικά στοιχεία, όπως η ηλικία, το εισόδημα, η επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαφάνηκε ότι η ποιότητα ζωής για τα άτομα με αναπηρία είναι χαμηλότερη από ό, τι για τα άτομα χωρίς αναπηρία στις περισσότερες διαστάσεις της, ενώ τα άτομα με αναπηρία εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα για αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης. Η παρούσα έρευνα αναδεικνύει ακόμη τη δυνατότητα της δια βίου εκπαίδευσης να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της ψυχικής υγείας των ατόμων με αναπηρία, καθώς επίσης την ανάγκη για περεταίρω διερεύνηση σε μεγαλύτερο δείγμα του ελληνικού πληθυσμού, ώστε να σχεδιαστούν κατάλληλες πρακτικές, που θα οδηγήσουν τα άτομα με αναπηρία να ζουν με ποιότητα.

Λέξεις κλειδιά: *ποιότητα ζωής, δια βίου εκπαίδευση, κατάθλιψη, αυτοκαταγραφή, άτομα με αναπηρία*

Abstract

The current master thesis investigates the quality of life of adults with disability and the role that lifelong learning can play. Specifically, the aim of this research is to record the quality of life and depression levels of people with disabilities, as well as the impact their social skills and perceptions on lifelong learning have on them. For research needs, a hundred and forty-three (143) people with visual, acoustic, physical and intellectual disability and forty-seven (47) people without disabilities participated in the empirical study that was conducted in 2017-2018. In addition, four research tools were used: the brief version of the questionnaire World Health Organization Quality of life (WHOQOL-BREF), the Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9), the Revised Self-Monitoring Scale (RSMS), and a questionnaire about the Perspectives on Lifelong Learning that was created for the needs of this study. Alongside with the depression levels and the quality of life of people with disabilities, the effects of demographic variables, such as age, income, professional and family status have also been investigated. The analysis of the results showed that the quality of life for people with disabilities is lower than that for people without disabilities in most dimensions, while people with disabilities are more likely to have elevated levels of depression. The present study also highlights the potential of lifelong learning to contribute to improving the quality of life and mental health of people with disabilities, as well as the need for further investigation into a larger sample of the Greek population in order to design appropriate practices that will lead people with disabilities to live a quality life.

Εισαγωγή

Η ποιότητα ζωής είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο στο οποίο επιδρούν τόσο τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου, όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Οι βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής είναι ίδιες για όλους, αν και ενδέχεται να ποικίλουν μεμονωμένα σε σχετική αξία και σημασία (Schalock, Keith, Verdugo, & Gómez, 2010). Η ποιότητα ζωής ως έννοια, στο πλαίσιο της αναπηρίας, δε διαφέρει από την ποιότητα ζωής των ατόμων χωρίς αναπηρία (Reiter & Schalock, 2008· Verdugo, Schalock, Keith, & Stancliffe, 2005). Η έρευνα που εστιάζει το ενδιαφέρον της στην ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη διότι συνεισφέρει στην ανάδειξη των διαστάσεων της ζωής που τα άτομα αυτά χρειάζονται ενίσχυση.

Η παρουσία της αναπηρίας στη ζωή του ατόμου θεωρείται ότι επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ανθρώπων, επηρεάζοντάς τις ψυχολογικά, κοινωνικά και οικονομικά. Αυξημένη ποιότητα ζωής για τα άτομα με αναπηρία, σημαίνει κατ' επέκταση και αυξημένη υποστήριξη. Επιπρόσθετα, η παρουσία αναπηρίας πολύ συχνά συνδέεται με προβλήματα στην κοινωνική συμμετοχή, το οποίο σημαίνει ότι τα άτομα με αναπηρία κινδυνεύουν με κοινωνικό αποκλεισμό. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που συχνά αντιμετωπίζουν τα άτομα που φέρουν κάποια αναπηρία είναι ο κοινωνικός αποκλεισμός. Η ιδέα της ποιότητας ζωής αποτελεί κεντρικό ζητούμενο για τα άτομα αυτά, έτσι ώστε να δημιουργηθούν οι κατάλληλες συνθήκες, με σκοπό την ισότιμη πρόσβαση στα διάφορα κοινωνικά αγαθά και την ενεργή συμμετοχή τους στο κοινωνικό γίνεσθαι.

Σε μια εποχή όμως που οι επικρατούσες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο την ισότιμη διαχείριση των αναγκών των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων, θα θεωρούσε κανείς επίκαιρο να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία. Η σύγκριση της ποιότητας ζωής τους, στις επιμέρους διαστάσεις της, με τα άτομα χωρίς αναπηρία αποτελεί έναν τρόπο διερεύνησης των σημείων που τα άτομα με αναπηρία χρειάζονται ενίσχυση. Μελετώντας την ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία, προσφέρεται η δυνατότητα αξιολόγησης των συνθηκών διαβίωσης τους, της υποστήριξης που λαμβάνουν, των υπηρεσιών που απευθύνονται σε αυτά, αλλά ακόμη προσφέρεται η δυνατότητα για εξαγωγή προτάσεων αναφορικά με το σχεδιασμό νέων πολιτικών με κατεύθυνση την ουσιαστική υποστήριξή τους. Η παρούσα μελέτη με αυτόν τον τρόπο θεωρεί ότι συμβάλει στην ανάδειξη των στοιχείων που χρειάζεται οι υπηρεσίες Κοινωνικής Πολιτικής να στρέψουν την προσοχή τους, με σκοπό τα άτομα με αναπηρία να ζουν μια ζωή με ποιότητα.

Παρά το γεγονός ότι τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία καθυστέρησαν σημαντικά να αναγνωριστούν, η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) οργανώνει και συντονίζει δράσεις, όπως η «ευρωπαϊκή στρατηγική για την αναπηρία 2010–2020», με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, την πλήρη ένταξή τους στην κοινωνία και στη διερεύνηση των αναγκών τους. Ωστόσο, για την επίτευξη τέτοιων δράσεων, αλλά και γενικότερα χάραξης πολιτικής, είναι αναγκαία η συμβολή των ίδιων των ατόμων μέσω της καταγραφής και της ανάλυσης των αναγκών τους. Αποτέλεσμα αυτού θα είναι η πλήρης συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία στην κοινωνία, προσφέροντας έναν ενεργό ρόλο και παρέχοντάς τους την ευκαιρία για ποιότητα ζωής.

Ένας παράγοντας που αδιαμφισβήτητα μπορεί να συνεισφέρει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής κάθε ανθρώπου είναι η εκπαίδευση. Τα άτομα με αναπηρία πολλές φορές έχουν λιγότερες ευκαιρίες για συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα και ιδιαίτερα όταν πρόκειται για εκπαιδευτικά προγράμματα εκτός σχολείου. Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης μελετώνται οι αντιλήψεις των ατόμων με αναπηρία για τη δια βίου εκπαίδευση, αναφορικά με το ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει, τους υποκειμενικούς και αντικειμενικούς παράγοντες που θα ωθούσαν στη συμμετοχή, αλλά και τις αντιλήψεις τους για τα εμπόδια και τις διακρίσεις που πιθανότατα συναντούν.

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι η σκιαγράφηση των επιπέδων κατάθλιψης και ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία, καθώς και της επίδρασης που ασκούν σε αυτά οι κοινωνικές τους δεξιότητες και οι αντιλήψεις τους για τη δια βίου εκπαίδευση. Η μελέτη αυτή διαρθρώνεται σε εννέα (9) κεφάλαια:

Στο πρώτο κεφάλαιο, επιχειρείται ο προσδιορισμός των αναπηριών των ατόμων που έλαβαν μέρος στην παρούσα ερευνητική εργασία, δηλαδή της οπτικής, της ακουστικής, της κινητικής/σωματικής και της νοητικής αναπηρίας. Περιγράφονται τα χαρακτηριστικά των ατόμων αυτών, ενώ γίνεται αναφορά και στην εκπαίδευσή τους.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται προσδιορισμός του όρου: «ποιότητα ζωής», οριοθετείται η πολυσύνθετη έννοια της ποιότητας ζωής και η μέτρησή της, ενώ επιχειρείται η σύνδεσή της με την αναπηρία.

Στο τρίτο κεφάλαιο, οριοθετείται η έννοια της κατάθλιψης, γίνεται αναφορά στην ταξινόμησή της και καταγράφονται ερευνητικά δεδομένα για την κατάθλιψη, τα οποία αφορούν την παρούσα εργασία.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, γίνεται οριοθέτηση της αυτοκαταγραφής, μέσω της οποίας εξετάζονται στην παρούσα εργασία οι κοινωνικές δεξιότητες των συμμετεχόντων,

συγκεκριμένα της προσαρμοστικότητας σε κοινωνικές συναλλαγές και της ευαισθησίας στη συμπεριφορά των άλλων, ενώ αναφέρονται ερευνητικά δεδομένα σχετικά με αυτές.

Στο πέμπτο κατά σειρά κεφάλαιο, προσδιορίζεται η δια βίου εκπαίδευση και αναφέρονται ορισμένα στοιχεία σχετικά με τη δια βίου εκπαίδευση και τα άτομα με αναπηρία.

Στο έκτο κεφάλαιο, αναφέρονται ερευνητικά δεδομένα για την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία.

Στο έβδομο κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας. Επισημαίνεται ο σκοπός και η σπουδαιότητα της παρούσας έρευνας και τίθενται τα ερευνητικά ερωτήματα. Γίνεται αναφορά στους συμμετέχοντες, στη διαδικασία συλλογής δεδομένων και στα μέσα που χρησιμοποιήθηκαν, ενώ ακόμη περιγράφεται η ανάλυση των δεδομένων.

Στο όγδοο κεφάλαιο, το κεφάλαιο παρουσίασης των αποτελεσμάτων, γίνεται η σκιαγράφηση των επιπέδων κατάθλιψης και ποιότητα ζωής των ατόμων με και χωρίς αναπηρία, ενώ διερευνάται η επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων, των αντιλήψεων για τη δια βίου εκπαίδευση και δημογραφικών παραγόντων σε αυτά.

Στο ένατο κεφάλαιο επιχειρείται μία ανακεφαλαίωση στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων, αναφέρεται μία σύντομη κριτική βιβλιογραφική ανασκόπηση όσον αφορά τα ευρήματα άλλων ερευνών και επισημαίνονται οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας. Επιπροσθέτως, διατυπώνονται κάποιες προτάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν σε πρακτικό ή ερευνητικό επίπεδο, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία.

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο: Κατανοώντας την αναπηρία

Προσεγγίζοντας κανείς την αναπηρία, προσεγγίζει αυτόματα τους ανθρώπους που παρουσιάζουν μία ή περισσότερες μορφές αναπηρίας. Τα άτομα με αναπηρία ή αναπηρίες είναι άτομα που έχουν σε μικρό ή μεγάλο βαθμό κινητικούς περιορισμούς ή δυσκολίες, άτομα τα οποία δε μπορούν να ακούσουν ή παρουσιάζουν σημαντική απώλεια ακοής, άτομα που δε μπορούν να δουν ή εμφανίζουν σημαντική απώλεια όρασης, καθώς και άτομα που παρουσιάζουν δυσκολίες στην κατανόηση, την ομιλία και την επίλυση ενός πιθανού προβλήματος, όπως επίσης άτομα με ψυχολογικές ή συναισθηματικές δυσκολίες. Επομένως, πρόκειται για μία ομάδα ανθρώπων που παρουσιάζουν ένα μεγάλο εύρος δυσκολιών, οι οποίες περιορίζουν τη λειτουργικότητά τους ανάλογα με τη βαρύτητα της αναπηρίας και επιδρούν σε διάφορους τομείς της ζωής τους.

Κάθε άτομο με αναπηρία αντιλαμβάνεται διαφορετικά την αναπηρία του και τους περιορισμούς που αυτή επιφέρει στην καθημερινότητα του. Καταστάσεις που ένα άτομο το αντιμετωπίζει ως περιορισμό, ενδεχομένως ένα άλλο άτομο να το αντιμετωπίζει ως μία απλή ενόχληση ή ακόμη και να μη θεωρεί ή να αποδέχεται ότι βιώνει κάποιο περιορισμό. Η μεγάλη αυτή διαφοροποίηση των ατόμων με αναπηρία, αλλά και των απόψεων και των στάσεων τους οδηγεί στην ύπαρξη διαφορετικών προσεγγίσεων και πολιτικών. Κατά συνέπεια προκύπτει η ανάγκη ύπαρξης και υιοθέτησης μίας κοινής ορολογίας για την αναπηρία. Η αναπηρία είναι δύσκολο να προσδιοριστεί και να οριοθετηθεί, καθώς πρόκειται για έναν όρο που δεν περιορίζεται σε μία απλή εννοιολογική εξήγηση. Οποιαδήποτε προσπάθεια οριοθέτησης συνδέεται με μία σειρά από παράγοντες όπως: το σύνολο των λειτουργιών του ατόμου, τη συνολική εικόνα της κοινωνίας για τον άνθρωπο, τις υπάρχουσες κοινωνικές και παραγωγικές σχέσεις, τους θεσμούς, το υπάρχον σύστημα των αξιολογικών κατηγοριών, τον τρόπο κοινωνικής οργάνωσης, τα πρότυπα που κυριαρχούν στην κοινωνία, την κοινωνική θέση του ατόμου, έτσι όπως αυτή επηρεάζεται από τη σχέση μεταξύ των αντικειμενικών ιστορικοκοινωνικών συνθηκών μέσα στις οποίες ζει και δρα το άτομο (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκη, 2005).

Οι διάφοροι ορισμοί για την αναπηρία εμπίπτουν σε δύο μοντέλα, το ιατρικό και το κοινωνικό. Μέχρι τη δεκαετία του '80 κυρίαρχο μοντέλο στον χώρο της αναπηρίας ήταν το

ατομικό/ιατρικό, το οποίο αντιμετωπίζει τα άτομα με αναπηρία ως μία ειδική κατηγορία ασθενών, οι οποίοι αντιμετωπίζουν ένα εύρος δυσκολιών εξαιτίας των δικών τους ατομικών λειτουργικών περιορισμών. Επομένως το άτομο με αναπηρία θεωρείται ότι χρήζει ιατρικής αντιμετώπισης-θεραπείας, η οποία μπορεί να παρασχεθεί μόνο από τους ειδικούς, περιορίζοντας έτσι σε σημαντικό βαθμό τον ρόλο που διαδραματίζει η ίδια η κοινωνία στην «κατασκευή» της αναπηρίας (Oliver, 1996). Το ιατρικό μοντέλο αποτέλεσε αντικείμενο κριτικής εξαιτίας της μονόπλευρης ιατρικής προσέγγισης της αναπηρίας με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός εναλλακτικού μοντέλου αναπηρίας, το οποίο σχηματίστηκε με τη βοήθεια των ίδιων των ατόμων με αναπηρία (Aitchison, 2003). Το κοινωνικό μοντέλο αντιλαμβάνεται την αναπηρία ως μία κοινωνική κατασκευή, σύμφωνα με την οποία η ευθύνη για την αναπηρία έγκειται όχι στο άτομο αλλά στην κοινωνία (Finkelstein, 1980· Oliver, 1996). Η κεντρική θέση του κοινωνικού μοντέλου είναι ότι η αναπηρία δημιουργείται από την ίδια την κοινωνία, με τις αξίες, τα πρότυπα και τους κανόνες που επιβάλλει. Οι προβληματικές συνθήκες δηλαδή που επικρατούν στην κοινωνία είναι αυτές που καθιστούν ένα άτομο ανάπηρο. Το κοινωνικό μοντέλο εστιάζει ακόμη στον αποκλεισμό και στην καταπίεση που υφίστανται τα άτομα με αναπηρία (Σούλης, 2008).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ανικανότητα (disability) είναι συνέπεια του μειονεκτήματος-έκπτωσης (impairment) όσον αφορά την απόδοση και την ικανότητα του ατόμου για δράση. Η αναπηρία (handicap), αντίθετα, δηλώνει τη διάκριση που βιώνει το άτομο ως αποτέλεσμα της έκπτωσης ή της ανικανότητας. Η ανικανότητα θεωρείται δηλαδή αποτέλεσμα της έκπτωσης και ανεξάρτητη από το πλαίσιο του ατόμου. Η ανικανότητα ενυπάρχει στο άτομο, ενώ η αναπηρία είναι απόρροια κοινωνικών παραγόντων. Συνεπώς, ούτε η έκπτωση ούτε η ανικανότητα οδηγούν απαραίτητα στην αναπηρία (WHO, 1981). Σε έναν πιο πρόσφατο ορισμό του, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την αναπηρία ως το αποτέλεσμα οργανικών ή περιβαλλοντολογικών αιτιών, που συνθέτουν ένα σύνολο εμποδίων σε σημαντικές πτυχές της ζωής, όπως η αυτοεξυπηρέτηση, η απασχόληση, η εκπαίδευση, η ψυχαγωγία και η γενικότερη κοινωνική συμμετοχή (WHO, 2002). Η αναπηρία λοιπόν δε μπορεί να γίνει αντιληπτή, είτε ως ξεκάθαρα ιατρική είτε ως μεμονωμένα κοινωνική, διότι τα άτομα με αναπηρία μπορεί συχνά να εμφανίσουν δευτερογενή προβλήματα, τα οποία πηγάζουν από την αναπηρίας τους. Το κοινωνικό μοντέλο ενδεχομένως να αντιπροσωπεύει σε σημαντικό βαθμό τα ίδια τα άτομα με αναπηρία, ωστόσο η αναπηρία δεν είναι σταθερή. Μία ισορροπημένη, ολιστική προσέγγιση υιοθετήθηκε στο πλαίσιο της παγκόσμιας έκθεσης για την αναπηρία (WHO, 2011), η οποία παρουσιάζει και αντιλαμβάνεται την αναπηρία ως μια δυναμική αλληλεπίδραση ανάμεσα στην κατάσταση υγείας και σε προσωπικούς καθώς και

περιβαλλοντικούς παράγοντες, αναφερόμενη ως «βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο», αποτελώντας έναν συμβιβασμό μεταξύ ιατρικού και κοινωνικού μοντέλου. Η αναπηρία αποτελεί έναν πολυδιάστατο όρο, εμπεριέχοντας βλάβες και περιορισμούς σε δραστηριότητα και συμμετοχή (Blichfeldt & Nicolaisen, 2011). Η βλάβη αποτελεί ένα πρόβλημα στη σωματική λειτουργία και δομή του ανθρώπινου σώματος. Ο περιορισμός της δραστηριότητας αφορά τη δυσκολία που συναντά το άτομο με αναπηρία κατά την εκτέλεση ενός έργου ή δράσης, ενώ ο περιορισμός συμμετοχής είναι ένα πρόβλημα που αντιμετωπίζει το άτομο με αναπηρία όσον αφορά τη συμμετοχή σε κάθε είδους κοινωνική δραστηριότητα. Η αναπηρία, λοιπόν, δεν αποτελεί απλώς ένα πρόβλημα υγείας, αλλά πρόκειται για ένα σύνθετο φαινόμενο, που αντανακλά την αλληλεπίδραση μεταξύ των χαρακτηριστικών του σώματος ενός ατόμου και των χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει. Συνεπώς η προσπάθεια να ξεπεραστούν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτά, προϋποθέτει παρεμβάσεις για την άρση των περιβαλλοντικών και κοινωνικών εμποδίων (WHO, 2011). Το περιβάλλον ενός ατόμου έχει τεράστιο αντίκτυπο στον τρόπο που βιώνει και στην έκταση της αναπηρίας, με τα εμπόδια που μπορεί να περιέχει για αυτό, καθώς μη προσβάσιμα περιβάλλοντα «δημιουργούν» αναπηρία μέσω της δημιουργίας εμποδίων για τη συμμετοχή και την ένταξη.

Ακόμη, τα άτομα με αναπηρία δεν αποτελούν μία ομοιογενή ομάδα με τις ίδιες ανάγκες για όλους. Υπάρχουν διάφορες μορφές αναπηρίες, εμφανείς ή μη, σοβαρές και λιγότερο σοβαρές, μόνιμες ή προσωρινές, επίκτητες ή εκ γενετής και η καθεμιά έχει τα δικά της ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.

Ως εκ τούτου, τα άτομα αυτά στιγματίζονται, και δέχονται διακρίσεις και αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές, ελλιπή παροχή παροχή υπηρεσιών για την κάλυψη των αναγκών τους, ανεπαρκή χρηματοδότηση, έλλειψη προσβασιμότητας, ακατάλληλες τεχνολογίες και μορφές πληροφόρησης και επικοινωνίας καθώς και έλλειψη συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων που επηρεάζουν άμεσα τη ζωή τους (WHO, 2013· WHO, 2011). Τα κράτη που διαθέτουν επαρκείς μηχανισμούς προκειμένου να ανταποκριθούν σε αυτή την ιδιαίτερη και ξεχωριστή κατηγορία πληθυσμού είναι λίγα. Η αναπηρία αποτελεί ένα εξελισσόμενο ζήτημα. Θα ήταν αδύνατο να μιλά κανείς για βελτίωση της ποιότητας ζωής των μειονεκτούντων πληθυσμών στον κόσμο χωρίς την κατανόηση και ανταπόκριση στις ανάγκες τους.

1.1 Οπτική αναπηρία

Τα προβλήματα όρασης αφορούν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών της οπτικής ικανότητας, ενώ αποτελούν από τα πιο συνηθισμένα και σοβαρά προβλήματα των αισθητηρίων οργάνων, τα περισσότερα από τα οποία μπορούν να διορθωθούν με ιατρικά μέσα. Εκτός όμως από αυτά, υπάρχουν και προβλήματα όρασης πιο σοβαρά, τα οποία επηρεάζουν κάθε πτυχή της ζωής του ατόμου. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας υπάρχουν τέσσερα επίπεδα αναφορικά με την 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, όπως και κάθε άλλη μορφή αναπηρίας, ανάλογα με τον χρόνο εμφάνισης του προβλήματος διακρίνεται σε επίκτητη, σε περιπτώσεις που το πρόβλημα παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, και σε εκ γενετής όταν εμφανίζεται με τη γέννησή του. Τα προβλήματα όρασης ορίζονται ακόμη με βάση την οπτική οξύτητα και το οπτικό πεδίο. Η οπτική οξύτητα αναφέρεται στην ικανότητα της λεπτομερούς διάκρισης μορφών και λεπτομερειών και συνήθως υπολογίζεται μέσω συγκεκριμένων ασκήσεων, όπως είναι η ανάγνωση γραμμάτων, συλλαβών, ή άλλων συμβόλων από τον οπτότυπο Snellen Eye (Heward, 2011). Το οπτικό πεδίο αφορά την περιοχή που αντιλαμβάνεται το μάτι, όταν το κεφάλι του ατόμου 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 10η έκδοση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ένα άτομο έχει χαμηλή όραση εφόσον 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 του ατόμου να διακρίνει ένα σύμβολο στα έξι μέτρα, το οποίο ένας φυσιολογικός κατά μέσο όρο παρατηρητής θα ήταν ικανός να το διακρίνει στα είκοσι. Στη σημειογραφία Snellen αυτό παρουσιάζεται είτε ως 6/20 (μετρικό σύστημα) είτε ως 20/67 (ισχύον σύστημα). Όπως είναι φανερό, τα άτομα με τη συγκεκριμένη οπτική οξύτητα θα πρέπει να προσεγγίζουν περισσότερο τα αντικείμενα έτσι ώστε να είναι σε θέση να τα αντιληφθούν και να τα δουν καθαρά (Heward, 2011). Ανάλογα, η κανονική όραση αντιστοιχεί σε οπτική οξύτητα ίση με τη μονάδα και σε όραση 6/6 ή 20/20, ενώ 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). Ακολούθως, η ελληνική νομοθεσία (Ν.958/1979) ορίζει ότι ένα 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.

Σε γενικές γραμμές, ως άτομα με μειωμένη όραση, αμβλύωπες ή άτομα χωρίς όραση χαρακτηρίζονται τα άτομα εκείνα που αντιμετωπίζουν διαταραχές ή μειονεξίες στην οπτική λειτουργία. Οι εν λόγω διαταραχές ή μειονεξίες της οπτικής λειτουργίας αφορούν την οπτική αντίληψη-προσαρμογή, την οπτική οξύτητα ή το οπτικό πεδίο και την ποιότητα της όρασης. Στην πράξη, τα άτομα με μειωμένη όραση έχουν τη δυνατότητα να διαβάσουν ένα κείμενο ή να αντιληφθούν το περιεχόμενο μιας εικόνας μέσω της ενίσχυσης ενός υλικού ή λογισμικού μεγέθυνσης χαρακτήρων, σε αντίθεση με τα άτομα με τύφλωση τα οποία δεν αντιλαμβάνονται το οπτικό ερέθισμα (Schurink, Cox, Cillessen, van Rens, & Boonstra, 2011).

Καταγράφοντας τους παραπάνω ορισμούς για την οπτική αναπηρία, αξίζει να σημειωθεί ότι η όραση αποτελεί μία από τις κυρίαρχες ανθρώπινες αισθήσεις, η οποία παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη κινητικών δεξιοτήτων (Hashemi, Dehghani, Saboonch, Roozbahani, & Roonasi, 2012) και στην ανάπτυξη της κιναισθησης (Navarro, Fukujima, Fontes, Matas, & Prado, 2004). Κατά συνέπεια η οπτική αναπηρία ενός ατόμου επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο προσλαμβάνει τα διάφορα ερεθίσματα και πληροφορίες από το περιβάλλον του, όπως επίσης και τον τρόπο που επικοινωνεί και εκτελεί τις διάφορες φυσικές δραστηριότητες (Παπαδόπουλος, 2005). Επιπροσθέτως, επιδρά σε σημαντικό βαθμό στη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου (Houwen, Hartman, & Visscher, 2009) και για τον λόγο αυτό κρίνεται αναγκαία η μελέτη των συναισθηματικών, κοινωνικών και ψυχολογικών συνεπειών της αναπηρίας τόσο για το ίδιο το άτομο, όσο και για το περιβάλλον του (Mason & McCall, 2005).

1.1.1 Χαρακτηριστικά ατόμων με οπτική αναπηρία

Τα άτομα με οπτική αναπηρία διαχειρίζονται με ποικίλους τρόπους την αναπηρία τους ανάλογα με τη βαρύτητά της, το μορφωτικό τους επίπεδο, το χρονικό σημείο απόκτησής της, την ύπαρξη διαθέσιμων υπηρεσιών κ.ά. (Morse, 2004). Όπως σημειώθηκε και παραπάνω, τα άτομα με οπτική αναπηρία παρουσιάζουν καθυστέρηση στην κινητική τους ανάπτυξη, σε σύγκριση με τους βλέποντες συνομήλικους τους, καθώς αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο συντονισμό των κινήσεων του σώματος, στον προσανατολισμό τους στο χώρο και γενικότερα στην κινητικότητα τους. Στην εποχή μας, η ραγδαία τεχνολογική ανάπτυξη έχει συμβάλλει

σημαντικά στην αντιμετώπιση των παραπάνω δυσκολιών με την παροχή τεχνολογικών εφαρμογών για αυτό το σκοπό. Ακόμη, η χρήση του λευκού μαστουριού και του σκύλου-οδηγού βοηθούν τα άτομα με οπτική αναπηρία να καταφέρουν να κινηθούν και να προσανατολιστούν στο χώρο με μεγαλύτερη ακρίβεια (Τσιναρέλης, 2005).

Αναφορικά με το γλωσσικό επίπεδο των ατόμων με οπτική αναπηρία, φαίνεται πολλές φορές να τους επιτρέπει να διεξάγουν μια συζήτηση με τον συνομιλητή τους αλλά να δυσκολεύονται όταν πρόκειται να συναναστραφούν με άλλα άτομα. Συνήθως δε χρησιμοποιούν χειρονομίες και η ομιλία τους χαρακτηρίζεται από στερεοτυπία (Pring & Tadic, 2010). Ακόμη, χρησιμοποιούν τη γλώσσα κατά κύριο λόγο με σκοπό να επικοινωνήσουν και όχι για άλλους λόγους, όπως η ανάπτυξη μιας ιδέας (Κουτάντος, 2005). Το νοητικό δυναμικό των ατόμων με προβλήματα όρασης σαφώς και δε διαφέρει από αυτό των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων. Ωστόσο, πολλές φορές η σχολική τους επίδοση κυμένεται σε χαμηλότερα επίπεδα συγκριτικά με τους βλέποντες συμμαθητές τους, γεγονός που αποδίδεται στην καθυστερημένη εννοιολογική ανάπτυξη και στον αργό ρυθμό ανάγνωσης (Πολυχρονοπούλου, 2001). Φαίνεται ακόμη, τα άτομα με οπτική αναπηρία να δυσκολεύονται να συσχετίσουν τις εμπειρίες μεταξύ τους, με αποτέλεσμα την εμφάνιση δυσκολιών στην εκμάθηση αφηρημένων εννοιών, γλωσσικών εννοιών, ιδιωματικών εκφράσεων και αναλογιών (Heward, 2011).

Συνεχίζοντας, τα άτομα με οπτική αναπηρία θα πρέπει να καταβάλουν σημαντική προσπάθεια ώστε να κατακτήσουν ορισμένες κοινωνικές δεξιότητες. Η σωστή χρήση της γλώσσας του σώματος, οι σωστές χειρονομίες και αντιδράσεις, οι απόπειρες επαφής με τα μάτια με τον συνομιλητή, το να κοιτούν προς το μέρος που έρχεται η ομιλία ή ο θόρυβος που ακούν, το να στέκονται και να κινούνται ορθά στο χώρο και το να καταλαβαίνουν πότε πρέπει να μιλήσουν ψιθυριστά και πότε κανονικά ή πιο δυνατά, είναι κάποιες από αυτές τις δεξιότητες (Russotti, Shaw & Spungin, 2004). Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία διακατέχονται από ιδιαίτερες συναισθηματικές και κοινωνικές ανάγκες και ότι υπάρχει σαφής διαφοροποίηση μεταξύ τους ως προς το επίπεδο που μπορούν να προσαρμοστούν ψυχολογικά στην αναπηρία τους (Jackson & Taylor, 2001). Η συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη των ατόμων με οπτική αναπηρία εξαρτάται κατά κύριο λόγο από την ηλικία, το χρονικό σημείο πρόσκτησης της αναπηρίας και από τον πιθανό φόβο και ανησυχία στους μερικώς βλέποντες ότι θα χάσουν πλήρως την όρασή τους (Sacks, 2010). Επιπλέον, η συναισθηματική εξέλιξη του ατόμου με προβλήματα όρασης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις αντιδράσεις των ατόμων δίχως προβλήματα όρασης που βρίσκονται στον κοινωνικό τους περίγυρο, καθώς και από τη μορφή και τη βαρύτητα του προβλήματος που αντιμετωπίζουν. Οι

αντικειμενικές δυσκολίες, καθώς και η στάση του κοινωνικού περιγύρου μπορούν να αναστείλουν την ομαλή ανάπτυξη της προσωπικότητας των ατόμων με οπτική αναπηρία, με αποτέλεσμα την ύπαρξη κινδύνου εμφάνισης συναισθημάτων άρνησης, παραίτησης, υποχώρησης, επιθετικής συμπεριφοράς, απομόνωσης εξαιτίας της χαμηλής αυτοεκτίμησης και της στάσης της κοινωνίας απέναντι τους (Τσιναρέλης, 2005). Ένας ακόμη επιβαρυντικός παράγοντας της συναισθηματικής κατάστασής τους είναι η στάση των γονέων. Η αντίδραση των γονέων των ατόμων με οπτική αναπηρία όταν πληροφορηθούν ότι το παιδί τους παρουσιάζει σοβαρό πρόβλημα όρασης ποικίλλει ανάλογα με τον χαρακτήρα τους και τον τρόπο με τον οποίο ο κοινωνικός τους περίγυρος αντιμετωπίζει τη νέα αυτή κατάσταση. Η εμφάνιση της αναπηρίας ενδέχεται να έχει συνέπειες για όλη την οικογένεια. Οι συνέπειες αυτές αφορούν τον ψυχολογικό τομέα, συνέπειες δηλαδή στον ψυχικό κόσμο των γονέων, όπως σοκ, άρνηση του προβλήματος, απόρριψη, υπερπροστασία, αμφιθυμικές τάσεις, στον κοινωνικό τομέα, στις σχέσεις τους με τους άλλους, αλλά και στον οικονομικό τομέα, αφού η αναπηρία θα επιφέρει επιπλέον δαπάνες για την οικογένεια που συνδέονται με τις παροχές που απαιτούνται για τη βελτίωση της καθημερινότητας του ατόμου. Επιπλέον, οι τύψεις συνειδήσεως που αισθάνονται οι γονείς, καθιστώντας τους εαυτούς τους υπεύθυνους για την κατάσταση του παιδιού τους, το συναίσθημα οίκτου και υπέρμετρης προστασίας, η συγκαλυμμένη ή μη απόρριψή του, αποτελούν ορισμένα σημαντικά εμπόδια στην συναισθηματική εξέλιξη του παιδιού τους (Κρουσταλλάκης, 2004). Συνεπώς, υπάρχει η πιθανότητα τα άτομα με οπτική αναπηρία να παρουσιάσουν μια ποικιλία συναισθηματικών διαταραχών όπως για παράδειγμα: κατάθλιψη, αγωνία, ανησυχία (Lotery, Xu, Zlatava & Loftus, 2007).

Είναι φανερό ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία αντιμετωπίζουν επίσης δυσκολίες στο να διαβάσουν τη γλώσσα του σώματος και τις εκφράσεις του προσώπου των συνομηλίκων τους, λόγω της αναπηρίας τους. Όταν αναφερόμαστε σε παιδιά με οπτική αναπηρία, είναι ανάγκη να έχουμε κατά νου ορισμένες δυσκολίες. Οι δυσκολίες της παιδικής ηλικίας δεν αφορούν μόνο τη συγκεκριμένη περίοδο της ζωής του ατόμου, καθώς είναι πολύ πιθανό να το ακολουθούν στη μετέπειτα ζωή του. Τα παιδιά λοιπόν με οπτική αναπηρία δυσκολεύονται να ανταποκριθούν θετικά στην πρόσκληση για παιχνίδι από τους συμμαθητές τους, ενώ κατά την έναρξη της σχολικής ζωής τους, αντιμετωπίζουν προβλήματα στην κοινωνική προσαρμογή τους σε σχέση με τους βλέποντες συνομηλίκους τους (Pring & Tadic, 2010). Συνέπεια των περιορισμένων κοινωνικών ικανοτήτων τους είναι ο κίνδυνος της κοινωνικής απομόνωσης, ειδικότερα όταν η οπτική τους ικανότητα μειώνεται όλο και περισσότερο ή κατά τη μετάβαση τους στην εφηβεία και την αλλαγή σχολικού περιβάλλοντος (Douglas, McCall, McLinden,

Pavey, Ware, & Farrell, 2009). Ακόμη, η δυσκολία αναγνώρισης άλλων ανθρώπων και το γεγονός ότι για να επικοινωνήσουν πολλές φορές είναι αναγκαία η βοήθεια των άλλων, ενδέχεται να οδηγήσουν στην κοινωνική περιθωριοποίησή των παιδιών με οπτική αναπηρία (Naraine & Lindsay, 2011). Αυτά τα προβλήματα όμως συναντούν όλες οι ηλικίες (Gold, Shaw, & Wolffe, 2010). Με την ανησυχία για τις μεγαλύτερες ηλικίες να έγκειται στην περίπτωση όλες αυτές οι καταστάσεις να οδηγήσουν σε χαμηλή αυτοπεποίθηση, σε κοινωνικό παραγκωνισμό ακόμα και σε αισθήματα μοναξιάς (Heine & Browning, 2004).

1.1.2 Η εκπαίδευση των ατόμων με οπτική αναπηρία

Η εκπαίδευση των ατόμων με οπτική αναπηρία, έχει στόχο την απόκτηση γενικών, αλλά και ειδικών γνώσεων και δεξιοτήτων. Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης μεταδίδονται ειδικές γνώσεις και δεξιότητες τόσο για την προσωπική, όσο και για την επαγγελματική ανάπτυξη του ατόμου. Οι γνώσεις αυτές αφορούν αξίες, αισθητικές αρχές, και απαγορεύσεις πράξεων στα άτομα με προβλήματα όρασης, με την εκπαιδευτική διαδικασία ολοκληρώνεται σε δύο εξίσου σημαντικά τμήματα, τη σχολική εκπαίδευση κάθε βαθμίδας και την ειδική εκπαίδευση για άτομα με προβλήματα όρασης. Στο πλαίσιο της εκπαίδευσης τα άτομα χαρακτηρίζονται άτομα με τύφλωση, όταν για έχουν πρόσβαση στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, είναι αναγκαία η χρήση μη οπτικών μέσων. Σε περίπτωση όμως που έχουν κάποια υπολειμματική όραση, και είναι σε θέση να χρησιμοποιούν οπτικά βοηθήματα, τότε χαρακτηρίζονται ως μερικώς βλέποντα. Η εκπαίδευση τους παρουσιάζει ιδιαιτερότητες σε σχέση με αυτή των βλέπόντων. Καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των πληροφοριών στους βλέποντες προέρχεται από την οπτική οδό, η υποχρεωτική παράκαμψή της λόγω της αναπηρίας, κατευθύνει προς την ενεργοποίηση και χρήση ποικίλων οδών και μηχανισμών, με σκοπό την κατά το δυνατόν υποκατάστασή της. Επομένως η εκπαίδευση των ατόμων με τύφλωση είναι μια διαρκής διαδικασία, λογική και ειδική, που έχει ως στόχο την ολοκληρωμένη λειτουργία αντίληψης, κρίσης και πρακτικής αντίδρασης του εγκεφάλου. Σε αυτή τη περίπτωση αναφερόμαστε σε μία εκπαίδευση, η οποία δημιουργεί ευκαιρίες μάθησης, έχουν στόχο να βελτιώσουν τις ακαδημαϊκές, τις κοινωνικές, τις επαγγελματικές δεξιότητες και τις ικανότητες, καθώς και τις δεξιότητες ελεύθερου χρόνου στα άτομα με προβλήματα όρασης (Πολυχρονοπούλου, 2012).

Οι απαιτήσεις του σχολικού προγράμματος και η ταχύτητα με την οποία αυτό εξελίσσεται δημιουργούν πίεση σε όλους τους μαθητές, σε περίπτωση δε που αυτή η πίεση

συνοδεύεται και από τις δυσκολίες που επιφέρει η αναπηρία στο άτομο, οι δυσκολίες αυξάνονται. Ορισμένοι παράγοντες που επηρεάζουν την εκπαίδευση και την αποτελεσματικότητα της για τα άτομα με οπτική αναπηρία είναι:

- Το ποσοστό απώλειας της όρασης.
- Η ηλικία απώλειας της όρασης, εάν υπήρχε δηλαδή όραση έως το πέμπτο έτος της ηλικίας.
- Το πλήθος και το είδος των ερεθισμάτων που συνέλαβε το άτομο έως τη στιγμή της απώλειας.
- Το οικογενειακό περιβάλλον (οικονομικό, μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο).
- Η χρονική στιγμή που ξεκίνησε η παρέμβαση στο άτομο.
- Η ποιότητα της εκπαίδευσης πριν και μετά την απώλεια όρασης.
- Πρόσθετα προβλήματα που πιθανότατα υπάρχουν.

1.2 Ακουστική αναπηρία

Μία από τις βασικές αισθήσεις του ανθρώπου είναι η ακοή. Η ακοή είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ομιλία, η οποία αποτελεί μέσο έκφρασης των σκέψεων και των συναισθημάτων του ατόμου, όπως επίσης και του συνόλου των πληροφοριών που λαμβάνει από το περιβάλλον του (Δελλασούδας, 2005). Η ακουστική αναπηρία αφορά τη εμφάνιση ακουστικών δυσκολιών εξαιτίας της λειτουργικής βλάβης στο αισθητήριο όργανο της ακοής, δηλαδή το αυτί. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ένα άτομο το οποίο δεν έχει τη δυνατότητα να ακούσει όπως κάποιο άλλο με «φυσιολογική» ακοή θεωρείται ότι έχει απώλεια ακοής. Η απώλεια αυτή ενδέχεται να επηρεάσει το ένα αυτί ή και τα δύο αυτιά, 'και έχει ως αποτέλεσμα τη δυσκολία ακοής των διάφορων ηχητικών ερεθισμάτων, όπως και της ομιλίας των άλλων. Επιπροσθέτως, η ακουστική απώλεια μπορεί να χαρακτηριστεί ήπια, μέτρια, σοβαρή ή ολική.

Τα άτομα με ακουστική αναπηρία διακρίνονται σε δυο κατηγορίες, στους κωφούς και στους βαρήκοους, ανάλογα με τον βαθμό ακουστικής απώλειας που παρουσιάζουν. Επομένως, κωφό χαρακτηρίζεται ένα άτομο με ολική απώλεια ακοής, η οποία αντιστοιχεί σε ελάχιστη ή καθόλου ακοή, ενώ βαρήκοο ένα άτομο με απώλεια ακοής η οποία κυμαίνεται από ήπια προς σοβαρή. Σύμφωνα με τους ορισμούς του 1973 από το συμβούλιο διευθυντών των σχολείων κωφών στις Η.Π.Α. (Conference of Executives of American Schools for the Deaf) για την κώφωση, κωφό χαρακτηρίζεται ένα άτομο, όταν δεν είναι σε θέση να αντιληφθεί και να

κατανοήσει τα ηχητικά μηνύματα που λαμβάνει μέσω του ακουστικού καναλιού, είτε διαθέτει τεχνολογική υποστήριξη, όπως διάφορα ακουστικά, είτε όχι. Εν συνεχεία, βαρήκοο χαρακτηρίζεται ένα άτομο, όταν έχει τη δυνατότητα, έστω και με δυσκολία να αντιληφθεί και να κατανοήσει ηχητικά μηνύματα μόνο μέσω της ακοής του, είτε διαθέτοντας ακουστική υποστήριξη είτε όχι (Frisina, 1974· Moores, 2007). Τα άτομα με βαρήκοια είναι σε θέση να επωφεληθούν κατά τη χρήση της ακοής ώστε να κατανοήσουν την ομιλία από διάφορα ακουστικά βοηθήματα, όπως ακουστικά βαρηκοΐας, κοχλιακά εμφυτεύματα, και άλλες βοηθητικές συσκευές και ειδικές προσαρμογές (WHO, 2018). Αντιθέτως, τα άτομα με κώφωση δεν έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν την ακοή για να κατανοήσουν την ομιλία ακόμη και με τη χρήση ακουστικού βοηθήματος, εφόσον η απώλεια της ακοής τους είναι πολύ μεγάλη και δεν τους επιτρέπει να κατανοούν την ομιλία μόνο μέσω των αισθητηριακών οργάνων της ακοής. Ωστόσο, ένα άτομο με κώφωση ενδέχεται να είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται κάποιους ήχους μέσω της υπολειμματικής ακοής του, συνήθως όμως η όραση λειτουργεί ως το βασικό επικοινωνιακό μέσο αλλά και ως μέσο μάθησης για αυτά (Heward, 2011).

Ανάλογα με τον χρόνο εμφάνισης της ακουστικής απώλειας, με την ακουστική αναπηρία να χαρακτηρίζεται: προγλωσσική, όταν δηλαδή έχει παρουσιαστεί πριν την εκμάθηση της γλώσσας, ή μεταγλωσσική, όταν έχει παρουσιαστεί μετά την εκμάθηση της γλώσσας, ως αποτέλεσμα μίας ασθένειας, ενός τραυματισμού, ή ανεπιθύμητων παρενεργειών από τη χρήση κάποιου φαρμάκου (Espeso, Owens, & Williams, 2006). Επιπλέον, η ακουστική αναπηρία διακρίνεται σε τρεις τύπους, ανάλογα με την εντόπιση της βλάβης σε συγκεκριμένο επίπεδο της ανατομίας του αυτιού. Πρόκειται για την βαρηκοΐα τύπου αγωγιμότητας, τη νευροαισθητηριακού τύπου βαρηκοΐα ή βαρηκοΐα αντίληψης και την μεικτού τύπου βαρηκοΐα. Η πρώτη οφείλεται σε βλάβες οι οποίες διαταράσσουν τον μηχανισμό αγωγής του ήχου προς το εσωτερικό τμήμα του αυτιού. Η νευροαισθητηριακού τύπου βαρηκοΐα ή βαρηκοΐα αντίληψης προκαλείται από βλάβες του μηχανισμού αντίληψης του ήχου, και η μεικτού τύπου βαρηκοΐα αποτελεί συνδυασμό των παραπάνω δύο τύπων ((Elzouki, Harfi, Nazer, Stapleton, & Whitley, 2012· Δανηλίδης & Ασημακόπουλος, 2006).

Στην ιατρική χρησιμοποιούνται συνήθως οι όροι βαρήκοος και βαρηκοΐα που δηλώνουν ότι άτομο ενδεχομένως να μπορεί να λαμβάνει πληροφορίες μέσω του ακουστικού καναλιού, χωρίς να αποκλείεται εντελώς η χρήση του όπως θα γινόταν με τους όρους κωφός και κώφωση, οι οποίοι χρησιμοποιούνται πολύ σπάνια. Η ποσοτική εκτίμηση της ακουστικής ικανότητας προσδιορίζεται με την τονική ακουομετρία και εκφράζεται σε dB (decibel). Το ντεσιμπέλ (decibel ή dB) αποτελεί την πιο συνηθισμένη μονάδα μέτρησης της έντασης του ήχου ή ηχηρότητας. Ενδεικτικό είναι ότι ένταση της κανονικής ομιλίας σε ένα ήσυχο περιβάλλον

υπολογίζεται ότι είναι περίπου 60-65 dB. Ωστόσο, η ένταση δεν είναι ο μοναδικός παράγοντας που επηρεάζει τη δυνατότητα κάποιου να ακούσει. Σημαντικός επίσης παράγοντας είναι και η συχνότητα του ήχου, η οποία υπολογίζεται σε κύκλους ανά δευτερόλεπτο ή Χερτζ (hertz ή Hz) (Marschark, 2007). Ενώ σημειώνεται ότι οι άνθρωποι είναι σε θέση να ακούσουν ήχους εύρους μεταξύ 500-2000 Hz (Heward, 2011). Στις ιατρικές γνωματεύσεις για την ακουστική αναπηρία λοιπόν συναντάμε τους όρους βαρήκοος και βαρηκοΐα και οι κατηγορίες που διακρίνονται για την ακοή, ανάλογα με τον ουδό της ακοής, είναι οι εξής (Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010, σ.31):

- Φυσιολογική ακοή 0-25 dB
- Ήπια βαρηκοΐα 26-40 dB
- Μέτρια βαρηκοΐα 41-55 dB
- Μετρίως σοβαρή βαρηκοΐα 56-70 dB
- Σοβαρή βαρηκοΐα 71-90 dB
- Βαριάς μορφής βαρηκοΐα >90 dB

Αξίζει ακόμη να σημειωθεί η ανάγκη να συμπεριληφθούν όλοι εκείνοι οι παράγοντες, όπως είναι ο χρόνος εμφάνισης, ο βαθμός και ο τύπος της ακουστικής απώλειας, η ηλικία έναρξης αυτής στο άτομο, έτσι ώστε να προσδιοριστεί ο βαθμός της ακουστικής απώλειας (Κρουσταλάκης, 2005).

1.2.1 Χαρακτηριστικά ατόμων με ακουστική αναπηρία

Μια από τις κύριες επιπτώσεις της απώλειας ακοής είναι η ικανότητα του ατόμου να επικοινωνεί με άλλους. Η ανάπτυξη της ομιλίας συχνά καθυστερεί σε παιδιά με απώλεια ακοής, ενώ μπορεί να έχει σημαντική αρνητική επίδραση στην ακαδημαϊκή επίδοσή τους. Συχνά σημειώνονται αυξημένα ποσοστά αποτυχίας και μεγαλύτερη ανάγκη για βοήθεια στην εκπαίδευση. Η πρόσβαση σε κατάλληλα εξοπλισμό και χώρο είναι σημαντική για βέλτιστες εμπειρίες μάθησης, αλλά δεν είναι πάντοτε διαθέσιμη (WHO, 2018). Συνεχίζοντας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι κοινωνικές και συναισθηματικές επιπτώσεις της ακουστικής αναπηρίας είναι επίσης σημαντικές, καθώς ο αποκλεισμός από την επικοινωνία

μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή, προκαλώντας αισθήματα μοναξιάς, απομόνωσης και απογοήτευσης, ιδιαίτερα μεταξύ των ηλικιωμένων με απώλεια ακοής (WHO, 2018). Η κοινωνικοσυναισθηματική εξέλιξη των παιδιών με ακουστική αναπηρία επηρεάζεται σημαντικά από την οικογένεια και τις δεξιότητες που καλλιεργεί στο παιδί καθώς και από τον κοινωνικό του περίγυρο του (Calderon & Greenberg, 2000· Crowe, 2003). Οι γονείς που φέρουν οι ίδιοι ακουστική αναπηρία αναμένουν να φέρουν στον κόσμο ένα παιδί με κώφωση και συνεπώς αποδέχονται ευκολότερα την αναπηρία του, γεγονός που συμβάλλει σημαντικά στην κοινωνική του ανάπτυξη (Crowe, 2003). Επιπλέον, τα παιδιά με κώφωση παρουσιάζουν καλύτερη συμπεριφορά και κοινωνικοσυναισθηματική ανάπτυξη όταν υπάρχει επικοινωνία με τα μέλη της οικογένειας και, ιδιαίτερα, με τις μητέρες (Calderon, 2000). Οι μαθητές με σοβαρά προβλήματα ακοής φαίνεται να βιώνουν την απομόνωση στο σχολείο, μη διαμορφώνοντας εύκολα παρέες, ενώ διακατέχονται από το αίσθημα της δυστυχίας, όταν οι συναναστροφές με τους συνομηλίκους τους, οι οποίοι παρουσιάζουν την ίδια μορφή αναπηρίας, είναι περιορισμένες (ASHA, 2007a όπ. ανάφ. στ. Heward, 2011).

Τα άτομα με κώφωση, που έχουν γονείς με κώφωση, φαίνεται να παρουσιάζουν καλύτερο έλεγχο της συμπεριφοράς τους και να ωριμάζουν περισσότερο κοινωνικά από εκείνα που οι γονείς τους είναι ακούοντες. Αυτό οφείλεται κατά τον Heward στη χρήση της χειρομορφικής επικοινωνίας που γίνεται πολύ γρηγορότερα στις οικογένειες με κωφούς γονείς, ενώ σημειώνεται ακόμη ότι οι κωφοί συνήθως προτιμούν να εργάζονται, να ζουν και να αλληλεπιδρούν κοινωνικά με κωφά άτομα παρά με ακούοντα (Heward, 2011). Τα άτομα που παρουσιάζουν απώλεια ακοής συνήθως νιώθουν κατάθλιψη, ψυχική κούραση, θυμό, κοινωνική περιθωριοποίηση και άρνηση (Andrews, 2004). Σύμφωνα με τον Scheetz τα χαρακτηριστικά ενός ατόμου με ακουστική αναπηρία το οποίο έχει αποδεχθεί την αναπηρία του είναι: η δυναμικότητα που εκπέμπουν, η κοινωνική προσαρμογή τους, η ανεξαρτησία τους, ο ενστερνισμός της νοηματικής γλώσσας, η αυτοπραγμάτωση και η θετική αυτοεικόνα και αυτοεκτίμηση (Scheetz, 2004). Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, διάφορες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί αναφορικά τη συναισθηματική κατάσταση των ατόμων με απώλεια ακοής, έχουν καταδείξει την ύπαρξη συναισθηματικών διαταραχών, σημειώνοντας τη συναισθηματική τους ανωριμότητα και την ελλιπή προσαρμογή τους στο συναισθηματικό τομέα, ενώ επίσης διακατέχονται από αισθήματα ντροπής. Ωστόσο, υπάρχουν και έρευνες σύμφωνα με τις οποίες δεν καταγράφονται ιδιαίτερες διαφορές στον κοινωνικο συναισθηματικό τομέα μεταξύ ατόμων με ακουστική αναπηρία και χωρίς. Ακόμη, τα άτομα με ακουστική αναπηρία ενδεχομένως να παρουσιάσουν συναισθήματα κατωτερότητας και ματαιώσης (Moore, 2007).

1.2.2 Η εκπαίδευση των ατόμων με ακουστική αναπηρία

Δύο πολύ σημαντικοί παράγοντες για τη μάθηση είναι η γλώσσα και τα γνωστικά σχήματα. Τα παιδιά με κώφωση και μάλιστα αυτά με προγλωσσική κώφωση, δυσκολεύονται πολύ να κατανοήσουν τη σπουδαιότητα του γλωσσικού συστήματος. Παρόμοια δυσκολία παρατηρείται και στα παιδιά των οποίων και οι δύο γονείς είναι άτομα με κώφωση και χρησιμοποιούν τη νοηματική γλώσσα, η οποία διαφέρει από τη γλώσσα των ακουόντων. Το πρόγραμμα εκπαίδευσης των ακουόντων στις μικρές τάξεις περιλαμβάνει απλούς κανόνες γραμματικής και συντακτικού και περιορισμένο, απλό λεξιλόγιο αναφορικά με το μάθημα της γλώσσας. Καθώς όμως το παιδί με κώφωση μεγαλώνει και μεταβαίνει σε ανώτερες βαθμίδες εκπαίδευσης, το πρόγραμμα γίνεται περισσότερο περίπλοκο και απαιτητικό. Οι προτάσεις γίνονται μεγαλύτερες, η σύνταξη πιο σύνθετη και το λεξιλόγιο εμπλουτίζεται με λέξεις που αφορούν αφηρημένες έννοιες. Σταδιακά λοιπόν αρχίζουν να παρουσιάζονται οι δυσκολίες του παιδιού με κώφωση στη γλώσσα.

Η χαμηλή ακαδημαϊκή επίδοση δεν περιορίζεται στον τομέα της γραφής και της ανάγνωσης και αφορά τα παιδιά με οποιαδήποτε βαρηκοΐα. Το χάσμα που προκύπτει στην ακαδημαϊκή τους επίδοση, σε σύγκριση με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά, φαίνεται σταδιακά να αυξάνεται (ASHA, 2007a όπ. ανάφ. στ. Heward, 2011). Όπως σημειώνεται στη βιβλιογραφία, η πιθανή επιτυχία ή αποτυχία των ατόμων με ακουστική αναπηρία στον ακαδημαϊκό τομέα δε θα πρέπει να συνδέεται με τις διανοητικές τους ικανότητες, με πολλούς μαθητές με κώφωση να καταγράφουν αξιοσημείωτη ακαδημαϊκή πορεία (Karchmer & Mitchell, 2003). Επιπλέον, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν έχουν ως αποτέλεσμα το περιορισμένο λεξιλόγιο και την ύπαρξη προβλημάτων σημασιολογίας, τα οποία με τη σειρά τους οδηγούν σε ευρύτερα προβλήματα επικοινωνίας. Συχνά τα άτομα με ακουστική αναπηρία φαίνεται να μη γνωρίζουν τους κοινωνικούς κανόνες μιας συζήτησης, όπως και το κατάλληλο χρονικό σημείο για να πάρουν το λόγο σε αυτή (Οκαλίδου, 2002). Ο λόγος των παιδιών με σοβαρά προβλήματα βαρηκοΐας και κώφωση είναι αρκετά δυσνόητος σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς ακουστική αναπηρία, με τη φωνολογία τους να είναι παρεμφερής με αυτήν των ακουόντων παιδιών, αλλά ίσως να μην αναπτύσσεται με την ίδια ταχύτητα (Kuder, 2003).

Όπως καταγράφεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα παιδιά με απώλεια ακοής και κώφωση σπάνια λαμβάνουν εκπαίδευση ακόμα και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι ενήλικες με απώλεια ακοής έχουν επίσης πολύ υψηλότερο ποσοστό ανεργίας. Μεταξύ εκείνων

που απασχολούνται, ένα υψηλότερο ποσοστό ατόμων με απώλεια ακοής ανήκει στα χαμηλότερα επίπεδα απασχόλησης σε σύγκριση με το γενικό εργατικό δυναμικό. Η βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες εκπαίδευσης και επαγγελματικής αποκατάστασης, καθώς και η ευαισθητοποίηση των εργοδοτών σχετικά με τις ανάγκες των ατόμων με ακουστική αναπηρία ενδεχομένως θα μειώσει τα ποσοστά ανεργίας για αυτά (WHO, 2018).

1.3 Κινητική/σωματική αναπηρία

Η κίνηση θα μπορούσε να πει κανείς πως αποτελεί βασικό τρόπο έκφρασης της παρουσίας μας στον κόσμο μέσω του σώματος μας. Για την οργάνωση της απαιτείται η συνεργασία πολλών συστημάτων του ανθρώπινου 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, αλλά και να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του καθημερινά (Σπετσιώτης & Σταθόπουλος, 2003). Κάθε είδους αλλοίωση της κίνησης, είτε λόγω απώλειας είτε λόγω περιορισμού από βλάβη, ορίζεται ως κινητική αναπηρία και ενδέχεται να έχει συνέπειες στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής του ατόμου, αλλά και γενικότερα σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του (Jones, Morgan, Shelton, & Thorogood, 2007).

Συμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η κινητική αναπηρία (physical disability) αποτελεί μία κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από σημαντικό ελάττωμα, περιορισμό ή αδυναμία ορισμένων οργάνων ή διεργασιών του σώματος, οι οποίες δημιουργούν εμπόδια στην εκτέλεση φυσιολογικών σωματικών κινήσεων και κατά συνέπεια επηρεάζουν την ομαλή λειτουργία του σε διάφορους 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 κινητική αναπηρία είναι ένα πάρα πολύ μεγάλο και ετερογενές σύνολο, εξαιτίας του εύρους των σωματικών αναπηριών, με κυριότερο κοινό γνώρισμα την κινητική αναπηρία. Αυτές οι διαταραχές που επηρεάζουν την κίνηση του ατόμου, προέρχονται κυρίως είτε από βλάβες του κεντρικού νευρικού συστήματος είτε αφορούν ορθοπεδικά-μυοσκελετικά προβλήματα. Οι πρώτες χαρακτηρίζονται από την αδυναμία που παρουσιάζει το άτομο στην εκτέλεση ελεγχόμενων κινήσεων των επηρεαζόμενων τμημάτων του σώματος εξαιτίας της διαταραχής του κεντρικού νευρικού συστήματος, ασθενειών ή εκφυλισμού. Περιπτώσεις οι οποίες συνδέονται με νευρολογικές

διαταραχές αποτελούν για παράδειγμα η εγκεφαλική παράλυση, η δισχιδής ράχη, η πολιομυελίτιδα, το εγκεφαλικό, κακώσεις της κεφαλής ή της σπονδυλικής στήλης (Handicaps Welfare Association, 2013). Τα ορθοπεδικά-μυοσκελετικά προβλήματα χαρακτηρίζονται από την αδυναμία του ατόμου να εκτελεί συγκεκριμένες κινήσεις του σώματος εξαιτίας μυϊκών ή οστικών παραμορφώσεων, ασθενειών ή εκφυλισμού. Σε αυτά τα προβλήματα ανήκουν διαταραχές όπως είναι η μυϊκή δυστροφία, η απώλεια ή παραμόρφωση των άκρων, η ατελής οστεογένεση (Handicaps Welfare Association, 2013). Παρόλο που τα μυοσκελετικά και τα νευρολογικά προβλήματα είναι δύο ξεχωριστοί τύποι αναπηριών μπορεί να προκαλέσουν παρόμοιες κινητικές δυσλειτουργίες. Ανεξάρτητα όμως από το πεδίο που προέρχεται το πρόβλημα, κάθε διαταραχή είναι μία ιδιαίτερη, περίπλοκη και μοναδική κατάσταση, η οποία μπορεί να επηρεάσει διαφορετικά κάθε οργανισμό και επομένως και την κινητικότητά του. Τέτοιου είδους διαταραχές, εκ γενετής ή επίκτητες, επηρεάζουν σημαντικά το άτομο και αφορούν καταστάσεις οι οποίες μπορούν να αντιμετωπιστούν, άλλοτε πιο εύκολα και άλλοτε πιο δύσκολα με ιατρική παρέμβαση, μέσω θεραπείας και αποκατάστασης. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις που ενδέχεται να χαρακτηριστούν μη ιάσιμες ιατρικά.

1.3.1 Χαρακτηριστικά ατόμων με κινητική/σωματική αναπηρία

Όπως σημειώθηκε και παραπάνω, τα άτομα με κινητική/σωματική αναπηρία αποτελούν ένα εξαιρετικά ανομοιογενές σύνολο. Ορισμένοι άνθρωποι γεννιούνται με σωματική αναπηρία, ενώ άλλοι την αποκτούν κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Κάποιες φορές το πρόβλημα είναι προσωρινό, ενώ άλλες φορές η κατάσταση διαρκεί για μεγάλα χρονικά διαστήματα, ή εξελίσσεται σε μόνιμη, και μερικές φορές μπορεί να μη γίνει αντιληπτή ως αναπηρία, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση της επιληψίας. Είναι επίσης δυνατό, κάποιες φορές η βλάβη να μην επηρεάσει τη νοητική κατάσταση του ατόμου, για παράδειγμα σε περίπτωση ακρωτηριασμού, ενώ αντίθετα σε περίπτωση εγκεφαλικής παράλυσης οι πιθανότητες για μειωμένη νοητική ικανότητα είναι αυξημένες (Πολυχρονοπούλου, 2012).

Όλα αυτά επηρεάζουν και διαφοροποιούν τις ανάγκες των ατόμων με σωματική αναπηρία, διαμορφώνοντας παράλληλα πολλές και ποικίλες υποομάδες. Η ποικιλία που προκύπτει, είναι φανερό πως καθιστά δύσκολη την περιγραφή των χαρακτηριστικών τους εντός ενός και μόνον πλαισίου. Ανάλογα ποικίλλουν και οι μέθοδοι παρέμβασης που χρησιμοποιούνται, καθώς το είδος και ο βαθμός της σωματικής αναπηρίας, τα συνοδά

προβλήματα και οι προσδοκίες των ίδιων, αλλά και του στενού τους περιβάλλοντος (Δελλασούδας, 2005).

Τα άτομα με κινητική αναπηρία αντιμετωπίζουν ορισμένα προβλήματα, τα οποία δεν αφορούν μόνο κινητικές δυσλειτουργίες, αλλά εκτείνονται σε διάφορες πτυχές της ζωής τους, επηρεάζοντας τόσο το κοινωνικό τους προφίλ όσο την ίδια τη σύστασή της προσωπικότητάς τους. Είναι φανερό πως η γενική φυσική κατάσταση των ατόμων με κινητική αναπηρία, που έχει διαμορφωθεί από το είδος και τη βαρύτητα της, προκαλεί δυσκολίες στην κίνηση του ατόμου. Συχνοί είναι επίσης και οι πόνοι στα διάφορα μέλη του σώματος και στους σπονδύλους, οι οποίοι απαιτούν σχεδόν καθημερινές φυσιοθεραπείες και ασκήσεις. Ακόμη, απαραίτητη είναι σε πολλές περιπτώσεις και η χρήση αναπηρικού αμαξιδίου ή άλλου υποστηρικτικού εξοπλισμού. Πολλές φορές δημιουργούνται προβλήματα λόγω της δυσκολίας στην κίνηση και έλλειψης προσβασιμότητας σε διάφορους χώρους, τόσο δημόσιους όσο και ιδιωτικούς, με συνέπεια τον εκπαιδευτικό, επαγγελματικό και κοινωνικό αποκλεισμό (Kennedy, Lude, & Taylor, 2006).

Όπως είναι φανερό, ο τρόπος που τα άτομα με κινητική αναπηρία βιώνουν την αναπηρία τους επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τον ίδιο τους τον εαυτό και την ύπαρξή τους. Αυτό, βέβαια, βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την κοινωνία. Πολλές φορές η αρνητική στάση του κοινωνικού περίγυρου για τα άτομα με αναπηρία μπορεί να επιδράσει αρνητικά στο άτομο. Ακόμη, τα εξωτερικά χαρακτηριστικά των ατόμων που παρουσιάζουν κάποιας μορφής κινητικής αναπηρίας και κάποιες ανεπιθύμητες, αλλά αναπόφευκτες καταστάσεις όπως η έκκριση σάλιου, η χρήση αναπηρικού αμαξιδίου, η ακράτεια κλπ. πολλές φορές δρουν ανασταλτικά στην προσπάθειά τους να αναπτύξουν μια θετική αυτοεικόνα, με αποτέλεσμα να βιώνουν κοινωνική απόρριψη και περιθωριοποίηση. Τα άτομα με κινητική αναπηρία συχνά διακατέχονται από συναισθήματα μοναξιάς και χαμηλής αυτοεκτίμησης (Tzonichaki, & Kleftaras, 2002). Επίσης, τα φυσικά εμπόδια της κίνησής τους που συχνά αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους, έχουν ως αποτέλεσμα οι εμπειρίες τους να λειτουργούν αρνητικά στην εικόνα και την αυτοεκτίμησή τους και ευρύτερα στην ψυχολογική τους διάθεση (Kennedy, 2007). Τα άτομα με κινητική αναπηρία φαίνεται επίσης να παρουσιάζουν μειωμένη ευεξία (Livingston, Rosenbaum, Russell & Palisano, 2007) και είναι περισσότερο καταθλιπτικά και αγχώδη (Kennedy, Duff, Evans & Beedie, 2003). Η ύπαρξη συναισθημάτων που βλάπτουν την ψυχική τους υγεία έχει ως αποτέλεσμα υψηλά ποσοστά αυτοκτονιών, με τα ποσοστά στον πληθυσμό των ατόμων με κινητικές αναπηρίες να είναι πέντε φορές υψηλότερα συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (Dijkers, 2005).

Ένας παράγοντας που επηρεάζει σημαντικά την κοινωνικοσυναισθηματική εξέλιξη των ατόμων με κινητική αναπηρία αποτελεί η αποδοχή ή μη της αναπηρίας του παιδιού από τους γονείς (Finnie, 2009). Σύμφωνα με τον Κρουσταλάκη (2000), η συμπεριφορά του ατόμου με κινητική αναπηρία χαρακτηρίζεται από τάση για εξάρτηση και από μια γενικότερη συναισθηματική αστάθεια, ενώ φαίνεται να βιώνει έντονες συγκινήσεις και πολλές φορές εκδηλώνει αμφιθυμική και επιθετική συμπεριφορά. Επιπλέον τα άτομα με κινητική αναπηρία παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης συγκριτικά με τα άτομα χωρίς αναπηρία, ενώ φαίνεται να ανησυχούν περισσότερο για την επίδοσή τους στο σχολείο και στα αθλήματα, για την εμφάνισή τους και για την αποδοχή από τους συνομηλίκους τους από ότι τα άτομα χωρίς αναπηρία (Shields, Murdoch, Loy, Dodd & Taylor, 2006). Ακόμη, σημειώνεται ότι όταν καταβάλουν μεγαλύτερη προσπάθεια για την επίτευξη των στόχων τους, η κοινωνική αλληλεπίδραση, η απόδοσή τους και η αυτονομία τους αυξάνονται (Mackay, Charles, Kemp & Heckhausen, 2011).

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα άτομα με επίκτητες κινητικές αναπηρίες, είτε από σοβαρό τραυματισμό είτε από κάποια ασθένεια, φαίνεται να είναι επιφορτισμένα με περισσότερο άγχος από ότι τα άτομα με εκ γενετής κινητικές αναπηρίες. Μία πιθανή εξήγηση ενδεχομένως είναι ότι τα άτομα με εγγενή κινητική αναπηρία έχουν αποδεχθεί την αναπηρία τους και έχουν μάθει να ζουν με αυτή, σε αντίθεση με τα άτομα που απέκτησαν αργότερα την αναπηρία τους, τα οποία δεν έχουν ακόμα εξοικειωθεί στη νέα κατάσταση και δεν έχουν αναπροσαρμόσει τους στόχους τους.

1.3.2 Η εκπαίδευση των ατόμων με κινητική/σωματική αναπηρία

Είναι πολύ δύσκολο να γίνουν γενικεύσεις όσον αφορά την ακαδημαϊκή επίδοση, αλλά και την επαγγελματική και κοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με κινητικές/σωματικές αναπηρίες, λόγω της μεγάλης ετερογένειας που παρουσιάζουν ως σύνολο. Οι διαφορές μεταξύ τους είναι πολλές και εξαρτώνται τόσο από το είδος και το βαθμό του προβλήματος, όσο και από πολλούς άλλους παράγοντες, όπως η οικογένεια, η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση, το σχολικό και κοινωνικό περιβάλλον κ.ά. Ενώ λοιπόν, πολλά άτομα μπορούν να προσαρμοστούν και να ενταχθούν χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα στο σχολικό περιβάλλον, ακόμα κι αν αντιμετωπίζουν σοβαρούς κινητικούς περιορισμούς, άλλα χρειάζονται κατάλληλη εκπαιδευτική βοήθεια και στήριξη ή πολλές φορές και διαρκή ιατρική φροντίδα καθώς

παρουσιάζουν συγχρόνως και άλλες επιπλοκές. Στην ενήλικη ζωή τους ένα ποσοστό των ατόμων αυτών ενδέχεται να έχει επαγγελματική αποκατάσταση, οικογενειακά κ.τ.λ. αντίθετα με άλλους οι οποίοι βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό λόγω της μειονεξίας που παρουσιάζουν. Για την ολόπλευρη και ισότιμη συμμετοχή τους στην κοινωνία είναι αναγκαίο να παρέχεται η κατάλληλη εκπαίδευση, η οποία θα ικανοποιεί τις ανάγκες τους, δίνοντας τους παράλληλα την ευκαιρία να αποκτήσουν δεξιότητες ώστε να μετέχουν ισότιμα στη διαδικασία βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης και απασχόλησής τους. Η εκπαίδευση και η επαγγελματική αποκατάσταση των ατόμων με αναπηρία, αποτελεί ένα αποφασιστικό βήμα, όχι μόνο για κοινωνική τους ένταξη, αλλά και για ανατροπή στερεοτύπων (Δελλασούδας, 2005).

Η εκπαίδευση των μαθητών με σωματικές-κινητικές αναπηρίες συνδέεται με το βαθμό κινητικότητας τους. Η αυτοεξυπηρέτηση, ο αυτοέλεγχος, η ομιλία και η γραφή των ατόμων αυτών επηρεάζεται από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, τα οποία οφείλονται σε αδυναμία συντονισμού των μυών, σε μυϊκή παράλυση ή ακόμα και σε έλλειψη κάποιου μέλους του σώματος. Ακόμη, τα προβλήματα τα οποία συνδέονται με την αδρή και λεπτή κινητικότητα του ατόμου ενδεχομένως να επηρεάσουν και άλλους τομείς εκτός του κινητικού. Είναι επομένως αναγκαία εκτός από την γενική ακαδημαϊκή εκπαίδευση και η ανάπτυξη κινητικών ικανοτήτων. Για να συμβεί αυτό είναι απαραίτητος ο συντονισμός ενεργειών μεταξύ ειδικών από διαφορετικούς επιστημονικούς κλάδους, όπως ψυχολόγων, φυσικοθεραπευτών, εργοθεραπευτών, ειδικών σε θέματα συμπεριφοράς, νοσοκόμων και άλλου προσωπικού υγείας και εκπαιδευτικών (Wadsworth & Knight, 1999). Έτσι λοιπόν μία από τις πρώτες δράσεις του εκπαιδευτικού θα πρέπει να είναι η ενημέρωση του για τη φύση της αναπηρίας αλλά και για τις επιπτώσεις της στην εκπαίδευση του ατόμου, με σκοπό τη δημιουργία και εφαρμογή των στρατηγικών εκείνων που όχι μόνο θα μετριάσουν το πρόβλημα αλλά θα παρέχουν πλήθος ευκαιριών στήριξης και εξάσκησης. Αυτό βέβαια είναι απαραίτητο να συμβαίνει σε ένα περιβάλλον προσβάσιμο στα άτομα με αναπηρία, διαμορφωμένο ώστε να μειώνει στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό τα εμπόδια που αφορούν τις μετακινήσεις τους και χρησιμοποιώντας τον κατάλληλο εξοπλισμό και τεχνολογικά μέσα που θα διευκολύνουν τις συνθήκες μάθησης και θα παρέχουν αυτονομία (Δελλασούδας, 2005).

Αναφορικά με τα μαθησιακά χαρακτηριστικά των ατόμων με σωματικές αναπηρίες, σύμφωνα με τον Smith (2001) και τους συνεργάτες του, διαφέρουν ανάλογα με το σημείο της βλάβης, αλλά και με το συνδυασμό προβλημάτων και σε άλλες λειτουργίες. Στον γνωστικό τομέα, τα άτομα με αναπηρίες οι οποίες οφείλονται σε εγκεφαλική βλάβη παρουσιάζουν σημαντικά ελλείμματα σε διάφορες δεξιότητες. Συγκεκριμένα, δυσκολεύονται να επεξεργαστούν νέες πληροφορίες, ενώ αντιμετωπίζουν προβλήματα στην αποθήκευση αυτών

αλλά και ανάκληση. Ακόμη ενδέχεται να παρουσιάσουν ελλειμματική προσοχή, χαμηλή νοημοσύνη καθώς και μειωμένη ικανότητα στην επίλυση προβλημάτων. Επίσης, όπως έχει ήδη αναφερθεί, πολλά άτομα με σωματική αναπηρία αντιμετωπίζουν προβλήματα στο συναισθηματικό και συμπεριφορικό τομέα που τους επηρεάζουν σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής τους. Οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν επηρεάζουν σημαντικά την ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους, την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθησή τους (Πολυχρονοπούλου, 2012).

Επιπλέον, οι μαθησιακές εμπειρίες που αποκτά κανείς από την αλληλεπίδραση του με το περιβάλλον του, έχουν μεγάλη αξία. Τα άτομα με σωματικές αναπηρίες εξαιτίας κυρίως των περιορισμών στις μετακινήσεις τους δεν έχουν τις ίδιες ευκαιρίες για αλληλεπίδραση, τόσο με τα αντικείμενα, όσο και με τους συνανθρώπους τους. Πολλές φορές ακόμη, αντιμετωπίζουν προβλήματα και στη λειτουργία του φωνητικού συστήματος με συνέπεια να επηρεάζεται και η λεκτική τους επικοινωνία, εμποδίζοντας σημαντικά την επικοινωνία με τους άλλους και τη δημιουργία διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων.

Συμπερασματικά, η κατάλληλη εκπαίδευση των ατόμων με σωματικές αναπηρίες μπορούμε να πούμε ότι προϋποθέτει τις κατάλληλες τροποποιήσεις του περιβάλλοντος που θα το καταστήσουν προσβάσιμο και θα συμβάλλουν στην ευκολότερη μετακίνηση των ατόμων εντός αυτού, τη χρήση της τεχνολογίας με σκοπό τις καλύτερες συνθήκες επικοινωνίας των ατόμων, τη συνεργασία με συναφείς υπηρεσίες όπως φυσιοθεραπεία ή εργοθεραπεία καθώς και τη χρήση ειδικών υπηρεσιών φροντίδας στην σχολική τάξη. Τονίζεται ότι δε χρειάζονται όλοι οι μαθητές με σωματικές αναπηρίες ειδική εκπαίδευση. Πρακτικά το σχολείο, είτε ειδικό είτε γενικό, χρειάζεται να μεριμνήσει και για τα άτομα με σωματική-κινητική αναπηρία. Είναι απαραίτητο να πάρει όλα τα αναγκαία μέτρα ώστε να διευκολύνει την κίνηση των μαθητών, μέτρα όπως: ράμπες πρόσβασης, προσαρμοσμένες τουαλέτες, κατάλληλα ασανσέρ, εποπτικά υλικά τοποθετημένα σε προσβάσιμες θέσεις, σχολική αυλή διαμορφωμένη κατάλληλα, αλλά και θρανία και καθίσματα κατάλληλα για τα άτομα με σωματικές αναπηρίες (Heward, 2011). Αυτό δε σημαίνει βέβαια ότι δεν αναγνωρίζεται η σημασία και ο ρόλος του εκπαιδευτικού και του σχολείου. Δεδομένου του κινητικού προβλήματος του ατόμου, είναι αναγκαία κατάλληλη εκπαίδευση και ενίσχυση που θα το βοηθήσουν να αποκτήσει αυτονομία, δίνοντας παράλληλα τα εφόδια για την κοινωνική και εργασιακή ένταξη του. Στο συγκεκριμένο σημείο είναι καλό να τονιστεί ότι πολλοί εκπαιδευτικοί, σύμφωνα με τους Lewis και Doorlag (2004), πιστεύουν πως πρέπει να δημιουργήσουν ένα προστατευτικό περιβάλλον για τους μαθητές με σωματικές αναπηρίες. Ένα τέτοιο όμως περιβάλλον αποθαρρύνει την ανάπτυξη δεξιοτήτων που θεωρούνται απαραίτητες για την αυτονομία. Είναι καλό ο εκπαιδευτικός να φροντίσει με τη

συμπεριφορά του να μη διογκώνει το πρόβλημα της εξάρτησης που αντιμετωπίζουν σε ένα βαθμό τα άτομα με αναπηρία αλλά να ωθεί το άτομο στην αυτονόμηση του.

Αφού αντιμετωπιστεί λοιπόν το πρόβλημα της πρόσβασης στο χώρο του σχολείου, είναι αναγκαίο ο αρμόδιοι φορείς της εκπαίδευσης να φροντίσουν για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από την ίδια την αναπηρία. Τα προβλήματα αυτά αφορούν διάφορους τομείς όπως στην προσωπικότητα του ατόμου, στο στενό του περιβάλλον, στις διαπροσωπικές σχέσεις που διαμορφώνει αλλά και στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα που εφαρμόζεται, το οποίο ενδέχεται να μην ανταποκρίνεται στις ανάγκες του. Είναι απαραίτητο λοιπόν η προσωπικότητα, καθώς και τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά του ατόμου όπως η ψυχολογική κατάσταση, το εκπαιδευτικό του υπόβαθρο, η κινητικότητα του κ.ά. να μελετηθούν με σκοπό το σχεδιασμό και την οργάνωση της εκπαίδευσης του ατόμου. Ακόμη οι σχέσεις του ατόμου με το οικογενειακό αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον, όπως και οι εμπειρίες που έχει αποκτήσει μέσω αυτών είναι αναγκαίο να αποτελούν αντικείμενο μελέτης. Επίσης η χρήση των νέων τεχνολογιών, με τις δυνατότητες που προσφέρουν, έχει μεγάλη αξία για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ατόμων με κινητικές αναπηρίες σε όλες τις εκφάνσεις της. Μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά στη αποκατάσταση, να δώσουν λύσεις βελτιώνοντας την κινητικότητα τους, να χρησιμοποιηθούν για την καλύτερη δυνατή σχολική και κοινωνική ένταξη, να προσφέρουν λύσεις σε προβλήματα επικοινωνίας, να δώσουν περισσότερες ευκαιρίες για συμμετοχή των ατόμων με κινητική αναπηρία σε ψυχαγωγικές και αθλητικές δραστηριότητες, ακόμη και να ανοίξουν νέους επαγγελματικούς δρόμους για αυτά.

1.4 Νοητική αναπηρία

Ο αρχικός ορισμός της νοητικής αναπηρίας, «Νοητική Καθυστέρηση» (Mental Retardation) αναφερόταν σε μια κάτω του μέτριου νοητική λειτουργία κατά την αναπτυξιακή περίοδο, η οποία συνοδευόταν από μειωμένη προσαρμοστική συμπεριφορά (Greenspan & Switzky, 2006· Harris & Greenspan, 2016). Από το 2010 στο νέο εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ένωσης για τις Νοητικές και Αναπτυξιακές Αναπηρίες (AAIDD) ο όρος Νοητική Καθυστέρηση αντικαταστάθηκε από τον όρο νοητική αναπηρία (Harris & Greenspan, 2016). Σε αντίθεση με την προηγούμενη ορολογία η οποία εστίαζε κατά κύριο λόγο στις αδυναμίες του ατόμου, ο όρος αυτός απέδωσε μια διαφοροποιημένη εννοιολογική διάσταση η οποία

εστιάζει στην αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος του, στην ενίσχυση της λειτουργικότητας του ατόμου και στο ρόλο των υποστηρικτικών δομών (Harris & Greenspan, 2016 · Schalock, Gardner, Bradley, 2007).

Σύμφωνα με την τελευταία έκδοση του «Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών και Διανοητικών Διαταραχών» (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V) της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (American Psychiatric Association) η διανοητική αναπτυξιακή διαταραχή ή αλλιώς νοητική αναπηρία ορίζεται ως η παρουσία «τρέχοντος διανοητικού ελλείμματος απαραίτητα συνοδευόμενο από έλλειμμα στην προσαρμοστική λειτουργία με αρχική εκδήλωση κατά την περίοδο ανάπτυξης του ατόμου». Αναφορικά με τη διάγνωση της νοητικής αναπηρίας, απαραίτητα κριτήρια αποτελούν η ύπαρξη ελλείμματος στις γενικές διανοητικές ικανότητες, όπως είναι ο συλλογισμός, η επίλυση προβλημάτων, ο προγραμματισμός, η αφηρημένη σκέψη, η κρίση, η ακαδημαϊκή μάθηση και η εμπειρική εκμάθηση, η ύπαρξη ελλείμματος στις γενικές διανοητικές ικανότητες του ατόμου συγκριτικά με την ηλικία του και το κοινωνικό σύνολο, όσον αφορά τις καθημερινές δραστηριότητες, όπως για παράδειγμα η επικοινωνία, η κοινωνική συμμετοχή, η λειτουργικότητα στο σχολείο ή στην εργασία, η προσωπική ανεξαρτησία στο σπίτι ή στο κοινωνικό πλαίσιο (Παγιάτσου, Δημητρίου, & Χατζησάββα, 2012).

Οι πληροφορίες για την ευφυΐα και την προσαρμοστική συμπεριφορά προσφέρουν περιορισμένη κατανόηση της λειτουργίας του ατόμου και για αυτό το λόγο θα πρέπει να συνεκτιμώνται με πληροφορίες που αφορούν επιπλέον διαστάσεις της, όπως την υγεία, τη συμμετοχή και το κοινωνικό πλαίσιο (Buntinx & Schalock, 2010). Αναφορικά με τη διάγνωση της νοητικής αναπηρίας, χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη πέντε διαστάσεις: οι νοητικές ικανότητες, η προσαρμοστική συμπεριφορά, η συμμετοχή και η αλληλεπίδραση και οι κοινωνικοί ρόλοι, το κοινωνικό πλαίσιο και η υγεία. Επομένως, η κατανόηση και η εξέταση της νοητικής αναπηρίας απαιτεί μια εξατομικευμένη και πολυδιάστατη προσέγγιση με πολλαπλές προοπτικές που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν, προκειμένου να προκύψει μια αξιόπιστη διάγνωση, η οποία θα ανταποκρίνεται στην πραγματική κατάσταση του ατόμου.

1.4.1 Ταξινόμησης της Νοητικής Αναπηρίας

Ο πιο διαδεδομένος τρόπος κατηγοριοποίησης της νοητικής αναπηρίας είναι αυτός που βασίζεται στο δείκτη νοημοσύνης. Είναι αναγκαία η πολύπλευρη ερμηνεία του, προκειμένου

να αποτελεί ορθό στοιχείο διαμόρφωσης του εκπαιδευτικού και κοινωνικού περιβάλλοντος του ατόμου. Η ταξινόμηση της νοητικής αναπηρίας σύμφωνα με το DSM-V (2013) είναι η εξής:

1. Ελαφρά νοητική αναπηρία, όταν ο δείκτης νοημοσύνης παίρνει τιμές από 50-55 έως 70
2. Μέτρια νοητική αναπηρία, όταν ο δείκτης νοημοσύνης παίρνει τιμές από 35-40 έως 50-55
3. Σοβαρή νοητική αναπηρία, όταν ο δείκτης νοημοσύνης παίρνει τιμές από 20-25 έως 35-40
4. Βαριά νοητική αναπηρία, όταν ο δείκτης νοημοσύνης παίρνει τιμές μικρότερες από 20-25
5. Απροσδιόριστη νοητική αναπηρία, όταν υπάρχει η ένδειξη για ύπαρξη νοητικής αναπηρίας χωρίς τη δυνατότητα μέτρησης της νοημοσύνης του ατόμου από σταθμισμένα τεστ

Τα άτομα που παρουσιάζουν ελαφρά νοητική αναπηρία είναι σε θέση να ολοκληρώσουν τις στοιχειώδεις ακαδημαϊκές βαθμίδες αν λάβουν την κατάλληλη υποστήριξη. Αξίζει να σημειωθεί, ακόμα, ότι όλοι μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητα, με χαμηλό επίπεδο υποστήριξης που σχετίζεται κατά κύριο λόγο με την παροχή βοήθειας στη λήψη αποφάσεων διαβίωσης ενώ παράλληλα, ενδέχεται να χρειάζονται περισσότερο χρόνο, οδηγίες και υπενθυμίσεις σχετικά με δεξιότητες διαβίωσης. Επιπλέον, τις περισσότερες φορές τα άτομα με ήπια νοητική αναπηρία δεν παρουσιάζουν διαταραχές στην εμφάνιση ή στη συμπεριφορά, ενώ οι γλωσσικές, αισθητηριακές και κινητικές δυσκολίες είναι ήπιες. Ακόμη, η πλειοψηφία των ενηλίκων με ήπια νοητική αναπηρία είναι σε θέση να ζουν αυτόνομα και να απασχολούνται με κάποιο επάγγελμα (AAIDD, 2008· Μπάρμπας, 2008· Πολυχρονοπούλου, 2012· Στρογγυλός, 2011· Τζουριάδου, 2008).

Εν συνεχεία, τα άτομα με μέτρια νοητική αναπηρία παρουσιάζουν μεν επαρκείς δεξιότητες επικοινωνίας, χρειάζονται όμως υποστήριξη σε πολύπλοκες κοινωνικές δεξιότητες, όπως η κριτική σκέψη και η διαχείριση των διαπροσωπικών τους σχέσεων. Μπορούν να αποκτήσουν δεξιότητες αυτοεξυπηρέτησης, ωστόσο χρειάζονται εκτεταμένη και συστηματική εκπαίδευση. Ακόμη και όσοι τους δεν είναι σε θέση να ζήσουν ανεξάρτητα, έχουν τη δυνατότητα να μάθουν να ολοκληρώνουν κάποιες συγκεκριμένες λειτουργίες όπως είναι για παράδειγμα η διατροφή. Ένας βασικός περιορισμός των ατόμων με μέτρια νοητική αναπηρία είναι οι περιορισμένες γλωσσικές δεξιότητες, με αυτούς που ανήκουν στα χαμηλότερα επίπεδα να μπορούν να αναπτύξουν μόνο κάποιες βασικές δεξιότητες ανάγνωσης, γραφής και αριθμητικής (AAIDD, 2008· Μπάρμπας, 2008· Πολυχρονοπούλου, 2012· Στρογγυλός, 2011· Τζουριάδου, 2008).

Τα άτομα που παρουσιάζουν σοβαρή νοητική αναπηρία, μπορούν συνήθως να αναπτύξουν βασικές δεξιότητες επικοινωνίας. Για την αυτοεξυπηρέτησή τους χρειάζονται

καθημερινή υποστήριξη και καθοδήγηση, ενώ δεν διαθέτουν τις απαιτούμενες ικανότητες για αυτόνομη διαβίωση. Ο τρόπος ομιλίας τους είναι πολύ απλός και τηλεγραφικός και συνοδεύεται συνήθως από δυσκολίες (AAIDD, 2008· Μπάρμπας, 2008· Πολυχρονοπούλου, 2012· Στρογγυλός, 2011· Τζουριάδου, 2008).

Τα άτομα με βαριά νοητική αναπηρία πάσχουν συνήθως από νευρολογικές ασθένειες και από αναπηρίες του κεντρικού νευρικού συστήματος. Σε αρκετές περιπτώσεις τα άτομα αυτά αναπτύσσουν μια στοιχειώδη επικοινωνία και με την παροχή της κατάλληλης εκπαίδευσης και υποστήριξης έχουν τη δυνατότητα να βελτιώσουν την κινητική τους ανάπτυξη και τη φροντίδα του εαυτού τους. Τόσο η κοινωνική προσαρμογή, όσο και η αυτοεξυπηρέτηση τους σε προστατευμένο περιβάλλον, αποτελούν τους κύριους στόχους των εκπαιδευτικών προγραμμάτων που συμμετέχουν (Σούλης, 2008).

Ακόμη, η απροσδιόριστη νοητική αναπηρία αναφέρεται σε άτομα που δε δύναται να εξετασθούν επιτυχώς με κάποιο σταθμισμένο τεστ νοημοσύνης είτε λόγω μη διάθεσης τους για συνεργασία είτε λόγω ικανότητας. Επομένως, φέρουν στοιχεία και χαρακτηριστικά ατόμων με νοητική αναπηρία, χωρίς όμως να έχουν βέβαιη διάγνωση του βαθμού της αναπηρίας τους (DSM-V, 2013).

Με τις αλλαγές που έχουν συντελεστεί σε επίπεδο διαμόρφωσης της εκπαιδευτικής πολιτικής, αλλά και των πρακτικών που ακολουθούνται στην ειδική αγωγή και εκπαίδευση τα τελευταία χρόνια, η ταξινόμηση των ατόμων με βάση τον δείκτη νοημοσύνης απέκτησε λιγότερο επιστημονικό και περισσότερο πρακτικό ενδιαφέρον. Η ταξινόμηση λοιπόν που προτείνεται από την AAIDD (2010) εστιάζει στο επίπεδο και τον τύπο της υποστήριξης που χρειάζεται το άτομο με νοητική αναπηρία έτσι ώστε να λειτουργήσει αποτελεσματικά μέσα στο περιβάλλον και όχι στα ελλείμματα που αυτό παρουσιάζει. Κατά συνέπεια ένα άτομο με νοητική αναπηρία, είτε παιδί είτε ενήλικας, μπορεί να χρειαστεί ένα από τα τέσσερα βασικά επίπεδα υποστήριξης. Αυτά σύμφωνα με την Πολυχρονοπούλου (2012) είναι η διακεκομμένη υποστήριξη, η περιορισμένη υποστήριξη, η εκτεταμένη ή ευρεία υποστήριξη και η διάχυτη υποστήριξη. Είναι φανερό πως η ταξινόμηση της νοητικής αναπηρίας πραγματοποιείται με βάση την υποστήριξη που χρειάζεται να λάβει ένα άτομο. Επομένως, εφόσον ένα άτομο μπορεί να βελτιωθεί σε βασικούς τομείς της ζωής του, ενδεχομένως να μπορεί και να μεταβεί σε μία άλλης μορφής υποστήριξης. Υποδηλώνεται δηλαδή ότι η νοητική αναπηρία ακολουθεί μία εξελικτική πορεία, καθώς εξαρτάται από την υποστήριξη και την εκπαίδευση που δέχεται το άτομο (Heward, 2011· Πολυχρονοπούλου, 2012).

1.4.2 Τα χαρακτηριστικά των ατόμων με νοητική αναπηρία

Όπως έχει αναφερθεί, η νοητική αναπηρία αποτελεί μια ιδιαίτερα ετερογενή κατηγορία καθώς σε αυτή περιλαμβάνονται άτομα με διαφορετικά χαρακτηριστικά ως προς τα επίπεδα της νοητικής, ψυχοσωματικής και ψυχοκοινωνικής λειτουργίας και εξέλιξης. Η νοητική αναπηρία επιφέρει προβλήματα στη λειτουργικότητα του ατόμου σε ποικίλες εκφάνσεις της καθημερινής του ζωής, όπως είναι η συμμετοχή στην κοινότητα, η επαγγελματική αποκατάσταση, η αυτόνομη διαβίωση και οι κοινωνικές σχέσεις (Smith, Morgan & Davidson, 2005).

Ένα κοινό χαρακτηριστικό των ατόμων με νοητική αναπηρία αποτελεί η μειωμένη ικανότητα για μάθηση, καθώς παρουσιάζουν μια γενική δυσκολία σε όλες σχεδόν τις περιοχές οι οποίες σχετίζονται με τη γνωστική λειτουργία. Οι δυσκολίες στο γνωστικό τομέα αφορούν περιορισμούς στη μνήμη, στην αντίληψη, στη συγκέντρωση της προσοχής, στην επεξεργασία των πληροφοριών και στη γενίκευση της γνώσης. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι ο αργός ρυθμός μάθησης σε σύγκριση με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα άτομα (Μπάρμπας, 2008· Στρογγυλός, 2011). Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι η ανάπτυξη των ατόμων με νοητική αναπηρία ακολουθεί την ίδια εξελικτική πορεία με εκείνη των τυπικώς αναπτυσσόμενων ατόμων και ολοκληρώνεται στην ηλικία 16-18 ετών. Ο ρυθμός ανάπτυξης όμως, είναι αρκετά πιο αργός, με συνέπεια να μην ολοκληρώνεται η πνευματική τους ανάπτυξη. Αυτή η επιβράδυνση του ρυθμού είναι ανάλογη της αύξησης του βαθμού της νοητικής αναπηρίας (Πολυχρονοπούλου, 2012). Ένα άτομο με νοητική αναπηρία παρουσιάζει επίσης σημαντικές δυσκολίες στη γλωσσική ανάπτυξη και την επικοινωνία, την αδυναμία γενίκευσης και μεταφοράς της συγκεκριμένης γνώσης, αδυναμία αναστρεψιμότητας της σκέψης, περιορισμένη επεξεργασία των πληροφοριών που δέχεται, ελλιπή και βραχύχρονη συγκέντρωση προσοχής και αδυναμίες σε επίπεδο μνήμης. Αναφορικά με το τελευταίο, παρατηρείται ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός της νοητικής αναπηρίας τόσο πιο σοβαρά είναι και τα ελλείμματα στη μνημονική ικανότητα του ατόμου. Ενώ δε μπορούν να παραληφθούν οι δυσκολίες που παρουσιάζονται σε επίπεδο χρήσης γνωστικών και μεταγνωστικών σαρτηγικών για την επίλυση προβλημάτων (Πολυχρονοπούλου, 2012· Στασινός, 2013).

Πέρα από τις γνωστικές δυσκολίες των ατόμων με νοητική αναπηρία, παρουσιάζονται αρκετές δυσκολίες και στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων, της συμπεριφοράς και της επικοινωνίας. Τα άτομα με νοητική αναπηρία δημιουργούν κοινωνικές σχέσεις, αλλά σε μικρότερο βαθμό σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους, διότι εμφανίζουν αδυναμίες σε

κοινωνικές δεξιότητες, όπως λόγου χάρη η διαπραγμάτευση με συνομηλίκους, η επίλυση αντιπαράθεσεων και η εκτίμηση των κοινωνικών σχέσεων (Tzouridou, Barbas, Vouyoukas & Anagnostopoulou, 2013). Αρκετοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι μια κοινή δυσκολία τους είναι το γεγονός ότι αντιλαμβάνονται λανθασμένα τις σχέσεις και εκλαμβάνουν με μια διευρυμένη έννοια τον όρο φίλια (Lunsky & Benson, 2001). Ακόμη, σε αρκετές περιπτώσεις φαίνεται να διστάζουν να αναπτύξουν σχέσεις με άλλα άτομα τυπικής ανάπτυξης λόγω του φόβου της μη αποδοχής με αποτέλεσμα να βιώνουν υψηλά επίπεδα μοναξιάς, κοινωνικού άγχους και έλλειψης ικανοποίησης από τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις. Η συμμετοχή τους σε δραστηριότητες που απαιτούν κοινωνική και λεκτική αλληλεπίδραση, δυσκολεύουν αρκετά τα άτομα με νοητική αναπηρία με συνέπεια να καταφεύγουν στην απομόνωση (Μπάρμπας, 2008· Στρογγυλός, 2011).

Αναφορικά με τις δυσκολίες που εντοπίζονται στον τομέα της επικοινωνίας, σχετίζονται κατά κύριο λόγο με τα χαμηλά επίπεδα γλωσσικής ανάπτυξης, τις δυσκολίες στην εκτέλεση εντολών και την κατανόηση οδηγιών, τις δυσκολίες στην ομιλία, στην έκφραση επιθυμιών αλλά και δυσκολίες στην επιλογή (Στρογγυλός, 2011). Ακόμη, τα άτομα που παρουσιάζουν διαταραχές επικοινωνίας, σε περίπτωση που καταφέρνουν να διατηρήσουν κάποιες βασικές επικοινωνιακές ικανότητες, φαίνεται να αυξάνεται ο βαθμός αποδοχής τους από τον κοινωνικό περίγυρο.

Εν συνεχεία, τα πιο σημαντικά προβλήματα στο συναισθηματικό και συμπεριφορικό τομέα που παρουσιάζουν τα άτομα με νοητική αναπηρία, αφορούν τις κοινωνικές δυσκολίες σε επίπεδο αυθόρμητης εκδήλωσης συμπεριφορών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων, στη συναισθηματική ανταπόκριση και στην κοινωνική αντίληψη. Επίσης αφορούν προβλήματα προκλητικών συμπεριφορών, όπως είναι η εμφάνιση επεισοδίων εκφοβισμού, βίας, επιθετικότητας, κακοποίησης, αυτοτραυματικής συμπεριφοράς (Αλευριάδου, Γκιαούρη & Παυλίδου, 2016). Στον τομέα της συμπεριφοράς δηλαδή ένα άτομο με νοητική αναπηρία ενδέχεται να παρουσιάσει αυξημένο άγχος, επιθετικότητα, παρόρμηση, εξάρτηση και έντονα ξεσπάσματα.

Κεφάλαιο 2^ο: Ποιότητα ζωής

2.1 Προσδιορισμός του όρου: Ποιότητα Ζωής

Ο όρος «ποιότητα ζωής» αναφέρεται σήμερα όλο και περισσότερο συγκριτικά με το παρελθόν και αφορά σε ποικίλους τομείς και δραστηριότητες, όπως για παράδειγμα: την πολιτική, τις επιχειρήσεις, την καταναλωτική ικανοποίηση, την πληροφόρηση, την υγεία, το περιβάλλον και την εκπαίδευση. Αποτελεί αδιαμφισβήτητα μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια για την οποία κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί διάφοροι ορισμοί. Η έννοια της ποιότητας ζωής απασχόλησε από αρχαιότατους χρόνους τους Έλληνες φιλόσοφους, καθώς το τι συνιστά ευημερία ή ευεξία και ευτυχία αποτέλεσε πεδίο προβληματισμού για τον Δημόκριτο, τον Σωκράτη, τον Πλάτωνα, τον Αριστοτέλη και τον Σοφοκλή (Μεταφραστική ομάδα Κάκτου, 1993). Κάθε προσπάθεια να οριστεί ή να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής συνδέεται με τις εκάστοτε πολιτισμικές και κοινωνικές αξίες, αντιλήψεις, συναισθήματα, απόψεις των εμπλεκόμενων προσώπων και, γενικά, αντιλήψεις που εκφράζουν τα εκάστοτε κοινωνικά και τοπικά πλαίσια.

Η έννοια ποιότητα ζωής περιγράφει τη σχέση μεταξύ των αντικειμενικών συνθηκών ζωής και την αξιολόγηση τους από το υποκείμενο. Επομένως, από την πλευρά του υποκειμένου, η ποιότητα ζωής είναι ο βαθμός εκπλήρωσης ή ικανοποίησης των σωματικών, βιολογικών, ψυχολογικών, οικονομικών και κοινωνικών αναγκών του. Από τη πλευρά των περιβαλλοντικών όρων, η ποιότητα ζωής αντικατοπτρίζει το βαθμό στον οποίο το περιβάλλον του ατόμου να παρέχει τα απαραίτητα εφόδια για την ικανοποίηση των αναγκών. Στην ποιότητα ζωής περιλαμβάνονται οι προσωπικές προτιμήσεις, εμπειρίες, αντιλήψεις και στάσεις σχετικά με φιλοσοφικές, πολιτιστικές, πνευματικές, ψυχολογικές, πολιτικές, οικονομικές και διαπροσωπικές καταστάσεις της καθημερινής ζωής (Yfantopoulos, 2001). Η συζήτηση γύρω από αυτή την έννοια συνεχώς εξελίσσεται, με αποτέλεσμα να έχουν προκύψει διάφοροι ορισμοί με σκοπό τον πληρέστερο προσδιορισμό των συνθηκών που προάγουν και καταδεικνύουν μία ζωή με ποιότητα. Μία ζωή με ποιότητα συμπεριλαμβάνει την ικανοποίηση των βασικών αναγκών της ζωής, όπως την τροφή, της κατοικίας, της ασφάλειας. Εκτός όμως από αυτές τις βασικές ανάγκες, η έννοια της ποιότητας ζωής αναφέρεται ίσης στην κοινωνική ένταξη του ατόμου, στον ελεύθερο χρόνο του και την αξιοποίηση αυτού, όπως και τη συμμετοχή του σε συλλογικές-κοινωνικές δραστηριότητες (Schalock & Parmenter, 2000). Η ικανοποίηση των

αναγκών και των ενδιαφερόντων, οι προσωπικές προτιμήσεις, οι αξίες και οι φιλοδοξίες σε διάφορους τομείς της ζωής και σε διαφορετικές χρονικές περιόδους συνιστούν την ποιότητα ζωής.

Σε μία προσπάθεια ανάλυσης του όρου, με την έννοια «ποιότητα» σκέφτεται κανείς την επίτευξη της τελειότητας, ενός υψηλού επιπέδου το οποίο χαρακτηρίζεται από ευτυχία, επιτυχία, ικανοποίηση, πλούτο και υγεία, ενώ η έννοια «ζωή» παραπέμπει σε όλες τις πιθανές πτυχές της ανθρώπινης ύπαρξης (Schalock & Verdugo, 2002). Η ασυμφωνία που παρατηρείται ως προς ένα κοινό ορισμό για την ποιότητα ζωής είναι μεγάλη, με κάθε ερευνητή που ασχολείται με αυτή να υιοθετεί ένα διαφορετικό ορισμό (Baker & Intagliata, 1982, όπ. αναφ. στο Felce & Perry, 1995). Σύμφωνα με τον ορισμό που έχει δοθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για το σύνολο της ποιότητας ζωής και αφορά κάθε ομάδα ατόμων, ως ποιότητα ζωής χαρακτηρίζονται «οι αντιλήψεις των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή στο πλαίσιο πολιτισμικών και αξιακών συστημάτων όπου ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους» (The WHOQoL Group, 1995, σ. 1405). Πρόκειται για μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται ποικιλοτρόπως από τη σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική κατάσταση, τις προσωπικές πεποιθήσεις, τις κοινωνικές σχέσεις και τη σχέση τους με τα κυριότερα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος του. Κατά συνέπεια προκύπτει ότι μία καλή ποιότητα ζωής είναι αποτέλεσμα αντιστοιχίας ανάμεσα στις επιθυμητές συνθήκες διαβίωσης και την απόκτησή τους. Όπως καταγράφεται από τον Schalock (2004) η ποιότητα ζωής αναφέρεται στο σύνολο των παραγόντων, οι οποίοι συνθέτουν μια προσωπική ευεξία, με την έννοια της υποκειμενικής ευημερίας (subjective well-being, SWB). Σύμφωνα με τους Diener και Suh (2000), αυτή περιλαμβάνει στοιχεία τα οποία επηρεάζονται από την ευχαρίστηση και την ικανοποίηση των βασικών ανθρώπινων αναγκών, όπως και των ηθικών και αξιολογικών κρίσεων των ανθρώπων για τις ζωές τους.

Οι πέντε (5) βασικοί άξονες που συνθέτουν την ποιότητα ζωής, σύμφωνα με τους Felce και Perry (1995), είναι οι εξής:

- Φυσική Ευημερία: αναφέρεται στην κινητικότητα, στην υγεία, στην προσωπική ασφάλεια και στην σωματική ικανότητα του ατόμου.
- Υλική Ευημερία: συνδέεται με το εισόδημα, την κατοικία, την ακίνητη περιουσία, τη διατροφή και τη γειτονιά.
- Κοινωνική Ευημερία: σχετίζεται με τις διαπροσωπικές σχέσεις με φίλους και συγγενείς, καθώς και τη συμμετοχή στα κοινά.

- Συναισθηματική Ευημερία: συνδέεται με τον αυτοσεβασμό, την πίστη και την εκτίμηση.
- Ανάπτυξη και δραστηριότητα: περιλαμβάνει την εκπαίδευση, τις γνώσεις, την ανεξαρτησία και τα ενδιαφέροντα του ατόμου.

Συνεχίζοντας, με σκοπό την καλύτερη κατανόηση της έννοιας της ποιότητας ζωής και τον ορισμό της με έναν θεωρητικά χρήσιμο τρόπο, ο Cummins (2005) αναφέρει τέσσερις (4) αρχές:

- Η ποιότητα ζωής αποτελεί μία εννοιολογική κατασκευή, η οποία είναι πολυδιάστατη και επηρεάζεται τόσο από προσωπικούς, όσο και από περιβαλλοντικούς παράγοντες, αλλά και από τις μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις.
- Έχει τα ίδια συστατικά στοιχεία για όλους τους ανθρώπους.
- Συνίσταται από υποκειμενικά και αντικειμενικά στοιχεία.
- Ενισχύεται ανάλογα με τον αυτοπροσδιορισμό του ατόμου, τους πόρους του, το σκοπό της ζωής του και το αίσθημα του ανήκειν.

Όπως είναι φυσικό, κάθε άτομο έχει τη δική του προσωπική άποψη για την ποιότητα ζωής του, ωστόσο ορισμένοι δείκτες όπως για παράδειγμα η υγεία και η ικανοποίηση από τη ζωή διαδραματίζουν σημαντικότερο ρόλο σε σύγκριση με κάποιους άλλους (Ζαρώτης, Tokarski, Κοντάκος & Κατσαγκόλης, 2008). Πρόκειται λοιπόν για μία πολυδιάστατη έννοια που επηρεάζεται τόσο από προσωπικούς όσο και από περιβαλλοντικούς παράγοντες (Buntix & Schalock, 2010· Cummin, 2005). Οι αντικειμενικές συνθήκες διαβίωσης του ατόμου, όπως το προσωπικό αίσθημα ευημερίας αλλά και οι φιλοδοξίες του αποτελούν προσωπικούς παράγοντες που ενδέχεται να επηρεάσουν ή και να αλληλοεπηρεαστούν επιδρώντας είτε με θετικό είτε με αρνητικό τρόπο στην ποιότητα ζωής του (Felce & Perry, 1995). Ανάλογη επίδραση στην ποιότητα ζωής μπορεί να έχουν εξωτερικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η οικογένεια, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η εκπαίδευση, η εργασία, ο τόπος κατοικίας αλλά και το ευρύτερο κρατικό σύστημα στο οποίο ζει το άτομο (Schalock, et al., 2002).

Με την απουσία ενός γενικά αποδεκτού ορισμού, αρκετοί ερευνητές τα τελευταία χρόνια υποστήριξαν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι, κατά κύριο λόγο του δυτικού κόσμου, γνωρίζουν την έκφραση ποιότητα ζωής και ενστικτωδώς καταλαβαίνουν τι αναπαριστά αυτή η έννοια. Ωστόσο, η προσεκτική παρατήρηση φανερώνει ότι η ποιότητα ζωής σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους, οι οποίοι αποδίδουν μάλιστα κάθε φορά

και άλλη σημασία, ανάλογα με το εκάστοτε αντικείμενο του ενδιαφέροντός τους (Οικονόμου, Κοκκώση, Τριανταφύλλου & Χριστοδούλου, 2001). Στο πεδίο των κλινικών ερευνών χρησιμοποιείται πλέον μια περισσότερο περιορισμένη έννοια της ποιότητας ζωής, η οποία δεν αναφέρεται γενικά στην ευτυχία, την ικανοποίηση, τα πρότυπα ζωής, του κλίματος ή του περιβάλλοντος, αλλά περιλαμβάνει τις πλευρές της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία, δηλαδή τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Γεγονός αποτελεί το φαινόμενο ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (health related quality of life) παρουσιάζει αυξανόμενο ενδιαφέρον για τους επιστήμονες που ασχολούνται με την υγεία. Ειδικότερα τις τελευταίες δεκαετίες, με τη βοήθεια των σύγχρονων ιατρικών ανακαλύψεων και της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, αυξήθηκε σημαντικά το προσδόκιμο επιβίωσης αλλά και ο μέσος όρος ζωής στις κοινωνίες δυτικού τύπου. Το ερώτημα, όμως, που απασχολεί τους επιστήμονες είναι κατά πόσον αυτά τα επιπλέον χρόνια ζωής είναι ποιοτικά χρόνια και με καλή υγεία. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί μια δυναμική έννοια, η εκτίμηση της οποίας μεταβάλλεται σε συνάρτηση με το επίπεδο υγείας, τις σχέσεις, τις εμπειρίες και τους ρόλους του ατόμου στην κοινωνία (Υφαντόπουλος, 2007).

Επιπροσθέτως, τις τελευταίες δεκαετίες αυτή η έννοια άρχισε να διερευνάται και στο χώρο της αναπηρίας. Στις μελέτες λοιπόν των σύγχρονων ερευνητών για την ποιότητα ζωής, που αφορά και τον χώρο της αναπηρίας, υπάρχει ένα σύνολο ιδεών, αρχών, μετρήσεων και εφαρμογών κοινά αποδεκτό, με συνέπεια να παρέχεται ένα πλαίσιο για εννοιοποίηση, μέτρηση και εφαρμογή της ποιότητας ζωής. Τέτοιες ιδέες είναι οι τομείς της ποιότητας ζωής, η διαπροσωπική και ενδοπροσωπική μεταβλητότητα, η προσωπική συνάφεια, η οπτική για ολόκληρη τη ζωή, οι αξίες και ο προσωπικός έλεγχος, η αντίληψη, η αυτοεικόνα και η ενδυνάμωση (WHO-IASSID WORK PLAN, 2000).

Ακόμη, όπως αναφέρεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα έθνη διαφέρουν ως προς την αναγνώριση και τις αναγκαίες προβλέψεις για τους ενήλικες με αναπηρία. Σε πολλούς πολιτισμούς μπορεί η θέση τους να μην έχει την κατάλληλη κοινωνική αξία, με συνέπεια τα άτομα αυτά έχουν ελλιπή πρόσβαση σε βασικά αγαθά, όπως για παράδειγμα η στέγαση, ευκαιρίες απασχόλησης, διατροφή, παροχές υγείας, τα οποία σχετίζονται με την ηλικιακή ωριμότητα και καλή υγεία. Εμπόδια στην αποδοχή τους από τον κοινωνικό περίγυρο ενδέχεται να αποτελέσουν οι προκατειλημμένες πεποιθήσεις για τη φύση και τις αιτίες της αναπηρίας, ελλιπώς οργανωμένες υπηρεσίες ή απουσία κυβερνητικών πολιτικών ευνοϊκών για τα άτομα με αναπηρία, ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας και μη επαρκώς εκπαιδευμένοι επαγγελματίες. Η ποιότητα ζωής χαρακτηρίζεται διάφορες πλευρές της ζωής του ατόμου, όπως για παράδειγμα την κατοικία, την εργασία, το περιβάλλον, τις μεταφορές, τη

διασκέδαση, την υγεία ή ακόμα και τα προϊόντα που καταναλώνουμε. Εύκολα αντιλαμβάνεται κανείς πόσο η έννοια της ποιότητας ζωής είναι ευρύτατη και πολυδιάστατη. Επιπλέον, μπορεί να οριστεί με διαφορετικό τρόπο ανάλογα με το επιστημονικό πεδίο με βάση το οποίο μελετάται, αλλά θεωρητικά περιλαμβάνει όλες τις πλευρές της ζωής ενός ατόμου. Συγκεκριμένα περιλαμβάνει προσωπικές προτιμήσεις, εμπειρίες, αντιλήψεις και στάσεις σχετικά με φιλοσοφικές, πολιτιστικές, πνευματικές, ψυχολογικές, οικονομικές, πολιτικές και διαπροσωπικές διαστάσεις της καθημερινής ζωής. Η ποιότητα ζωής ορίζεται άλλοτε ως το προϊόν των φυσικών χαρακτηρισμάτων του ατόμου σε συνδυασμό με την επίδραση της οικογένειας και της κοινωνίας και άλλοτε ως η προσωπική δήλωση των θετικών και των αρνητικών χαρακτηριστικών, τα οποία προσδιορίζουν τη ζωή ενός ανθρώπου. Παρόλα αυτά, όμως, σε αρκετές περιπτώσεις, κρίνεται αναγκαία η προσέγγιση του ορισμού και της μέτρησης της ποιότητας ζωής με πιο συγκεκριμένο τρόπο.

2.2 Ορισμός της ποιότητας ζωής

Όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση ο όρος «ποιότητα ζωής» είναι πολυδιάστατος και ερμηνεύεται διαφορετικά από τα άτομα. Ακόμη, μπορεί να οριστεί με διαφορετικό τρόπο ανάλογα με το επιστημονικό πεδίο, όπως τις επιστήμες υγείας, την κοινωνιολογία, την ανθρωπολογία, την ψυχολογία, την οικονομική επιστήμη και άλλες επιστήμες που μελετούν τον άνθρωπο και το περιβάλλον του. Παρά όμως το εύρος των απόψεων και των ερμηνειών του όρου, διακρίνεται μία γενική συμφωνία ως προς ορισμένους παράγοντες οι οποίοι δυσχεραίνουν την ποιότητα ζωής, όπως η φτώχεια, οι ασθένειες, ο φόβος, η εγκληματικότητα, η διαφθορά, η μόλυνση του περιβάλλοντος, η κυκλοφοριακή συμφόρηση κ.ά. Είναι δηλαδή γεγονός πως σχεδόν όλοι στην καθημερινότητα μας βιώνουμε το τί είναι ποιότητα ζωής, αναγνωρίζοντας παράγοντες που δρουν θετικά ή αρνητικά σε αυτή.

Με βεβαιότητα μπορούμε να πούμε πως αποτελεί μία έννοια ευρύτερη από εκείνη του βιοτικού επιπέδου, το οποίο θεωρείται ως ένα βαθμό προϋπόθεση της ποιότητας ζωής. Ένας σχετικά αποδεκτός ορισμός είναι αυτός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization), ο οποίος αναφέρει ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί μία κατάσταση της ολοκληρωμένης σωματική/ψυχικής υγείας και κοινωνικότητας και όχι απαραίτητα η απουσία κάποιας ασθένειας ή δυσλειτουργίας και αποτελεί τον ορισμό που υιοθετείται στην παρούσα ερευνητική προσπάθεια. Σύμφωνα λοιπόν με αυτόν, όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, η

ποιότητα ζωής έχει οριστεί ως «οι αντιλήψεις των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή στο πλαίσιο πολιτισμικών και αξιακών συστημάτων όπου ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους» (The WHOQoL Group, 1995, σ. 1405). Σαφέστατα αποτελεί μία πολυσύνθετη και ευρεία έννοια, με το εργαλείο μέτρησης που έχει θεσπίσει το σύστημα WHOQOL του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας να την εξετάζει σε τέσσερις θεματικές ενότητες: σωματική υγεία, ψυχολογική ευεξία, κοινωνικές σχέσεις, περιβάλλον, καθώς και σφαιρική ποιότητα ζωής και γενική κατάσταση της υγείας, οι οποίες αναλύονται περαιτέρω σε επόμενο κεφάλαιο (Τζινιέρη-Κοκκώση, Τριανταφύλλου, Αντωνοπούλου, Τομαράς & Χριστιδούλου, 2003).

2.3 Μέτρηση της ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής είναι χρήσιμη για όλους τους ανθρώπους και πρέπει να υπολογίζεται το ίδιο για όλους με ή χωρίς αναπηρία. Η μέτρηση της είναι αναγκαία ώστε να μετρηθεί ο βαθμός στον οποίον οι άνθρωποι απολαμβάνουν καλή ποιότητα στη ζωή τους. Σαφέστατα η ομάδα των ανθρώπων με αναπηρία, όπως και άλλες, έχει το δικαίωμα να απολαμβάνει υψηλή ποιότητα ζωής που απολαμβάνουν και άλλοι. Μετρώντας την ποιότητα ζωής σημαίνει ότι δίνουμε σημασία στην ποιότητα της ζωής κάποιου και ότι θέλουμε να διατηρήσουμε και να ενισχύσουμε τα στοιχεία εκείνα που προσδίδουν ή θα μπορούσαν να προσθέσουν ποιότητα στη ζωή του. Σημαίνει ακόμη την προθυμία για ενέργειες βελτίωσης της ποιότητας ζωής. Η μέτρηση της ποιότητας ζωής ατόμων με αναπηρία εμπεριέχει την πεποίθηση ότι όλοι οι άνθρωποι με ή χωρίς αναπηρία μοιράζονται ανθρώπινες εμπειρίες από κοινού και κάθε άτομο έχει την δυνατότητα να ζήσει μια καλή ζωή στο περιβάλλον που ανήκει. Αυτή η κεντρική αξία αποτελεί το βασικό κριτήριο για να αξιολογεί κανείς την χρησιμότητα και τους κανόνες ηθικής στη μέτρηση της ποιότητας ζωής και να ανακοινώνει τα αποτελέσματα της έρευνας του (WHO-IASSID WORK PLAN, 2000).

Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θέτει τους εξής βασικούς άξονες:

- Η ποιότητα ζωής μετράει τον βαθμό που οι άνθρωποι έχουν σημαντικές εμπειρίες ζωής για τους ίδιους.

- Η μέτρηση της ποιότητας ζωής βοηθάει τους ανθρώπους να κινηθούν προς μια ζωή με νόημα, που απολαμβάνουν κι έχει αξία.
- Η ποιότητα ζωής μετράει τον βαθμό όπου οι τομείς της ζωής συμβάλλουν σε μια πλήρη ζωή με αλληλοσυνδεδεμένους τους τομείς της.
- Η μέτρηση της ποιότητας ζωής πραγματοποιείται μέσα στο πλαίσιο από τα περιβάλλοντα που είναι σημαντικά για αυτούς: εκεί όπου ζουν, εργάζονται, παίζουν.
- Η μέτρηση της ποιότητας ζωής των ατόμων βασίζεται στις γενικές ανθρώπινες εμπειρίες και στις μοναδικές ατομικές εμπειρίες ζωής.

Για κάθε διάσταση της ποιότητας ζωής έχει επιλεγθεί από τους ερευνητές ένα σύνολο δεικτών, οι οποίοι θεωρείται ότι μπορούν να την περιγράψουν. Οι δείκτες αποτελούν ένα εργαλείο των επιστημόνων για τις εμπειρικές αναλύσεις μέτρησης του όρου, οι οποίοι μετρούν ποιοτικά και ποσοτικά διάφορους τομείς της ζωή. Στην ουσία δηλαδή αποτυπώνουν την ατομική, αλλά και κοινωνική πραγματικότητα που διαμορφώνει την ποιότητα ζωής ενός ατόμου. Σύμφωνα με τους Møller και Devey (2003), οι μελέτες της ποιότητας ζωής πρέπει να περιλαμβάνουν ένα «συνετό συνδυασμό αντικειμενικών και υποκειμενικών δεικτών σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο για την αξιολόγηση της ευημερίας των ατόμων και των εθνών». Ενώ οι αντικειμενικοί δείκτες μετράνε εξωτερικά γεγονότα τα οποία δεν είναι καταγεγραμμένα από τις αντιλήψεις των ανθρώπων για τη ζωή τους, οι υποκειμενικοί δείκτες επιτρέπουν στους ανθρώπους να αξιολογήσουν τις εξωτερικές συνθήκες της ζωής τους. Οι υποκειμενικοί δείκτες επιτρέπουν την ανάδραση των πολιτών για την κοινωνική πολιτική και επιτρέπουν την ακρόαση των ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένων των φτωχών και των κοινωνικά αποκλεισμένων (Møller & Devey 2003).

Στους αντικειμενικούς δείκτες συγκαταλέγονται η υγεία, το φυσικό περιβάλλον, ο χώρος και οι συνθήκες διαβίωσης, η διαθεσιμότητα του χρόνου, η κοινωνική δραστηριοποίηση, η οικονομική ικανότητα κάλυψης βασικών αναγκών και η ασφάλεια του περιβάλλοντος. Από την άλλη πλευρά υποκειμενικοί δείκτες αποτελούν η αναφερόμενη ικανοποίηση από τη ζωή, το αίσθημα επάρκειας και ικανοποίησης από τη λειτουργικότητα του ατόμου σε διάφορους τομείς της ζωής, η ικανοποίηση του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και η δυνατότητα συμμετοχής σε ποικίλες δραστηριότητες (ψυχαγωγικές, εκπαιδευτικές κ.ά.) (Τζινιέρη-Κοκκώση κ. συν., 2003).

2.4 Ποιότητα ζωής και αναπηρία

Αναμφίβολα τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν εμπόδια στη συμμετοχή τους ως ισότιμα μέλη της κοινωνίας και παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους σε όλα τα μέρη του κόσμου, γεγονός που επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής τους. Το δομημένο περιβάλλον στο οποίο ζούμε έχει διαμορφωθεί κατά κύριο λόγο με σκοπό να εξυπηρετεί άτομα που δε φέρουν κάποια αναπηρία, παρά άτομα με αναπηρία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα με αναπηρία να αντιμετωπίζονται είτε σαν τραγικές φιγούρες είτε σαν ήρωες που έχουν το σθένος να υπερβαίνουν τα εμπόδια που συναντούν λόγω της αναπηρίας τους, στην προσπάθειά τους να συμμετέχουν ισότιμα στο κοινωνικό γίγνεσθαι (Nettleton 2002).

Σαφέστατα, όλα τα άτομα, με ή χωρίς αναπηρία, έχουν το δικαίωμα να ζουν μια ζωή με ποιότητα. Οι προσωπικές επιλογές περιλαμβάνονται στα περισσότερα μοντέλα για την ποιότητα ζωής, δηλαδή η ικανότητα της επιλογής είναι διαθέσιμη σε όλους. Ισχύει όμως αυτό και για τα άτομα με αναπηρία (Halpern, 1994); Ο κοινωνικός αποκλεισμός σε πολλούς τομείς της ζωής και ως επακόλουθο αυτού οι μειωμένες ευκαιρίες που έχουν για κοινωνικές επαφές είναι στοιχεία της καθημερινής ζωής για τα άτομα με αναπηρία (Schalock et al. 2002).

Ακόμη, τα άτομα με αναπηρία έρχονται συχνά αντιμέτωπα με εμπόδια πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και ιατρικής περίθαλψης, ενώ θεωρείται ότι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για δευτερογενείς καταστάσεις λόγω της πρωταρχικής κατάστασης αναπηρίας, όπως μυοσκελετικά προβλήματα ή προβλήματα ψυχικής υγείας. Οι δραστηριότητες προώθησης της υγείας και πρόληψης σπάνια απευθύνονται σε άτομα με αναπηρία. Για παράδειγμα, οι γυναίκες με αναπηρία λαμβάνουν λιγότερο έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας σε σύγκριση με τις γυναίκες χωρίς αναπηρία. Τα άτομα με νοητικές διαταραχές και διαβήτη είναι λιγότερο πιθανό να ελέγξουν το βάρος τους. Οι έφηβοι και οι ενήλικες με αναπηρίες είναι πιθανότερο να αποκλειστούν από προγράμματα σεξουαλικής εκπαίδευσης (WHO, 2018).

Η διαμόρφωση του περιβάλλοντος βασισμένη στις ανάγκες των ατόμων χωρίς αναπηρία εμποδίζει τα άτομα με αναπηρία να οικειοποιηθούν κοινωνικά αποδεκτούς τρόπους ζωής, ενώ σε πολλές περιπτώσεις δεν έχουν τη δυνατότητα να εκφράσουν τις απόψεις τους συμμετέχουν ισότιμα στη λήψη των αποφάσεων, ακόμα και αν αφορούν τα ίδια (Σούλης, Φλωρίδης, 2006). Κατά συνέπεια χρειάζεται να βασίζονται σε άλλους, όπως η οικογένεια, οι εκπαιδευτικοί και η ευρύτερη κοινωνία.

Τα τελευταία χρόνια βέβαια, όλο και περισσότερο, το αναπηρικό κίνημα λειτουργεί σαν μοχλός πίεσης για την πλήρη εξίσωση των ευκαιριών για τα άτομα με αναπηρία μέσα από την

διεκδίκηση της προσβασιμότητας σε όλους τους τομείς, Με κατάλληλα καθορισμένες δράσεις, από τα ίδια τα άτομα με αναπηρία, καταβάλλονται σημαντικές προσπάθειες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής όχι μόνο ίδιων, αλλά όλων των πολιτών. Όπως όλοι μας, έτσι και τα άτομα με αναπηρία έχουν ανάγκη να καθορίζουν οι ίδιοι την καθημερινότητά τους, χωρίς να επιβαρύνονται με σκέψεις ανασφάλειας σχετικά με το αν το περιβάλλον θα τους το επιτρέψει ή όχι. Όταν ένα άτομο, με ή χωρίς αναπηρία, είναι σε θέση να καλύψει τις βασικές του ανάγκες σε σημαντικές πτυχές της ζωής, ενώ παράλληλα ικανοποιεί τις τυπικές προσδοκίες που έχουν οι άλλοι γι' αυτό, τότε οι πιθανότητες να βιώνει ζωή με ποιότητα αυξάνονται (Goode, 1990, όπ. ανάφ. σε Halpern, 1994).

Στη χώρα μας το μεγαλύτερο μέρος των μέτρων που λαμβάνονται με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία περιορίζονται στην παροχή επιδομάτων. Ωστόσο, σύμφωνα με τα στοιχεία της Ερευνάς Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης του 2016, τα άτομα με αναπηρία βιώνουν σε εξαιρετικά μεγαλύτερο βαθμό, συγκριτικά με τον πληθυσμό χωρίς αναπηρία, τον κίνδυνο της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού, γεγονός που υποδεικνύει ότι οι υφιστάμενες οικονομικές ενισχύσεις δεν επαρκούν ώστε τα άτομα με αναπηρία να μπορούν να εξασφαλίζουν ένα ανεκτό επίπεδο διαβίωσης. Ειδικότερα για τον πληθυσμό αυτό, χρειάζεται να ληφθεί υπόψη ότι επωμίζονται συχνά ένα πρόσθετο κόστος διαβίωσης που απορρέει από την αναπηρία.

Τα άτομα με αναπηρία, πέρα από τον οικονομικό και κοινωνικό αποκλεισμό, αντιμετωπίζουν επιπρόσθετα προβλήματα εξαιτίας της τεχνολογικής προόδου. Η πρόοδος που σημειώνεται στην τεχνολογία μπορεί μεν να εξασφαλίσει μεγαλύτερη ανεξαρτησία, κινητικότητα και ποιότητα ζωής για τα άτομα με αναπηρία, ταυτόχρονα όμως μπορεί να οδηγήσει σε αποκλεισμό και απομόνωση. Συχνά τα άτομα με αναπηρία δεν έχουν πρόσβαση στην τεχνολογία είτε για οικονομικούς λόγους είτε γιατί δεν είναι τόσο εξοικειωμένα με τα νέα τεχνολογικά μέσα, εξαιτίας δηλαδή της τεχνολογικής περιπλοκότητας. Είναι βέβαιο ότι τα άτομα με αναπηρία που δεν έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες τηλεπικοινωνιών ή να έχουν πρόσβαση σε βάσεις δεδομένων, θα δυσκολευθούν να λάβουν πληροφορίες, να οργανώσουν δραστηριότητες, να διατηρήσουν και να προάγουν την πλήρη συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική, πολιτική και πολιτιστική ζωή.

Αν και η στάση του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου έχει αλλάξει προς το καλύτερο με το πέρασμα των χρόνων δεν παύουν να υπάρχουν σημαντικά προβλήματα όσον αφορά την πλήρη κοινωνική ένταξη και ισότητα των ατόμων με αναπηρία. Η ένταξη των ατόμων με αναπηρία, που ολοένα και περισσότερο αποτελεί στόχο της κοινωνίας, χρειάζεται να συνοδεύεται και από μία ζωή με ποιότητα για τα άτομα αυτά. Κάθε ενέργεια για βελτίωση της

ποιότητα ζωής ενός ατόμου με αναπηρία δεν περιορίζεται αποκλειστικά και μόνο στο ίδιο το άτομο αλλά έχει πολλαπλασιαστικά οφέλη, καθώς κάθε σχετικό μέτρο που λαμβάνεται καλύπτει, άμεσα ή έμμεσα, τη συνολική λειτουργία της κοινωνίας, ξεκινώντας από το άμεσο περιβάλλον του ατόμου και φτάνοντας στο σύνολο των πολιτών.

Κεφάλαιο 3^ο: Κατάθλιψη

3.1 Οριοθέτηση της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη αποτελεί μια σημαντική αιτία νοσηρότητας σε παγκόσμιο επίπεδο, με το ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού που πάσχει από κατάθλιψη, σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, να ανέρχεται στο 4,4% (WHO, 2015). Ειδικά όταν είναι μακράς διαρκείας και με μέτρια ή σοβαρή ένταση, η κατάθλιψη μπορεί να γίνει σοβαρή κατάσταση υγείας. Μπορεί να προκαλέσει μεγάλη βλάβη, δημιουργώντας εμπόδια στην εργασία, στο σχολείο και στην οικογένεια, ενώ στη χειρότερη περίπτωση μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε αυτοκτονία. Επιπλέον, η κατάθλιψη είναι η κύρια αιτία κακής υγείας και αναπηρίας παγκοσμίως. (WHO, 2017). Ο αντίκτυπος της κατάθλιψης στη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής είναι αναμφισβήτητα τεράστιος.

Οι καταθλιπτικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από πληθώρα συμπτωμάτων όπου η «φυσιολογική», αναμενόμενη διάθεση επισκιάζεται από μία «παθολογική-καταθλιπτική» διάθεση. Συνοδεύονται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών, με συνέπεια να επηρεάζονται σημαντικά οι σχέσεις ατόμου-οικογένειας, αλλά και γενικότερα οι διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου, επίσης η εργασία ή η σχολική ζωή, ο ύπνος και οι διατροφικές συνήθειες (Cassano & Fava, 2002). Ένα άτομο που έχει μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο παρουσιάζει συνήθως μια πολύ χαμηλή διάθεση, που διαπερνά όλες τις πτυχές της ζωής του. Συνήθως τα άτομα αυτά είναι απορροφημένα από σκέψεις και αισθήματα αναξιότητας, ενοχής ή λύπης, ανικανότητας και απελπισίας, ενώ σε σοβαρότερες περιπτώσεις, ενδέχεται να παρουσιαστούν συμπτώματα ψύχωσης, όπως ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις (Παπαδημητρίου, Λιάππας, & Λύκουρας, 2013). Άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να είναι απόσυρση από κοινωνικές καταστάσεις και δραστηριότητες, μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα, σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας και δυσκολίες στην συγκέντρωση όπως επίσης και διαταραχές μνήμης. Ακόμη, η αϋπνία ή στις άτυπες μορφές η υπερυπνία επηρεάζει περίπου το 80% των ασθενών (Oquendo, 2007). Ένα άτομο με κατάθλιψη μπορεί να αναφέρει πολλαπλά σωματικά συμπτώματα όπως κόπωση, πονοκέφαλο, ή γαστρεντερικές διαταραχές. Οι σωματικές ενοχλήσεις είναι το πιο συχνό πρόβλημα που παρουσιάζουν τα άτομα που

πάσχουν από κατάθλιψη στις αναπτυσσόμενες χώρες, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για την κατάθλιψη (WHO, 2009).

3.2 Ταξινόμηση της κατάθλιψης

Η σύγχρονη κατάταξη των διαταραχών διάθεσης περιγράφει την κατάθλιψη είτε ως μια φυσιολογική διάθεση ή συναίσθημα, όπως για παράδειγμα όταν λαμβάνει χώρα μια σημαντική για το άτομο απώλεια ή θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, είτε σαν ένα σύμπτωμα, στην περίπτωση όπου η κατάθλιψη είναι μια μορφή αντίδρασης στο στρες ή μια δευτερογενής αντίδραση σε ασθενείς με οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα και τέλος ως μια ψυχοπαθολογική διαταραχή ή σύνδρομο, όπως για παράδειγμα η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η Δυσθυμική Διαταραχή ή οι Διπολικές Διαταραχές που μεταξύ άλλων κατατάσσονται, τόσο σύμφωνα με το ICD-10 (WHO, 2008) όσο και με το DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), στις Διαταραχές της Διάθεσης. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με το DSM- IV, οι διαταραχές της διάθεσης διακρίνονται στις Καταθλιπτικές Διαταραχές, στις Διπολικές Διαταραχές και σε δύο διαταραχές βασισμένες στην αιτιολογία τους: τη Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση και τη Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες. Ενώ υπάρχει και η Διαταραχή της Διάθεσης μη Προσδιορισμένη Αλλιώς.

Ανάλογα με τον αριθμό και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, ένα καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να κατηγοριοποιηθεί ως ήπιο, μέτριο ή σοβαρό. Ένα άτομο με ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο θα έχει μερική δυσκολία στη συνέχιση της συνήθους εργασίας και των κοινωνικών δραστηριοτήτων, αλλά πιθανότατα δεν θα σταματήσει να δραστηριοποιείται πλήρως. Αντίθετα, κατά τη διάρκεια ενός σοβαρού καταθλιπτικού επεισοδίου, είναι πολύ απίθανο να μπορεί να συνεχιστεί οποιαδήποτε δραστηριότητά από το άτομο, εκτός από ένα πολύ περιορισμένο βαθμό (WHO, 2017).

Η κατάθλιψη οφείλεται σε σύνθετη αλληλεπίδραση κοινωνικών, ψυχολογικών και βιολογικών παραγόντων. Οι άνθρωποι που έχουν υποστεί δυσμενή γεγονότα (ανεργία, πένθος, ψυχολογικό τραύμα) έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη. Ακόμη, ενδέχεται να οδηγήσει σε περισσότερο άγχος και δυσλειτουργία και να επιδεινώσει την κατάσταση της ζωής του προσβεβλημένου ατόμου, ενώ τα προγράμματα πρόληψης έχουν αποδειχθεί ότι μειώνουν την κατάθλιψη (WHO, 2017).

3.3 Ερευνητικά δεδομένα για την κατάθλιψη

Σε μία ερευνητική προσπάθεια από επιστημονική ομάδα του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (2009) για την παρουσία 14 ψυχιατρικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας και κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους, οι ερευνητές αναφέρουν ότι στον ελληνικό πληθυσμό παρουσιάζονται μειωμένα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τον μέσο όρο στην Ευρώπη, αλλά αυξημένα ποσοστά γενικευμένου άγχους και αγχωδών διαταραχών. Ακόμη, στην προσπάθειά της εν λόγω έρευνας να εξετάσει τους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες που ενδεχομένως συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας, βρέθηκε ότι η σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, ιδιαίτερα των καταθλιπτικών.

Επιπλέον, σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, η ύπαρξη οικογένειας, αλλά και η παρουσία φίλων, οι κοινωνικές δραστηριότητες, η καλή σωματική υγεία και η συχνή άσκηση φαίνεται να αποτελούν παράγοντες αποτροπής ή μείωσης της πιθανότητας εμφάνισης κατάθλιψης σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Cole & Dendukuri, 2003· Schoevers, Beekman, Deeg, Geerlings, & Jonker 2000). Ακόμη, η κοινωνική απομόνωση, δηλαδή η απώλεια διαπροσωπικών σχέσεων (Bruce, 2002), τα αρνητικά γεγονότα της ζωής όπως η χηρεία ή απώλεια αγαπημένου προσώπου (Cole & Dendukuri, 2003· Schoevers, et. al. 2000), η προγενέστερη κατάθλιψη και η ηλικία, η χαμηλή οικονομική επιφάνεια, η κακή σωματική υγεία, καθώς και η αναπηρία (Armer, 1993· Wilson, Chen, Taylor, McCracken, & Copeland, 1999), αποτελούν παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Kathleen, 2006· Cole & Dendukuri, 2003· Schoevers, et. al. 2000).

Συνεχίζοντας, η μείζων κατάθλιψη παρατηρείται συχνότερα στους διαζευγμένους, χωρισμένους ή χήρους, κατά κύριο λόγο όταν η απώλεια είναι πρόσφατη και στους μεγαλύτερους σε ηλικία. Επίσης, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, μικρό εισόδημα, φτωχές συνθήκες διαβίωσης και ιδιαίτερα η ανεργία, ενδέχεται από μόνοι τους να οδηγήσουν στην κατάθλιψη. Τα άτομα που παρουσιάζουν κατάθλιψη έχουν μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης από εκείνους που δεν παρουσιάζουν, εν μέρει επειδή οι πρώτοι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο θανάτου από αυτοκτονία (Bostwick, 2000), ενώ εμφανίζουν επίσης υψηλότερα ποσοστά θανάτου από άλλες αιτίες (Rush, 2007).

Τα άτομα με είναι πιο πιθανό να εμφανίζουν προβλήματα υγείας και ασθένειες, όπως οι καρδιοπάθειες, ο διαβήτης και η κατάθλιψη αναπηρία, κυρίως λόγω των δυσκολιών κινητικότητας που αντιμετωπίζουν (Θεοδωράκης, 2010). Όσο μεγαλύτερη η κινητική τους δραστηριότητα, τόσο μεγαλύτερη είναι η ευχαρίστηση που αισθάνονται και η ψυχική τους ευεξία, ενώ φαίνεται να παρουσιάζουν μεγαλύτερη ικανοποίησή και από τις κοινωνικές τους σχέσεις (Θεοδωράκης, 2010).

Η κατάθλιψη φαίνεται να είναι ένα από τα συχνότερα ψυχολογικά συμπτώματα σε άτομα με σωματικές αναπηρίες, καθώς η απόκτηση μιας σωματικής αναπηρίας είναι μια αγχωτική κατάσταση, απαιτώντας την προσαρμογή ενός ατόμου σε μια νέα δυσάρεστη πραγματικότητα (Livneh & Antonak, 1997 · Livneh & Wilson, 2003 · McDermott, Moran, Platt, & Dasari, 2007· Mitra, Wilber, Allen, & Walker, 2005· Tsvigoulis, Triantafyllou, Papageorgiou, Evangelopoulos, Kararizou, Sfagos, & Vassilopoulos, 2007· Vahle, Andresen, & Hagglund, 2000). Ενώ ορισμένα άτομα καταφέρνουν να προσαρμόζονται στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν καθημερινά, άλλοι δεν καταφέρνουν να αποδεχτούν την νέα κατάσταση, με συνέπεια να βιώνουν αρνητικά συναισθήματα.

Η έναρξη μιας χρόνιας ασθένειας ή αναπηρίας προκαλεί συνήθως μια αλυσίδα ψυχολογικών αντιδράσεων (Livneh & Antonak, 2005). Έχει διαπιστωθεί πως τα άτομα με αποκτημένες σωματικές αναπηρίες, τα οποία καταφέρνουν να προσαρμοστούν με μεγαλύτερη επιτυχία στην αναπηρία τους, είναι φυσικά και ψυχολογικά υγιέστερα (Livneh, Lott & Antonak, 2004). Αντίθετα, η δυσκολία ενός ατόμου να δεχτεί τη σωματική του αναπηρία σχετίζεται με κακή σωματική υγεία (Matthews & Harrington, 2000), και από ένα εύρος ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων (Garofalo, 2000, Livneh et al., 2004, Turner, Lloyd, & Taylor, 2006).

Σε μία προσπάθεια ανασκόπησης της βιβλιογραφίας αναφορικά με την επίδραση του ακρωτηριασμού του κάτω άκρου στην ποιότητα ζωής από τις Βοζάνη, Φασόη, Καμπά και Κελέση (2017), υπογραμμίζεται ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με ακρωτηριασμό κάτω άκρου είναι η κατάθλιψη, η αντιληπτή προσθετική κινητικότητα, η κοινωνική υποστήριξη, η συννοσηρότητα, τα προβλήματα πρόσθεσης άκρου, η ηλικία και η συμμετοχή σε κοινωνική δραστηριότητα. Ακόμη, σημειώνεται η αναφορά από τους συμμετέχοντες σε χαμηλή ποιότητα ζωής, αμέσως μετά τον ακρωτηριασμό, η οποία με την πάροδο του χρόνου αυξάνεται λόγω της προσαρμογής τους σε αυτόν, ενώ φαίνεται πως η μικρή ηλικία, το ανδρικό φύλο, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο και η τραυματική προέλευση της αναπηρίας συνδέονται με υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής. Η αποδοχή του ακρωτηριασμού σύμφωνα με τις συγγραφείς, συμβάλλει στην ταχύτερη ένταξη των ατόμων στην κοινωνία και

επιφέρει λιγότερες ψυχοκοινωνικές διαταραχές, ενώ η μη αποδοχή του έχει ως αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να επανενταχθούν στην κοινωνία και να εμφανίζουν σοβαρές διαταραχές στην ψυχική τους υγεία.

Σε μία προσπάθεια από τον Hansson (2002) να διερευνήσει τη σχέση της ποιότητας ζωής με την κατάθλιψη και το άγχος, καταγράφεται ότι τόσο στις επιδημιολογικές όσο και στις κλινικές μελέτες, τα άτομα με μείζων κατάθλιψη παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη υποκειμενική ποιότητα ζωής από τους ασθενείς χωρίς κατάθλιψη ή υγιή άτομα και ότι η ποιότητα ζωής επηρεάζεται σοβαρά σε αρκετούς τομείς ζωής.

Κεφάλαιο 4^ο: Αυτοκαταγραφή

4.1 Οριοθέτηση της αυτοκαταγραφής

Στην προσπάθεια διερεύνησης των στοιχείων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με και δίχως αναπηρία, πρόκυψε το ενδιαφέρον για εμβάθυνση της έρευνας στη διάσταση των κοινωνικών σχέσεων. Όπως υπογραμμίζεται από την Πολυχρονοπούλου (2004), οι κοινωνικές δεξιότητες που έχει κατακτήσει κάθε ενήλικο άτομο καθορίζουν σε ένα μεγάλο βαθμό το επίπεδο της αυτονομίας του και την ποιότητα ζωής του. Σημαντικές συνισταμένες της ποιότητας ζωής είναι η κοινωνική δικτύωση και η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων του ατόμου.

Είναι φανερό πως τόσο η κοινωνική δικτύωση, όσο και η διαμόρφωση διαπροσωπικών σχέσεων απαιτούν συγκεκριμένες κοινωνικές δεξιότητες. Σύμφωνα λοιπόν με τον Wiener (2004), οι κοινωνικές δεξιότητες διακρίνονται σε κοινωνικές γνωστικές δεξιότητες, σε δεξιότητες επικοινωνίας, σε προκοινωνική συμπεριφορά και σε δεξιότητες ρύθμισης των συναισθημάτων. Οι κοινωνικογνωστικές δεξιότητες αφορούν στην ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται τις σκέψεις και τα συναισθήματα των άλλων, καθώς και τις συνέπειες που ενδέχεται να έχει μια μορφή συμπεριφοράς όχι μόνο στο ίδιο το άτομο, αλλά και στους άλλους. Οι δεξιότητες επικοινωνίας αναφέρονται στην ικανότητα του ατόμου να κάνει έναρξη μιας συζήτησης, να επικοινωνεί κάνοντας χρήση της λεκτικής και μη επικοινωνίας, καθώς και να φροντίζει έτσι ώστε η συζήτηση να είναι κατάλληλη για την περίσταση, προσαρμόζοντας την ανάλογα με το συνομιλητή που έχει απέναντί του κάθε φορά. Η προκοινωνική συμπεριφορά συνδέεται με την ικανότητα του ατόμου να συνεργάζεται με τους άλλους, αλλά και παράλληλα να διαθέτει ηγετικές ικανότητες, ενώ οι δεξιότητες ρύθμισης των συναισθημάτων συνίστανται στην ικανότητα του ατόμου να ελέγχει τα συναισθήματά του, έτσι ώστε να μην εκδηλώνει ανεπιθύμητες μορφές συμπεριφοράς (Wiener, 2004).

Η μέτρηση κοινωνικών δεξιοτήτων, και συγκεκριμένα της προσαρμοστικότητας σε κοινωνικές συναλλαγές και της ευαισθησίας στη συμπεριφορά των άλλων αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης στη συγκεκριμένη εργασία.

Η αυτοκαταγραφή ορίζεται από τον Snyder (1974) ως ο τρόπος που κάποιος προσπαθεί να παρουσιάσει τον εαυτό του με κοινωνικά κατάλληλο τρόπο, με σκοπό τη διαχείριση των

εντυπώσεων. Η θεωρία του Snyder παρομοιάζει τα άτομα με υψηλά επίπεδα αυτοκαταγραφής με τους «κοινωνικούς χαμαιλέοντες» και τα θεωρεί ως ηθοποιούς, καθώς είναι σε θέση να ρυθμίζουν τις πράξεις και τις συμπεριφορές τους, έτσι ώστε να ταιριάζουν στο κοινωνικό περιβάλλον και παρουσιάζουν την τάση να το κάνουν. Στο αντίθετο άκρο, τα άτομα με χαμηλά επίπεδα αυτοκαταγραφής δεν τείνουν να δείχνουν καμία ανησυχία για το τι υπονοεί η κοινωνική κατάσταση και έχουν την τάση να συμπεριφέρονται αυθεντικά στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.

Ακόμη, μπορεί να εκφραστεί ως η τάση να ρυθμίζεται η συμπεριφορά ενός ατόμου ανάλογα με τις απαιτήσεις της κοινωνικής κατάστασης. Άτομα με υψηλά επίπεδα αυτοκαταγραφής ενεργούν βάσει των δικών τους συμπεριφορών σύμφωνα με τις περιγραφές άλλων ατόμων. Ωστόσο, ο προσωπικός χαρακτήρας, οι πεποιθήσεις και οι συμπεριφορές των ατόμων καθορίζουν τις συμπεριφορές ατόμων με χαμηλά επίπεδα αυτοκαταγραφής (Cramer & Gruman, 2002). Επιπλέον, η έννοια της αυτοκαταγραφής βασίζεται στην υπόθεση ότι οι άνθρωποι παρουσιάζονται διαφορετικοί σε μια κατάσταση, ανάλογα με το που εμφανίζεται ο πυρήνας ελέγχου. Έτσι, άτομα με χαμηλά επίπεδα αυτοκαταγραφής αντικατοπτρίζουν τις δικές τους συμπεριφορές, συναισθήματα, σκέψεις και κρίσεις. Αυτά τα άτομα μιλούν αρκετά ανοιχτά σε σχέση με εκείνα με υψηλά επίπεδα αυτοκαταγραφής. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα αυτοκαταγραφής μπορούν να ανταποκριθούν με ευκολία στα ερεθίσματα που λαμβάνουν από τη συμπεριφορά των άλλων και ως εκ τούτου έχουν μια αξιοσημείωτη ικανότητα να προσαρμόζονται στις προσδοκίες των άλλων, σε αντίθεση με τα άτομα με χαμηλά επίπεδα αυτοκαταγραφής, τα οποία ανησυχούν λιγότερο για την αξιολόγηση της υφιστάμενης κοινωνικής περίπτωσης (Kolb, 1998).

Η αυτοκαταγραφή είναι μια έννοια που αναφέρεται στις μεμονωμένες διαφορές ως προς το βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι παρατηρούν, ρυθμίζουν και ελέγχουν την εικόνα και τη εκφραστική συμπεριφορά τους (Snyder, 1987). Τα άτομα με υψηλό επίπεδο αυτοκαταγραφής προσανατολίζονται προς την κοινωνική αποδοχή και ένταξη, ενώ όσοι παρουσιάζουν σχετικά χαμηλά επίπεδα αυτοκαταγραφής είναι περισσότερο ενθουσιασμένοι ώστε να είναι συνεπείς με τις εσωτερικές τους πεποιθήσεις και αξίες ανεξάρτητα από την κατάσταση. Ο βαθμός στον οποίο οι άνθρωποι παρακολουθούν το κοινωνικό περιβάλλον και προσαρμόζουν τη συμπεριφορά τους στο περιβάλλον, βρίσκεται στον πυρήνα της ιδέας της αυτοκαταγραφής (Snyder, 1979). Στην πραγματικότητα, η αυτοκαταγραφή είναι ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα μέτρα προσωπικότητας (Briggs & Cheek, 1988). Λόγω της σπουδαιότητας αυτής της ψυχολογικής δομής για την κατανόηση της κοινωνικής συμπεριφοράς σε πολλούς

διαφορετικούς τομείς, υπάρχουν διάφορα όργανα σχεδιασμένα για να μετρούν τις μεμονωμένες διαφορές στην αυτοκαταγραφή, όπως των Lennox και Wolfe (1984) και του Snyder (1974).

Η αναθεωρημένη έκδοση της Κλίμακας Αυτοκαταγραφής επιτρέπει μια εξήγηση δύο παραγόντων, αλλά το αποτέλεσμα μπορεί επίσης να ερμηνευθεί ως μονοδιάστατο, αναγνωρίζοντας τους ανθρώπους απλώς με υψηλό ή χαμηλό επίπεδο αυτοκαταγραφής. Ο πρώτος παράγοντας (ικανότητα τροποποίησης της αυτοπαρουσίασης) μετρά την ικανότητα του ανθρώπου να αλλάζει τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρεται και αλληλεπιδρά έτσι ώστε να ταιριάζει με τις απαιτήσεις της περίπτωσης στην οποία έχει εμπλακεί (προσαρμοστικότητα), ενώ ο δεύτερος παράγοντας (ευαισθησία στη συμπεριφορά που εκδηλώνουν οι άλλοι) μετρά την ικανότητα αυτοαξιολόγησης του ατόμου όσον αφορά τη σωστή αξιολόγηση για το ποιες συμπεριφορές αρμόζουν σε μια δεδομένη κοινωνική περίπτωση.

4.2 Ερευνητικά δεδομένα για την αυτοκαταγραφή

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα από τη μελέτη του εν λόγω θέματος, τα οποία συνδέονται με την παρούσα εργασία, φαίνεται ότι τα άτομα με υψηλά επίπεδα αυτοκαταγραφής τείνουν να έχουν μεγαλύτερα επίπεδα επιτυχίας στη διαχείριση καθημερινών κοινωνικών καταστάσεων (Gangestad & Snyder, 2000). Σύμφωνα με αρκετές έρευνες, έχει διαπιστωθεί ότι άτομα με υψηλά επίπεδα αυτοκαταγραφής αποκτούν συνήθως ευνοϊκότερη φήμη (Kilduff & Krackhardt, 1994) και είναι πιθανότερο να προωθηθούν σε υψηλότερες θέσεις εργασίας (Flynn, Chatman & Spataro, 2001). Ακόμη, όπως προκύπτει από έρευνα των Boz, Ayan, Eskin και Kahramand (2014), η οποία διερευνά την επίδραση του επιπέδου αυτοκαταγραφής στη συμμετοχή στην εργασία και την συναισθηματική εξάντληση, τα άτομα που είναι ευαίσθητα στην έκφραση των άλλων είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν μεγαλύτερη αφοσίωση στη δουλειά τους.

Συνεχίζοντας, ο Ayan (2017) μελέτησε τη σχέση της αυτοκαταγραφής και του νοήματος ζωής. Στη συγκεκριμένη εργασία υποστηρίζεται ότι το επίπεδο συνειδητοποίησης της συμπεριφοράς των άλλων έχει μία σημαντική θετική επίδραση στο επιδιωκόμενο νόημα ζωής (Ayan, 2017). Ομοίως, το επίπεδο της ευαισθησίας στη συμπεριφορά των άλλων και το επίπεδο ικανότητας να τροποποιήσουν τη συμπεριφορά τους έχουν σημαντικές θετικές επιπτώσεις στην υπάρχον νόημα ζωής του ατόμου, με το επίπεδο ευαισθησίας στη

συμπεριφορά των άλλων να έχει επίσης θετική επίδραση τόσο στο επιδιωκόμενο νόημα ζωής, όσο και στο υπάρχον.

Σε έρευνα του Baez και των συνεργατών του (2012), οι οποίοι μελέτησαν την κοινωνική νοημοσύνη ενήλικων ατόμων με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας, σημειώθηκαν χαμηλότερες βαθμολογίες στην ευαισθησία για τη συμπεριφορά έκφρασης των άλλων σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Επίσης, παρουσίασαν χαμηλότερες βαθμολογίες σχετικά με την ικανότητα τροποποίησης της αυτοπαρουσίασης. Σε μία πρώτη προσπάθεια μελέτης της αυτοκαταγραφής ατόμων με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας, όπως αναφέρεται από τους ερευνητές, υπογραμμίζεται ότι ήταν αναμενόμενο οι συμμετέχοντες να είναι λιγότερο ευαίσθητοι στην εκφραστική συμπεριφορά άλλων ατόμων, υποδεικνύοντας ότι είχαν χαμηλή ικανότητα ανίχνευσης σιωπηρών κοινωνικών και διαπροσωπικών ερεθισμάτων. Παρουσίασαν επίσης μειωμένη ικανότητα στην τροποποίηση της αυτοπαρουσίαση σε κοινωνικές καταστάσεις, αναδεικνύοντας τη δυσκολία στην προσαρμογή των συμπεριφορών τους και στη διαχείριση νέων κοινωνικών καταστάσεων. Σε συμφωνία με την άποψη αυτή, έχει αναφερθεί η αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αυτοκαταγραφής και τις επιδόσεις στις κοινωνικές δεξιότητες (Furnham & Caron, 1983). Επιπλέον, η δυνατότητα τροποποίησης της αυτοπαρουσίασης συσχετίζεται αρνητικά με το κοινωνικό άγχος (Cramer & Gruman, 2002). Επομένως, οι ελλείψεις στην αυτοκαταγραφή σε κοινωνικά περιβάλλοντα μπορεί να σχετίζονται με την έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων και τα υψηλά επίπεδα άγχους (Hurtig et al., 2009· Lai et al., 2011) που αντιμετωπίζουν άτομα με αυτισμό υψηλής λειτουργικότητας.

Κεφάλαιο 5^ο: Δια βίου Εκπαίδευση

5.1 Προσδιορισμός της Δια Βίου Εκπαίδευσης

Εξετάζοντας την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία, εκτός των άλλων, γεννάται το ερώτημα αναφορικά με το ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει σε αυτή η εκπαίδευση και αφού αναφερόμαστε σε ενήλικα άτομα, τα προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης. Αναμφίβολα, η εκπαίδευση μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της ζωής μας, παρέχοντας σημαντικά εφόδια. Θεωρήθηκε λοιπόν αναγκαία η διερεύνηση των απόψεων των ατόμων με και χωρίς αναπηρία αναφορικά με τα προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης και τη σχέση τους με την ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα, αντικείμενο μελέτης αποτέλεσαν οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τις γνωστικές, εργασιακές και κοινωνικές δεξιότητες που προάγει η δια βίου εκπαίδευση, τους αντικειμενικούς και υποκειμενικούς παράγοντες που θα τους παρακινούσαν να συμμετάσχουν σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης, καθώς και διακρίσεις που ενδεχομένως υφίστανται στην πρόσβαση και τα μέσα που χρησιμοποιούνται σε αυτά τα προγράμματα.

Αρκετοί όροι έχουν χρησιμοποιηθεί προκειμένου να προσδιοριστεί εννοιολογικά η διαδικασία εκπαίδευσης ή μάθησης που λαμβάνει χώρα κυρίως έξω από το τυπικό εκπαιδευτικό σύστημα και σχετίζεται με ενήλικους. Οι βασικότεροι και πιο διαδεδομένοι από αυτούς τους όρους είναι: διά βίου εκπαίδευση, διά βίου μάθηση, εκπαίδευση ενηλίκων, συνεχιζόμενη εκπαίδευση και συνεχιζόμενη κατάρτιση. Στην παγκόσμια βιβλιογραφία συχνά παρατηρείται μια σύγχυση ως προς την ακριβή εννοιολογική οριοθέτησή τους. Αν και κάποιои από αυτούς αντιμετωπίζονται ως ταυτόσημοι και χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, οι όροι αυτοί διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους.

Με τον όρο: «Δια Βίου Μάθηση» αναφερόμαστε σε κάθε είδους γενική εκπαίδευση, επαγγελματική εκπαίδευση και κατάρτιση, ανεπίσημη εκπαίδευση και άτυπη μάθηση καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου, η οποία έχει ως στόχο την ανάπτυξη των γνώσεων, των δεξιοτήτων και των ικανοτήτων του, προκειμένου να βελτιωθεί η κοινωνική ή /και εργασιακή του κατάσταση (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο, 2006). Ο όρος «Διά Βίου Μάθηση» σημαίνει τη συνεχή, εθελοντική και αυτενεργούμενη επιδίωξη της γνώσης από το άτομο. Συμπεριλαμβάνει όλες τις μορφές μαθησιακών δραστηριοτήτων κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, οι οποίες αποσκοπούν στην κατάκτηση ή την ανάπτυξη προσωπικών ή επαγγελματικών γνώσεων, δεξιοτήτων και ικανοτήτων.

Από την άλλη πλευρά η «Διά Βίου Εκπαίδευση» συμβάλλει στη διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης προσωπικότητας, οδηγώντας στην ανέλιξη του ατόμου και στην ισότιμη, ενεργητική συμμετοχή στο κοινωνικό-πολιτιστικό-οικονομικό-πολιτικό γίγνεσθαι. Οι όροι διά βίου εκπαίδευση και διά βίου μάθηση συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά στη βιβλιογραφία ως συνώνυμοι ή ακόμα και ως ταυτόσημοι. Σύμφωνα με τον Jarvis (2004) οι δύο αυτές έννοιες είναι εξ ορισμού διακριτές, αν και έχουν κοινές σημασιολογικές αφετηρίες, με το κοινό στοιχείο ανάμεσα στις δύο να είναι ο προσδιορισμός διά βίου. Ωστόσο, οι λέξεις εκπαίδευση και μάθηση διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους. Ο Ξωχέλλης (1989) θεωρεί ότι η εκπαίδευση αποτελεί μια θεσμοθετημένη και ελεγχόμενη παιδαγωγική διαδικασία από την πλευρά της πολιτείας ή άλλου φορέα, με στόχο τη μετάδοση ενός συστήματος γνώσεων και αξιών, υπό μία οργανωμένη μορφή διεξαγωγής, αλλά και με επίσημες και ελεγχόμενες προδιαγραφές. Η «δια βίου μάθηση» περιλαμβάνει «όλες τις μορφές μαθησιακών δραστηριοτήτων στη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου, που αποσκοπούν στην απόκτηση ή την ανάπτυξη γνώσεων, δεξιοτήτων και ικανοτήτων, οι οποίες συμβάλλουν στη διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης προσωπικότητας, στην επαγγελματική ένταξη και εξέλιξη του ατόμου, στην κοινωνική συνοχή, στην ανάπτυξη της ικανότητας ενεργού συμμετοχής στα κοινά και στην κοινωνική, οικονομική και πολιτιστική ανάπτυξη» σύμφωνα με το άρθρο 2 του νόμου 3879/2010 (ΦΕΚ 163/Α/21-092010) – «Ανάπτυξη της δια βίου μάθησης και λοιπές διατάξεις». Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιείται ο όρος «Δια Βίου Εκπαίδευση», αφού οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αποτυπώσουν τις αντιλήψεις τους αναφορικά με οργανωμένα προγράμματα εκπαίδευσης.

Στη βιβλιογραφία ο όρος διά βίου εκπαίδευση εμφανίζεται με έναν ολοκληρωμένο τρόπο προσέγγισης το 1929 στο έργο του Yeaxlee, με τίτλο: «Lifelong Education». Ωστόσο, ορόσημο για την ιστορία της διά βίου εκπαίδευσης είναι αναμφισβήτητα η Έκθεση της Unesco με τον τίτλο: «Learning to Be. The world of education. Today and Tomorrow» (1972), γνωστή και ως Έκθεση Faure, με την οποία καθιερώνεται ο συγκεκριμένος όρος. Όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά σε αυτήν: «Κάθε άτομο θα πρέπει να είναι σε θέση να συνεχίζει να μαθαίνει σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Η ιδέα της διά βίου εκπαίδευσης είναι ο θεμέλιος λίθος της κοινωνίας της γνώσης, με την έννοια διά βίου καλύπτει όλες τις μορφές εκπαίδευσης, περιλαμβάνοντας τα πάντα. Δεν υπάρχει ένα ξεχωριστό «σταθερό» κομμάτι της εκπαίδευσης που να μην είναι διά βίου. Με άλλα λόγια, η διά βίου εκπαίδευση δεν είναι ένα εκπαιδευτικό σύστημα αλλά η αρχή στην οποία βασίζεται η συνολική οργάνωση ενός συστήματος και η οποία αντίστοιχα αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη του καθενός από τα επιμέρους στοιχεία του». (σ. 181-182) Η διά βίου εκπαίδευση είναι πρόδρομος της ιδέας της διά βίου μάθησης και αποτελεί μια ολιστική και ολοκληρωμένη στρατηγική που αποσκοπεί

στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας της προσωπικής και συλλογικής ζωής του ατόμου (Medel-Añonuevo, Ohsako, & Mauch, 2001).

5.2 Διά βίου εκπαίδευσή και αναπηρία

Τα προγράμματα που σχεδιάζονται και υλοποιούνται στο πλαίσιο της «Διά Βίου Εκπαίδευσης» έχουν διττό στόχο. Αφενός τη συστηματική παροχή γνώσεων εργασιακού, οικονομικού και κοινωνικού ενδιαφέροντος και αφετέρου την απόκτηση κατάλληλων δεξιοτήτων και ικανοτήτων, που θα διασφαλίσουν επαγγελματική αποκατάσταση του ατόμου. Η λήψη μέτρων για την αύξηση της συμμετοχής των ατόμων με αναπηρία σε προγράμματα διά βίου εκπαίδευσης, η οποία θα επιτυγχάνεται μέσα από το συστηματοποιημένο σχεδιασμό και την εφαρμογή κατάλληλων προγραμμάτων, θα πρέπει ασφαλώς να αποτελεί προτεραιότητα της εκπαιδευτικής πολιτικής. Τα προγράμματα διά βίου εκπαίδευσης είναι απαραίτητα να παρέχουν τα κατάλληλα εφόδια, τα οποία θα διασφαλίζουν την ενεργό συμμετοχή της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας στην κοινωνία και την ομαλή ένταξή της στην αγορά εργασίας. Η εργασία αποτελεί μια θεμελιώδη μορφή κοινωνικής έκφρασης και ταυτόχρονα μια σημαντική ανθρώπινη ανάγκη, καθώς συμβάλλει στην επίτευξη προσωπικών στόχων και στην επιβεβαίωση του ατόμου. Όμως η κατάσταση διαφοροποιείται όταν πρόκειται για τα άτομα που φέρουν κάποια αναπηρία, και κυρίως νοητική ή αναπτυξιακή. Αφότου λοιπόν ολοκληρωθεί η όποια σχολική φοίτησή τους χρειάζεται συνεχής εξειδίκευση προκειμένου να μπορέσουν να ενταχθούν στην αγορά εργασίας και καθοριστικό ρόλο σε αυτή την προσπάθεια τους διαδραματίζει η διά βίου εκπαίδευση.

Η διά βίου εκπαίδευση, όπως προαναφέρθηκε, καλύπτει όλες τις μαθησιακές δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια της ζωής με σκοπό τη βελτίωση της γνώσης, των δεξιοτήτων και των στάσεων, ενώ η διά βίου μάθηση εξυπηρετεί την προσωπική ανάπτυξη του ανθρώπου και επικεντρώνεται στην κοινωνική ολοκλήρωση και στη βελτίωση των επαγγελματικών-εργασιακών εφοδίων του (SEC, 2000). Παρέχει τη δυνατότητα στο άτομο με αναπηρία να ενδυναμωθεί, να ενισχύσει τις κοινωνικές του ικανότητες και τις προσωπικές του δεξιότητες, ενώ ταυτόχρονα συνεισφέρει στον εμπλουτισμό των εργασιακών του προσόντων και στον αυτοπροσδιορισμό του. Εκτός από τα βασικά καθαρά επαγγελματικά προσόντα, τα άτομα με αναπηρία χρειάζεται να έχουν ανεπτυγμένες και τις κοινωνικές τους δεξιότητες, κάτι που ενδεχομένως μπορεί επίσης να συνεισφέρει η συμμετοχή τους σε

προγράμματα διά βίου εκπαίδευσης. Η συστηματική εμπλοκή των ατόμων με αναπηρία σε αυτά θα συμβάλλει ποικιλοτρόπως στην άρση των προκαταλήψεων, στη διαφύλαξη και την προάσπιση των δικαιωμάτων τους και στη διαφύλαξη της δημοκρατίας και του κοινωνικού κράτους δικαίου. Αξίζει ακόμη να σημειωθεί ότι βασικός και κύριος στόχος που καλείται να υλοποιήσει ο θεσμός της διά βίου εκπαίδευσης των ατόμων με αναπηρία είναι η διασφάλιση ισότιμων ευκαιριών για πλήρη συμμετοχή, για ανεξάρτητη διαβίωση και για οικονομική αυτάρκεια και ανεξαρτησία.

Σύμφωνα με την Χατζηπέτρου (2013) οι φορείς παροχής Διά Βίου Εκπαίδευσης οφείλουν, μεταξύ άλλων να επικεντρώνονται:

- Στην ουσιαστική αναβάθμιση της ποιότητας της παρεχόμενης εκπαίδευσης και την προώθηση της κοινωνικής ένταξης των ατόμων με αναπηρία.
- Στην αναβάθμιση των συστημάτων της αρχικής προ-επαγγελματικής κατάρτισης και της επαγγελματικής εκπαίδευσης, καθώς και στη διασύνδεση της εκπαίδευσης με την αγορά εργασίας.
- Στις μεταρρυθμίσεις στο εκπαιδευτικό σύστημα, έτσι ώστε η διά βίου μάθηση να καταστεί πραγματικότητα για όλους.

Συγκεκριμένα, για την επίτευξη αυτού του στόχου χρειάζεται να υπάρχει πρόβλεψη και σχεδιασμός, με σκοπό τη δημιουργία κατάλληλων προϋποθέσεων και τη λήψη μέτρων, ενώ τα μέτρα αυτά χρειάζεται επίσης να λαμβάνονται στο πλαίσιο μιας ολιστικής προσέγγισης. Η «Καθολική Σχεδίαση για Μάθηση», όπως αναφέρεται από τη Χατζηπέτρου (2013), αποτελεί το επιστημονικό πλαίσιο της εκπαιδευτικής πρακτικής που αναφέρεται στο συστηματικό τρόπο σχεδίασης και παροχής εκπαιδευτικών μέσων και υπηρεσιών, προκειμένου να μπορούν να χρησιμοποιηθούν από το σύνολο των ατόμων με αναπηρία και να αξιοποιηθούν στη μέγιστη δυνατή έκταση των λειτουργικών δυνατοτήτων τους. Ο σχεδιασμός των μέσων και των υπηρεσιών χρειάζεται να συμπεριλαμβάνει όλες τις πλευρές και τις εκφάνσεις της ζωής των ατόμων με αναπηρία (Σούλης, 2013).

Επιπλέον, η παρεχόμενη εκπαίδευση είναι αναγκαίο να σχεδιάζεται έχοντας ως βασικό κριτήριο και γνώμονα τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία του ατόμου, μη παραβλέποντας τις ανάγκες του. Η εξέλιξη θα πρέπει να αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της εκπαίδευσης, με τη διαφοροποίησή της, ανάλογα με την πρόοδο του εκπαιδευόμενου.

Από τα προαναφερόμενα, αναδεικνύεται η αναγκαιότητα δράσης του αναπηρικού κινήματος, δηλαδή των φορέων εκπροσώπησης των ατόμων με αναπηρία, προκειμένου να

σχεδιαστούν πρακτικές οι οποίες θα διασφαλίζουν και θα ενισχύουν την πρόσβασή τους στα διάφορα προγράμματα (Rogers, 2006). Σε σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε, διαφάνηκε ότι ανάμεσα στα σημαντικότερα κίνητρα για την συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης, συγκαταλέγεται η επιθυμία για τη διερεύνηση γνώσεων, τη βελτίωση δεξιοτήτων και την απόκτηση ικανοτήτων σχετικών με την προοπτική της εύρεσης εργασίας. Ωστόσο, από την άλλη μεριά φαίνεται να εντοπίζονται ισχυρά αντικίνητρα, τα οποία εμποδίζουν την ισότιμη συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία σε τέτοιου είδους προγράμματα (ΕΣΑμεΑ, 2008). Τέτοιου είδους αντικίνητρα αποτελούν μεταξύ άλλων (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (ΕΣΑμεΑ), 2008, σ. 152-155):

- Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το οποίο συναντάται συχνότερα ανάμεσα στον πληθυσμό των ατόμων με αναπηρία.
- Οι μη προσβάσιμες υποδομές.
- Η χαμηλή αυτοεκτίμηση που συχνά βιώνουν τα άτομα με αναπηρία
- Ο μη προσβάσιμος εξοπλισμός που υπάρχει στα κέντρα και τις δομές των προγραμμάτων.
- Οι δυσάρεστες εμπειρίες που έχουν αποκομίσει τα άτομα με αναπηρία από το εκπαιδευτικό σύστημα.
- Η απογοήτευση που συχνά νιώθουν για το νόημα της εκπαίδευσης.
- Η ανεπαρκής ενημέρωση.
- Η απουσία στοχευμένων προγραμμάτων που να απευθύνονται σε ειδικές κατηγορίες αναπηρίας.
- Τα πρόβλημα μετακίνησης που συχνά αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτά.
- Διαφόρων ειδών προβλήματα επικοινωνίας.
- Η έλλειψη μέριμνας για τη χορήγηση οικονομικής αποζημίωσης.

Ακόμη, στην περίπτωση των ατόμων με νοητικές ή και αναπτυξιακές αναπηρίες δεν μπορεί ο εκπαιδευτής να θεωρεί ως δεδομένο και να στηρίζεται για το σχεδιασμό του περιεχομένου της εκπαίδευσης μόνο στη χρονολογική ηλικία τους. Απαραιτήτως θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και ο παράγοντας εμπειρία, ο οποίος θα αποτελεί τη βάση στην εκπαίδευση των ενηλίκων ατόμων με αναπηρία. Άλλωστε η θέση των ατόμων με αναπηρία ως προς το επίπεδο ποιότητας ζωής του θα πρέπει να συνεξετάζεται με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Δελλασούδας, 2006), οι οποίες είναι επιτακτική ανάγκη να παρέχονται διά βίου.

Σύμφωνα με μελέτη που εκπονήθηκε από το Κέντρο Ευρωπαϊκού Συνταγματικού Δικαίου - Ίδρυμα Θεμιστοκλή και Δημήτρη Τσάτσου για λογαριασμό της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία (2014) αναδεικνύεται η ανάγκη παροχής δια βίου εκπαίδευσης σε ενήλικα άτομα με αναπηρία. Στη συγκεκριμένη έρευνα επισημαίνεται ακόμη πως βασικό στόχο των προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης που απευθύνονται σε άτομα με αναπηρία, σύμφωνα με αυτά, χρειάζεται να αποτελούν η ενίσχυση της αυτοεξυπηρέτησης, της κοινωνικοποίησης, της ψυχαγωγίας/άθλησης, της προώθησης στην απασχόληση, της απόκτησης γνώσεων για εύρεση/διατήρηση εργασίας και της απόκτησης γενικής παιδείας. Επιπλέον, στα σημαντικότερα προβλήματα που φάνηκε να αντιμετωπίζουν τα ενήλικα άτομα με αναπηρία κατά την εκπαίδευσή τους, με βάση τις απαντήσεις τους, συγκαταλέγονται ο τρόπος οργάνωσης και εφαρμογής των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς επίσης και το εκπαιδευτικό υπόβαθρο του ατόμου με αναπηρία.

Στη βάση αυτή λοιπόν, αναζητήθηκαν οι αντιλήψεις των ίδιων των ατόμων με αναπηρία, με σκοπό τη βαθύτερη κατανόηση των αναγκών τους, καθώς και την αξιολόγηση των προσφερόμενων προγραμμάτων από τη δική τους οπτική γωνία, ενώ επίσης επιχειρήθηκε η διερεύνηση της σχέσης τους με την ποιότητα ζωής και τα επίπεδα κατάθλιψης.

Κεφάλαιο 6^ο: Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί για την ποιότητα ζωής ατόμων με αναπηρία

Ο Brown και οι συνεργάτες του (2009), παρατήρησαν ότι η ποιότητα ζωής μας κάνει να εξετάσουμε το «οικολογικό μοντέλο» της αναπηρίας, που θεωρεί την αναπηρία ως την έκφραση των ατομικών περιορισμών μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο και από το κοινωνικό μοντέλο που θεωρεί την αναπηρία ως βασική πτυχή της κοινωνίας (Brown, Lee, Joshi, & Pashos, 2009). Η ποιότητα ζωής επιτρέπει στους επαγγελματίες μια πολυδιάστατη εικόνα της ζωής του ατόμου και σχεδιάζει τις ανάγκες υποστήριξής του σε διαφορετικά περιβάλλοντα ζωής (Verdugo et al 2005). Στον τομέα της αναπηρίας, αυτή η έννοια θα πρέπει να νοείται ως ένα πρότυπο μοντέλο για την ενίσχυση όλων των πτυχών της ζωής όλων των πολιτών.

Σε έρευνα των Mattevi, Bredemeier, Fam & Fleck (2012), στην οποία συμμετείχαν άτομα με διάφορες αναπηρίες, συγγενείς και φροντιστές ατόμων με αναπηρίες, διαπίστωσαν ότι τα άτομα με αναπηρία ανέφεραν ως σημαντικούς παράγοντες για την ποιότητα ζωής τους την επαγγελματική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, τις δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου και την κοινωνική ένταξη.

Οι Kitis, Eraslan, Koc, Giresun & Usta (2017), διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ του βαθμού της αναπηρίας, της ικανοποίησης από τις δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου και της ποιότητας ζωής. Τους συμμετέχοντες αποτέλεσαν 627 εργαζόμενα άτομα με αναπηρία. Τα αποτελέσματα της έρευνας τους έδειξαν διαφοροποιήσεις στην ποιότητα ζωής τους ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, ενώ δε σημειώθηκαν σημαντικές συσχετίσεις με την ικανοποίηση από δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου και το βαθμό της αναπηρίας σε καμία από τις ομάδες των συμμετεχόντων.

Μία από τις πρώτες μελέτες που ασχολήθηκαν με το θέμα της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία ήταν των Schalock και Lilley (1986) οι οποίοι χρησιμοποίησαν ένα ερωτηματολόγιο για να αξιολογήσουν την επιτυχία στη διαβίωση και στην εργασία. Σε σχέση με την εργασία, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα άτομα με αναπηρία που ήταν ευχαριστημένα από τις αρμοδιότητες που κατείχαν απολάμβαναν καλύτερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με αυτούς που είχαν αποτύχει στην εργασία ή δεν ήταν ευχαριστημένοι από τη δουλειά τους. Επίσης, διαπίστωσαν ότι ο παράγοντας ικανοποίηση από τη ζωή δε σχετίζεται με τον παράγοντα επιτυχία στην εργασία, αλλά το αντίστροφο δεν ισχύει. Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που διατήρησαν τη θέση εργασίας διέθεταν υψηλή λειτουργικότητα και είχαν ελαφρύτερης μορφής αναπηρίες. Επομένως, δεν είναι σαφές εάν είναι η εργασία ή η

σοβαρότητα της αναπηρίας που επηρεάζει τα ευρήματά των ερευνητών. Ο Fabian από την άλλη (1991) προσπάθησε να μετρήσει κατά πόσο τα άτομα με νοητική αναπηρία που εργάζονται είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τα άτομα με νοητική αναπηρία που ήταν άνεργα. Διαπίστωσε ότι αυτοί που εργάζονταν σημείωσαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες απ' αυτούς που βρίσκονταν εκτός εργασίας σε δύο από τους οχτώ άξονες της ποιότητας ζωής. Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι η απασχόληση δεν οδήγησε σε υψηλότερη βαθμολογία στους υπόλοιπους έξι δείκτες της ποιότητας ζωής. Σε γενικές γραμμές, δηλαδή, ο Fabian οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι η απασχόληση δεν επηρεάζει την ποιότητα ζωής.

Σε μία μεταγενέστερη έρευνα από τον Salkever (2000), η οποία ασχολήθηκε με το επίπεδο απασχόλησης σε σχέση με την ικανοποίηση από τη ζωή σε νεαρά άτομα με αναπηρίες, προκύπτει ότι η οργάνωση εθελοντικής εργασίας για τα άτομα με αναπηρίες μπορεί να δώσει κίνητρο συμμετοχής και να βελτιώσει τη ποιότητα ζωής τους. Στην έρευνα συμμετείχαν 3.856 άτομα, ηλικίας 16 έως 27 ετών, με το 60% αυτών να φέρουν νοητική αναπηρία, ενώ οι υπόλοιποι επιληψία, εγκεφαλική παράλυση, κινητικές αναπηρίες και συναισθηματικές διαταραχές. Τα αποτελέσματα διακρίνονται σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή για τα άτομα που ήταν άνεργα και ανέφεραν σαν δραστηριότητα την απασχόληση με το σπίτι, συγκριτικά με τα άτομα που είτε είχαν έμμισθη απασχόληση είτε ήταν σπουδαστές είτε έκαναν εθελοντική εργασία.

Όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία, οι περισσότερες έρευνες που έχουν ασχοληθεί με την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία, εστιάζουν στην ποιότητα ζωής των ατόμων με νοητική αναπηρία, καθώς και στην ποιότητα ζωής ατόμων κινητική αναπηρία.

Η έρευνα για την ποιότητα ζωής των ατόμων με οπτική αναπηρία είναι περιορισμένη. Κυρίως, πρόκειται για κλινικές μελέτες που αναλύουν δείκτες των προβλημάτων όρασης όπως η οπτική οξύτητα και το οπτικό πεδίο. Μικρός αριθμός ερευνών έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων με οπτική αναπηρία και τη σχέση της με την απασχόληση και τον τρόπο ζωής (DeLaGarza & Erin, 1993), την αντίληψη της υγείας (Alonso, Prieto, Ruigómez, & Antó, 1994), τον αντίκτυπο των εκπαιδευτικών υπηρεσιών (Ghotra, McIsaac, Kirk & Kuhle, 2016) και την ικανοποίηση από τη ζωή (Davis, Lovie-Kitchin, & Thompson, 1995).

Οι Langelaan, de boer, van Nispen, Wouters, Moll & van Rens (2007) συνέκριναν στη μελέτη τους την ποιότητα ζωής ατόμων με οπτική αναπηρία και ατόμων χωρίς αναπηρία. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν ότι τα άτομα οπτική αναπηρία είχαν περισσότερα προβλήματα σε κάθε πτυχή της ζωής και, συνεπώς, χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Η ποιότητα ζωής των ατόμων με οπτική αναπηρία συγκρίθηκε επίσης με αυτήν των ατόμων με άλλες

χρόνιες παθήσεις. Τα αποτελέσματα σε αυτή την περίπτωση έδειξαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής των ατόμων με οπτική αναπηρία από τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη τύπου 2 και από άτομα με ακουστική αναπηρία, αλλά καλύτερη ποιότητα ζωής από τα άτομα με εγκεφαλικό επεισόδιο, σκλήρυνση κατά πλάκας, κατάθλιψη και ψυχικές ασθένειες.

Η έρευνα των Rey, Nzegwu και Dooley (2006) έδειξε ότι οι μερικώς βλέποντες αντιμετωπίζουν λιγότερα προβλήματα από ό, τι τα άτομα με ολική απώλεια όρασης στη δημιουργία φίλων, την εκπλήρωση ρόλων ζωής, καθώς και το ότι αισθάνονται λιγότερο κοινωνικά απομονωμένα, ενώ η ποιότητα ζωής τους φάνηκε να είναι καλύτερη.

Σε παρόμοια αποτελέσματα καταλήγει και η έρευνα των Vuletić, Šarlija & Benjak (2016), η οποία μελέτησε τις διαφορές στην ποιότητα ζωής ατόμων με μερική και ολική απώλεια όρασης, υποστηρίζοντας ότι τα άτομα με μερική απώλεια όρασης σημείωσαν καλύτερη ποιότητα ζωής από άτομα με ολική απώλεια. Επιπλέον, διαπιστώθηκε διαφορά στην ποιότητα ζωής μεταξύ των ατόμων σε συνάρτηση με την εμφάνιση της αναπηρίας, με τα άτομα με εκ γενετής οπτική αναπηρία να εμφανίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής από ό, τι τα άτομα με επίκτητη οπτική αναπηρία. Διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ τους σημειώθηκαν ακόμη ανάλογα με την παρακολούθηση ή μη προγράμματος ψυχολογικής υποστήριξης, με τους συμμετέχοντες που συμμετείχαν να παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Παρομοίως, μικρός αριθμός ερευνών αναφορικά με την ποιότητα ζωής καταγράφεται και για άτομα με ακουστική αναπηρία, αναδεικνύοντας τις επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους εξαιτίας των αρνητικών συναισθημάτων, καθώς φαίνεται να έχουν περιορισμένη κοινωνική προβολή (Nunes, Pretzlik, & Olson, 2001), ενώ συχνά αναφέρουν ότι αισθάνονται περισσότερη μοναξιά από ότι οι ακούοντες συνομήλικοί τους (Kent, 2003).

Οι Luey, Glass και Elliot (1995) διαπίστωσαν σε έρευνά τους ότι όσοι έχασαν την ακοή τους σε ηλικία τριών ετών και άνω ενδέχεται να βιώσουν μια μειωμένη ποιότητα ζωής από εκείνους που είχαν απώλεια ακοής από τους πρώτους μήνες της ζωής τους, κατά τους ίδιους, λόγω της θλίψης που ακολουθεί την απώλεια της ακρόασης της ομιλούμενης γλώσσας. Επίσης, μια μελέτη στη Δανία (Clausen, 2003, όπ. ανάφ. σε Kvam, Loeb & Tambs, 2007) διαπίστωσε περισσότερα προβλήματα ψυχικής υγείας μεταξύ ενήλικων ατόμων με ακουστική αναπηρία και ατόμων χωρίς αναπηρία. Η μελέτη κατέδειξε επίσης ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός απώλειας της ακοής, τόσο περισσότερο τείνουν να παρουσιάζονται προβλήματα ψυχικής υγείας.

Σύμφωνα με έρευνα των Fellingner, Holzinger, Gerich & Goldberg (2005), οι οποίοι μελέτησαν την ποιότητα ζωής ατόμων με ακουστική αναπηρία συγκρίνοντάς την με αυτήν των ατόμων χωρίς αναπηρία, προέκυψε σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής για τους

πρώτους, κατά κύριο λόγο στον τομέα της φυσικής και ψυχικής υγείας. Ωστόσο, στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων δεν αποδείχθηκε σημαντική διαφορά. Αξίζει να σημειωθεί ότι στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ερευνητικό εργαλείο μέτρησης για την ποιότητα ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQOL-BREF) το οποίο χρησιμοποιείται και στην παρούσα εργασία. Σύμφωνα με τους ερευνητές, παρόλο που καταδεικνύεται μια φτωχή ποιότητα ζωής και υψηλότερο επίπεδο ψυχικής δυσφορίας για τα άτομα με ακουστική αναπηρία, η ομοιότητα με τον γενικό πληθυσμό στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων μπορεί να θεωρηθεί ως δείκτης της ικανότητας της κοινότητας κωφών να δημιουργήσει ικανοποιητικές σχέσεις βασισμένες σε μια κοινή επικοινωνία-σύστημα επικοινωνίας, για τους περισσότερους κωφούς η νοηματική γλώσσα έχει αυτόν τον ζωτικό ρόλο.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Simoes και Santos (2016), αναφορικά με τα προσωπικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με νοητική αναπηρία, παρουσιάζεται μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού νοητικής αναπηρίας και ποιότητας ζωής, κατά την οποία τα άτομα με μικρότερο βαθμό νοητικής αναπηρίας έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τα άτομα με μεγαλύτερο βαθμό νοητικής αναπηρίας. Η συγκεκριμένη μελέτη πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του εργαλείου POS-A. Παράλληλα, όπως προκύπτει από την ίδια έρευνα, οι καθημερινές δραστηριότητες των ατόμων αλλά και οι συνθήκες διαβίωσης έχουν σημαντική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής τους. Ακόμη, συγκρίνοντας την ποιότητα ζωής ατόμων με και δίχως νοητική αναπηρία, υποστηρίζουν την ύπαρξη υψηλότερων βαθμολογιών της ποιότητας ζωής για τον γενικό πληθυσμό, με τα αποτελέσματα τους να συμφωνούν με μια σειρά προγενέστερων ερευνών (Edwards, Patrick, & Topolski, 2003· Golubović & Škrbić, 2013· Keith & Bonham 2005· Sands & Kozleski, 1994· Watson & Keith, 2002).

Ακολούθως, η έρευνα των Σούλη και Φλωρίδη (2006) είχε στόχο να καταγράψουν τις απόψεις και τις προσδοκίες νέων με ήπια νοητική αναπηρία για επιμέρους τομείς της ποιότητας ζωής και πώς το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον επηρεάζει τις επιλογές αυτές. Τους συμμετέχοντες της έρευνας αποτέλεσαν επτά κορίτσια και πέντε αγόρια ηλικίας 14-24 χρόνων. Αναφορικά με τον τομέα της εργασίας οι επιλογές των περισσότερων συμμετεχόντων ήταν σύμφωνες με τα προσόντα και τις ικανότητές τους. Όσον αφορά τη διαβίωση οι περισσότεροι συμμετέχοντες εξέφρασαν την επιθυμία να ζήσουν στο δικό τους σπίτι και να δημιουργήσουν οικογένεια, αν και φάνηκε να κατανοούν τις δυσκολίες που έχει η ανεξάρτητη διαβίωση. Όλοι δήλωσαν ότι θέλουν να έχουν φίλους και μάλιστα είχαν έντονη επιθυμία να συναναστρέφονται με άτομα χωρίς αναπηρία, όπως επίσης και να δημιουργήσουν σχέσεις δηλώνοντας την ανάγκη

για την ύπαρξη συντρόφου. Τέλος, η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου περιοριζόταν στις ευκαιρίες που πρόσφερε η οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Σύμφωνα με έρευνα των Edwards, Patrick και Topolski (2003) οι οποίοι μελέτησαν την ποιότητα ζωής εφήβων με και χωρίς αναπηρία, υποστηρίζεται ότι οι έφηβοι με αναπηρία ανέφεραν χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής από αυτούς χωρίς. Επιπλέον συμπεραίνουν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα και η αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας είναι σημαντικές συσχετίσεις της ποιότητας ζωής.

Σε μία ακόμη ερευνητική προσπάθεια με θέμα την ποιότητα ζωής ατόμων με νοητική αναπηρία από την Karr (2011), η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής πενήντα οχτώ (58) ενηλίκων με νοητική αναπηρία ανέδειξε σημαντικές διαφορές από χώρα σε χώρα, τόσο σε ότι αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όσο και στον τρόπο αντιμετώπισης της αναπηρίας. Με τον αυτοπροσδιορισμό, την εργασία και τις δεξιότητες υπεράσπισης του ατόμου να αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της ποιότητα ζωής τους.

Οι συνθήκες διαβίωσης των ατόμων με νοητική αναπηρία, έχουν αποτελέσει σημείο προβληματισμού κατά τις τελευταίες δεκαετίες, κυρίως με την εμφάνιση της τάσης για αποιδρυματοποίηση. Κατά την βιβλιογραφική ανασκόπηση των Chowdhury και Benson (2011), καταγράφεται μια θετική αλλαγή αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων που μεταφέρονταν από τα ιδρύματα σε σπίτια στην κοινότητα. Φάνηκε λοιπόν, οι δεύτεροι να έχουν περισσότερες ευκαιρίες επιλογής, αυξημένη αλληλεπίδραση με τους άλλους κάτοικους και το προσωπικό, μεγαλύτερη συμμετοχή σε εξόδους και σε δραστηριότητες αναψυχής, αυξημένα επίπεδα υλικής ευημερίας και αξιοπρέπειας.

Αρκετές έρευνες ασχολήθηκαν με την εκτίμηση της ποιότητας ζωής μέσα από τις απόψεις των ατόμων με αναπηρίες. Η ποιοτική έρευνα των Boswell, Dawson και Heininger (1998), επιχειρεί να εξετάσει την έννοια της ποιότητας ζωής όπως την αντιλαμβάνονται τα άτομα με αναπηρία και να αναδείξει τις διαστάσεις που αυτή περιλαμβάνει έννοια αυτή. Φαίνεται λοιπόν τα άτομα με αναπηρία και συγκεκριμένα με κάκωση νωτιαίου μυελού, τα οποία έλαβαν μέρος στη έρευνα να αναγνωρίζουν την ικανοποίηση από τη ζωή, ως το κλειδί στην αντίληψη της ποιότητας ζωής. Οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν ακόμη τρεις σημαντικές διαστάσεις που συνεισφέρουν στην ποιότητα της ζωής α) τη στάση προς τη ζωή, β) τις ευκαιρίες για εργασία και γ) το επίπεδο του εισοδήματος.

Παρά το γεγονός πως η στάση προς τη ζωή αποτέλεσε τον πιο σημαντικό παράγοντα, το επίπεδο του εισοδήματος θεωρήθηκε απαραίτητη προϋπόθεση για μια πιο θετική στάση προς τη ζωή. Παρόμοια στην έρευνα του Dijkers (1997), εξετάστηκαν δεδομένα από 22 κοινωνικο-ψυχολογικές έρευνες, αναφορικά με την ποιότητα ζωής ατόμων με τραύμα στη σπονδυλική

στήλη, με στόχο την αξιολόγηση και κατάταξη των αποτελεσμάτων. Οι εν λόγω έρευνες περιλάμβαναν την ευτυχία, την ψυχική ευεξία, την ηθική και την ικανοποίηση από τη ζωή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, ενώ τα άτομα με κάκωση του νωτιαίου μυελού ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής ευεξίας από άτομα χωρίς αναπηρία, υπήρχε μόνο μια μικρή στατιστικά μη σημαντική σχέση μεταξύ της αναπηρίας και της ποιότητας ζωής. Τα συμπεράσματα αυτών των ευρημάτων έδειξαν ότι, κοινωνική διάσταση αποτελούσε τη σημαντικότερη επίδραση στη ποιότητα ζωής των ατόμων με κάκωση του νωτιαίου μυελού.

Σε έρευνα των Λατσού, Πιερράκου, Υφαντόπουλου Ι. και Υφαντόπουλου Ν. (2014) για την ποιότητα ζωής ατόμων με κινητικά προβλήματα, με τη χρήση ενός γενικού εργαλείου μέτρησης της ποιότητας ζωής (EQ-5D), αναδεικνύεται η χαμηλή ποιότητα ζωής των ατόμων με κινητικά προβλήματα (σε αναπηρικές καρέκλες) στην Ελλάδα, με τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες αλλά και τα χαρακτηριστικά της αναπηρίας να επηρεάζουν σημαντικά την κατάσταση υγείας αυτών. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων τους κατέδειξε ότι όλες οι διαστάσεις του εργαλείου επηρεάζονται από τον περιορισμό της κινητικότητας. Συγκεκριμένα, στις διαστάσεις: κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, συνήθειες δραστηριότητες, άλγος/ δυσφορία και κατάθλιψη, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε: «έχω μερικά προβλήματα». Ακόμη, σύμφωνα με τους ερευνητές το είδος της αναπηρίας, η διάρκεια αυτής, καθώς και η αιτία της αναπηρίας επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ατόμων με κινητική αναπηρία. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο μόρφωσης φάνηκε να επηρεάζουν σημαντικά την κινητικότητα των ατόμων, επιβεβαιώνοντας την υπάρχουσα βιβλιογραφία (Hageman, Janssens, Winkel, Sieradzan, Reuser & Van Doorn, 2004· Melzer & Parahyba, 2004· Rubenstein, Powers & McLean, 2001).

Συνεχίζοντας, οι Hampton και Marshall, (2000), διερεύνησαν τις διαφορές ως προς την ποιότητα ζωής μεταξύ δύο διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων, Αμερικανών και Κινέζων, με τραύμα στη σπονδυλική στήλη. Στην έρευνα συμμετείχαν 263 άτομα με κάκωση του νωτιαίου μυελού (133 Αμερικάνοι και 130 Κινέζοι). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, οι Αμερικάνοι φάνηκαν να είναι πιο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους σε σχέση με τους Κινέζους, ενώ κουλτούρα δε έδειξε να επηρεάζει την ικανοποίηση από τη ζωή. Επιπρόσθετα, και για τους δυο λαούς, αντιλαμβανόμενη υγεία και αυτό-αποτελεσματικότητα συσχετιζόταν με την ικανοποίηση από τη ζωή. Τα πιο σημαντικά συστατικά της ποιότητας ζωής για τους συμμετέχοντες ήταν, η ευκαιρία για συνεισφορά στην κοινωνία, οι καλές σχέσεις με τον σύντροφο, γάμος, τα παιδιά οι φίλοι, η καλή κατάσταση σωματικής υγείας, η ψυχική ευεξία,

εισοδηματική ασφάλεια, και η διαβίωση σε ένα περιβάλλον προσβάσιμο, με την υποστήριξη του κράτους.

Συνεχίζοντας, οι Barker, Kendall, Amsters, Pershouse, Haines και Kuipers (2009) μελέτησαν τη σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και αναπηρίας καθ' όλη τη διάρκεια ζωής ατόμων με τραυματισμό του νωτιαίου μυελού, στην Αυστραλία. Με τα αποτελέσματα τους να αναδεικνύουν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής των ατόμων με τραυματισμό του νωτιαίου μυελού συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής στη συγκεκριμένη μελέτη ήταν η παρουσία δευτερογενών βλαβών, όπως για παράδειγμα: νευροπαθητικός πόνος, λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος, ενώ ο δεύτερος σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας ήταν η κοινωνική συμμετοχή των ατόμων. Το γεγονός ότι πολλές υπηρεσίες αποκατάστασης εξακολουθούν να επικεντρώνονται στην παροχή υπηρεσιών για την σωματική βλάβη και την κάμψη των περιορισμών της φυσικής δραστηριότητας των ατόμων, δίνοντας λιγότερη έμφαση στην κοινωνική συμμετοχή, δείχνει να ανησυχεί τους ερευνητές, οι οποίοι προτείνουν να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην αξιολόγηση και παρέμβαση που σχετίζεται με την κοινωνική συμμετοχή, ιδίως όσον αφορά την ενίσχυση των παραγόντων που διευκολύνουν τη συμμετοχή και την εξάλειψη αυτών που την παρεμποδίζουν. Ακόμη οι μελετητές τονίζουν την ανάγκη αποτελεσματικότερης αντιμετώπισης της ποιότητας ζωής ως στόχου για υπηρεσίες νοσοκομειακής και κοινοτικής αποκατάστασης.

Έρευνες έχουν δείξει ότι η κοινωνική συμμετοχή σχετίζεται θετικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρίες (Levasseur, Desrosiers & Noreau, 2004· Livingston, Rosenbaum, Russell & Palisano, 2007). Η έλλειψη φιλίας έχει βρεθεί ότι χαρακτηρίζει τη ζωή των ατόμων με αναπηρία (Duvdevany & Arar, 2004· Milner & Kelly, 2009), ενώ έρευνες δείχνουν ότι όταν τα άτομα αυτά δημιουργούν κοινωνικές σχέσεις με τα υπόλοιπα μέλη της κοινότητας, συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη διατήρηση αυτών των σχέσεων (Balandin, Berg & Waller, 2006· McVilly, Stancliffe, Parmenter & Burton-Smith, 2006), με τα παραπάνω να έχουν σαφέστατα σημαντική επίδραση και στην ποιότητα ζωής τους.

Οι Jongdudomkarn και Camfield (2006) μελέτησαν την ευημερία σε τέσσερις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι σημαντικότεροι συντελεστές στην ποιότητα ζωής περιελάμβαναν αντικειμενικά επιτεύγματα, κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, υποκειμενικές αντιλήψεις και ηθικές αξίες, οι οποίες επηρεάστηκαν από το πολιτιστικό πλαίσιο των ανθρώπων. Οι κύριοι τομείς που αναφέρθηκαν ήταν οικογενειακές σχέσεις, φροντίδα και υποστήριξη, χρήματα και περιουσιακά στοιχεία, επαγγελματική κατάσταση, διαμονή και κατοχή του σπιτιού του ατόμου,

κατάσταση υγείας, υλικά ή προϊόντα ευκολίας, όπως τα κινητά τηλέφωνα, και οι θρησκευτικές και ηθικές πεποιθήσεις.

Σε έρευνα από τους Van Campen και Van Santvoort (2012) σε είκοσι μία (21) ευρωπαϊκές χώρες αποκάλυψε ότι τα άτομα με αναπηρία ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα υποκειμενικού ευ ζην από ό, τι τα άτομα χωρίς αναπηρίες σε όλες αυτές τις χώρες. Ακόμη προέκυψε ότι στις βόρειες χώρες, το χάσμα μεταξύ των ατόμων με αναπηρία και χωρίς είναι μικρότερο από ό, τι στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης. Σε όλες τις χώρες η ανισότητα στο δείκτη υποκειμενικής ευημερίας εξηγήθηκε κυρίως από τους προσωπικούς πόρους και όχι από το επίπεδο της αναπηρίας, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση ή το επίπεδο της συμμετοχής στην εργασία.

Η Camfield (2004) υπογράμμισε ότι η έρευνα σχετικά με την ποιότητα απαιτεί ένα παγκόσμιο μέτρο που να βασίζεται σε τοπικές κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες (Camfield 2004). Οι αντιλήψεις για την ποιότητα ζωής επηρεάζονται όχι μόνο από προσωπικές, κοινωνικοοικονομικές συνθήκες αλλά και από ευρύτερους κοινωνικοπολιτικούς παράγοντες (Møller 2013). Είναι συνεπώς σημαντικό να σκιαγραφήσουμε τους κοινωνικο-οικονομικούς και κοινωνικοπολιτικούς παράγοντες που αποτελούν το σκηνικό σε κάθε μελέτη για την ποιότητα ζωής.

Οι Ross και Deverell (2010) επιβεβαιώνουν αυτήν την άποψη και σημειώνουν ότι η εμπειρία, η προσωπικότητα, το κοινωνικό υπόβαθρο και ο τρόπος αντιμετώπισης αποτελούν βασικούς παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο βιώνεται η αναπηρία. Η έννοια της ποιότητας ζωής ποικίλλει από άτομο σε άτομο και μπορεί να διαμορφωθεί από την κατάσταση της υγείας, την παρουσία ή την απουσία πόνου, ευτυχίας και αποδοχής, καθώς και την κοινωνική και οικονομική κατάσταση (Warren & Manderson 2013). Για παράδειγμα, οι Hosain και οι συνεργάτες του (2011) διεξήγαγαν μια μελέτη στο Μπαγκλαντές, όπου τα άτομα με αναπηρίες αντιμετώπιζαν μεγάλο πολιτιστικό στίγμα, έλλειψη πρόσβασης στην εκπαίδευση και στην απασχόληση, αλλά και περιορισμένες ευκαιρίες για δημιουργία οικογένειας. Όλοι αυτοί οι πολιτιστικοί και συναφείς παράγοντες που σχετίζονται με την αναπηρία διαμορφώνουν τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων για την ποιότητα ζωής (Hosain, Monawar, Atkinson, & Underwood, 2011).

Ο Edwards και οι συνεργάτες του (2003) ανέφεραν επίσης ότι έφηβοι με αναπηρία στις Ηνωμένες Πολιτείες επέδειξαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής από αυτούς χωρίς αναπηρίες. Ωστόσο, εξηγούν ότι αυτό το αποτέλεσμα σχετίζεται με μεταβαλλόμενες παραμέτρους όπως η αίσθηση της ένταξης, η οικογενειακή υποστήριξη, καθώς και στην παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων, παρά στην ίδια την αναπηρία. Αντίθετα, οι μελέτες που πραγματοποιήθηκαν

στη Σουηδία και τη Φινλανδία (Viemero & Krause 1998), όπου η πρόσβαση στις υπηρεσίες είναι πολύ καλύτερη και όπου το στίγμα που συνδέεται με την αναπηρία είναι πιθανό να είναι χαμηλότερο, σύμφωνα με τους ερευνητές, έδειξε ότι η αντίληψη της ικανοποίησης από τη ζωή σχετίζεται άμεσα με την ικανοποίηση της επαγγελματικής κατάστασης, την κοινωνική ενσωμάτωση και την αίσθηση του νοήματος στη ζωή, τα οποία ενδεχομένως να έχουν διαμορφωθεί ή όχι από την αναπηρία του ατόμου. Από τα παραπάνω, είναι σαφές ότι η σχέση μεταξύ αναπηρίας και ποιότητας ζωής είναι πολύπλοκη και διαμορφώνεται από μια σειρά παραγόντων όπως η ένταξη, το στίγμα, η προσωπική ανθεκτικότητα, η στήριξη και οι οικονομικές συνθήκες.

Σε έρευνα των Graham και Ross (2016) για τις διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ ατόμων με και δίχως αναπηρία στη Νότια Αφρική, υποστηρίζεται ότι υπάρχουν σαφείς διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ ατόμων με αναπηρία και ατόμων χωρίς αναπηρία. Αυτές οι διαφορές εξηγούνται από σύνθετες αλληλεπιδράσεις μεταξύ μιας σειράς μεταβλητών, από τις οποίες η αναπηρία είναι μόνο μία. Επισημαίνεται ότι σε υποκειμενικούς δείκτες ποιότητας ζωής, τα άτομα με αναπηρία είναι σταθερά σε χαμηλότερη θέση από τα άτομα χωρίς αναπηρίες, αλλά ότι αυτές οι διαφορές σχετίζονται με μια σειρά μεταβλητών, αναγνωρίζοντας ότι θα πρέπει να γίνει κατανοητή η διασταύρωση της αναπηρίας με άλλους παράγοντες όπως το φύλο και η ηλικία στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Καταγράφουν ακόμη ότι οι κρατικές παρεμβάσεις σε βασικές παροχές και κοινωνικές υπηρεσίες έχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες όλων, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων με αναπηρίες, και να βελτιώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής τους.

Σύμφωνα με την έρευνα των Butler, Sheppard-Jones, Whaley, Harrison, και Osness (2016), η φοίτηση στην τριτοβάθμια εκπαίδευση, μπορεί να επιδράσει θετικά σε αρκετές διαστάσεις που έχουν συσχετιστεί με την ποιότητα ζωής των ατόμων με νοητική αναπηρία. Συμβάλλει στη μείωση της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, στην υγεία, στην άσκηση, στην ευκαιρία για παροχή βοήθειας σε τρίτους και στην εμπλοκή σε εθελοντική εργασία, ενώ σχετίζεται άμεσα και με την εξεύρεση μιας ανταγωνιστικής εργασίας. Παρόλα αυτά, η κοινωνικοποίηση των ατόμων αυτών φαίνεται να μην επηρεάζεται από την φοίτηση τους στην τριτοβάθμια εκπαίδευση.

Ενώ η ίδια η αναπηρία μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργική κατάσταση, τα τρέχοντα ευρήματα αποκαλύπτουν μια πιο περίπλοκη εικόνα της ποιότητας ζωής μεταξύ των νεαρών ενηλίκων με αναπηρίες, υποδηλώνοντας ότι το πλαίσιο και η ικανότητά τους να συμμετέχουν διαμορφώνεται από το πώς αντιλαμβάνονται το περιβάλλον τους και την προτίμησή τους για αλληλεπίδραση με τους συνομηλίκους μέσω κοινωνικών δραστηριοτήτων, ψυχαγωγίας και

πολιτικών δραστηριοτήτων. Αυτό το εύρημα έχει κάποιες ομοιότητες με μια προηγούμενη μελέτη για νέους ενήλικες χωρίς αναπηρίες (Yeung, Passmore & Packer, 2012) και μπορεί να υποδηλώνει ότι το πλαίσιο της ποιότητας ζωής σχετίζεται περισσότερο με ένα ζήτημα «ηλικίας» παρά με μια «αναπηρία». Φαίνεται λοιπόν, σύμφωνα και με τη διεθνή βιβλιογραφία, να υπάρχει μια ομοφωνία αναφορικά με τη σχέση της ποιότητας ζωής και της αποτίμησης της ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή, τόσο σε άτομα χωρίς, όσο και σε άτομα με κάποια αναπηρία. Με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία, σύμφωνα με τις περισσότερες έρευνες, να μην σχετίζονται αποκλειστικά με την αναπηρία, αλλά περισσότερο με τη συνολική κατάσταση υγείας, την κοινωνική συναναστροφή, την υποκειμενική ψυχική ευεξία, την προσβασιμότητα, την απασχόληση και τη συμμετοχή σε δραστηριότητες. Η σύγκριση της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία με την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού, θα μπορούσε να επιφέρει επίσης σημαντικά αποτελέσματα σχετικά με τα συστήματα υποστήριξης που πρέπει να αναπτυχθούν και τις μεθόδους που απαιτούνται ούτως ώστε να απολαμβάνουν όλοι οι πολίτες τα ίδια δικαιώματα στο μέγιστο δυνατό (Simões & Santos, 2016).

B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 7^ο: Μεθοδολογία της έρευνας

7.1 Σκοπός και σπουδαιότητα της έρευνας

Η έρευνα που ασχολείται με την ποιότητα ζωής ατόμων με αναπηρία είναι ιδιαίτερα σημαντική γιατί μέσω αυτής αναδεικνύονται οι πτυχές της ζωής τους που πιθανότατα χρήζουν βελτίωσης, πόσο μάλλον όταν στην έρευνα συμπεριλαμβάνονται άτομα χωρίς αναπηρία. Επιπλέον, ενώ το θέμα της ποιότητας ζωής ατόμων με αναπηρίες δείχνει να απασχολεί διάφορους ερευνητές, η συμπερίληψη στις διάφορες έρευνες ατόμων χωρίς αναπηρία με σκοπό τη σύγκριση της ποιότητας ζωής τους με αυτήν των ατόμων με αναπηρία δε δείχνει να απασχολεί στον ίδιο βαθμό. Οι χρόνιες ασθένειες και βλάβες θεωρείται ότι επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ανθρώπων, επηρεάζοντάς τις ψυχολογικά, κοινωνικά και οικονομικά. Οι πρώτες έρευνες που διεξήχθησαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρίες ήταν χαμηλή σε σύγκριση με άτομα χωρίς αναπηρίες στην ίδια κοινότητα. Αναφέρουν ακόμη ότι τα άτομα με αναπηρίες ήταν πιο πιθανό να βιώσουν φτώχεια και προβλήματα υγείας, είχαν λιγότερες ευκαιρίες να φοιτήσουν στο σχολείο ή να βρουν απασχόληση, αποκλείονταν από ηγετικές θέσεις, ήταν συνήθως αποκομμένοι από την κοινότητα, βιώνοντας συχνά σε αρνητικές και ρατσιστικές συμπεριφορές (Finkenberg, 2008). Παρόλο που υπάρχουν αρκετές μελέτες για τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής, φαίνεται ότι υπάρχει έλλειψη ερευνητικών δεδομένων αναφορικά με το βαθμό στον οποίο ο συγκεκριμένος στόχος έχει επιτευχθεί για τα άτομα με αναπηρίες σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, ενώ υπήρξε έρευνα για την ποιότητα ζωής και την αναπηρία (Barker et al., 2008· Edwards et al., 2003· McDougall, Wright, Schmidt, Miller, & Lowry, 2011· Warren & Manderson 2013). Εντούτοις, υπάρχει συζήτηση για το αν η αναπηρία διαμορφώνει τις αντιλήψεις για την ποιότητα ζωής, με ορισμένους ερευνητές να υποστηρίζουν ότι η αναπηρία έχει αρνητική επίδραση σε αυτή (Hosain et al., 2011) και άλλοι όπως ο Albrecht και Devlieger (1999) να σημειώνουν το «παράδοξο της αναπηρίας», το οποίο υποδηλώνει ότι τα άτομα με αναπηρίες εκφράζουν υψηλό επίπεδο ικανοποίησης με τη ζωή τους. Αυτό που

είναι σαφές σε μια αξιολόγηση της βιβλιογραφίας είναι ότι οι αντιλήψεις για την ποιότητα ζωής δεν καθορίζονται άμεσα από την αναπηρία, αλλά από τους τρόπους με τους οποίους τα άτομα διαπραγματεύονται την αναπηρία τους μέσα σε συγκεκριμένα πλαίσια (Viemero & Krause, 1998).

Στην εποχή μας η ποιότητα ζωής όλων, με και χωρίς αναπηρία, πλήττεται από διάφορους παράγοντες, όπως για παράδειγμα η οικονομική και επαγγελματική κατάσταση, το άγχος και το στρες, η οικογενειακή κατάσταση και η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων. Σαφώς τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν επιπλέον δυσκολίες στην καθημερινότητά τους που ενδεχομένως δυσχεραίνουν την ποιότητα ζωής τους. Είναι όμως αποτέλεσμα της αναπηρίας τους αυτές οι δυσκολίες, εφόσον υπάρχουν; Είναι σε όλες τις διαστάσεις της, η ποιότητα ζωής τους σημαντικά διαφορετική και συγκεκριμένα υποδεέστερη από αυτήν των ατόμων χωρίς αναπηρία; Αυτά ήταν τα δύο βασικά ερωτήματα που παρακίνησαν τους ερευνητές να ασχοληθούν με το συγκεκριμένο θέμα. Στη συνέχεια, προστέθηκαν και άλλα ερωτήματα αναφορικά με τις διαφορές των δύο ομάδων στην ψυχολογική τους κατάσταση, και συγκεκριμένα στα επίπεδα κατάθλιψης που βιώνουν, και στις κοινωνικές δεξιότητες, τόσο μεταξύ ατόμων με και χωρίς αναπηρία, όσο και μεταξύ των ατόμων με διαφορετικό είδος αναπηρίας. Πέρα από όσα αναφέρθηκαν, θεωρήθηκε αναγκαίο να εξεταστούν και οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων για την εκπαίδευση. Ένας από τους παράγοντες που επηρεάζει σημαντικά τη ζωή μας είναι αδιαμφισβήτητα η εκπαίδευση που λαμβάνουμε. Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί διάφορα προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης τα οποία αναφέρονται και σε άτομα με αναπηρία, σε μία προσπάθεια να αντισταθμιστούν οι ελλείψεις παροχές εκπαίδευσης στη σχολική ηλικία των ατόμων με αναπηρία, ιδιαίτερα κατά το παρελθόν. Γίνεται λοιπόν μία προσπάθεια καταγραφής των απόψεων των ίδιων των ατόμων με αναπηρία για τη δια βίου εκπαίδευση έχοντας ή μη συμμετάσχει σε τέτοιου είδους προγράμματα.

Ακόμη, στην παρούσα εργασία επιλέχθηκε οι συμμετέχοντες να έχουν ηλικία μεγαλύτερη των τριάντα πέντε (35) ετών. Βάζοντας αυτό το ηλικιακό όριο, στόχος των ερευνητών ήταν οι συμμετέχοντες να αποτελούν άτομα που δε βρίσκονται ενδεχομένως στην αρχή της ενήλικης ζωής τους, αλλά άτομα που σε μεγάλο βαθμό έχουν αποκτήσει εμπειρίες και βιώματα στο πέρασμα των χρόνων, έχουν διαμορφώσει το χαρακτήρα τους και τις αντιλήψεις τους και βρίσκονται σε μία ηλικία που είναι πιθανό να έχουν αποκτήσει οικογένεια και αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες της καθημερινότητας είτε φέρουν αναπηρία είτε όχι.

Είναι φανερό πως η συστηματική έρευνα και μελέτη της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία κρίνεται αναγκαία για την υποστήριξη τους και το σχεδιασμό κατάλληλων υπηρεσιών. Η έρευνα που πραγματοποιήσαμε έχει ως σκοπό να αναδείξει τις διαφορές στην

ποιότητα ζωής μεταξύ ατόμων με και χωρίς αναπηρία. Επιχειρείται η σύγκριση των επιμέρους διαστάσεων και της συνολικής ποιότητας ζωής ενήλικων ατόμων με και χωρίς αναπηρία, αναζητώντας τις διαφορές στην ποιότητα ζωής τους και τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Παράλληλα, αναζητούνται οι αντιλήψεις των ατόμων με και χωρίς αναπηρία για τη δια βίου εκπαίδευση και η επίδρασή της στην ποιότητα ζωής τους, με στόχο των καλύτερο μελλοντικό σχεδιασμό τέτοιου είδους προγραμμάτων. Τέλος, εξετάζονται τα επίπεδα κατάθλιψης που βιώνουν, δύο παράγοντες των κοινωνικών δεξιοτήτων (η προσαρμοστικότητα και αυτοαξιολόγηση της συμπεριφοράς που απαιτείται ανά κοινωνική περίσταση) και η σύνδεσή τους με την ποιότητα ζωής.

7.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Η παρούσα ερευνητική μελέτη αποσκοπεί λοιπόν στη σκιαγράφηση των διαφορών στην ποιότητα ζωής και στα επίπεδα κατάθλιψης ατόμων με και χωρίς αναπηρία, καθώς επίσης στην αποτύπωση των αντιλήψεων τους για τη δια βίου εκπαίδευση και την επίδραση τους στην ποιότητα ζωής τους. Στόχος αποτελεί ακόμη η εξέταση των κοινωνικών δεξιοτήτων, των αντιλήψεων για την δια βίου εκπαίδευση, καθώς και δημογραφικών στοιχείων ως προς συσχέτισή τους με τα επίπεδα κατάθλιψης και την ποιότητα ζωής των παραπάνω ατόμων. Επομένως, τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης διατυπώνονται ως εξής:

- Πώς επιδρούν στην κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, το εισόδημα και η επαγγελματική κατάσταση;
- Η οικογενειακή κατάσταση και η ύπαρξη τέκνων επηρεάζουν την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής;
- Η συναναστροφή με συγγενικά και φιλικά πρόσωπα επηρεάζουν την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής;
- Το διάστημα αναπηρίας και η ύπαρξη σωματικού πόνου λόγω αυτής επηρεάζουν την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής;
- Η συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα εκτός σχολείου επηρεάζει την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής;
- Τα επίπεδα κοινωνικών δεξιοτήτων επηρεάζουν την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής;
- Οι αντιλήψεις για τη δια βίου εκπαίδευση επηρεάζουν την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής;

- Οι επιμέρους διαστάσεις της ποιότητας ζωής επιδρούν στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων των ατόμων με και χωρίς αναπηρία;
- Υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ των ατόμων με και χωρίς αναπηρία ως προς τις κοινωνικές δεξιότητες που εξετάζονται;
- Υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ των ατόμων με και χωρίς αναπηρία ως προς τις αντιλήψεις τους για τη δια βίου εκπαίδευση;
- Υπάρχει διαφοροποίηση στα ποσοστά κατάθλιψης και στην ποιότητα ζωής ως προς το είδος της αναπηρίας;
- Υπάρχει διαφοροποίηση στα ποσοστά κατάθλιψης και στην ποιότητα ζωής των ατόμων με και χωρίς αναπηρία;
- Ποιοί παράγοντες και σε ποιο βαθμό επιδρούν στα επίπεδα κατάθλιψης;

7.3 Συμμετέχοντες

Στην παρούσα εργασία έλαβαν μέρος εκατόν ενενήντα (190) ενήλικα άτομα με και χωρίς αναπηρία κατά κύριο λόγο από την περιοχή της Ηπείρου, τη Δράμα και το Βόλο, αλλά και από κάποιες άλλες πόλεις της Ελλάδας, με τα βασικά κριτήρια της επιλογής τους να αναφέρονται παρακάτω. Συγκεκριμένα η ομάδα των ατόμων με αναπηρία περιλαμβάνει εκατόν σαράντα τρία (143) άτομα, εκ των οποίων οι περισσότεροι εμφανίζουν κινητική αναπηρία (48,3%, N=69) και οι υπόλοιποι οπτική (17,5%, N=25), ακουστική (18,9%, N=27) και νοητική (15,4%, N=22), ενώ η ομάδα των ατόμων χωρίς αναπηρία αποτελείται από σαράντα επτά (47) άτομα. Και στις δυο ομάδες ατόμων, τα ποσοστά ανδρών και γυναικών είναι παρόμοια, οι περισσότεροι ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία των 35-45 ετών, είναι απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης ή διαθέτουν επαγγελματική κατάρτιση, και διαβιών κυρίως σε αστική περιοχή. Επίσης δεν συναντάμε σημαντικές διαφορές ως προς το μηνιαίο εισόδημα. Διαφορές συναντάμε στην εργασία και απασχόληση, με περισσότερα άτομα με αναπηρία να είναι συνταξιούχοι ή να βρίσκονται σε ημι-απασχόληση, σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, που είναι κυρίως εργαζόμενοι. Τέλος, τα περισσότερα άτομα με αναπηρία δεν έχουν τέκνα, σε αντίθεση με τα άτομα χωρίς αναπηρία. Στον πίνακα 17 περιγράφονται συνοπτικά τα βασικά δημογραφικά στοιχεία των ατόμων του δείγματος.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	ΕΙΛΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ					
	<u>ΟΠΤΙΚΗ</u>	<u>ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ</u>	<u>ΚΙΝΗΤΙΚΗ</u>	<u>ΝΟΗΤΙΚΗ</u>	<u>ΚΑΜΙΑ</u>	<u>ΣΥΝΟΛΟ</u>
ΦΥΛΟ						
Άνδρες	15	13	28	17	20	93
Γυναίκες	10	14	41	5	27	97
ΗΛΙΚΙΑ						
35-45	11	16	39	4	26	96
46-55	11	6	17	9	15	58
56-65	2	5	12	5	6	30
65 και άνω	1	0	1	4	0	6
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						
Άγαμος/Διαζευγ./Χήρος	13	15	40	21	19	108
Έγγαμος/Σε σχέση	12	12	29	1	28	82
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ						
Δημοτικό/Τάξεις	2	0	5	13	2	22
Γυμνάσιο	4	1	4	5	1	15
Λύκειο	6	5	15	3	9	38
ΤΕΕ/ΙΕΚ	1	4	13	1	7	26
ΤΕΙ/ΑΕΙ	12	17	32	0	28	89
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ						
Άνεργος	3	8	18	9	13	51
Εργαζόμενος	7	11	20	1	30	69
Συνταξιούχος/ Ημι-απασχόληση	15	8	31	12	4	70
ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ						
0-500	8	12	23	14	15	72
501-1000	7	9	31	8	18	73
1001-1500	7	3	11	0	6	27
1501 και άνω	3	3	4	0	8	18
ΔΙΑΒΙΩΣΗ						
Μόνος	5	12	17	1	10	45
Με συγγενείς/φίλους	20	13	49	12	35	129
Σε ίδρυμα	0	0	0	9	0	9
ΠΑΙΔΙΑ						
ΝΑΙ	12	9	33	5	28	87
ΟΧΙ	13	18	36	17	19	103
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΚΠ.ΠΡΟΓ.						
ΝΑΙ	19	20	42	7	41	129
ΟΧΙ	6	7	27	15	6	61

7.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Προκειμένου να μελετηθεί και να διερευνηθεί ποιότητα ζωής, τα επίπεδα κατάθλιψης και οι αντιλήψεις για τη δια βίου εκπαίδευση ενήλικων ατόμων με αναπηρία, πραγματοποιήθηκε εμπειρική μελέτη στην Περιφέρεια της Ηπείρου κατά το έτος 2017. Ακόμη, λόγω αδυναμίας εύρεσης επαρκούς αριθμού συμμετεχόντων αποκλειστικά από τη συγκεκριμένη περιοχή, στην έρευνα έλαβαν μέρος και άτομα με αναπηρία από άλλες πόλεις, κυρίως από τη Δράμα και το Βόλο. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα εντοπίστηκαν μέσω οργανωμένων φορέων και συλλόγων που ασχολούνται με άτομα που φέρουν οπτική, ακουστική, σωματική και νοητική αναπηρία, ενώ συμμετείχαν επίσης ενήλικες χωρίς αναπηρία ως ομάδα ελέγχου.

Η επιλογή του αντιπροσωπευτικού δείγματος προς εξασφάλιση αμεροληψίας έγινε με απλή τυχαία δειγματοληψία από άτομα με οπτική, ακουστική, κινητική και νοητική αναπηρία, καθώς και από άτομα χωρίς αναπηρία. Βασικά κριτήρια για την επιλογή των συμμετεχόντων αποτέλεσαν: α) η εθελοντική και απρόσκοπτη συμμετοχή τους, β) η προφορική συναίνεση των ατόμων κατόπιν ενημέρωσής τους για τον σκοπό διεξαγωγής της έρευνας, γ) η ηλικία (μεγαλύτερη των τριάντα πέντε (35) ετών), δ) η δυνατότητα συμπλήρωσης γραπτού ή ηλεκτρονικής μορφής ερωτηματολογίου, ε) ο βαθμός αναπηρίας στην περίπτωση της νοητικής αναπηρίας, επιλέχθηκαν άτομα με ελαφρά νοητική αναπηρία, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα ανταπόκρισης στις απαιτήσεις της έρευνας και στ) η δυνατότητα επικοινωνίας και συνομιλίας των ατόμων με νοητική αναπηρία με έτερο πρόσωπο, αφού η συμπλήρωση ερωτηματολογίου δεν αποτελεί μία απλή διαδικασία για αυτά .

Η συγκέντρωση των ερωτηματολογίων διήρκησε από τον Οκτώβριο του 2017 έως και τον Μάρτιο του 2018. Ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε διάφορους συλλόγους ατόμων με αναπηρίες σε Ιωάννινα, Πρέβεζα, Άρτα, Ηγουμενίτσα, Δράμα και Βόλο, ενώ παράλληλα προωθήθηκαν μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, google forms και μέσω κοινωνικής δικτύωσης σε συλλόγους με αναπηρία σε διάφορα μέρη της Ελλάδας, με στόχο τη συμμετοχή μεγαλύτερου αριθμού συμμετεχόντων.

7.5 Μέσα συλλογής δεδομένων

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τρία (3) σταθμισμένα ερωτηματολόγια: Α) η σύντομη εκδοχή του ερωτηματολογίου World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF), Β) το Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) και Γ) Αναθεωρημένη Κλίμακα Αυτοκαταγραφής (Revised Self-Monitoring Scale), ενώ για τις ανάγκες της έρευνας δημιουργήθηκε ένα νέο ερωτηματολόγιο αντιλήψεων για τη δια βίου εκπαίδευση, τελικώς αποτελούμενο από είκοσι ερωτήσεις.

Επιπροσθέτως, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν δεκαεφτά (17) ερωτήσεις σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη τέκνων, την εκπαίδευση, την επαγγελματική τους κατάσταση, το εισόδημα, την περιοχή διαβίωσης, το είδος, το χρόνο εμφάνισης και το διάστημα της αναπηρίας, την ύπαρξη σωματικού πόνου λόγω αναπηρίας, τη συναναστροφή με συγγενικά και φιλικά πρόσωπα, την ύπαρξη χόμπι και τη συμμετοχή τους σε εκπαιδευτικά προγράμματα εκτός του εκπαιδευτικού συστήματος.

7.5.1 Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής (WHOQOL-BREF)

Στην παρούσα μελέτη κρίθηκε απαραίτητο να χρησιμοποιηθεί ένα εργαλείο μέτρησης γενικής χρήσης για τη διευκόλυνση της σύγκρισης των αποτελεσμάτων μεταξύ των συμμετεχόντων που φέρουν αναπηρία και αυτών χωρίς αναπηρία. Επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF, διότι αποτελεί επίσημο εργαλείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σε θέματα Ποιότητας Ζωής. Πρόκειται για μια συντομευμένη εκδοχή του ερωτηματολογίου WHOQOL-100 για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, το οποίο αποτελείται από 100 ερωτήσεις (WHOQOL Group, 1998). Το WHOQOL-BREF είναι ένα απλό και εύχρηστο ερωτηματολόγιο και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές έρευνες για την αξιολόγησή της ποιότητας ζωής, ενώ έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες στον κόσμο και μία από αυτές είναι και η ελληνική. Η μετάφραση, η στάθμιση και η πολιτισμική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου για την χορήγηση του στον Ελληνικό πληθυσμό έγινε από την ιατρική σχολή Αθηνών σε συνεργασία με το Αιγινήτειο ψυχιατρικό νοσοκομείο υπό την αιγίδα του παγκόσμιου οργανισμού υγείας (Ginieri–Coccosis, Antonopoulou & Christodoulou, 2001). Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν 4 διαστάσεις: α) σωματική υγεία, β) ψυχολογική υγεία, γ) κοινωνικές σχέσεις και δ) περιβάλλον. Επιπλέον, το εργαλείο περιέχει 2 ερωτήσεις που αφορούν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου αποτελούνταν αρχικά από 26 ερωτήσεις, αργότερα,

όμως, προστέθηκαν άλλες 4 νέες ερωτήσεις οι οποίες αφορούν 1) διατροφή, 2) ικανοποίηση από την εργασία, 3) οικιακή ζωή, 4) κοινωνική ζωή. Οι ερωτήσεις αυτές προστέθηκαν κατά την πολιτισμική προσαρμογή και στατιστική επεξεργασία της πιλοτικής μορφής του ερωτηματολογίου (Τζινιέρη-Κοκκώση κ. συν., 2003). Το άτομο καλείται να απαντήσει, αναλογιζόμενο τον αυτό του και τη ζωή του κατά το χρονικό διάστημα των τελευταίων δύο εβδομάδων και η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής προκύπτει μέσω των τεσσάρων δεικτών που αναφέρονται παραπάνω και των τεσσάρων επιπλέον ερωτήσεων σχετίζονται με αυτή. Επιπροσθέτως, υπολογίζεται ένας συνολικός δείκτης εκτίμησης της ποιότητας ζωής και της γενικής κατάστασης υγείας.

Αναφορικά με τις τέσσερις διαστάσεις του ερωτηματολογίου, η σχετική με τη «σωματική υγεία» ποιότητα ζωής πραγματεύεται το κατά πόσο το άτομο διακατέχεται από δυσάρεστες σωματικές ενοχλήσεις, σε ποιο βαθμό διαθέτει την ενεργητικότητα και την αντοχή που χρειάζεται για να φέρνει σε πέρας τις υποχρεώσεις της καθημερινής του ζωής και κατά πόσο ο ύπνος και άλλα πιθανά προβλήματα σε αυτόν τον τομέα επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του. Η διάσταση της «ψυχικής υγείας» εστιάζει στα συναισθήματα που βιώνει το άτομο: θετικά συναισθήματα, όπως χαρά, αισιοδοξία κ.ά., αλλά και αρνητικά, όπως θλίψη, ενοχή, απελπισία κ.ά., σχετίζεται με τη γνώμη που έχει το άτομο για την ικανότητά του να σκέφτεται, να θυμάται, να μαθαίνει και να συγκεντρώνεται, τα συναισθήματα που έχει για τον εαυτό του, ενώ αναφέρεται και στη γνώμη του για τη σωματική του κατάσταση. Εν συνεχεία, η σχετική με τις «κοινωνικές σχέσεις» ποιότητα ζωής αναφέρεται στο βαθμό τον οποίο το άτομο νιώθει ότι έχει τη συντροφικότητα, την αγάπη και τη στήριξη που επιθυμεί στο πλαίσιο των διαπροσωπικών του σχέσεων, σε ποιο βαθμό εκτιμά πως έχει την αφοσίωση και την εκτίμηση της οικογένειας και των φίλων του, ενώ αναφέρεται και στην ανάγκη του ατόμου και την ικανοποίησή του από τις σεξουαλικές του σχέσεις. Όσον αφορά τη σχετική με το «περιβάλλον» ποιότητα ζωής εξετάζεται κατά πόσο το άτομο αισθάνεται ασφάλεια, η γνώμη του σχετικά με την κάλυψη των αναγκών του από τους οικονομικούς πόρους που διαθέτει, κατά πόσο ο χώρος που ζει επηρεάζει την ποιότητα ζωής του, αναφέρεται στην ικανοποίησή του από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, καθώς επίσης και την ικανοποίησή του από το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζει. Επιπλέον διερευνά σε ποιο βαθμό το άτομο έχει την ικανότητα να αξιοποιεί τον ελεύθερο χρόνο του, να συμμετέχει σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες και αναφέρεται ακόμη στην ικανοποίησή του από τη χρήση των μέσων μαζικής μεταφοράς (The WHOQOL Group, 1998).

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σύμφωνα με το συγκεκριμένο εργαλείο πραγματοποιείται με μία πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (1-2-3-4-5) και τα αποτελέσματα

προσαρμόζονται από το 0 έως το 100, με τις υψηλότερες βαθμολογίες στο σκορ του ερωτηματολογίου να αποκαλύπτουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Θεωρείται έγκυρο και αξιόπιστο, με το δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's α για την κάθε διάσταση του ερωτηματολογίου να βρίσκεται μεταξύ 0.66 και 0.84 (WHO, 1998), που δείχνει καλή εσωτερική συνοχή.

Οι τέσσερις διαστάσεις της κλίμακας WHOQOL-BREF εξετάστηκαν ξεχωριστά, ως προς την εσωτερική τους συνοχή, αλλά και η ίδια η κλίμακα συνολικά. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α για τη διάσταση Σωματική υγεία της κλίμακας WHOQOL-BREF είναι 0,781, που δείχνει επαρκή εσωτερική συνοχή. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α για τη διάσταση Ψυχολογική κατάσταση της κλίμακας WHOQOL-BREF είναι 0.818, που δείχνει καλή εσωτερική συνοχή. Η διάσταση Κοινωνικές σχέσεις εμφανίζει επαρκή εσωτερική συνοχή, με δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's α ίσο με 0.774. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α για τη διάσταση Περιβάλλον της κλίμακας WHOQOL-BREF είναι 0.733, που δείχνει επαρκή εσωτερική συνοχή, ενώ συνολικά η κλίμακα WHOQOL-BREF εμφανίζει καλή εσωτερική συνοχή με τιμή Cronbach's α ίση με 0.879.

7.5.2 Ερωτηματολόγιο για την Κατάθλιψη (PHQ-9)

Το Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) αποτελεί τμήμα που αφορά στην κατάθλιψη στο ερωτηματολόγιο PHQ. Πρόκειται για το πιο κοινό εργαλείο διαλογής για τον εντοπισμό της κατάθλιψης, επί το πλείστον σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Η χρησιμότητά του ενδείκνυται για ανίχνευση της οξύτητας της κατάθλιψης, καθώς επίσης και συγκεκριμένων συμπτωμάτων που υποχωρούν ή υποτροπιάζουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Βασικά πλεονεκτήματα του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου αποτελούν η μικρή σε χρονική διάρκεια συμπλήρωσή του, ότι διεξάγεται από το ίδιο το άτομο, διευκολύνει τη διάγνωση οξείας κατάθλιψης και έχει φανεί αποτελεσματικό σε πληθυσμούς γενικής ιατρικής (Hyphantis, Kotsis, Voulgari, Tsifetaki, Creed, & Drosos, 2011).

Έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες με σκοπό την ανίχνευση της κατάθλιψης. Αποτελείται από 9 συμπτώματα που αντιστοιχούν στα 9 κριτήρια του DSM-IV για την κατάθλιψη και αφορούν στις 2 τελευταίες εβδομάδες. Κάθε ένα από αυτά βαθμολογείται με το 0 (0=καθόλου) έως 3 (3= σχεδόν κάθε μέρα). Στην ελληνική γλώσσα έχει σταθμιστεί από το Π.Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων σε ασθενείς με ρευματικά νοσήματα, όπου η ευαισθησία ήταν 81,2% και η ειδικότητα 80,8% στο σημείο αποκοπής (cut-off) το 10, ενώ στο δείκτη της αξιοπιστίας, ο

συντελεστής Cronbach's α ήταν 0,82. Στην παρούσα εργασία ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α για την κλίμακα PHQ-9 είναι 0.850, γεγονός που δείχνει καλή εσωτερική συνοχή.

7.5.3 Αναθεωρημένη Κλίμακα Αυτοκαταγραφής (Revised Self-Monitoring Scale)

Πρόκειται για μια κλίμακα προσωπικότητας η οποία εκτιμά και αξιολογεί δύο παράγοντες των κοινωνικών δεξιοτήτων. Ο πρώτος παράγοντας: «η ικανότητα τροποποίησης της αυτοπαρουσίασης» μετρά την ικανότητα του ανθρώπου να αλλάζει τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρεται και αλληλεπιδρά έτσι ώστε να ταιριάζει με τις απαιτήσεις της περιστασης στην οποία έχει εμπλακεί, δηλαδή την προσαρμοστικότητα του ατόμου. Ο δεύτερος: «η ευαισθησία στη συμπεριφορά που εκδηλώνουν οι άλλοι» μετρά την ικανότητα αυτοαξιολόγησης του ανθρώπου όσον αφορά τη σωστή διάγνωση για το ποιες συμπεριφορές αρμόζουν σε μια δεδομένη κοινωνική περίσταση. Η κλίμακα περιλαμβάνει 13 δηλώσεις-ερωτήσεις. Κάθε δήλωση-ερώτηση αξιολογήθηκε με βάση μια κλίμακα τύπου Likert επτά διαβαθμίσεων (από το 7 = πολύ ακριβές, πολύ σωστό, έως το 1 = πολύ ανακριβές, πολύ λάθος). Για την ελληνική έκδοση της κλίμακας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της αντίστροφης μετάφρασης, με τη μέση τιμή για τον παράγοντα A ήταν 4,49 και για τον παράγοντα B 5,49 (Malikiosi-Loizou & Anderson, 1992). Οι τελικές τιμές υπολογίστηκαν με βάση τους μέσους όρους των δηλώσεων σε καθεμία από τις δύο υποκλίμακες. Συγκεκριμένα, στον παράγοντα A περιλήφθηκαν οι δηλώσεις: 1, 3, 7, 9, 10, 12, 13 και στον παράγοντα B οι δηλώσεις: 2, 5, 6, 8, 11. Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής είναι ικανοποιητική, ενώ ο δείκτης Cronbach's α για τον παράγοντα A είναι 0,63 και για τον παράγοντα B 0,65. Στην παρούσα εργασία οι δυο παράγοντες της Αναθεωρημένης Κλίμακας Αυτοκαταγραφής (Revised Self-Monitoring Scale) εξετάστηκαν ξεχωριστά, αλλά και συνολικά, ως προς την εσωτερική τους συνοχή. Ο παράγοντας A (ικανότητα τροποποίησης της αυτοπαρουσίασης) παρουσιάζει πολύ χαμηλή εσωτερική συνοχή ($\alpha = 0.514$), κυρίως λόγω της ερώτησης 12. Επιλέξαμε ωστόσο να μην την αποκλείσουμε από το συνολικό σκορ δεδομένου του ότι βιβλιογραφικές αναφορές συνιστούν τη μη ανάλυση των επιμέρους ερωτήσεων όταν αποτελούν μέρος μιας συνολικής κλίμακας, καθώς αυτό μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικό τυχαίο σφάλμα μέτρησης (Federa et al., 2015). Επιπλέον, η συνολική επαρκής συνοχή της κλίμακας μας επιτρέπει να διατηρήσουμε στους υπολογισμούς την συγκεκριμένη ερώτηση. Ο παράγοντας B (ευαισθησία στη συμπεριφορά που εκδηλώνουν οι

άλλοι) παρουσιάζει καλή εσωτερική συνοχή ($\alpha = 0.816$), ενώ συνολικά η κλίμακα εμφανίζει επαρκή εσωτερική συνοχή, με δείκτη αξιοπιστίας 0.775.

7.5.4 Ερωτηματολόγιο καταγραφής των Αντιλήψεων για την Δια Βίου Εκπαίδευση

Στην αναζήτηση ενός ερευνητικού εργαλείου για την αποτύπωση των απόψεων των συμμετεχόντων για τη δια βίου εκπαίδευση δε βρέθηκε κάποιο εργαλείο που να καλύπτει τις ανάγκες τις παρούσας ερευνητικής εργασίας. Έτσι λοιπόν κρίθηκε απαραίτητη η κατασκευή ενός νέου ερωτηματολογίου, το οποίο στηρίχθηκε κατά βάση στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε από την Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (ΕΣΑμεΑ) το 2008, στο πλαίσιο του έργου: «Εκπαιδευτική ενδυνάμωση των ατόμων με αναπηρία και των στελεχών των αναπηρικών οργανώσεων», με τίτλο: «Μελέτη δια βίου μάθηση και αναπηρία».

Το αρχικό ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 39 ερωτήσεις. Πριν την ανάλυση των δεδομένων, προχωρήσαμε σε Παραγοντική Ανάλυση (Factor Analysis), προκειμένου να εξάγουμε τους παράγοντες εκείνους που θα αποτελέσουν τις τελικές διαστάσεις του ερωτηματολογίου και να επιβεβαιώσουμε την εγκυρότητά του. Η αρχική ανάλυση μας έδωσε τον δείκτη $KMO > 0.5$ και μάλιστα ικανοποιητικά κοντά στην τιμή 1 (0,893), γεγονός το οποίο μας επέτρεψε να προχωρήσουμε σε παραγοντική ανάλυση, καθώς υποδεικνύει την ύπαρξη διακριτών και αξιόπιστων παραγόντων εντός του ερωτηματολογίου. Το ίδιο μας υποδεικνύει και ο δείκτης Bartlett's Test of Sphericity, με $p < 0.05$. Στη συνέχεια, η παραγοντική ανάλυση μας έδωσε 7 παράγοντες. Η φόρτιση ωστόσο σε αυτούς των επιμέρους μεταβλητών δεν ήταν ικανοποιητική, οι παράγοντες δεν ήταν σαφείς εννοιολογικά, ενώ αρκετές ερωτήσεις παρουσίαζαν υψηλές τιμές συσχέτισης με άλλες, δημιουργώντας ζητήματα διακριτότητας των μεταβλητών και δυσκολία ερμηνείας των κοινών διαστάσεων. Ως εκ τούτου, προτιμήθηκε η απαλοιφή συνολικά 19 ερωτήσεων, οδηγώντας σε ένα τελικό ερωτηματολόγιο 20 ερωτήσεων, οι οποίες χωρίζονταν σε τέσσερις παράγοντες-διαστάσεις, όπως φαίνεται και στον πίνακα 11:

Πίνακας 11: Τελικοί παράγοντες του ερωτηματολογίου Αντιλήψεων για την Δια Βίου Εκπαίδευση έπειτα από Πολυπαραγοντική Ανάλυση (Factor Analysis).

Παράγοντας 1: Η Δια Βίου Εκπαίδευση προάγει γνωστικές, εργασιακές και κοινωνικές δεξιότητες **Φόρτιση**

Πόσο χρήσιμη είναι η δια βίου εκπαίδευση για την αντιστάθμιση διακρίσεων του εκπαιδευτικού συστήματος;	0,686
Πόσο χρήσιμη είναι η δια βίου εκπαίδευση για την απόκτηση γνώσεων για εύρεση ή/και διατήρηση εργασίας;	0,811
Πόσο χρήσιμη είναι η δια βίου εκπαίδευση για την απόκτηση γενικής παιδείας;	0,858
Πόσο χρήσιμη είναι η δια βίου εκπαίδευση στην κοινωνικοποίηση;	0,827
Σε τι βαθμό θα σας ωθούσε να συμμετάσχετε σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης η διεύρυνση γνώσεων και δεξιοτήτων;	0,672
Σε τι βαθμό θα σας ωθούσε να συμμετάσχετε σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης η προσωπική ανάπτυξη-ηθική ικανοποίηση;	0,573
Σε τι βαθμό θα σας ωθούσε να συμμετάσχετε σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης το ενδιαφέρον για μάθηση;	0,629

Παράγοντας 2: Αντικειμενικοί παράγοντες στη συμμετοχή σε πρόγραμμα Δια Βίου Εκπαίδευσης

Σε τι βαθμό θα σας ωθούσε να συμμετάσχετε σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης η διευκόλυνση εύρεσης εργασίας;	0,707
Σε τι βαθμό θα σας ωθούσε να συμμετάσχετε σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης ένα πιθανό εκπαιδευτικό επίδομα;	0,815
Σε τι βαθμό θα σας ωθούσε να συμμετάσχετε σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης το πλεόνασμα ελεύθερου χρόνου;	0,495

Παράγοντας 3: Υποκειμενικοί παράγοντες στη συμμετοχή σε πρόγραμμα Δια Βίου Εκπαίδευσης

Σε τι βαθμό θα σας ωθούσε να συμμετάσχετε σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης το να κάνετε το χόμπι σας;	0,842
Σε τι βαθμό θα σας ωθούσε να συμμετάσχετε σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης το να κάνετε κάτι που σας διασκεδάζει;	0,840
Σε τι βαθμό θα σας ωθούσε να συμμετάσχετε σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης το να κάνετε κάτι που σας χαλαρώνει;	0,869
Σε τι βαθμό θα σας ωθούσε να συμμετάσχετε σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης για να βιώσετε μία αλλαγή στη ζωή σας;	0,713

Παράγοντας 4: Διακρίσεις στην πρόσβαση και τα μέσα

Σε τι βαθμό θεωρείτε ότι υπάρχουν διακρίσεις στη συμμετοχή συνομήλικων σας σε εκπαιδευτικά προγράμματα εκτός του εκπαιδευτικού συστήματος για λόγους έλλειψης ενημέρωσης;	0,658
---	-------

Σε τι βαθμό θεωρείτε ότι υπάρχουν διακρίσεις στη συμμετοχή συνομήλικων σας σε εκπαιδευτικά προγράμματα εκτός του εκπαιδευτικού συστήματος για λόγους έλλειψης εξειδικευμένων προγραμμάτων;	0,780
Σε τι βαθμό θεωρείτε ότι υπάρχουν διακρίσεις στη συμμετοχή συνομήλικων σας σε εκπαιδευτικά προγράμματα εκτός του εκπαιδευτικού συστήματος για λόγους έλλειψης προσβασιμότητας στις υποδομές;	0,807
Σε τι βαθμό θεωρείτε ότι υπάρχουν διακρίσεις στη συμμετοχή συνομήλικων σας σε εκπαιδευτικά προγράμματα εκτός του εκπαιδευτικού συστήματος για λόγους έλλειψης προσβάσιμου εξοπλισμού;	0,824
Σε τι βαθμό θεωρείτε ότι υπάρχουν διακρίσεις στη συμμετοχή συνομήλικων σας σε εκπαιδευτικά προγράμματα εκτός του εκπαιδευτικού συστήματος για λόγους χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης;	0,681
Σε τι βαθμό θεωρείτε ότι υπάρχουν διακρίσεις στη συμμετοχή συνομήλικων σας σε εκπαιδευτικά προγράμματα εκτός του εκπαιδευτικού συστήματος για λόγους έλλειψης εξειδικευμένου εκπαιδευτικού προσωπικού;	0,787

Σε κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου οι ερωτώμενοι απάντησαν ιεραρχώντας με βάση μία τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert (1-2-3-4), από το καθόλου σημαντικό (1) έως το πολύ σημαντικό (4). Οι απαντήσεις που αφορούν αξιολόγηση και ιεράρχηση θα πρέπει να θεωρηθούν ως ενδεικτικές και σε καμία περίπτωση ως απόλυτες. Η κατάταξη ενός παράγοντα στην πρώτη θέση, σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να θεωρηθεί ότι αυτός είναι ο κυριότερος και οι άλλοι έχουν λιγότερη σημασία. Αντιστοίχως, ένας παράγοντας που κατατάσσεται στην 3η ή 4η θέση, σε καμία περίπτωση δε σημαίνει ότι έχει υποδεέστερη σημασία για τους συμμετέχοντες.

Ακόμη, εξετάστηκε η αξιοπιστία του τελικού ερωτηματολογίου, τόσο συνολικά όσο και ως προς τις επιμέρους διαστάσεις του. Συνολικά το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει εξαιρετική εσωτερική συνοχή με το Cronbach's α να είναι ίσο με 0.916. Αναφορικά μην πρώτη διάσταση-παράγοντα (Η Δια Βίου Εκπαίδευση προάγει γνωστικές, εργασιακές και κοινωνικές δεξιότητες) παρουσιάζει εξαιρετική εσωτερική συνοχή με Cronbach's α ίσο με 0,916. Η δεύτερη διάσταση-παράγοντας (Αντικειμενικοί παράγοντες στη συμμετοχή σε πρόγραμμα Δια Βίου Εκπαίδευσης) παρουσιάζει αμφίβολη εσωτερική συνοχή ($\alpha=0.656$), ωστόσο λόγω της συνολικής καλής συνοχής του ερωτηματολογίου καμία ερώτηση δεν αφαιρέθηκε. Αναφορικά με την τρίτη διάσταση-παράγοντα (Υποκειμενικοί παράγοντες στη συμμετοχή σε πρόγραμμα

Δια Βίου Εκπαίδευσης) παρουσιάζει εξαιρετική εσωτερική συνοχή με δείκτη $\alpha=0.907$, ενώ καλή εσωτερική συνοχή παρουσιάζει και η τέταρτη διάσταση (Υπαρξη διακρίσεων στην πρόσβαση και τα μέσα της Δια Βίου Εκπαίδευσης), με δείκτη Cronbach's α ίσο με 0,868.

7.6 Ανάλυση των δεδομένων

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το λογισμικό Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), εκδοχή 20.0 για Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Η περιγραφή του δείγματος πραγματοποιήθηκε εξάγοντας πίνακες συχνοτήτων και ποσοστά των παρατηρήσεων. Για κάθε μία κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, πραγματοποιήθηκε έλεγχος της αξιοπιστίας με τη βοήθεια του στατιστικού Cronbach's α , του οποίου κάθε τιμή ανώτερη του .7 υποδεικνύει μια επαρκή έως και υψηλή αξιοπιστία. Για το ερωτηματολόγιο σχετικά με τις Αντιλήψεις για την Δια Βίου Εκπαίδευση, πραγματοποιήθηκε επιπλέον παραγοντική ανάλυση (factor analysis), για την επικύρωση της εγκυρότητάς του.

Στις αναλύσεις, τα επίπεδα κατάθλιψης, όπως μετρούνται από την κλίμακα PHQ-9, και η ποιότητα ζωής όπως εκτιμάται από την κλίμακα WHOQOL-BREF, αποτελούσαν τις εξαρτημένες μεταβλητές. Τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, τα αποτελέσματα της Αναθεωρημένης Κλίμακας Αυτοκαταγραφής, κι ένα ερωτηματολόγιο καταγραφής των Αντιλήψεων για την Δια Βίου Εκπαίδευση, αποτέλεσαν τις ανεξάρτητες μεταβλητές των αναλύσεων.

Πριν τη διεξαγωγή της οποιαδήποτε ανάλυσης, ελέγχθηκε η κανονικότητα των αποτελεσμάτων μέσω των στατιστικών Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk, την εξέταση των δεικτών κύρτωσης, αλλά και την οπτική θεώρηση των διαγραμμάτων Q-Q plots. Λόγω της μη κανονικότητας της κατανομής αρκετών αποτελεσμάτων, προτιμήθηκαν μη παραμετρικά τεστ, και συγκεκριμένα το Mann-Whitney Test, το Kruskal-Wallis Test και ο δείκτης συνάφειας Spearman's Rho, για την ανάδειξη συσχετίσεων.

Για την ανάδειξη συσχετίσεων ανάμεσα στις επιμέρους μεταβλητές, πραγματοποιήθηκαν αρχικά μονοπαραγοντικές αναλύσεις, ξεχωριστά για τις δυο ομάδες ατόμων. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε πολυπαραγοντική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιώντας τακτική λογιστική παλινδρόμηση (*ordinal logistic regression*) με την διαδικασία PLUM. Η τακτική λογιστική παλινδρόμηση είναι ένα κατάλληλο μέτρο ανάδειξης

της πιθανότητας να αναπαραχθεί το ελεγχόμενο γεγονός, όταν τα δεδομένα δεν ακολουθούν κανονική κατανομή. Επίσης, η πολυπαραγοντική ανάλυση αφορούσε μόνο τα ποσοστά του PHQ-9: η μη κανονικότητα των δεδομένων σε συνδυασμό με τη φύση των διαστάσεων του WHOQOL-BREF (συνεχής μεταβλητή) δεν μας επέτρεψε τον έλεγχο του πολυπαραγοντικά.

Τέλος, πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις ανάμεσα στις δυο ομάδες, προχωρώντας σε έλεγχο ανεξαρτησίας με το στατιστικό Mann-Whitney U Test, και σε λογιστική παλινδρόμηση, ελέγχοντας την επίδραση της κάθε ομάδας στις εξαρτημένες μεταβλητές.

Κεφάλαιο 8^ο: Παρουσίαση των αποτελεσμάτων

8.1 Μονοπαραγοντικές αναλύσεις των δεδομένων

Οι παράγοντες που εξετάζονται ως προς συσχέτισή τους με τα επίπεδα κατάθλιψης και την ποιότητα ζωής των ατόμων με και χωρίς αναπηρία είναι οι κοινωνικές δεξιότητες όπως εκτιμώνται με την Αναθεωρημένη Κλίμακα Αυτοκαταγραφή (Revised Self-Monitoring Scale), οι Αντιλήψεις για την Δια Βίου Εκπαίδευση, καθώς και δημογραφικά στοιχεία, όπως:

- Το φύλο του ατόμου
- Η ηλικία
- Το εκπαιδευτικό επίπεδο
- Η οικογενειακή κατάσταση
- Η επαγγελματική κατάσταση
- Το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα
- Η περιοχή διαβίωσης
- Η διαβίωση με άλλα συγγενικά πρόσωπα ή φίλους
- Η ύπαρξη τέκνων

Στην ανάλυση συμπεριλήφθηκαν και άλλα στοιχεία της καθημερινότητας των ατόμων, όπως:

- Η ύπαρξη χόμπι
- Το επίπεδο ικανοποίησης από τη συναναστροφή με οικογενειακά και φιλικά πρόσωπα
- Η συμμετοχή σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα εκτός σχολείου

Για την ομάδα των ατόμων με αναπηρία, εξετάστηκαν οι συσχετίσεις με:

- Το διάστημα αναπηρίας
- Η ύπαρξη σωματικού πόνου λόγω αναπηρίας

8.1.1. Άτομα με αναπηρία

8.1.1.1 Συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος με τα επίπεδα κατάθλιψης και την ποιότητα ζωής

Στον πίνακα 18 σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ατόμων με αναπηρία, με τα επίπεδα κατάθλιψης (PHQ-9) και την ποιότητα ζωής (WHOQOL-BREF), οι οποίες προέκυψαν από το Mann-Whitney Test και Kruskal-Wallis Test. Παρατηρούμε μια θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και στα επίπεδα κατάθλιψης, με τις ηλικίες στην κατηγορία 35-45 και 56-65 να παρουσιάζουν υψηλότερο σκορ στο PHQ-9 (mean rank = 81,33 και 71,15 αντίστοιχα), και με τα άτομα της κατηγορίας 46-55 να παρουσιάζουν το χαμηλότερο σε σχέση με τους υπόλοιπους (mean rank = 58,69). Η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με την διάσταση Σωματική Υγεία του WHOQOL-BREF, με τα άτομα που δηλώνουν άγαμα να παρουσιάζουν καλύτερο ποσοστό σωματικής υγείας (mean rank = 81,77). Η επαγγελματική κατάσταση, και ιδιαίτερα οι άνεργοι (mean rank = 90,82), εμφανίζουν σημαντική συσχέτιση με τα ποσοστά κατάθλιψης, ενώ παράλληλα το μηνιαίο εισόδημα φαίνεται να σχετίζεται τόσο με τα ποσοστά κατάθλιψης, όσο και με όλες τις διαστάσεις του WHOQOL-BREF, εκτός της Ψυχολογικής Κατάστασης. Έτσι, μικρότερο εισόδημα φαίνεται να σχετίζεται με μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης, χειρότερη σωματική υγεία, λιγότερες κοινωνικές σχέσεις και περισσότερο αρνητικό περιβάλλον διαβίωσης. Η συμμετοχή σε κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα εκτός σχολείου φαίνεται να συσχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (mean rank = 64,84) αλλά και καλύτερες κοινωνικές σχέσεις (mean rank = 79,59).

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι συσχετίσεις των δηλωθέντων ποσοστών ικανοποίησης από την συναναστροφή με συγγενείς και φίλους, με τα ποσοστά κατάθλιψης και την ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα, τα άτομα που δηλώνουν ικανοποιημένα από τις συναναστροφές τους με τους συγγενείς, εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης (mean rank = 59,32), καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία (mean rank = 80,72 και 80,78 αντίστοιχα), και καλύτερες κοινωνικές σχέσεις και περιβάλλον διαβίωσης (mean rank = 85,73 και 85,12 αντίστοιχα) σε σχέση με τα άτομα που δηλώνουν μέτρια ή χαμηλή ικανοποίηση. Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα των ατόμων που δηλώνουν ικανοποιημένα από τις συναναστροφές του με

φιλικά πρόσωπα. Όσο για τα άτομα που έχουν τέκνα, φαίνεται πως η ύπαρξή τους σχετίζεται σημαντικά με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, με εκείνους που δεν έχουν να εμφανίζουν υψηλότερα σκορ στην WHOQOL-BREF.

Τα ποσοστά κατάθλιψης και το επίπεδο σωματικής υγείας σχετίζονται σημαντικά με τη διάρκεια της αναπηρίας: όσα περισσότερα χρόνια το άτομο ζει με την αναπηρία, τόσο μειώνονται τα δηλωθέντα ποσοστά κατάθλιψης, και αυξάνεται το δηλωθέν ποσοστό σωματικής υγείας. Η ύπαρξη δε σωματικού πόνου σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης (mean rank = 80,59), χειρότερη σωματική υγεία (mean rank = 49,37), χειρότερες κοινωνικές σχέσεις (mean rank = 60,18) και χαμηλότερη ικανοποίηση από το περιβάλλον διαβίωσης (mean rank = 55,05).

Πίνακας 18. *Mann-Whitney Test και Kruskal-Wallis Test για τις συσχετίσεις των δημογραφικών στοιχείων με τα αποτελέσματα PHQ-9 και WHOQOL-BREF.*

	PHQ- 9	WHOQOL- ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	WHOQOL- ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	WHOQOL- ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	WHOQOL- ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ
Φύλο	,078 ⁽¹⁾	,327 ⁽¹⁾	,374 ⁽¹⁾	,860 ⁽¹⁾	,053 ⁽¹⁾
Ηλικία	,039⁽²⁾	,422 ⁽²⁾	,430 ⁽²⁾	,099 ⁽²⁾	,273 ⁽²⁾
Επίπεδο Εκπαίδευσης	,303 ⁽²⁾	,088 ⁽²⁾	,836 ⁽²⁾	,344 ⁽²⁾	,087 ⁽²⁾
Οικογενειακή κατάσταση	,678 ⁽²⁾	,040⁽²⁾	,109 ⁽²⁾	,156 ⁽²⁾	,136 ⁽²⁾
Μηνιαίο εισόδημα	,020⁽²⁾	,021⁽²⁾	,423 ⁽²⁾	,049⁽²⁾	,022⁽²⁾
Επαγγελματική κατάσταση	,007⁽²⁾	,356 ⁽²⁾	,315 ⁽²⁾	,161 ⁽²⁾	,322 ⁽²⁾
Περιοχή διαβίωσης	,256 ⁽¹⁾	,215 ⁽¹⁾	,753 ⁽¹⁾	,396 ⁽¹⁾	,943 ⁽¹⁾
Διαβίωση μόνο/με άλλους	,668 ⁽²⁾	,600 ⁽²⁾	,665 ⁽²⁾	,373 ⁽²⁾	,489 ⁽²⁾
Τέκνα	,461 ⁽¹⁾	,003⁽¹⁾	,036⁽¹⁾	,027⁽¹⁾	,003⁽¹⁾
Χόμπι	,241 ⁽¹⁾	,354 ⁽¹⁾	,383 ⁽¹⁾	,912 ⁽¹⁾	,824 ⁽¹⁾
Συναναστροφή με συγγενείς	,000⁽²⁾	,004⁽²⁾	,002⁽²⁾	,000⁽²⁾	,000⁽²⁾
Συναναστροφή με φίλους	,000⁽²⁾	,000⁽²⁾	,000⁽²⁾	,000⁽²⁾	,002⁽²⁾
Συμμετοχή σε εκπ. πρ.	,009⁽¹⁾	,123 ⁽¹⁾	,132 ⁽¹⁾	,005⁽¹⁾	,062 ⁽¹⁾
Διάστημα αναπηρίας	,003⁽²⁾	,003⁽²⁾	,252 ⁽²⁾	,298 ⁽²⁾	,069 ⁽²⁾
Σωματικός πόνος	,035⁽²⁾	,000⁽²⁾	,079 ⁽²⁾	,004⁽²⁾	,000⁽²⁾

(1) *Mann-Whitney Test*, $p < 0.05$, (2) *Kruskal-Wallis Test*, $p < 0.05$

Με σκούρο μαύρο υποδεικνύονται οι στατιστικά σημαντικές τιμές.

8.1.1.2 Διαφορές των ειδών αναπηρίας ως προς τα επίπεδα κοινωνικών δεξιοτήτων (RSMS) και τις Αντιλήψεις για τη Δια Βίου Εκπαίδευση (EDU)

Στον πίνακα 19 επιχειρείται ο έλεγχος των πιθανών διαφοροποιήσεων ως προς τα επίπεδα κοινωνικών δεξιοτήτων και τις αντιλήψεις για τη δια βίου εκπαίδευση ανάμεσα στις διαφορετικές ομάδες αναπηρίας με τη χρήση του Kruskal-Wallis Test. Διαπιστώνουμε ότι μόνο στη διάσταση B του ερωτηματολογίου RSMS εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Συγκεκριμένα, τα άτομα με κινητική αναπηρία τείνουν να εμφανίζουν πιο υψηλά ποσοστά ευαισθησίας στη συμπεριφορά που εκδηλώνουν οι άλλοι (RSMS_B) σε σχέση με τα υπόλοιπα είδη αναπηρίας, την ίδια στιγμή που τα άτομα με οπτική αναπηρία εμφανίζουν πιο χαμηλά ποσοστά στον ίδιο παράγοντα σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες (mean rank=86,30 και 45,84 αντίστοιχα).

Πίνακας 19. *Kruskal-Wallis Test για την συσχέτιση μεταξύ των ειδών αναπηρίας και τις διαφορές στα επίπεδα κοινωνικών δεξιοτήτων (RSMS) και τις Αντιλήψεις για τη Δια Βίου Εκπαίδευση (EDU).*

	ΟΠΤΙΚΗ	ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ	ΚΙΝΗΤΙΚΗ	ΝΟΗΤΙΚΗ
RSMS_A	72,48	65,20	78,79	58,50
RSMS_B	45,84*	68,83*	86,30*	60,75*
EDU_A	87,16	63,06	66,61	82,66
EDU_B	81,62	62,09	68,53	84,11
EDU_C	69,96	78,96	70,72	69,80
EDU_D	78,76	66,91	69,77	74,23

* $p < 0.05$. Με σκούρο μαύρο σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικοί δείκτες.

8.1.1.3 Συσχέτιση των κοινωνικών δεξιοτήτων του δείγματος με τα επίπεδα κατάθλιψης και την ποιότητα ζωής

Ο έλεγχος της σχέσης ανάμεσα στους δύο παράγοντες της Αναθεωρημένης Κλίμακας Αυτοκαταγραφής-RSMS (Πίνακας 20), μέσω Spearman's Rho Test, μας υποδεικνύει την

ύπαρξη θετικής συσχέτισης ανάμεσα στα ποσοστά ικανότητας τροποποίησης της αυτοπαρουσίασης, την ψυχολογική κατάσταση και τις κοινωνικές σχέσεις του WHOQOL-BREF. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη δυνατότητα κοινωνικής προσαρμογής του εαυτού εμφανίζει το άτομο, τόσο καλύτερη ψυχολογική κατάσταση και ικανοποιητικές κοινωνικές σχέσεις δηλώνει.

Πίνακας 20. Spearman's Rho Test για την συσχέτιση ανάμεσα στις κοινωνικές δεξιότητες (RSMS), τα επίπεδα κατάθλιψης (PHQ-9) και την ποιότητα ζωής (WHOQOL-BRIEF).

	RSMS-A	RSMS-B
PHQ-9	-,090	,097
WHOQOL-Σωματική υγεία	-,028	-,095
WHOQOL-Ψυχολ. Κατάσταση	,221*	,048
WHOQOL-Κοινωνικές σχέσεις	,172*	-,009
WHOQOL-Περιβάλλον	,105	-,029

* $p < 0.05$. Με σκούρο μαύρο σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικοί δείκτες.

8.1.1.4 Συσχέτιση των Αντιλήψεων για την Δια Βίου Εκπαίδευση του δείγματος με τα επίπεδα κατάθλιψης και την ποιότητα ζωής

Στον πίνακα 21 εμφανίζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στις τέσσερις διαστάσεις των Αντιλήψεων για την Δια Βίου Εκπαίδευση (EDU), τα ποσοστά κατάθλιψης και την ποιότητα ζωής, με την εφαρμογή Spearman's Rho Test. Διαπιστώνουμε πως η διάσταση *Διεύρυνση γνωστικών, εργασιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων* (EDU_A) σχετίζεται θετικά με την ικανοποίηση από το περιβάλλον διαβίωσης και αρνητικά με τα ποσοστά κατάθλιψης. Φαίνεται επομένως πως όσο θετικότερη εικόνα έχει ένα άτομο με αναπηρία ως προς τα γνωστικά, εργασιακά και κοινωνικά οφέλη της Δια Βίου Εκπαίδευσης, τόσο μικρότερο σκορ σημειώνει στο PHQ-9, ενώ παράλληλα δηλώνει μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις συνθήκες διαβίωσής του.

Πίνακας 21. Spearman's Rho Test για την συσχέτιση ανάμεσα στις Αντιλήψεις για την Δια Βίου Εκπαίδευση με τα επίπεδα κατάθλιψης (PHQ-9) και την ποιότητα ζωής (WHOQOL-BRIEF).

	EDU_A	EDU_B	EDU_C	EDU_D
PHQ-9	-,175*	-,002	-,097	-,030
WHOQOL-Σωματική υγεία	,090	,043	,159	,154
WHOQOL-Ψυχολ. Κατάσταση	,070	-,022	,155	,034
WHOQOL-Κοινωνικές σχέσεις	,159	,044	,089	,073
WHOQOL-Περιβάλλον	,200*	,116	,164	,119

* $p < 0.05$. Με σκούρο μαύρο σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικοί δείκτες.

8.1.1.5 Συσχέτιση των ποσοστών κατάθλιψης του δείγματος (PHQ-9) με την ποιότητα ζωής (WHOQOL-BREF)

Στον πίνακα 22, ο οποίος αναφέρεται στα αποτελέσματα της συσχέτισης των ποσοστών κατάθλιψης (PHQ-9) με την ποιότητα ζωής (WHOQOL-BREF), μέσω Spearman's Rho Test, παρατηρείται πως όλες οι διαστάσεις του WHOQOL-BREF σχετίζονται σημαντικά και μάλιστα αρνητικά με τα ποσοστά του PHQ-9, υποδεικνύοντας πως μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης από την ποιότητα ζωής σχετίζονται με μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης στα άτομα με αναπηρία.

Πίνακας 22: Spearman's Rho Test για τη συσχέτιση μεταξύ του PHQ-9 και του WHOQOL-BREF.

	PHQ-9
WHOQOL-Σωματική υγεία	-,407*
WHOQOL-Ψυχολ. Κατάσταση	-,547*
WHOQOL-Κοινωνικές σχέσεις	-,584*
WHOQOL-Περιβάλλον	-,390*

* $p < 0.05$. Με σκούρο μαύρο σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικοί δείκτες.

8.1.1.6 Συσχέτιση του είδους αναπηρίας με τα ποσοστά κατάθλιψης (PHQ-9) και την ποιότητα ζωής (WHOQOL-BREF)

Ελέγχοντας τις ενδεχόμενες διαφορές των ειδών αναπηρίας στη συσχέτισή του με τα ποσοστά κατάθλιψης και την ποιότητα ζωής (Πίνακας 23), χρησιμοποιώντας το Kruskal-Wallis Test, διαπιστώνουμε ότι το είδος αναπηρίας σχετίζεται σημαντικά με τα ποσοστά αυτά. Συγκεκριμένα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν πιο υψηλά ποσοστά κατάθλιψης από τα υπόλοιπα (mean rank=81,30), ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία δηλώνουν το χαμηλότερο ποσοστό κατάθλιψης (mean rank=40,06). Επιπλέον, η οπτική αναπηρία σχετίζεται με καλύτερη σωματική υγεία (mean rank=95,86), ψυχολογική κατάσταση (mean rank= 98,26) και κοινωνικές σχέσεις (mean rank=98,26) σε σχέση με τις υπόλοιπες στις διαστάσεις του WHOQOL-BREF. Τέλος, τα άτομα με νοητική αναπηρία εμφανίζουν τον υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης με τις συνθήκες του περιβάλλοντος όπου διαβιών (mean rank=94,82), σε σχέση με τα υπόλοιπα άτομα.

Πίνακας 23: *Kruskal-Wallis Test για τις διαφορές των ειδών αναπηρίας ως προς τα ποσοστά κατάθλιψης (PHQ-9) και την ποιότητα ζωής (WHOQOL-BREF).*

	ΟΠΤΙΚΗ	ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ	ΚΙΝΗΤΙΚΗ	ΝΟΗΤΙΚΗ
PHQ-9	40,06*	81,30*	79,34*	73,86*
WHOQOL- Σωματική υγεία	95,86*	84,33*	56,54*	78,25*
WHOQOL-Ψυχολ. Κατάσταση	96,62*	63,94*	67,94*	66,64*
WHOQOL- Κοινωνικές σχέσεις	98,26*	66,15*	65,33*	70,27*
WHOQOL- Περιβάλλον	82,80*	74,15*	59,97*	94,82*

* $p < 0.05$. Με σκούρο μαύρο σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικοί δείκτες.

8.1.2 Άτομα χωρίς αναπηρία

8.1.2.1 Συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος με τα επίπεδα κατάθλιψης και την ποιότητα ζωής

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν Mann-Whitney Test και Kruskal-Wallis Test για τις συσχετίσεις των δημογραφικών στοιχείων με τα αποτελέσματα PHQ-9 και WHOQOL-BREF. Στα άτομα χωρίς αναπηρία, μόνο το μηνιαίο εισόδημα και η ύπαρξη τέκνων παρουσιάζουν κάποια συσχέτιση με τις μεταβλητές που εξετάζουμε (Πίνακας 24). Όσον αφορά το μηνιαίο εισόδημα, ενδιαφέρον παρουσιάζει πως τα ποσοστά κατάθλιψης εμφανίζονται αυξημένα στα άτομα με το χαμηλότερο εισόδημα (mean rank = 28,17), σταδιακά μειώνονται όσο το εισόδημα μεγαλώνει, για να αυξηθούν πάλι στα άτομα που δήλωσαν το μεγαλύτερο εισόδημα (mean rank = 31,81). Η σωματική υγεία επίσης αυξάνεται με την αύξηση του εισοδήματος, αλλά εμφανίζει πτώση στο μεγαλύτερο εισόδημα (mean rank = 30,44). Το ίδιο μοτίβο παρουσιάζεται και στην ικανοποίηση από το περιβάλλον διαβίωσης, με το χαμηλότερο και υψηλότερο δηλωθέν εισόδημα να σχετίζονται με χαμηλότερα ποσοστά (mean rank = 14,93 και 27,13 αντίστοιχα). Φαίνεται δε πως η κατηγορία εισοδήματος από 1001-1500 ευρώ αποτελεί αυτήν με το χαμηλότερο σκορ στο PHQ-9 και το υψηλότερο στις διαστάσεις της σωματικής υγείας και του περιβάλλοντος του WHOQOL-BREF.

Επίσης, σε αντίθεση με τα άτομα με αναπηρία, τα άτομα χωρίς αναπηρία που έχουν τέκνα, εμφανίζουν καλύτερη ψυχολογική κατάσταση (mean rank = 27,52) και είναι πιο ικανοποιημένοι από τις συνθήκες του περιβάλλοντος όπου διαβιούν (mean rank = 28,23) σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν.

Πίνακας 24. *Mann-Whitney Test και Kruskal-Wallis Test για τις συσχετίσεις των δημογραφικών στοιχείων με τα αποτελέσματα PHQ-9 και WHOQOL-BREF.*

	<u>PHQ-9</u>	<u>WHOQOL- ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ</u>	<u>WHOQOL- ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</u>	<u>WHOQOL- ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ</u>	<u>WHOQOL- ΠΕΡΙΒΑΛΛΟ N</u>
Φύλο	,888 ⁽¹⁾	,804 ⁽¹⁾	,844 ⁽¹⁾	,737 ⁽¹⁾	,122 ⁽¹⁾
Ηλικία	,945 ⁽²⁾	,677 ⁽²⁾	,967 ⁽²⁾	,750 ⁽²⁾	,936 ⁽²⁾
Επίπεδο Εκπαίδευσης	,170 ⁽²⁾	,135 ⁽²⁾	,104 ⁽²⁾	,177 ⁽²⁾	,218 ⁽²⁾
Οικογενειακή κατάσταση	,620 ⁽²⁾	,909 ⁽²⁾	,142 ⁽²⁾	,073 ⁽²⁾	,569 ⁽²⁾
Μηνιαίο εισόδημα	,040⁽²⁾	,030⁽²⁾	,226 ⁽²⁾	,121 ⁽²⁾	,009⁽²⁾
Επαγγελματική κατάσταση	,219 ⁽²⁾	,815 ⁽²⁾	,663 ⁽²⁾	,604 ⁽²⁾	,198 ⁽²⁾
Περιοχή διαβίωσης	,882 ⁽¹⁾	,242 ⁽¹⁾	,826 ⁽¹⁾	,783 ⁽¹⁾	,145 ⁽¹⁾
Διαβίωση μόνος/με άλλους	,108 ⁽²⁾	,629 ⁽²⁾	,645 ⁽²⁾	,326 ⁽²⁾	,507 ⁽²⁾
Τέκνα	,640 ⁽¹⁾	,322 ⁽¹⁾	,030⁽¹⁾	,010⁽¹⁾	,127 ⁽¹⁾
Χόμπι	,740 ⁽¹⁾	,076 ⁽¹⁾	,760 ⁽¹⁾	,926 ⁽¹⁾	,989 ⁽¹⁾
Συναναστροφή με συγγενείς	,140 ⁽²⁾	,077 ⁽²⁾	,337 ⁽²⁾	,148 ⁽²⁾	,383 ⁽²⁾
Συναναστροφή με φίλους	,840 ⁽²⁾	,177 ⁽²⁾	,161 ⁽²⁾	,173 ⁽²⁾	,295 ⁽²⁾
Συμμετοχή σε εκπ. πρ.	,816 ⁽¹⁾	,426 ⁽¹⁾	,913 ⁽¹⁾	,191 ⁽¹⁾	,744 ⁽¹⁾

(1) *Mann-Whitney Test*, $p < 0.05$, (2) *Kruskal-Wallis Test*, $p < 0.05$

Με σκούρο μαύρο υποδεικνύονται οι στατιστικά σημαντικές τιμές με $p < 0.05$.

8.1.2.2 Συσχέτιση των κοινωνικών δεξιοτήτων του δείγματος με τα επίπεδα κατάθλιψης και την ποιότητα ζωής

Στα άτομα χωρίς αναπηρία, φαίνεται πως σχετίζεται θετικά ο δεύτερος παράγοντας του RMSM με την ικανοποίηση από το περιβάλλον του WHOQOL-BREF, μέσω του Spearman's Rho Test, που πραγματοποιήθηκε (Πίνακας 25). Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη ευαισθησία στη συμπεριφορά που εκδηλώνουν οι άλλοι δείχνουν τα άτομα, τόσο περισσότερο ικανοποιημένοι από το περιβάλλον όπου διαβιούν δηλώνουν.

Πίνακας 25. Spearman's Rho Test για τη συσχέτιση ανάμεσα στις κοινωνικές δεξιότητες (RSMS), τα επίπεδα κατάθλιψης (PHQ-9) και την ποιότητα ζωής (WHOQOL-BREF).

	RSMS-A	RSMS-B
PHQ-9	,025	-,010
WHOQOL-Σωματική υγεία	,216	,219
WHOQOL-Ψυχολ. Κατάσταση	-,018	,106
WHOQOL-Κοινωνικές σχέσεις	,053	,195
WHOQOL-Περιβάλλον	,136	,333*

* $p < 0.05$. Με σκούρο μάρκο σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικοί δείκτες.

8.1.2.3 Συσχέτιση των Αντιλήψεων για την Δια Βίου Εκπαίδευση του δείγματος με τα επίπεδα κατάθλιψης και την ποιότητα ζωής

Για τη συσχέτιση των Αντιλήψεων για την Δια Βίου Εκπαίδευση με τα επίπεδα κατάθλιψης (PHQ-9) και την ποιότητα ζωής (WHOQOL-BREF), χρησιμοποιήθηκε Spearman's Rho Test. Στα άτομα χωρίς αναπηρία, ο τρίτος και ο τέταρτος παράγοντας του ερωτηματολογίου για τις Αντιλήψεις για την Δια Βίου Εκπαίδευση σχετίζονται σημαντικά με τα αναφερόμενα επίπεδα σωματικής υγείας και ικανοποίησης από το περιβάλλον (Πίνακας 26). Συγκεκριμένα, όσο περισσότερο θεωρείται από τα άτομα πως η Δια Βίου Εκπαίδευση προάγει την ανάπτυξη των προσωπικών ενδιαφερόντων και την ψυχαγωγία, τόσο μεγαλύτερη σωματική υγεία αναφέρουν. Επιπλέον, μικρότερη αναφερόμενη ικανοποίηση από τις συνθήκες του περιβάλλοντος διαβίωσης σχετίζεται με μεγαλύτερη αντίληψη πως η πρόσβαση σε προγράμματα Δια Βίου Εκπαίδευσης και τα μέσα υλοποίησής της δεν είναι ισότιμα για όλους.

Πίνακας 26. Spearman's Rho Test για τη συσχέτιση των Αντιλήψεων για την Δια Βίου Εκπαίδευση με τα επίπεδα κατάθλιψης (PHQ-9) και την ποιότητα ζωής (WHOQOL-BREF).

	EDU_A	EDU_B	EDU_C	EDU_D
PHQ-9	-,062	,091	-,074	,249
WHOQOL-Σωματική υγεία	,148	,207	,321*	-,017
WHOQOL-Ψυχολ. Κατάσταση	,103	,101	,085	-,258
WHOQOL-Κοινωνικές σχέσεις	,132	-,056	,132	-,211
WHOQOL-Περιβάλλον	,143	,111	,154	-,307*

* $p < 0.05$. Με σκούρο μαύρο σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικοί δείκτες.

8.1.2.4 Συσχέτιση των ποσοστών κατάθλιψης του δείγματος (PHQ-9) με την ποιότητα ζωής (WHOQOL-BREF)

Στον πίνακα 27 φαίνεται πως, όπως και στα άτομα με αναπηρία, όλες οι διαστάσεις του WHOQOL-BREF σχετίζονται σημαντικά και μάλιστα αρνητικά με τα ποσοστά του PHQ-9, μέσω του Spearman's Rho Test, που πραγματοποιήθηκε, υποδεικνύοντας πως μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης από την ποιότητα ζωής σχετίζονται με μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης στα άτομα χωρίς αναπηρία.

Πίνακας 27: Spearman's Rho Test για τη συσχέτιση του PHQ-9 με το WHOQOL-BREF

	PHQ-9
WHOQOL-Σωματική υγεία	-,440**
WHOQOL-Ψυχολ. Κατάσταση	-,570**
WHOQOL-Κοινωνικές σχέσεις	-,520**
WHOQOL-Περιβάλλον	-,310*

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$. Με σκούρο μαύρο σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικοί δείκτες.

8.1.3 Μονοπαραγοντικές συγκρίσεις μεταξύ των δυο ομάδων του δείγματος

Ο έλεγχος των μέσων τιμών των δυο ομάδων όσον αφορά τις κοινωνικές δεξιότητες, τις Αντιλήψεις για την Δια Βίου Εκπαίδευση, την ποιότητα ζωή και την κατάθλιψη μέσω του στατιστικού Mann-Whitney U Test, αναδεικνύει στατιστικά σημαντικές διαφορές σε δύο μόνο

από τις ελεγχόμενες μεταβλητές (Πίνακας 28). Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι τα άτομα με αναπηρία αναφέρουν μικρότερα ποσοστά σωματικής υγείας (mean rank = 87,17) από τα άτομα χωρίς αναπηρία. Επιπλέον, τα άτομα χωρίς αναπηρία φαίνεται να αντιλαμβάνονται περισσότερο θετικά τον ρόλο της Δια Βίου Εκπαίδευσης ως προς την διεύρυνση των γνωστικών, εργασιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων σε σχέση με την άλλη ομάδα (mean rank = 109,86).

Πίνακας 28: Mann-Whitney U Test για τις διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων στα επίπεδα κοινωνικών δεξιοτήτων, αντιλήψεων για την Δια Βίου Εκπαίδευση, ποιότητας ζωής και κατάθλιψης.

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
PHQ-9	ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	143	99,89	14284,00
	ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	47	82,15	3861,00
WHOQOL Σωματική υγεία	ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	143	87,17**	12465,00**
	ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	47	120,85**	5680,00**
WHOQOL Ψυχολ. κατάσταση	ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	143	91,78	13124,00
	ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	47	106,83	5021,00
WHOQOL Κοινωνικές σχέσεις	ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	143	93,24	13334,00
	ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	47	102,36	4811,00
WHOQOL Περιβάλλον	ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	143	91,11	13028,50
	ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	47	108,86	5116,50
RSMS_A	ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	143	94,97	13580,50
	ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	47	97,12	4564,50
RSMS_B	ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	143	95,52	13660,00
	ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	47	95,43	4485,00

EDU_A	ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	143	90,78*	12981,50*
	ΧΩΡΙΣ	47	109,86*	5163,50*
	ΑΝΑΠΗΡΙΑ			
EDU_B	ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	143	94,53	13518,00
	ΧΩΡΙΣ	47	98,45	4627,00
	ΑΝΑΠΗΡΙΑ			
EDU_C	ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	143	91,88	13138,50
	ΧΩΡΙΣ	47	106,52	5006,50
	ΑΝΑΠΗΡΙΑ			
EDU_D	ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	143	95,01	13491,00
	ΧΩΡΙΣ	47	92,92	4275,00
	ΑΝΑΠΗΡΙΑ			

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$. Με σκούρο μαύρο σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικοί δείκτες.

Η σύγκριση των συγκεκριμένων τύπων αναπηρίας με την ομάδα ατόμων χωρίς αναπηρία ως προς τα επίπεδα ποιότητας ζωής, μέσω του Kruskal-Wallis Test, αναδεικνύει στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ειδών αναπηρίας και την μη ύπαρξή της (Πίνακας 29). Συγκεκριμένα, τα άτομα χωρίς αναπηρία εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά σωματικής υγείας από όλες τους τύπους αναπηρίας (mean rank=120,85), με μικρή ωστόσο διαφορά από τα άτομα με οπτική αναπηρία (mean rank=117,00). Την μεγαλύτερη διαφορά την εμφανίζουν αρχικά με τα άτομα με κινητική αναπηρία (mean rank=67,07) και στη συνέχεια με τα άτομα με νοητική αναπηρία (mean rank=95,77). Αντίθετα, ως προς την ψυχολογική κατάσταση, καλύτερα ποσοστά σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία φαίνεται να έχουν τα άτομα με οπτική αναπηρία (mean rank=125,04), ωστόσο οι υπόλοιποι τύποι αναπηρίας εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά σε σχέση με την ομάδα χωρίς αναπηρία. Παρόμοια αποτελέσματα διαπιστώνουμε και στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων: τα άτομα με οπτική αναπηρία φαίνεται να είναι πιο ικανοποιημένα σε σχέση με τα άτομα χωρίς καμία αναπηρία (mean rank=128,46), ενώ οι υπόλοιπες κατηγορίες ατόμων δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένα. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ποσοστά ικανοποίησης από το περιβάλλον, με τα άτομα με νοητική αναπηρία να δηλώνουν τα υψηλά ποσοστά σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία (mean rank=123,36), με μικρή διαφορά να παρουσιάζεται ακόμη μεταξύ των ατόμων με οπτική αναπηρία και εκείνων χωρίς αναπηρία, παρόλο που η δεύτερη ομάδα εμφανίζει πιο υψηλό ποσοστό.

Πίνακας 29: *Kruskal-Wallis Test για τις διαφορές μεταξύ των τύπων αναπηρίας και την ομάδα χωρίς αναπηρία στα επίπεδα ποιότητας ζωής (WHOQOL-BREF)*

ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΕΧΕΤΕ;		N	Mean Rank
WHOQOL- Σωματική υγεία	ΟΠΤΙΚΗ	25	117,00
	ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ	27	103,91
	ΚΙΝΗΤΙΚΗ	69	67,07
	ΝΟΗΤΙΚΗ	22	95,77
	ΚΑΜΙΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	47	120,85*
	Total	190	
WHOQOL- Ψυχολ. κατάσταση	ΟΠΤΙΚΗ	25	125,04
	ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ	27	80,35
	ΚΙΝΗΤΙΚΗ	69	86,60
	ΝΟΗΤΙΚΗ	22	84,23
	ΚΑΜΙΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	47	106,83*
	Total	190	
WHOQOL- Κοινωνικές σχέσεις	ΟΠΤΙΚΗ	25	128,46
	ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ	27	85,33
	ΚΙΝΗΤΙΚΗ	69	84,20
	ΝΟΗΤΙΚΗ	22	91,32
	ΚΑΜΙΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	47	102,36*
	Total	190	
WHOQOL- Περιβάλλον	ΟΠΤΙΚΗ	25	105,34
	ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ	27	93,13
	ΚΙΝΗΤΙΚΗ	69	74,88
	ΝΟΗΤΙΚΗ	22	123,36
	ΚΑΜΙΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	47	108,86*
	Total	190	

* $p < 0.05$ Με σκούρο μαύρο σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικοί δείκτες.

Συγκρίνοντας τα είδη αναπηρίας με τα άτομα χωρίς αναπηρία ως προς τα επίπεδα κατάθλιψης, με τη χρήση Kruskal-Wallis Test, διαπιστώνουμε επίσης την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των ειδών αναπηρίας και την μη ύπαρξη αναπηρίας (Πίνακας 30). Συγκεκριμένα, όλα τα είδη αναπηρίας, εκτός της οπτικής (mean rank=55,20), εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, με τα υψηλότερα

ποσοστά να τα εμφανίζουν τα άτομα με ακουστική αναπηρία (mean rank=113,15).

Πίνακας 30: *Kruskal-Wallis Test* για τις διαφορές μεταξύ των τύπων αναπηρίας και την ομάδα χωρίς αναπηρία στα επίπεδα κατάθλιψης (PHQ-9)

ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΕΧΕΤΕ;	N	Mean Rank
ΟΠΤΙΚΗ	25	55,20
ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ	27	113,15
ΚΙΝΗΤΙΚΗ	69	110,16
ΝΟΗΤΙΚΗ	22	103,27
ΚΑΜΙΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	47	81,64*
Total	190	

* $p < 0.05$ Με σκούρο μαύρο σημειώνονται οι στατιστικά σημαντικοί δείκτες.

8.2 Πολυπαραγοντικές αναλύσεις των δεδομένων

Η ταυτόχρονη επίδραση των μεταβλητών της έρευνας στα ποσοστά κατάθλιψης, εξετάστηκε με τη βοήθεια της ανάλυσης παλινδρόμησης. Η μη κανονικότητα των δεδομένων που ήδη αναφέρθηκε, μας οδήγησε στον έλεγχο των σχέσεων μέσω της τακτικής λογιστικής παλινδρόμησης (*ordinal logistic regression*). Για να γίνει αυτό, προχωρήσαμε σε μετατροπή του συνολικού σκορ της μεταβλητής PHQ-9 σε κατηγορική μεταβλητή, ομαδοποιώντας τις απαντήσεις σε πέντε διαβαθμίσεις, από καθόλου κατάθλιψη έως και την ύπαρξη σοβαρού ποσοστού κατάθλιψης, σύμφωνα με την ενδεδειγμένη βιβλιογραφία (Manea, Gilbody, McMillan, 2012) και με προεπιλεγμένο όριο (cut-off) το 10.

Από τα δημογραφικά στοιχεία, ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν εκείνα που φάνηκαν να συσχετίζονται με τις εξαρτημένες στις μονοπαραγοντικές αναλύσεις που προηγήθηκαν. Πραγματοποιήθηκε ξεχωριστή τακτική λογιστική παλινδρόμηση για την κάθε ομάδα, και στη συνέχεια μια κοινή, προκειμένου να αναγνωριστεί η σημαντικότητα της ύπαρξης αναπηρίας στα επίπεδα κατάθλιψης.

Πριν την πραγματοποίηση της λογιστικής παλινδρόμησης, έγινε έλεγχος της πολυσυγγραμικότητας (*multicollinearity*) των ανεξάρτητων μεταβλητών προκειμένου να απορριφθεί η πιθανότητα οι μεταβλητές να σχετίζονται σε τέτοιο βαθμό που να καθίσταται δύσκολη η ερμηνεία της ανεξάρτητης επίδρασης της κάθε μεταβλητής στις εξαρτημένες

μεταβλητές. Καθώς δεν υπάρχει τρόπος ελέγχου της πολυσυγγραμικότητας στην τακτική λογιστική παλινδρόμηση, πραγματοποιήθηκε γραμμική παλινδρόμηση και ελέγχθηκε η τιμή του δείκτη VIF. Για τιμές μικρότερες του 1 ή μεγαλύτερες του 10, επισημαίνεται η ύπαρξη σημαντικής πολυσυγγραμικότητας μεταξύ των μεταβλητών.

8.2.1 Άτομα με αναπηρία και κατάθλιψη

Για όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές, οι τιμές του δείκτη VIF είναι μεγαλύτερες του 1 και μικρότερες του 10 κάτι που δείχνει πως δεν υπάρχει σημαντική πολυσυγγραμικότητα μεταξύ τους. Στην τακτική λογιστική παλινδρόμηση που πραγματοποιήθηκε στην ομάδα των ατόμων με αναπηρία, ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν από τα δημογραφικά στοιχεία: η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μηνιαίο εισόδημα, η ύπαρξη τέκνων, η ικανοποίηση από την συναναστροφή με συγγενείς/φίλους, η συμμετοχή σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα, η διάρκεια της αναπηρίας, η ύπαρξη σωματικού πόνου και το είδος της αναπηρίας. Από τις κλίμακες: οι παράγοντες της Revised Self-Monitoring Scale και οι παράγοντες του ερωτηματολογίου για την Δια Βίου Εκπαίδευση.

Αρχικά, η τιμή χ^2 ελέγχου του μοντέλου είναι 62.569 με 18 βαθμούς ελευθερίας και $p=0.000$ (<0.001), πράγμα που υποδεικνύει πως το μοντέλο ταιριάζει στα πραγματικά δεδομένα (Πίνακας 31):

Πίνακας 31: Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	305,439			
Final	242,870	62,569	18	,000

Link function: Logit.

Οι δείκτες στους πίνακες 32 και 33 υποδεικνύουν καλή προσαρμογή των παρατηρούμενων δεδομένων με το προβλεπόμενο μοντέλο (Pearson's $\chi^2 = 426,314$, $p > 0.005$), και ο δείκτης Nagelkerke (0,403) υποδεικνύει ότι το μοντέλο μπορεί να εξηγήσει το 40,3% της διακύμανσης των ποσοστών κατάθλιψης.

Πίνακας 32: Goodness-of-Fit

	Chi-Square	df	Sig.
Pearson	426,314	404	,214
Deviance	242,717	404	1,000

Link function: Logit.

Πίνακας 33: Pseudo R-Square

Cox and Snell	,356
Nagelkerke	,403
McFadden	,205

Link function: Logit.

Τα αποτελέσματα της λογιστικής παλινδρόμησης όπως φαίνονται στον πίνακα 34, υποδεικνύουν την πιθανότητα να προβλέψει κάθε μεταβλητή ξεχωριστά τα επίπεδα κατάθλιψης, όταν ελέγχονται ταυτόχρονα και οι υπόλοιπες μεταβλητές. Σε αυτό το πλαίσιο, η πιθανότητα ένα άτομο με αναπηρία να παρουσιάσει αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης όσο μεγαλώνει σε ηλικία, μειώνεται κατά 0,509 φορές σε σχέση με άτομα μικρότερης ηλικίας. Επίσης, αυξημένα ποσοστά ικανοποίησης από την συναναστροφή με φίλους, μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης αυξημένων ποσοστών κατάθλιψης κατά 0,413. Η πιθανότητα τα άτομα που επιλέγουν σε μεγάλο βαθμό την Δια Βίου Εκπαίδευση λόγω αντικειμενικών παραγόντων, να εμφανίσουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης, είναι κατά 2,154 φορές μεγαλύτερη από ό,τι για τα άτομα που την επιλέγουν λόγω αντικειμενικών παραγόντων σε μικρότερο βαθμό. Τέλος, τα άτομα με οπτική αναπηρία έχουν μειωμένη πιθανότητα κατά 0,211 να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες αναπηρίας.

Πίνακας 34: Τακτική λογιστική παλινδρόμηση για την επίδραση των μεταβλητών της έρευνας στην πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης στα άτομα με αναπηρία.

		Estimate	Wald	Df	Sig.	EXP(B)
Threshold	[PHQ_9_CUTTOFF = 2,00]	-11,204	30,032	1	,000	,000
	[PHQ_9_CUTTOFF = 3,00]	-8,969	21,148	1	,000	,000
	[PHQ_9_CUTTOFF = 4,00]	-7,345	15,065	1	,000	,001
	ΗΛΙΚΙΑ	-,675	6,703	1	,010*	,509
	ΟΙΚ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	-,234	,472	1	,492	,792
	ΕΙΣΟΔΗΜΑ	-,281	1,626	1	,202	,755
	ΔΙΑΣ_ΑΝΑΠ	-,087	,162	1	,688	,917
	ΣΥΝ.ΜΕ.ΣΥΓΓ	-,643	3,631	1	,057	,525
	ΣΥΝ.ΜΕ.ΦΙΑ	-,884	4,634	1	,031*	,413
	RSMS_A	-,415	2,377	1	,123	,661
	RSMS_B	-,017	,008	1	,929	,984
	EDU_A	,218	,432	1	,511	1,244
	EDU_B	,767	6,651	1	,010*	2,154
Location	EDU_C	-,480	2,945	1	,086	,619
	EDU_D	-,091	,094	1	,759	,913
	[ΠΑΙΔΙΑ=1]	,469	,713	1	,398	1,598
	[ΠΑΙΔΙΑ=2]	,000	.	0	.	1,000
	[ΕΙΔ_ΑΝΑΠΗΡ=1]	-1,555	4,461	1	,035*	,211
	[ΕΙΔ_ΑΝΑΠΗΡ=2]	,852	1,245	1	,264	2,344
	[ΕΙΔ_ΑΝΑΠΗΡ=3]	,903	1,783	1	,182	2,466
	[ΕΙΔ_ΑΝΑΠΗΡ=4]	,000	.	0	.	1,000
	[ΣΩΜ_ΠΟΝΟΣ=1]	-,070	,022	1	,883	,933
	[ΣΩΜ_ΠΟΝΟΣ=2]	,000	.	0	.	1,000
	[ΣΥΜ.ΕΚΠΑΙΔ.ΠΡΟΓ=1]	-,621	1,993	1	,158	,537
	[ΣΥΜ.ΕΚΠΑΙΔ.ΠΡΟΓ=2]	,000	.	0	.	1,000

Link function: Logit.

* $p < 0.05$. Με σκούρο μαύρο υποδεικνύονται οι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες στην πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης από τα άτομα με αναπηρία.

8.2.2 Άτομα χωρίς αναπηρία και κατάθλιψη

Για όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές, οι τιμές του δείκτη VIF είναι μεγαλύτερες του 1 και μικρότερες του 10 κάτι που δείχνει πως δεν υπάρχει σημαντική πολυσυγγραμικότητα μεταξύ τους.

Στην τακτική λογιστική παλινδρόμηση που πραγματοποιήθηκε στην ομάδα των ατόμων χωρίς αναπηρία, ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν το μηνιαίο εισόδημα και η ύπαρξη παιδιών, οι παράγοντες της Revised Self-Monitoring Scale και οι παράγοντες του ερωτηματολογίου για την Δια Βίου Εκπαίδευση. Τα αποτελέσματα έδωσαν μη σημαντικές συσχετίσεις των αναφερόμενων ανεξάρτητων μεταβλητών με τα ποσοστά κατάθλιψης των ατόμων. Περαιτέρω εισαγωγές άλλων δημογραφικών μεταβλητών στο μοντέλο, επίσης δεν έδωσε κάποια σημαντική συσχέτιση με τα ποσοστά κατάθλιψης.

8.2.3 Η επίδραση της ύπαρξης αναπηρίας στα ποσοστά κατάθλιψης

Στην τακτική λογιστική παλινδρόμηση που πραγματοποιήθηκε ως προς τα ποσοστά κατάθλιψης ατόμων με και χωρίς αναπηρία, ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν όλα τα δημογραφικά στοιχεία, καθώς και οι Αντιλήψεις για τη Δια Βίου Εκπαίδευση και οι παράγοντες της Revised Self-Monitoring Scale.

Αρχικά, η τιμή χ^2 ελέγχου του μοντέλου είναι 80,209 με 37 βαθμούς ελευθερίας και $p=0.000$ (<0.001), πράγμα που υποδεικνύει πως το μοντέλο ταιριάζει στα πραγματικά δεδομένα (Πίνακας 35):

Πίνακας 35: Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	396,787			
Final	316,578	80,209	37	,000

Link function: Logit.

Ο πίνακας 36 υποδεικνύει μικρή προσαρμογή των παρατηρούμενων δεδομένων με το προβλεπόμενο μοντέλο (Pearson's $\chi^2 = 569,555$ $p < 0.005$), και ο δείκτης Nagelkerke (0,404) (Πίνακας 37) υποδεικνύει ότι το μοντέλο μπορεί να εξηγήσει το 40,4% της διακύμανσης των ποσοστών κατάθλιψης. Η τιμή του Pearson's χ^2 αν και μη ικανοποιητική, δεν σημαίνει απαραίτητα ότι δεν θα πρέπει να γίνει αποδεκτή ανάλυση, σύμφωνα και με την σχετική με το θέμα βιβλιογραφία, και δεδομένης και της ικανοποιητικής τιμής του χ^2 ελέγχου του μοντέλου.

Πίνακας 36: Goodness-of-Fit

	Chi-Square	df	Sig.
Pearson	569,555	479	,003
Deviance	316,578	479	1,000

Link function: Logit.

Πίνακας 37: pseudo R-Square

Cox and Snell	,360
Nagelkerke	,404
McFadden	,202

Link function: Logit.

Η λογιστική παλινδρόμηση (Πίνακας 38) μας δείχνει πως ο παράγοντας «αναπηρία» (*disability*) επιδρά σημαντικά στα επίπεδα κατάθλιψης, όταν ελέγχεται ταυτόχρονα με τις υπόλοιπες μεταβλητές του δείγματος. Έτσι, η πιθανότητα ένα άτομο να παρουσιάσει αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης όταν έχει αναπηρία, αυξάνεται κατά 3,706 φορές σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν αναπηρία. Και στις δύο ομάδες ατόμων, η πιθανότητα εμφάνισης αυξημένων επιπέδων κατάθλιψης αυξάνεται, όταν εμφανίζουν μειωμένη ικανότητα τροποποίησης της αυτοπαρουσίασης (RSMS_A) και αυξημένη ευαισθησία στη συμπεριφορά που εκδηλώνουν οι άλλοι (RSMS_B) κατά 0,608 φορές και κατά 1,481 φορές αντίστοιχα. Παράλληλα, και στις δύο ομάδες που δηλώνουν μέτριο βαθμό ικανοποίησης από την συναναστροφή με συγγενείς, η πιθανότητα εμφάνισης αυξημένων ποσοστών κατάθλιψης αυξάνεται κατά 4,512, σε σχέση με τα άτομα και των ομάδων που δηλώνουν υψηλό βαθμό ή κανένα βαθμό ικανοποίησης από τη συναναστροφή με συγγενείς.

Πίνακας 38: Τακτική Λογιστική παλινδρόμηση για τη συσχέτιση της ύπαρξης αναπηρίας με τα ποσοστά κατάθλιψης, όταν ελέγχονται ταυτόχρονα οι υπόλοιπες μεταβλητές του δείγματος.

	Estimate	Std. Error	Wald	Df	Sig.	95% Confidence Interval		
						Lower Bound	Upper Bound	
Threshold	[PHQ_9_CUTTOFF = 2,00]	1,058	3,325	,101	1	,750	-5,458	7,574
	[PHQ_9_CUTTOFF = 3,00]	3,487	3,316	1,106	1	,293	-3,011	9,986
	[PHQ_9_CUTTOFF = 4,00]	5,252	3,329	2,489	1	,115	-1,273	11,777
	RSMS_A	-,497	,246	4,098	1	,043*	-,979	-,016
	RSMS_B	,393	,166	5,607	1	,018*	,068	,718
	EDU_C	-,144	,271	,284	1	,594	-,675	,386
	EDU_D	,210	,281	,560	1	,454	-,340	,760
	EDU_A	-,028	,324	,008	1	,931	-,662	,606
	EDU_B	,486	,281	2,990	1	,084	-,065	1,036
	[ΦΥΛΟ=1]	-,264	,386	,468	1	,494	-1,021	,493
[ΦΥΛΟ=2]	0 ^a	.	.	0	.	.	.	
Location	[ΟΙΚ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ= 1]	-,879	1,565	,315	1	,574	-3,945	2,188
	[ΟΙΚ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ= 2]	-,929	1,484	,392	1	,531	-3,837	1,978
	[ΟΙΚ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ= 3]	-1,859	1,584	1,377	1	,241	-4,964	1,246
	[ΟΙΚ_ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ= 4]	0 ^a	.	.	0	.	.	.
	[ΠΑΙΔΙΑ=1]	,674	,616	1,197	1	,274	-,533	1,881
	[ΠΑΙΔΙΑ=2]	0 ^a	.	.	0	.	.	.
	[ΕΠΑΓ_ΚΑΤΑΣΤ=1]	2,866	1,472	3,792	1	,052	-,019	5,750
	[ΕΠΑΓ_ΚΑΤΑΣΤ=2]	1,791	1,504	1,417	1	,234	-1,157	4,739
	[ΕΠΑΓ_ΚΑΤΑΣΤ=3]	1,728	1,453	1,414	1	,234	-1,120	4,577
	[ΕΠΑΓ_ΚΑΤΑΣΤ=4]	0 ^a	.	.	0	.	.	.
	[ΠΕΡ_ΔΙΑΒ=1]	-,574	,467	1,507	1	,220	-1,489	,342
	[ΠΕΡ_ΔΙΑΒ=2]	0 ^a	.	.	0	.	.	.
	[ΖΩ=1]	1,322	,920	2,064	1	,151	-,482	3,126
	[ΖΩ=2]	1,628	,912	3,185	1	,074	-,160	3,415
	[ΖΩ=3]	0 ^a	.	.	0	.	.	.

[ΧΟΜΠΙ=1]	-,233	,450	,269	1	,604	-1,115	,648
[ΧΟΜΠΙ=2]	0 ^a	.	.	0	.	.	.
[ΣΥΜ.ΕΚΠΑΙΔ.ΠΡΟΓ =1]	-,188	,436	,185	1	,667	-1,042	,667
[ΣΥΜ.ΕΚΠΑΙΔ.ΠΡΟΓ =2]	0 ^a	.	.	0	.	.	.
[ΗΛΙΚΙΑ=1]	,200	1,301	,024	1	,878	-2,349	2,750
[ΗΛΙΚΙΑ=2]	,055	1,287	,002	1	,966	-2,468	2,578
[ΗΛΙΚΙΑ=3]	-,747	1,294	,333	1	,564	-3,284	1,789
[ΗΛΙΚΙΑ=4]	0 ^a	.	.	0	.	.	.
[ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ=1]	1,754	1,261	1,936	1	,164	-,717	4,225
[ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ=2]	-,453	,962	,222	1	,637	-2,338	1,432
[ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ=3]	-1,463	,799	3,354	1	,067	-3,028	,103
[ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ=4]	-,028	,640	,002	1	,965	-1,283	1,226
[ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ=5]	1,114	,719	2,395	1	,122	-,297	2,524
[ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ=6]	,100	,687	,021	1	,884	-1,246	1,446
[ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ=7]	,735	,603	1,487	1	,223	-,446	1,916
[ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ=8]	0 ^a	.	.	0	.	.	.
[ΕΙΣΟΔΗΜΑ=1]	,481	,662	,528	1	,467	-,816	1,778
[ΕΙΣΟΔΗΜΑ=2]	,338	,622	,296	1	,587	-,882	1,558
[ΕΙΣΟΔΗΜΑ=3]	-,565	,672	,705	1	,401	-1,882	,753
[ΕΙΣΟΔΗΜΑ=4]	0 ^a	.	.	0	.	.	.
[ΣΥΝ.ΜΕ.ΣΥΓΓ=1]	1,368	,809	2,857	1	,091	-,218	2,954
[ΣΥΝ.ΜΕ.ΣΥΓΓ=2]	1,507	,491	9,407	1	,002*	,544	2,469
[ΣΥΝ.ΜΕ.ΣΥΓΓ=3]	0 ^a	.	.	0	.	.	.
[ΣΥΝ.ΜΕ.ΦΙΛ=1]	1,121	1,077	1,083	1	,298	-,990	3,231
[ΣΥΝ.ΜΕ.ΦΙΛ=2]	,869	,484	3,218	1	,073	-,080	1,818
[ΣΥΝ.ΜΕ.ΦΙΛ=3]	0 ^a	.	.	0	.	.	.
[DISABILITY=1]*	1,310	,437	8,975	1	,003*	,453	2,167
[DISABILITY=2]	0 ^a	.	.	0	.	.	.

Link function: Logit.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.

* $p < 0.05$

Με σκούρο μαύρο υποδεικνύονται ο παράγοντας «αναπηρία» και η τιμή του p , όταν ελέγχεται ταυτόχρονα με τις υπόλοιπες μεταβλητές του δείγματος.

Κεφάλαιο 9ο: Συζήτηση-συμπεράσματα

9.1 Συζήτηση επί των ευρημάτων

Στόχος της παρούσας έρευνας, ήταν να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία και να προσδιοριστούν οι παράγοντες που την επηρεάζουν σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, σκιαγραφώντας τις αντιλήψεις τους σχετικά με τη δια βίου εκπαίδευση και κατ' επέκταση το ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει στην ποιότητα ζωής τους. Παράλληλα, επιδιώξαμε να συγκρίνουμε τις δύο πληθυσμιακές ομάδες ως προς τα καταθλιπτικά τους επίπεδα και τις κοινωνικές τους δεξιότητες.

Ένα από τα βασικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας αφορούσε τις ενδεχόμενες διαφορές των ατόμων με αναπηρία στα ποσοστά κατάθλιψης και στην ποιότητα ζωής, ανάλογα με το είδος της αναπηρίας που φέρουν. Διαπιστώθηκε λοιπόν ότι το είδος αναπηρίας σχετίζεται σημαντικά με τα ποσοστά αυτά. Συγκεκριμένα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίζουν πιο υψηλά ποσοστά κατάθλιψης από τα υπόλοιπα. Ακολουθούν κατά σειρά τα άτομα με κινητική και νοητική αναπηρία, ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία δηλώνουν το χαμηλότερο ποσοστό κατάθλιψης. Το αποτέλεσμα αυτό αναδεικνύει την ανάγκη για παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, ιδίως στον πληθυσμό των ατόμων με ακουστική και κινητική αναπηρία. Αν και το εύρημα ότι τα άτομα με αναπηρία ενδέχεται να βιώνουν συναισθήματα κατάθλιψης δεν είναι νέο και έχει υποστηριχθεί από πληθώρα ερευνών (Λατσού κ.συν. 2014· Zhang, Hoffman, Cotch, Themann & Wilson, 2014), η διαφορά στα επίπεδα κατάθλιψης με τα άτομα που φέρουν οπτική αναπηρία, η οποία παρουσιάζεται στην παρούσα εργασία, θα πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο ανησυχίας και προβληματισμού αποτελώντας την αφορμή για τον σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων.

Αναφορικά με τις διαφορές που παρουσιάζονται στην ποιότητα ζωής μεταξύ των ατόμων με αναπηρία, φαίνεται ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τις ομάδες ατόμων με άλλη αναπηρία στη διάσταση της σωματικής υγείας, της ψυχολογικής κατάστασης και των κοινωνικών σχέσεων. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα με νοητική αναπηρία εμφανίζουν τον υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης με τις συνθήκες του περιβάλλοντος όπου διαβιώνουν, με τα άτομα με οπτική και ακουστική αναπηρία να ακολουθούν. Επιπλέον, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι τα άτομα με κινητική αναπηρία εμφανίζουν τα μικρότερα ποσοστά, όσον αφορά την ποιότητα ζωής τους, στις διαστάσεις της

σωματικής υγείας και του περιβάλλοντος, κυρίως λόγω της φύσης της συγκεκριμένης αναπηρίας και των εμποδίων προσβασιμότητας που συχνά αντιμετωπίζουν. Ακόμη, αξίζει να σχολιαστεί η εμφάνιση χαμηλών ποσοστών για τα άτομα με ακουστική, κινητική και νοητική αναπηρία στη διάσταση των κοινωνικών σχέσεων και της ψυχολογικής κατάστασης, σε αντίθεση με τα άτομα με οπτική αναπηρία, τα οποία σημειώνουν αισθητά υψηλότερη ποιότητα ζωής στις εν λόγω κατηγορίες. Πιθανότατα τα άτομα με οπτική αναπηρία λαμβάνουν περισσότερη υποστήριξη από τον κοινωνικό τους περίγυρο, γεγονός που τους επιτρέπει να δηλώνουν μεγαλύτερα επίπεδα ικανοποίησης από τις κοινωνικές τους σχέσεις, το οποίο έχει σαφέστατα επίδραση και στην ψυχολογική τους κατάσταση. Σε συνδυασμό με το παραπάνω εύρημα, αναφορικά με τα επίπεδα κατάθλιψης που σημειώθηκαν για τη συγκεκριμένη ομάδα ατόμων, ίσως πολιτικές και δράσεις που εφαρμόζονται για τα άτομα με οπτική αναπηρία θα μπορούσαν να αποτελέσουν παράδειγμα ή πρότυπο και για την υποστήριξη ατόμων με άλλες αναπηρίες.

Όπως σημειώθηκε στην προηγούμενη ενότητα, η σύγκριση των ατόμων με ακουστική, οπτική, κινητική και νοητική αναπηρία με την ομάδα ατόμων χωρίς αναπηρία ως προς τα επίπεδα ποιότητας ζωής αναδεικνύει στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ειδών αναπηρίας και την μη ύπαρξή της. Ομοίως, το ερευνητικό αυτό αποτέλεσμα προκύπτει κι από την έρευνα των Van Campen και Santvoort (2012), όπου διαπιστώνεται ότι τα άτομα με αναπηρία βρίσκονται σε μειονεκτική θέση όσον αφορά το επίπεδο της υποκειμενικής ευημερίας-ευτυχίας συγκριτικά με τα άτομα δίχως αναπηρία. Ωστόσο, σε έρευνα των Graham και Ross (2016) για τις διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ ατόμων με και χωρίς αναπηρίες στην Νότια Αφρική, υποστηρίζεται ότι υπάρχουν σαφείς διαφορές στην ποιότητα ζωής τους, με αυτές να εξηγούνται από σύνθετες αλληλεπιδράσεις μεταξύ μιας σειράς μεταβλητών, από τις οποίες η αναπηρία είναι μόνο μία.

Συγκεκριμένα, φαίνεται τα άτομα χωρίς αναπηρία να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά σωματικής υγείας από τα άτομα με αναπηρία που συμμετείχαν στην παρούσα εργασία, με μικρή ωστόσο διαφορά από τα άτομα με οπτική αναπηρία. Η μεγαλύτερη διαφορά στην διάσταση αυτή εμφανίζεται αρχικά με τα άτομα με κινητική αναπηρία, όπως ήταν αναμενόμενο, και στη συνέχεια με τα άτομα με νοητική αναπηρία. Η σημασία της σωματικής υγείας για την ποιότητα ζωής έχει αναδειχθεί και σε προγενέστερες έρευνες, αποτελώντας σημαντικό προγνωστικό της δείκτη (Edwards et al., 2003· Schalock & Verdugo, 2002). Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγει και η μελέτη των Simões και Santos (2016) η οποία έδειξε ότι η ομάδα των ατόμων χωρίς αναπηρία που έλαβαν μέρος στην έρευνά τους σημείωσε υψηλότερη ποιότητα ζωής στην κατάσταση της υγείας και στη σωματική δραστηριότητα σε

σύγκριση με τα άτομα με νοητική αναπηρία, αλλά και αρκετές ακόμη έρευνες (Edwards et al., 2003· Golubović & Škrbić, 2013· Keith & Bonham 2005· Sands & Kozleski, 1994· Watson & Keith, 2002), ενώ σημειώνονται και αντίθετα αποτελέσματα, καθώς, σύμφωνα με άλλους ερευνητές, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ ατόμων με και χωρίς νοητική αναπηρία (MacGillivray, Beecher, & Golden 2009· Pretty, Rapley, & Bramston, 2002). Επιπλέον, σύμφωνα με τον Cooper και συνεργάτες του (2007), τα άτομα με νοητική αναπηρία παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης προβλημάτων υγείας από ό, τι τα άτομα χωρίς αναπηρία, αντιμετωπίζοντας πολλές φορές εμπόδια πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας.

Τα εμπόδια πρόσβασης δε λείπουν και από την καθημερινότητα των ατόμων με κινητική αναπηρία, κατάσταση η οποία αποτυπώνεται στο παραπάνω αποτέλεσμα. Έχει προαναφερθεί ότι ένα προσβάσιμο περιβάλλον διασφαλίζει την ανεμπόδιστη συμμετοχή των πολιτών σε όλους τους τομείς της κοινωνίας, διασφαλίζοντας στην ουσία ίσες ευκαιρίες σε όλους για προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη, ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή μη κάποιας αναπηρίας. Η εξασφάλιση της πρόσβασης σε όλες τις βασικές υπηρεσίες σημαίνει ότι τα άτομα με αναπηρίες είναι, ως επί το πλείστον, σε θέση να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες που θα διευκολύνουν τη ζωή τους. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι οι δυσκολίες πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες, όπως για παράδειγμα σε υπηρεσίες υγείας και εκπαίδευσης, έχουν ακόμη πιο σοβαρές συνέπειες για τα άτομα με αναπηρία, ανάλογα με τον τύπο και τη σοβαρότητα της αναπηρίας. Το τελευταίο αυτό σημείο αναδεικνύει και τη σύνδεση της ποιότητας ζωής με το βιοτικό επίπεδο (Møller, 2007). Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης μέσω της απαλοιφής των εμποδίων πρόσβασης τόσο από οργανωμένες προσπάθειες της πολιτείας, όσο και από την ευρύτερη στάση του κοινωνικού συνόλου στα άτομα με αναπηρία, θα βελτιώσει κατ' επέκταση και την ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων.

Συνεχίζοντας, ως προς τη διάσταση της ψυχολογικής κατάστασης, καλύτερα ποσοστά σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία παρουσίασαν τα άτομα με οπτική αναπηρία, αλλά όχι τα άτομα με ακουστική, κινητική και νοητική αναπηρία, τα οποία σημείωσαν χαμηλότερα ποσοστά. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα φανερώνει ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων με και χωρίς αναπηρία μπορεί να μη διαφέρει στο βαθμό που αναμένει κανείς, σκεπτόμενος ότι η μία ομάδα ατόμων φέρει αναπηρία. Αξίζει να σημειωθεί πως τα επίπεδα κατάθλιψης (PHQ-9) φαίνεται να σχετίζονται σημαντικά με όλες τις επιμέρους διαστάσεις της ποιότητας ζωής (WHOQOL-BREF), έχοντας μάλιστα αρνητική σχέση. Το εύρημα αυτό υποδεικνύει πως μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης από την ποιότητα ζωής σχετίζονται με μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης. Το ίδιο ισχύει και αντίστροφα, δηλαδή όσο χαμηλότερο το επίπεδο ποιότητας ζωής των ατόμων, τόσο αυξημένα παρουσιάζονται τα επίπεδα κατάθλιψης. Η σχέση αυτή έχει

ισχύ τόσο για τα άτομα με αναπηρία, όσο και για την ομάδα ατόμων χωρίς αναπηρία. Επιπλέον, η σημαντική συσχέτιση της βελτίωσης της ποιότητας ζωής με τη βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων έχει επισημανθεί και σε άλλες έρευνες (Angemeyer, Holzinger, Matschinger & Stengler-Wenzke, 2002· Rundolf & Priebe, 1999). Είναι ένα εύρημα που δεν προκαλεί έκπληξη, διότι η κατάθλιψη εντάσσεται στην ψυχική υγεία του ατόμου, η οποία με τη σειρά της αποτελεί διάσταση της ποιότητας ζωής του.

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, τα άτομα με αναπηρία, εκτός από αυτά που φέρουν οπτική αναπηρία, εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, με τα υψηλότερα ποσοστά να τα παρουσιάζονται για τα άτομα με ακουστική αναπηρία. Επίσης, τα άτομα με οπτική αναπηρία φαίνεται να παρουσιάζουν μειωμένη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα που φέρουν είτε ακουστική είτε κινητική είτε νοητική αναπηρία. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί πως ο παράγοντας «αναπηρία» επιδρά σημαντικά στα επίπεδα κατάθλιψης, όταν ελέγχεται ταυτόχρονα με τις υπόλοιπες μεταβλητές της έρευνας, ενώ η πιθανότητα ένα άτομο να παρουσιάσει αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης όταν έχει αναπηρία, αυξάνεται (κατά 3,706 φορές) σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έχουν αναπηρία. Η ύπαρξη δε σωματικού πόνου σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, χειρότερη σωματική υγεία, χειρότερες κοινωνικές σχέσεις και χαμηλότερη ικανοποίηση από το περιβάλλον διαβίωσης. Είναι σαφές πως ο πόνος και η κατάθλιψη συχνά συνυπάρχουν. Η παρουσία της κατάθλιψης σε ένα άτομο που αντιμετωπίζει καθημερινά σωματικούς πόνους επιδρά αρνητικά σε όλες τις εκφάνσεις τα καθημερινής του ζωής, μειώνοντας τη λειτουργικότητα του. Ο πόνος δε, όταν δεν αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά, έχει αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα ζωής του ατόμου (Katz, 2002). Επομένως, συμπεραίνουμε την αναγκαιότητα παροχής ψυχολογικής υποστήριξης, πέραν της ιατρικής περίθαλψης για την αντιμετώπιση του πόνου, σε άτομα με αναπηρία που αντιμετωπίζουν σωματικούς πόνους, με σκοπό τη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας και ευρύτερα της ποιότητας ζωής τους.

Η ηλικία των συμμετεχόντων αναδεικνύεται στην παρούσα εργασία ως ένας παράγοντας που συνδέεται τα επίπεδα κατάθλιψης. Διαπιστώθηκε λοιπόν πως οι συμμετέχοντες με ηλικίες από τριάντα πέντε έως σαράντα πέντε ετών (35-45) και πενήντα έξι έως εξήντα πέντε (56-65) παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, ενώ τα άτομα που συμμετείχαν στην παρούσα εργασία ηλικίας από σαράντα έξι έως πενήντα πέντε ετών (46-55) παρουσιάζουν τα χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με τους υπόλοιπους. Επιπλέον, η πιθανότητα ένα άτομο με αναπηρία να παρουσιάσει αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης όσο μεγαλώνει σε ηλικία, φαίνεται να μειώνεται (κατά 0,509 φορές) σε σχέση με άτομα μικρότερης ηλικίας, ενώ

τα ποσοστά κατάθλιψης και το επίπεδο σωματικής υγείας φάνηκε να σχετίζονται σημαντικά με τη διάρκεια της αναπηρίας, καθώς όσα περισσότερα χρόνια το άτομο ζει με την αναπηρία, τόσο μειώνονται τα δηλωθέντα ποσοστά κατάθλιψης, και αυξάνεται το δηλωθέν ποσοστό σωματικής υγείας.

Η χρονική διάρκεια της αναπηρίας αποτελεί έναν παράγοντα που έχει συνδεθεί με αντιφατικά αποτελέσματα. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η χρονική διάρκεια της αναπηρία και η προσαρμογή του ατόμου σε αυτή δεν εμφανίζουν κάποια σημαντική σχέση (De Roon-Cassini, Aubin, Valvano, Hastings, & Horn, 2009· Martz, Livneh, Priebe, Wuermsler, & Ottomaneli, 2005), ενώ αρκετοί άλλοι (Elfstrom, Kennedy, Lude, & Taylor, 2007· Krause & Dawis, 1992· Woolrich, Kennedy, & Tasiemski, 2006) επισημαίνουν ότι με το πέρασμα των χρόνων από την χρονική στιγμή εμφάνισης της αναπηρία το άτομο προσαρμόζεται καλύτερα στην κατάσταση αυτή. Τα άτομα με αναπηρία φαίνεται να εξοικειώνονται με την κατάστασή τους και να προσαρμόζονται σταδιακά στις συνθήκες διαβίωσής τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δείχνουν λιγότερο επικριτικοί με την ποιότητα ζωής τους, παρά το γεγονός πως οι συνθήκες διαβίωσης τους, πολλές φορές, δεν είναι ικανοποιητικές (Felce & Perry, 1995).

Επιπροσθέτως, η επαγγελματική κατάσταση, και ιδιαίτερα οι άνεργοι, φάνηκε να εμφανίζουν σημαντική συσχέτιση με τα ποσοστά κατάθλιψης, ενώ παράλληλα το μηνιαίο εισόδημα δείχνει να σχετίζεται τόσο με τα ποσοστά κατάθλιψης, όσο και με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, εκτός της ψυχολογικής κατάστασης. Έτσι, μικρότερο εισόδημα φαίνεται να σχετίζεται με μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης, χειρότερη σωματική υγεία, λιγότερες κοινωνικές σχέσεις και περισσότερο αρνητικό περιβάλλον διαβίωσης. Όσον αφορά το μηνιαίο εισόδημα, ενδιαφέρον παρουσιάζει πως τα ποσοστά κατάθλιψης εμφανίζονται αυξημένα στα άτομα χωρίς αναπηρία, με το χαμηλότερο εισόδημα, σταδιακά μειώνονται όσο το εισόδημα μεγαλώνει, ενώ παρουσιάζονται και πάλι αυξημένα στα άτομα που δήλωσαν το μεγαλύτερο εισόδημα. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να ερμηνευθεί από τις υποχρεώσεις και τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας που υποβάλλονται πολλοί εργαζόμενοι, προκειμένου να αυξήσουν το εισόδημά τους και να διατηρήσουν τη θέση εργασίας τους, που εν τέλει φέρει σημαντικές και αρνητικές επιπτώσεις για την ψυχική τους υγεία.

Η σωματική υγεία επίσης αυξάνεται με την αύξηση του εισοδήματος, αλλά εμφανίζει πτώση στο μεγαλύτερο εισόδημα. Ανάλογη διακύμανση διαπιστώθηκε και στην ικανοποίηση από το περιβάλλον διαβίωσης, με το χαμηλότερο και υψηλότερο δηλωθέν εισόδημα να σχετίζονται με χαμηλότερα ποσοστά. Οι συμμετέχοντες δε με εισόδημα από 1001-1500 ευρώ σημειώνουν μικρότερα επίπεδα κατάθλιψης, ενώ ακόμη να παρουσιάζουν καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής στις διαστάσεις της σωματικής υγείας και του περιβάλλοντος, γεγονός το οποίο

μπορεί να αιτιολογηθεί από τις ανέσεις που παρέχει ένα υψηλότερο εισόδημα στην καθημερινή διαβίωση.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ερευνάς Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης του 2016, τα άτομα με αναπηρία βιώνουν σε εξαιρετικά μεγαλύτερο βαθμό, συγκριτικά με τον πληθυσμό χωρίς αναπηρία, τον κίνδυνο της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού. Από τα πρώτα συμπεράσματα της εν λόγω έρευνας είναι ότι τα άτομα με αναπηρία και οι οικογένειές τους αναδεικνύονται με διαφορά φτωχότεροι, τόσο σε επίπεδο ονομαστικού εισοδήματος όσο και σε επίπεδο υλικών συνθηκών διαβίωσης και συμμετοχής στην εργασία. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα επιδόματα αναπηρίας που λαμβάνουν οι περισσότεροι αντισταθμίζουν σε σημαντικό βαθμό τις οικονομικές ανισότητες, χωρίς ωστόσο να τις εξαλείφουν. Ο κίνδυνος φτώχειας φαίνεται να παραμένει μεγαλύτερος για τα άτομα με αναπηρία, υποδεικνύοντας ότι οι υφιστάμενες οικονομικές ενισχύσεις είναι ανεπαρκείς. Ειδικότερα για τον πληθυσμό των ατόμων με αναπηρία θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι επωμίζονται συχνά ένα πρόσθετο κόστος διαβίωσης λόγω της αναπηρίας που φέρουν.

Συμπερασματικά, χρειάζεται να υπάρξουν παρεμβάσεις από την πολιτεία που θα περιλαμβάνουν μέτρα είτε άμεσης είτε έμμεσης οικονομικής ενίσχυσης των ατόμων με αναπηρία και των οικογενειών τους. Είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθούν σημαντικότερες ενέργειες για την εργασιακή ένταξη των ατόμων με αναπηρία και την ενίσχυση του εισοδήματος τους. Σημαντικό ρόλο προς αυτήν την κατεύθυνση θα μπορούσε να διαδραματίσει η δια βίου εκπαίδευση προσφέροντας τα κατάλληλα εφόδια που θα επιτρέψουν στα άτομα με αναπηρία να διεκδικήσουν μία θέση εργασίας.

Αναφορικά με τη διάσταση των κοινωνικών σχέσεων της ποιότητας ζωής, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, αλλά όχι και τα άτομα με ακουστική, κινητική και νοητική αναπηρία, τα οποία δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένα. Η σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και κοινωνικών σχέσεων υποστηρίζεται από διάφορα μοντέλα ποιότητας ζωής που προσδιορίζουν τις κοινωνικές σχέσεις ή το κοινωνικό περιβάλλον ως βασικούς τομείς της (Schalock, Bonham & Verdugo, 2008· Connell, Brazier & O’Cathain, 2012· Skevington, Sartorius & Amir, 2004).

Από την παρούσα ερευνητική προσπάθεια προκύπτει ακόμη ότι η ύπαρξη καλύτερων κοινωνικών σχέσεων συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Τα άτομα που δήλωσαν ικανοποιημένα από τις συναναστροφές τους με τους συγγενείς, εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης, καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία, και καλύτερες κοινωνικές σχέσεις και ικανοποίηση από το περιβάλλον διαβίωσης σε σύγκριση με τα άτομα που δηλώνουν μέτρια ή χαμηλή ικανοποίηση, ενώ αντίστοιχα ήταν και τα αποτελέσματα των συμμετεχόντων που

δήλωσαν ικανοποιημένα από τις συναναστροφές του με φιλικά πρόσωπα. Τόσο στην ομάδα ατόμων με αναπηρία, όσο και σε αυτήν χωρίς αναπηρία υπογραμμίζεται η πιθανότητα εμφάνισης αυξημένων ποσοστών κατάθλιψης για όσους δήλωσαν μέτριο βαθμό ικανοποίησης από την συναναστροφή με συγγενείς, σε σύγκριση με όσους δήλωσαν υψηλό βαθμό ή κανένα βαθμό ικανοποίησης από τη συναναστροφή με συγγενείς. Ενώ σε μικρότερο βαθμό το ίδιο αποτέλεσμα παρουσιάζεται και για όσους δήλωσαν αυξημένα ποσοστά ικανοποίησης από την συναναστροφή με φίλους.

Ακόμη, σημειώθηκε ότι αυξημένα ποσοστά ικανοποίησης από την συναναστροφή με φίλους, μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης αυξημένων ποσοστών κατάθλιψης, ενώ, τόσο στα άτομα με αναπηρία, όσο και σε εκείνα χωρίς αναπηρία που δήλωσαν μέτριο βαθμό ικανοποίησης από την συναναστροφή με συγγενείς, η πιθανότητα εμφάνισης ποσοστών κατάθλιψης αυξάνεται (κατά 4,512) σε σχέση με όσους δήλωσαν υψηλό βαθμό ή κανένα βαθμό ικανοποίησης από αυτή. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει τη σημασία της οικογένειας και των σχέσεων που διαμορφώνονται στο πλαίσιο αυτής, ιδιαίτερα στη χώρα μας στην οποία ο θεσμός της οικογένειας παραμένει μία σημαντική αξία για τον καθένα μας, με αρκετές έρευνες να επιβεβαιώνουν ότι η θετική συναισθηματική κατάσταση και η κοινωνική συμμετοχή συνεισφέρουν σημαντικά στην ευημερία των ατόμων με αναπηρία (Ballas & Dorling, 2007· Yeung & Towers, 2014· Mikula et al., 2016). Οι στενές σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους, καθώς και οι σχέσεις με τις τοπικές κοινότητες, τους συναδέλφους και την κοινωνία, έχει βρεθεί ότι επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τόσο θετικά όσο και αρνητικά, ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των σχέσεων. Η υποστήριξη και η βοήθεια από την οικογένεια και τους φίλους πιστεύεται ότι είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ποιότητα ζωής (Connell, Brazier & O’Cathain, 2012· McDougall, Baldwin & Evans, 2016).

Η ενίσχυση της κοινωνικής και κοινοτικής συμμετοχής των ατόμων με αναπηρία είναι ιδιαίτερα κρίσιμη, διότι τα άτομα αυτά συχνά κινδυνεύουν να περιορίσουν τη συμμετοχή, γεγονός που ενδέχεται να απειλήσει την ποιότητα ζωής τους (Liptak, Kennedy & Dosa, 2011). Ακόμη, σύμφωνα με τους Jenkins και Rigg (2004), τα άτομα με αναπηρία είναι πιο πιθανό από τους άλλους να βιώσουν οικονομικές δυσκολίες και ανεπαρκή κοινωνική υποστήριξη. Ωστόσο, ο αντίκτυπος αυτών των ανισοτήτων μπορεί να αντιμετωπιστεί με την ύπαρξη κοινωνικών δραστηριοτήτων, οι οποίες ενθαρρύνουν την πρωτοβουλία και την αποτελεσματικότητα, παρέχοντας ευκαιρίες για κοινωνικές σχέσεις και βελτιώνοντας σημαντικά τόσο την ποιότητα όσο και την ικανοποίηση από τη ζωή τους (Roebroek, Jahnsen & Carona, 2009). Οι διαπροσωπικές σχέσεις σχετίζονται άμεσα με την ποιότητα ζωής του ατόμου και την ψυχική

του υγεία, όπως διαπιστώθηκε στην παρούσα έρευνα και για αυτό το λόγο θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη διαμόρφωσή τους από τα άτομα με αναπηρία.

Αναφορικά με τις διαφορές που εντοπίστηκαν στις εξεταζόμενες κοινωνικές δεξιότητες, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ατόμων με διαφορετική αναπηρία ως προς την ευαισθησία στη συμπεριφορά που εκδηλώνουν οι άλλοι. Στην ικανότητα δηλαδή αυτοαξιολόγησης του ατόμου, αναφορικά με τη σωστή διάγνωση για το ποιες συμπεριφορές αρμόζουν σε μια δεδομένη κοινωνική περίσταση. Αναδεικνύεται λοιπόν ότι τα άτομα με κινητική αναπηρία σημειώνουν υψηλότερα ποσοστά ευαισθησίας στη συμπεριφορά που εκδηλώνουν οι άλλοι, ενώ ακολουθούν τα άτομα με ακουστική και νοητική αναπηρία. Επίσης, τα άτομα με οπτική αναπηρία εμφανίζουν τα χαμηλότερα ποσοστά στον ίδιο παράγοντα σε σχέση με τα άτομα που φέρουν άλλη αναπηρία. Το αποτέλεσμα αυτό δεν προκαλεί ιδιαίτερη εντύπωση, αφού τα άτομα με οπτική αναπηρία αντιμετωπίζουν προβλήματα οπτικής επαφής με τους άλλους και κατά συνέπεια είναι αναμενόμενο να δυσκολεύονται στην αξιολόγηση για το ποιες συμπεριφορές αρμόζουν σε μια δεδομένη κοινωνική περίσταση.

Επιπροσθέτως, επισημαίνεται ότι όσο μεγαλύτερη παρουσιάζεται η ικανότητα κοινωνικής προσαρμογής του ατόμου, τόσο καλύτερη φαίνεται να είναι και η ψυχολογική του κατάσταση, αλλά και η ικανοποίηση του από τις κοινωνικές σχέσεις. Η εν λόγω σχέση, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι τα χαμηλότερα ποσοστά σε αυτόν τον παράγοντα εμφανίζονται για τα άτομα με ακουστική και νοητική αναπηρία, αποτελεί μία ακόμη ένδειξη της αναγκαιότητας για παροχή ψυχολογικής υποστήριξης σε αυτά, αλλά ταυτόχρονα η σχέση αυτή αναδεικνύει την επιρροή που μπορεί να έχει η ανάπτυξη της κοινωνικής προσαρμοστικότητας τους στις δύο αυτές διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Συντελεί δηλαδή στη δημιουργία μίας πρότασης για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, μέσω της ενδυνάμωσης των ατόμων με και χωρίς αναπηρία σε δεξιότητες που αφορούν την κοινωνική προσαρμογή. Επίσης, με το παραπάνω εύρημα συνδέεται η αρνητική σχέση της δυνατότητας τροποποίησης της συμπεριφοράς του ατόμου με το κοινωνικό άγχος, η οποία έχει αναδειχθεί σε προγενέστερη έρευνα (Cramer & Gruman, 2002).

Στα άτομα χωρίς αναπηρία, παρατηρείται επίσης ότι όσο μεγαλύτερη η ευαισθησία τους στη συμπεριφορά που εκδηλώνουν οι άλλοι, τόσο περισσότερο ικανοποιημένοι από το περιβάλλον όπου διαβιώνουν δηλώνουν. Με το επίπεδο ευαισθησίας στη συμπεριφορά των άλλων να έχει επίσης, σύμφωνα με τον Ayan (2017), θετική επίδραση τόσο στο επιδιωκόμενο νόημα ζωής, όσο και στο υπάρχον.

Παρόλα αυτά, τόσο στα άτομα με αναπηρία που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, όσο και σε αυτά χωρίς αναπηρία, η πιθανότητα εμφάνισης αυξημένων επιπέδων κατάθλιψης

αυξάνεται, όταν εμφανίζεται μειωμένη ικανότητα τροποποίησης της αυτοπαρουσίασης και αυξημένη ευαισθησία στη συμπεριφορά που εκδηλώνουν οι άλλοι (κατά 0,608 φορές και κατά 1,481 φορές αντίστοιχα). Η μειωμένη ικανότητα στην τροποποίηση της αυτοπαρουσίασης σε κοινωνικές καταστάσεις, αναδεικνύει και τη δυσκολία στην προσαρμογή των συμπεριφορών τους και στη διαχείριση νέων κοινωνικών καταστάσεων, το οποίο ενδεχομένως δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα (Cramer & Gruman, 2002). Από την άλλη πλευρά, η αυξημένη ευαισθησία στη συμπεριφορά που εκδηλώνουν οι άλλοι, μπορεί σαφώς να αποτελέσει πηγή αρνητικών συναισθημάτων, καθώς η δυσκολία προσαρμογής σε μία κοινωνική περίσταση είναι πιο πιθανό να προκαλέσει αρνητικές προς αυτούς συμπεριφορές.

Εν συνεχεία, ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ποσοστά ικανοποίησης από το περιβάλλον. Τα άτομα με νοητική αναπηρία σημείωσαν υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, ενώ επίσης μικρή είναι η διαφορά μεταξύ των ατόμων με οπτική αναπηρία και εκείνων χωρίς αναπηρία, παρόλο που η δεύτερη ομάδα εμφανίζει υψηλότερο ποσοστό. Οι συνθήκες διαβίωσης των ατόμων με νοητική αναπηρία, έχουν αποτελέσει σημείο προβληματισμού τις τελευταίες δεκαετίες, κυρίως με την εμφάνιση της τάσης για αποιδρυματοποίηση. Κατά την βιβλιογραφική ανασκόπηση των Chowdhury και Benson (2011), καταγράφεται μια θετική αλλαγή αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων που είχαν εγκαταλείψει τα ιδρύματα στα οποία ζούσαν. Φάνηκε λοιπόν, να έχουν περισσότερες ευκαιρίες επιλογής, αυξημένη αλληλεπίδραση με τους άλλους, μεγαλύτερη συμμετοχή σε δραστηριότητες αναψυχής, αυξημένα επίπεδα υλικής ευημερίας και αξιοπρέπειας. Ωστόσο στην παρούσα ερευνητική εργασία συμμετείχαν άτομα με ελαφρά νοητική αναπηρία τα οποία διαβιώνουν σε ίδρυμα, σημειώνοντας μάλιστα αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης από το περιβάλλον. Ο υψηλός αυτός βαθμός ικανοποίησης ενδέχεται να πηγάζει από την παραμονή τους στο συγκεκριμένο πλαίσιο από μικρή ηλικία, με αποτέλεσμα την προσαρμογή τους σε αυτό το περιβάλλον. Ακόμη, η καθημερινή τους αλληλεπίδραση με φιλικά πρόσωπα, τόσο με τα άτομα που διαβιώνουν στο συγκεκριμένο πλαίσιο, όσο και με το προσωπικό, με το οποίο φάνηκε να υπάρχει στενή σχέση, αλλά και οι δραστηριότητες στις οποίες συμμετείχαν και λάμβαναν χώρα εκεί ήταν οι παράγοντες που επισημάνθηκαν από τους συμμετέχοντες, σε σχετική ερώτηση που έγινε από τον ερευνητή. Παρόμοια αποτελέσματα σημειώνουν ο Miller και οι συνεργάτες του (2008) σε έρευνα τους με συμμετέχοντες ενήλικα άτομα με νοητική αναπηρία. Επιπλέον, το παραπάνω εύρημα μπορεί να υποστηριχτεί και από τη συσχέτιση που παρουσιάστηκε ανάμεσα στην ικανοποίηση από τις συναναστροφές τους με τους συγγενείς και φίλους και την εμφάνιση μικρότερων ποσοστών κατάθλιψης, την καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία, και τις καλύτερες κοινωνικές σχέσεις και ικανοποίηση από το περιβάλλον

διαβίωσης σε σύγκριση με τα άτομα που δηλώνουν μέτρια ή χαμηλή ικανοποίηση. Επομένως, φαίνεται οι κοινωνικές σχέσεις που διαμορφώνει το άτομο με νοητική αναπηρία εντός του ιδρύματος και η ικανοποίηση από αυτές να επιδρούν θετικά στην ψυχική του υγεία και την ποιότητα ζωής του.

Τα χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στη διάσταση του περιβάλλοντος κυρίως για τα άτομα με κινητική αναπηρία σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, υποδεικνύουν ότι χρειάζονται ενίσχυση που ενδεχομένως βελτιώσει την ποιότητα ζωής τους και είναι εφικτή με σημαντικές περιβαλλοντικές τροποποιήσεις για την αντιμετώπιση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν. Σε παρόμοιο συμπέρασμα κατέληξαν οι Hageman, Janssens, Winkel, Sieradzan, Reuser και Van Doorn (2004), υποστηρίζοντας ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων με κινητική αναπηρία βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο σε σχέση με τον πληθυσμό χωρίς αναπηρία, όπως επίσης και η υποκειμενική τους γνώμη σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους. Σύμφωνα με τη Λατσού και τους συνεργάτες της (2014), το είδος της αναπηρίας, η διάρκεια αυτής, καθώς και η αιτία της αναπηρίας επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ατόμων με κινητική αναπηρία. Αποτέλεσμα της χαμηλής ποιότητας ζωής των ατόμων με κινητικά προβλήματα είναι η αύξηση της ανάγκης για ζήτηση των υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια η αύξηση του υγειονομικού κόστους και η συχνή πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Λατσού, κ. συν., 2014). Ωστόσο, στα άτομα αυτά παρατηρούνται δυσχέρειες στη χρήση υπηρεσιών υγείας λόγω της μη εύκολης πρόσβασης σε αυτές, σύμφωνα και με το χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής της συγκεκριμένης ομάδας ατόμων, που προέκυψε στην παρούσα εργασία, στη διάσταση της ικανοποίησης από το περιβάλλον. Η χαμηλή ποιότητα ζωής των ατόμων με κινητικά προβλήματα, αλλά και η δυσχέρεια χρήσης των υπηρεσιών υγείας προκαλούν αίσθημα στιγματισμού και απομόνωσης, με άμεση συνέπεια το άγχος και την κατάθλιψη, γεγονός που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής (Iezzoni, 2003).

Από την παρούσα εργασία, προέκυψε ακόμη ότι η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων σχετίζεται σημαντικά με την διάσταση της σωματικής υγείας της ποιότητας ζωής, με τα άτομα που δήλωσαν άγαμα να παρουσιάζουν καλύτερα επίπεδα σωματικής υγείας. Ένα εύρημα που συνδέεται με το παραπάνω και αξίζει να επισημανθεί, αποτελεί η σχέση της ύπαρξης τέκνων με την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία. Φαίνεται πως η ύπαρξη τέκνων σχετίζεται σημαντικά με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, με εκείνους που δεν έχουν να εμφανίζουν καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Η απόκτηση παιδιών δεν σημαίνει απαραίτητα και υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας. Η ευχαρίστηση που προσφέρει η απόκτηση ενός παιδιού για ένα ζευγάρι εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Εξαρτάται για παράδειγμα από την ηλικία των παιδιών, από την ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού και από το ευρύτερο

κοινωνικό πλαίσιο (Dyrdal & Lucas, 2013). Τα άτομα με αναπηρία βιώνουν καθημερινά πολλές δυσκολίες σε διάφορες πτυχές της ζωής τους και η απόκτηση ενός παιδιού αποτελεί σαφέστατα μία κατάσταση την οποία ακολουθεί ένα μεγάλο εύρος προκλήσεων που καλείται να αντιμετωπίσει η σύγχρονη οικογένεια. Ακόμη, η ανεργία και το χαμηλό εισόδημα που συχνά έχουν τα άτομα με αναπηρία σε συνδυασμό με την ύπαρξη ενός παιδιού και την ανάγκη να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις που αυτή φέρει, αποτελεί πιθανότατα μία εξήγηση. Από την άλλη πλευρά, τα άτομα χωρίς αναπηρία που έχουν τέκνα, φαίνεται να εμφανίζουν καλύτερη ψυχολογική κατάσταση και είναι πιο ικανοποιημένοι από τις συνθήκες του περιβάλλοντος σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν, δείχνοντας μία εντελώς διαφορετική τάση.

Ένα από τα βασικά ερωτήματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας αποτέλεσε η διερεύνηση των αντιλήψεων των συμμετεχόντων για τη δια βίου εκπαίδευση και η πιθανή τους σχέση με την ποιότητα ζωής τους. Αναφορικά με τη δυνατότητα της δια βίου εκπαίδευσης να προάγει γνωστικές, εργασιακές και κοινωνικές δεξιότητες, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία και τα άτομα με νοητική αναπηρία τείνουν να είναι πιο θετικά ως προς αυτή, σε σχέση με τα άτομα με κινητική αναπηρία και ακουστική αναπηρία. Παρόμοια αποτελέσματα σημειώθηκαν και ως προς τους αντικειμενικούς παράγοντες που θα ωθούσαν τους συμμετέχοντες να συμμετάσχουν σε κάποιο πρόγραμμα δια βίου εκπαίδευσης. Η κοινή αυτή τάση φανερώνει και τη χρησιμότητα που θα μπορούσε να έχει η συμμετοχή των ατόμων με οπτική και νοητική αναπηρία σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης, κατά κύριο λόγο στην εύρεση εργασίας. Αναδεικνύει δηλαδή την ανάγκη τους για συμμετοχή σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης που θα τους παρέχουν τα κατάλληλα εφόδια για την αγορά εργασίας.

Αντίθετα, οι υποκειμενικοί παράγοντες που θα ωθούσαν στη συμμετοχή σε κάποιο πρόγραμμα δια βίου εκπαίδευσης φαίνεται να είναι πιο σημαντικοί για τα άτομα με ακουστική αναπηρία παρά για τους υπόλοιπους, υποδεικνύοντας το ενδιαφέρον για συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα τα οποία θα εστιάζουν στην πολύπλευρη ανάπτυξή τους και όχι αποκλειστικά στην ενδυνάμωση των επαγγελματικών τους δεξιοτήτων.

Αναφορικά με τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων για την ύπαρξη διακρίσεων στην πρόσβαση και τα μέσα της δια βίου εκπαίδευσης, τα άτομα με οπτική αναπηρία σημειώνουν μεγαλύτερα ποσοστά. Ακολουθούν τα άτομα με νοητική αναπηρία, κινητική αναπηρία και τέλος, τα άτομα με ακουστική αναπηρία.

Θα περίμενε κανείς τα άτομα με κινητική αναπηρία να εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά σε αυτή τη διάσταση, αφού αποτελούν μία ομάδα ατόμων που αντιμετωπίζει συχνά τα εμπόδια πρόσβασης. Ωστόσο, η έλλειψη κατάλληλων υποδομών αλλά και η συχνή παράλειψη τροποποιήσεων στα παρεχόμενα εκπαιδευτικά προγράμματα, αναγκαίων για τη

συμμετοχή στην εκπαιδευτική διαδικασία τόσο ατόμων με οπτική, όσο και ατόμων με νοητική αναπηρία εξηγεί πιθανότατα την εμφάνιση μεγαλύτερων ποσοστών σε αυτές τις ομάδες ατόμων.

Από τα αποτελέσματα προέκυψε επίσης ότι οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων με αναπηρία για τη δυνατότητα που παρέχει η δια βίου εκπαίδευση για διεύρυνση γνωστικών, εργασιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων συνδέονται θετικά με την ικανοποίησή τους από το περιβάλλον διαβίωσης και αρνητικά με τα ποσοστά κατάθλιψης. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει τον ισχυρό ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει η δια βίου εκπαίδευση στην ζωή των ατόμων με αναπηρία, καθώς φαίνεται πως όσο πιο θετική εικόνα έχει ένα άτομο με αναπηρία ως προς τα γνωστικά, εργασιακά και κοινωνικά οφέλη της, τόσο μεγαλύτερη ικανοποίηση αισθάνεται από τις συνθήκες διαβίωσής του και τόσο περισσότερο διασφαλίζεται η ψυχική του υγεία. Το συγκεκριμένο εύρημα κρίνεται ιδιαίτερος σημαντικό για την έρευνά μας, διότι αναδεικνύει την αναγκαιότητα ενίσχυσης των προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης ως μέτρο για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Σε αυτό ακόμη, συνηγορεί το αποτέλεσμα πως η συμμετοχή σε κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα εκτός σχολείου συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης για τους συμμετέχοντες, το οποίο αναδεικνύει τον πολυσύνθετο ρόλο της εκπαίδευσης στη ζωή του ατόμου, καθώς έχει φανερό αντίκτυπο στην ψυχική του υγεία. Αποτελεί μία βάση για την ανάπτυξη περισσότερων προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης, τα οποία ανταποκρίνονται στις ανάγκες όλων, με και χωρίς αναπηρία, ως μέτρο προάσπισης της ψυχικής υγείας.

Όσον αφορά τα άτομα χωρίς αναπηρία, τα αποτελέσματα της εργασίας μας υπογραμμίζουν τη σημαντική σχέση μεταξύ των απόψεών τους για τους υποκειμενικούς παράγοντες που θα τους ωθούσαν να συμμετάσχουν σε κάποιο πρόγραμμα δια βίου εκπαίδευσης και των αναφερόμενων επιπέδων σωματικής υγείας και ικανοποίησης από το περιβάλλον. Φαίνεται λοιπόν πως, όσο περισσότερο θεωρείται από τους ίδιους πως η δια βίου εκπαίδευση προάγει την ανάπτυξη των προσωπικών ενδιαφερόντων και την ψυχαγωγία, τόσο μεγαλύτερη σωματική υγεία και ικανοποίηση από το περιβάλλον αναφέρουν. Σύμφωνα με το παραπάνω, θα ήταν χρήσιμο και ωφέλιμο τα μελλοντικά προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης να σχετίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό με τους συγκεκριμένους παράγοντες.

Επιπροσθέτως, το εύρημα ότι η μικρότερη αναφερόμενη ικανοποίηση από τις συνθήκες του περιβάλλοντος διαβίωσης των συμμετεχόντων σχετίζεται με την ενισχυμένη αντίληψη πως η πρόσβαση σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης και τα μέσα που χρησιμοποιεί δεν είναι ισότιμα για όλους, επιβεβαιώνει το εμπόδιο της προσβασιμότητας που συχνά αντιμετωπίζουν. Ένα εμπόδιο όμως που μπορεί να αρθεί με τις κατάλληλες παρεμβάσεις. Με μέσα και υποδομές

που θα επιτρέπουν τη συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία και θα τους προσφέρουν μία καλύτερη ποιότητα ζωής. Η επίτευξη της πρόσβασης όλων απαιτεί την επίγνωση των αναγκών των ατόμων με αναπηρία και την εξασφάλιση ότι υποστηρίζονται κατάλληλα για να έχουν πρόσβαση. Η πρόσβαση σε ποιοτική εκπαίδευση για όλους, αποτελεί ένα σημαντικό βήμα για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Στο παραπάνω συνηγορεί και το αποτέλεσμα από τη σύγκριση των απόψεων των δύο πληθυσμιακών ομάδων που έλαβαν μέρος στην παρούσα εργασία, ατόμων με αναπηρία και ατόμων χωρίς αναπηρία. Διαπιστώθηκε λοιπόν, ότι τα άτομα χωρίς αναπηρία να αντιλαμβάνονται περισσότερο θετικά τον ρόλο της δια βίου εκπαίδευσης ως προς την διεύρυνση των γνωστικών, εργασιακών και κοινωνικών δεξιοτήτων σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία. Η ενίσχυση της δια βίου εκπαίδευσης με προγράμματα που θα απευθύνονται με τις κατάλληλες τροποποιήσεις και μέσα σε άτομα με αναπηρία είναι δεδομένο πως μπορεί να συμβάλλει στο να αποκτήσουν μια πιο θετική εικόνα για τη χρησιμότητα της.

Αξίζει ακόμη να σημειωθεί η τάση που διαπιστώθηκε αναφορικά με την συμμετοχή σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης για αντικειμενικούς λόγους και την εμφάνιση υψηλών ποσοστών κατάθλιψης. Η πιθανότητα λοιπόν τα άτομα που επιλέγουν να συμμετάσχουν σε τέτοια προγράμματα λόγω αντικειμενικών παραγόντων, να εμφανίσουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης, είναι (κατά 2,154 φορές) μεγαλύτερη συγκριτικά με τα άτομα που την επιλέγουν λόγω αντικειμενικών παραγόντων σε μικρότερο βαθμό. Μία πιθανή εξήγηση για το συγκεκριμένο αποτέλεσμα αποτελεί η εξουθένωση και η απογοήτευση που βιώνει ο σημερινός άνθρωπος στο «κυνήγι» πτυχίων και διπλωμάτων με στόχο την εξασφάλιση καλύτερων προϋποθέσεων για επαγγελματική αποκατάσταση ή την εύρεση μιας εργασίας. Φαίνεται λοιπόν πως η συμμετοχή σε προγράμματα με τέτοια κριτήρια να επιδρά αρνητικά στην ψυχική τους υγεία.

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, οι παράγοντες που αφορούν την εκπαίδευση στην Ευρώπη και συνδέονται με την ποιότητα ζωής είναι το μορφωτικό επίπεδο, ο αριθμός των ατόμων που εγκαταλείπουν το σχολείο, καθώς και οι δεξιότητες των ατόμων για συμμετοχή στη δια βίου μάθηση. Η δια βίου εκπαίδευση των ατόμων με αναπηρία επιδιώκει να αναπτύξει το κάθε άτομο την προσωπικότητά του και να καταστεί κατά το δυνατόν ικανό για αυτόνομη συμμετοχή στην οικογενειακή, επαγγελματική, κοινωνική και πολιτισμική ζωή. Μέσω αυτής και τη δυνατότητα για επιμόρφωση και επαγγελματική κατάρτιση που παρέχει, ο κοινωνικός αποκλεισμός των ατόμων με αναπηρία μπορεί να αρθεί, συμβάλλοντας ουσιαστικά στην πλήρη κοινωνική τους ένταξη, και όπως διαπιστώθηκε και στην παρούσα έρευνα, στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Οι δημόσιες πολιτικές πρέπει να αντιμετωπίζουν το χάσμα μεταξύ των

πολιτών, να προωθούν τις αλλαγές στην κοινωνία και να επενδύουν σε υποστηρικτικές πρακτικές για να εξασφαλίσουν ότι τα άτομα με αναπηρία θα συνεισφέρουν με τα ταλέντα τους στην κοινότητα.

9.2 Περιορισμοί της έρευνας

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναφορικά με την ποιότητα ζωής, τα καταθλιπτικά επίπεδα, τις κοινωνικές δεξιότητες (αυτοκαταγραφή) και τις αντιλήψεις για τη δια βίου εκπαίδευση των ενηλίκων με αναπηρία, χρειάζεται να σημειωθεί ότι δεν μπορούν να γενικευτούν σε μεγαλύτερο μέρος του ελληνικού πληθυσμού, λόγω των περιορισμών που παρουσιάζονται από το μικρό αριθμό συμμετεχόντων, αλλά και από το γεγονός ότι η έρευνα περιλάμβανε άτομα με και χωρίς αναπηρία κυρίως από την περιφέρεια της Ηπείρου και δεν είχε πανελλαδικό εύρος.

Ένας από τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας είναι ότι δεν ελέγχθηκε το ψυχιατρικό ιστορικό των συμμετεχόντων, το οποίο θα μπορούσε να επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό όλους τους υπό μελέτη παράγοντες και ιδιαίτερα τα καταθλιπτικά επίπεδα και την ποιότητα ζωής των ατόμων.

Επίσης, δεν υπήρχε ίση κατανομή των συμμετεχόντων αναφορικά με το φύλο, την ηλικία, το χώρο διαμονής, αλλά και το είδος της αναπηρίας, το οποίο αποτελεί σαφέστατα περιορισμό της παρούσας εργασίας. Γίνεται, συνεπώς, αντιληπτό, ότι είναι αδύνατο να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με το επίπεδο ποιότητας ζωής και τους επιμέρους τομείς της, τα οποία θα γενικευτούν και θα αντιπροσωπεύσουν το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού, μέσα από την παρούσα έρευνα.

Επιπλέον, αναφορικά με την εξαγωγή συμπερασμάτων για τα άτομα με νοητική αναπηρία, θα πρέπει να επισημανθεί ότι συμμετέχοντες στην παρούσα εργασία αποτέλεσαν άτομα με ελαφρά νοητική αναπηρία, οπότε όλα τα αποτελέσματα της αφορούν τη συγκεκριμένη ομάδα του πληθυσμού των ατόμων με νοητική αναπηρία. Ενώ ακόμη η συλλογή των δεδομένων από τη συγκεκριμένη ομάδα ατόμων έγινε με διαφορετικό τρόπο από ότι στις υπόλοιπες, λόγω των δυσκολιών τους στη συμπλήρωση γραπτού ερωτηματολογίου.

Έναν ακόμη περιορισμό της παρούσας έρευνας αποτελεί η χρήση ερωτηματολογίου για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία, μη αναφερόμενο ειδικά στις αναπηρίες των ατόμων. Κάτι το οποίο έγινε σκοπίμως για τη διευκόλυνση της διεξαγωγής της

έρευνας και τη σύγκριση των δεδομένων. Τέλος, η ίδια η έννοια της ποιότητας ζωής έχει κατά καιρούς αμφισβητηθεί ως προς τη δυνατότητα μέτρησής της, με αποτέλεσμα να μπορούν να θεωρηθούν αμφισβητήσιμα τα συμπεράσματα της παρούσας εργασίας.

9.3 Προτάσεις

Η παρούσα μελέτη της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία και του ρόλου που μπορεί να διαδραματίσει σε αυτή η δια βίου εκπαίδευση, οφείλει να δώσει το έναυσμα για περαιτέρω επιστημονικό προβληματισμό και τη διεξαγωγή έρευνας του συγκεκριμένου πεδίου, ιδιαίτερα στον ελλαδικό χώρο όπου τα δεδομένα για την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία και τα στοιχεία της που χρειάζονται ενίσχυση κρίθηκαν ανεπαρκή. Η έρευνα έχει σημαντικές επιπτώσεις στην πολιτική, στην παροχή υπηρεσιών, ιδιαίτερα στον τομέα της δια βίου εκπαίδευσης, καθώς και στη μελλοντική έρευνα.

Τα συμπεράσματα υποδηλώνουν την ανάγκη για έρευνες με διεξοδική συμμετοχική έρευνα σχετικά με τους λόγους ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας με τα προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης, στα οποία συμμετέχουν άτομα με αναπηρία, με στόχο την αναβάθμιση των προγραμμάτων και τη διαμόρφωση τους με βάση τις ανάγκες και τις αντιλήψεις των ίδιων, όπως προκύπτουν από την παρούσα εργασία. Ακόμη, προκύπτει ενδιαφέρον αναφορικά με τους τρόπους με τους οποίους θα μπορούσε να βελτιωθεί η ικανοποίηση από τη ζωή και η ψυχική τους υγεία, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και τη μείωση των καταθλιπτικών επιπέδων των συμμετεχόντων. Η έρευνα αυτή θα πρέπει να περιλαμβάνει άτομα με αναπηρίες, τις οικογένειές τους, οργανώσεις που τους εκπροσωπούν και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής. Τέτοιες μελέτες θα συμβάλλουν στην ανάδειξη των αντιλήψεων τόσο των ατόμων με αναπηρία, όσο και των παραγόντων που σχετίζονται με αυτά, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Η ενίσχυση των κοινωνικών τους δεξιοτήτων και της κοινωνικής τους συμμετοχής, παράλληλα με τη δημιουργία ελκυστικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων δια βίου εκπαίδευσης που ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους, αποτελεί ένα βήμα για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, όπως διαπιστώθηκε στην παρούσα εργασία. Επιπλέον, η ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς για την τόνωση της αυτοεκτίμησής τους και τη μείωση των καταθλιπτικών τους επιπέδων, και κατά συνέπεια τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, κρίνεται αναγκαία.

Ακόμη, παράγοντες που θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν σε μελλοντική μελέτη αποτελούν ο βαθμός της αναπηρίας που παρουσιάζουν τα άτομα, η αύξηση του εύρους των ηλικιών, η συμμετοχή περισσότερων ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών, στην μελέτη της ποιότητας ζωής, η συμμετοχή σε συλλόγους ατόμων με αναπηρία, ενώ ακόμη ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η μελέτη της επίδρασης στην ποιότητα ζωής τους η χρήση του διαδικτύου και ειδικότερα των μέσων κοινωνικής δικτύωσης.

Αναφορικά με τη δια βίου εκπαίδευση, η δημιουργία κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων μέσω ασύγχρονης τηλεκπαίδευσης, δηλαδή μέσω σεμιναρίων τα οποία πραγματοποιούνται διαδικτυακά με τη μορφή βιντεοσκοπημένων μαθημάτων, σχεδιασμένων βάσει των αναγκών των ατόμων με αναπηρία και με τις κατάλληλες προσαρμογές, προκειμένου να καταστεί εφικτή η πρόσβαση σε όλους, αποτελεί μία πρόταση που θα άξιζε να διερευνηθεί περεταίρω. Η χρησιμότητα τέτοιων προγραμμάτων έγκειται στη δυνατότητα που μπορούν να προσφέρουν σε πολλά άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες προσβασιμότητας, όπως άτομα με ακουστική, οπτική και κινητική αναπηρία, να πάρουν ευκολότερα μέρος σε εκπαιδευτικά προγράμματα.

Επομένως, η ανάγκη για τη διεξαγωγή εκτενέστερης έρευνα όπου θα συμμετέχουν ενήλικα άτομα με αναπηρία από όσο το δυνατόν περισσότερες γεωγραφικές περιοχές της χώρας μας, τόσο επαρχιακές όσο και αστικές, στην οποία οι συμμετέχοντες θα κατανέμονται ισομερώς ως προς τη ηλικία, το φύλο, τον βαθμό και είδος της αναπηρίας, θα οδηγήσουν πιθανότατα σε σημαντικά και χρήσιμα συμπεράσματα αναφορικά με την ποιότητα ζωής που βιώνουν τα άτομα με αναπηρία στη χώρα μας και τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Μέσω αυτής της διερεύνησης, θα αναδειχθούν οι τομείς της ζωής τους που τα άτομα αυτά χρειάζονται περισσότερη υποστήριξη, αποτελώντας τη βάση για το σχεδιασμό επιστημονικά στηριγμένων πρακτικών, η εφαρμογή των οποίων θα οδηγήσει τα άτομα με αναπηρία να ζουν με ποιότητα.

Επίλογος

Στόχος της παρούσας μελέτης, αποτέλεσε η διερεύνηση της ποιότητα ζωής και των καταθλιπτικών επιπέδων των ατόμων με αναπηρία και ο προσδιορισμός των παραγόντων που την επηρεάζουν. Παράλληλα επιχειρήθηκε η διερεύνηση των κοινωνικών τους δεξιοτήτων και των αντιλήψεων τους σχετικά με τη δια βίου εκπαίδευση και κατ' επέκταση η σχέση τους με την ποιότητα ζωής τους.

Αναφορικά με τις διαφορές στην ποιότητα ζωής και στα καταθλιπτικά επίπεδα ατόμων με και χωρίς αναπηρία, διαπιστώθηκε ότι ενώ ένα βασικό επίπεδο διαβίωσης επιτυγχάνεται από όλους και οι διαφορές δεν είναι τόσο μεγάλες. Ωστόσο, η ποιότητα ζωής παρουσιάζεται χαμηλότερη για τα άτομα με αναπηρία σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, ενώ παράλληλα τα πρώτα εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα για αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης. Πολλοί παράγοντες εξηγούν αυτές τις διαφορές. Η αναπηρία αλληλεπιδρά με άλλες μεταβλητές όπως η ηλικία, ο σωματικός πόνος, η επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση, οι οποίες με τη σειρά τους ασκούν επιρροή στις δυνατότητες των ατόμων και συνεπώς στην ποιότητα ζωής τους.

Η ανισότητα της ποιότητας ζωής μεταξύ των δύο ομάδων συμμετεχόντων δεν παύει να είναι σημαντική και οι διαπιστώσεις της παρούσας εργασίας επιτρέπουν τον εντοπισμό των μελλοντικών τομέων παρέμβασης σε σχέση με την υλοποίηση εξατομικευμένων υποστηρίξεων. Η υποστήριξη των ατόμων με αναπηρία θα πρέπει να εξασφαλίζει όλα τα δικαιώματα τους, ενισχύοντας την εκπαιδευτική και κοινωνική ένταξη, τροποποιώντας κατάλληλα τα περιβάλλοντα ώστε τα άτομα με αναπηρία να μπορούν να συμμετέχουν πλήρως στην κοινότητα, βελτιώνοντας τη συναισθηματική, σωματική και υλική ζωή μέσω των ευκαιριών για απασχόληση. Ακόμη, από την παρούσα εργασία τονίζεται η αναγκαιότητα παροχής ψυχολογικής υποστήριξης για τα άτομα με αναπηρία, αφού φαίνεται να αντιμετωπίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης.

Σε αυτήν την κατεύθυνση έχει τη δυνατότητα να συμβάλλει η δια βίου εκπαίδευση, παρέχοντας στα άτομα με αναπηρία με τα κατάλληλα εφόδια και προσφέροντας ευκαιρίες κοινωνικοποίησης. Η σημασία του ρόλου της δια βίου εκπαίδευσης αναδεικνύεται στην παρούσα μελέτη, η οποία με τον κατάλληλο σχεδιασμό, προκειμένου να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ατόμων και την άρση των διακρίσεων, μπορεί να ενισχύσει τα άτομα με αναπηρία, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους και την ψυχική τους υγεία.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Ξενόγλωσσες

- Aitchison, C. (2003). From leisure and disability to disability leisure: developing data, definitions and discourses. *Disability & Society, 18*(7), 955-969.
- Albrecht, G. L., & Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: High quality of life against all odds. *Social Science and Medicine*. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00411-0.
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1994). The Spanish version of the Nottingham Health Profile: a review of adaptation and instrument characteristics. *Quality of Life Research, 3*(6), 385-393. doi:10.1007/BF00435390
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2008). *Definition, Classification and Systems of Supports, Manual*. Washington DC, American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders –5th edition*. Washington: APA.
- Anderson, L. R., & Malikiosi-Loizos, M. (1992). Reliability data for a Greek translation of the Revised UCLA Loneliness Scale: Comparisons with data from the USA. *Psychological Reports, 71*, 665-666.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Matschinger, H., & Stengler-Wenzke, K. (2002). Depression and Quality of Life: Results of a Follow-Up Study. *International Journal of Social Psychiatry, 48*(3), 189-199. doi:10.1177/002076402128783235
- Armer, J., (1993). Elderly relocation to a congregate setting: factors influencing adjustment. *Issues Ment Health Nurs. 14*. 157-172.

- Ayan, A., (2017). The Effects of the Levels of Optimism and Self-monitoring on Meaning in Life, *International Journal of Social Science and Humanity*, 7(1), 15-20.
- Baez, S., Rattazzi, A., Gonzalez-Gadea, M., Torralva, T., Vigliecca, N., Decety, J., . . . Ibanez, A. (2012). Integrating intention and context: assessing social cognition in adults with Asperger syndrome. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6(302). doi:10.3389/fnhum.2012.00302
- Balandin, S., Berg, N., & Waller, A. (2006). Assessing the loneliness of older people with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 28(8), 469-479. doi:10.1080/09638280500211759
- Ballas, D., & Dorling, D. (2007). Measuring the impact of major life events upon happiness. *International Journal of Epidemiology*, 36(6), 1244-1252. doi:10.1093/ije/dym182
- Barker, R. N., Kendall, M. D., Amsters, D. I., Pershouse, K. J., Haines, T. P., & Kuipers, P. (2008). The relationship between quality of life and disability across the lifespan for people with spinal cord injury. *Spinal Cord*. doi: 10.1038/sc.2008.82.
- Blichfeldt, B. S., & Nicolaisen, J. (2011). Disabled travel: not easy, but doable. *Current Issues in Tourism*, 14(1), 79-102. doi:10.1080/13683500903370159
- Bostwick, J. M., & Pankratz, V. S., (200). Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry*. 157(12). 1925-1932.
- Boswell, B. B., Dawson, M., & Heininger, E. (1998). Quality of life as defined by adults with spinal cord injuries. *Journal of Rehabilitation*, 64(1), 27-32.
- Boz, İ. T., Ayan, A., Eskin, I., & Kahraman, G. (2014). The Effect of the Level of Self-monitoring on Work Engagement and Emotional Exhaustion: A Research on Small and Medium Size Enterprises (SMEs). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 150, 1080-1089. doi:https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.09.122

- Briggs, S. R., & Cheek, J. M. (1988). On the nature of self-monitoring: Problems with assessment, problems with validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 663–678.
- Brown, R. I., Schalock, R. L., & Brown, I. (2009). Quality of life: its application to persons with intellectual disabilities and their families - introduction and overview. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(1), 2-6.
- Brown, T. M., Lee, W. C., Joshi, A. V., & Pashos, C. L., (2009). Health-related quality of life and productivity impact in haemophilia patients with inhibitors. *Haemophilia*. 15(4). 911–917.
- Bruce, M. L., (2002). Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Biol Psychiatry*. 52. 175-84.
- Buntix, W. H., & Schalock, R. L. (2010). Models of disability, Quality of life, and individualized supports: implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of policy and practice in intellectual disabilities*, 7(4), 283-294.
- Butler, L., Sheppard-Jones, K., Whaley, B., Harrison, B., & Osness, M. (2016). Does participation in higher education make a difference in life outcomes for students with intellectual disability? *Journal of Vocational Rehabilitation*, 44(3), 295–298.
doi:10.3233/JVR-160804
- Calderon, R. (2000). Parental Involvement in Deaf Children's Education Programs as a Predictor of Child's Language, Early Reading, and Social-Emotional Development. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 5(2), 140-155.
doi:10.1093/deafed/5.2.140
- Calderon, R., & Greenberg, M. (2000). Challenges to parents and professional in promoting social-emotional development in deaf children. In P. E. Spencer, C. J. Erting, & M.

- Marschark (Eds.), *The deaf child in the family and at school: Essays in honor of Kathryn P. Meadow-Orlans* (pp. 167–185). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cassano, P., & Fava, M. (2002). Depression and public health. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 849-857. doi:10.1016/S0022-3999(02)00304-5
- Chowdhury, M., & Benson, B. A. (2011). Deinstitutionalization and quality of life of individuals with intellectual disability: a review of the international literature. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 8(4), 256-265.
- Claes, C., Vandeveldel, S., Van Hove, G., Van Loon, J., Verschelden, G., & Schalock, R. (2012). Relationship between self-report and proxy ratings on assessed personal quality of life-related outcomes. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 9(3), 159-165.
- Cole, M. G., & Dendukuri, N., (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 160(6). 1147-1156.
- Connell, J., Brazier, J., O’Cathain, A., Lloyd-Jones, M., & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 138. doi:10.1186/1477-7525-10-138
- Cooper, S., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 190, 27–35.
- Corn, A. L., & Erin, J. N. (2010). *Foundations of low vision: Clinical and functional perspectives* (2nd ed.). AFB Press.
- Cramer, K. M., & Gruman, J. A., (2000). The Lennox and Wolfe revised self-monitoring scale: Latent structure and gender invariance. *Personality and Individual Differences*, 32, 627–637. doi: 10.1016/S0191-8869(01)00065-4

- 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, 199–206.
- Cummin, R. A. (2005). Moving from the Quality of Life Concept to a Theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 699-706.
- Cummins, R. A. (2005). Caregivers as managers of subjective wellbeing: A homeostatic perspective. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 335–344. doi:10.1111/j.1468-3148.2005.00267
- De Roon-Cassini, T. A., De St. Aubin, E., Valvano, A., Hastings, J., & Horn P., (2009). Psychological well-being after spinal cord injury: perception of loss and meaning making. *Rehabilitation Psychology*, 54, 306–314. doi: 10.1037/a0016545
- De La Garza, D. V., & Erin, J. N. (1993). Employment status and quality of life of graduates of a state residential school. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 87(6), 229-233.
- Devey, R., & Møller, V. (2002). Closing the gap between rich and poor in South Africa: Trends in objective and subjective indicators of quality of life in the October Household Survey. In W. Glatzer (Ed.), *Rich and poor* (pp. 105–122). The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Diener, E., & Suh, E.M., (2000). *Culture and Subjective Well-Being*. MIT Press.
- Dijkers, M., (1997). Quality of life after spinal cord injury: a metaanalysis of the effects of disablement components. *Spinal Cord*. 35. 829–840.
- Douglas, G., Mccall, S., McLinden, M., Pavey, S., Ware, J., & Farrell, A. M., (2009). *International review of the literature of evidence of best practice models and outcomes in the education of blind and visually impaired children*. Trim, County Meath, National Council for Special Education.

- Duvdevany, I., & Arar, E. (2004). Leisure activities, friendships, and quality of life of persons with intellectual disability: foster homes vs community residential settings. *International Journal of Rehabilitation Research*, 27(4), 289-296.
- Dyrdal, G. M., & Lucas, R. E. (2013). Reaction and adaptation to the birth of a child: A couple-level analysis. *Developmental Psychology*, 49, 749–761.
doi:10.1037/a0028335
- Edwards, T. C., Patrick, D. L., & Topolski, T. D. (2003). Quality of Life of Adolescents With Perceived Disabilities. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(4), 233-241.
doi:10.1093/jpepsy/jsg011
- Elfström, M. L., Kennedy, P., Lude, P., & Taylor, N. (2006). 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, 420. doi:10.1038/sj.sc.3102003
- 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.
- Espeso, A., Owens, D., & Williams, G. (2006). The diagnosis of hearing loss in children: Common presentations and investigations. *Current Paediatrics*, 16, 484–488.
- Eurostat (2013). *Quality of life indicators education*. Retrieved from:
http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_indicators__education
- Fabian, E. S. (1991). Using quality-of-life indicators in rehabilitation program evaluation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 34, 344–356.
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research Dev Disability*, 16(1), 51–74.
- Finkelstein, V. (1980). *Attitudes and disabled people*. New York: World Rehabilitation Fund.

- Finkenbergh, M. E. (2008). Future Choices, Future Trends in Technology in Kinesiology and Physical Education. *Quest*, 60(4), 433-442. doi:10.1080/00336297.2008.10483590
- Flynn, F. J., Chatman, J. A., & Spataro, S. A. (2001). Getting to know you: The influence of personality on the impression formation and performance of demographically different people in organizations. *Administrative Science Quarterly*, 46, 414–442.
- Frisina, R. (1974). *Report of the Committee to Redefine Deaf and Hard of Hearing for Educational Purposes*. Washington, D.C.
- Furnham, A., & Capon, M. (1983). Social skills and self-monitoring processes. *Personality and Individual Differences*, 4, 171-178.
- Gangestad, S. W., & Snyder, M., (2000). Self-monitoring: Appraisal and reappraisal. *Psychological Bulletin*, 126, 530–555.
- Gardner, J., & Carran, D. (2005). Attainment of personal outcomes by people with developmental disabilities. *Mental Retardation*, 43, 157–74.
- Garofalo, J. P. (2000). Psychological adjustment in medical populations. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 647-653. doi:10.1097/00001504-200011000-00030
- Ghotra, S., McIsaac, J.-L. D., Kirk, S. F. L., & Kuhle, S. (2016). Validation of the “Quality of Life in School” instrument in Canadian elementary school students. *PeerJ*, 4, e1567. doi:10.7717/peerj.1567
- Gold, G., Shaw, A., & Wolffe, K. (2010). The Social Lives of Canadian Youths with Visual Impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 104, 431-443.
- Golubović, Š., & Škrbić, R., (2013). Agreement in quality of life assessment between adolescents with intellectual disability and their parents. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 1863–69.

- Graham, L., & Ross, E. (2016). Disparities in Quality of Life Among South Africans With and Without Disabilities. *Social Indicators Research*, 127(2), 721-739.
doi:10.1007/s11205-015-0969-7
- Greenspan, S., & Switzky, H. N. (2006). Lessons from the Atkins decision for the next AAMR manual. In Switzky H. N. & Greenspan S. (Eds.), *What is mental retardation? Ideas for an evolving disability in the 21st century* (pp. 281–300). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Hagemans, M. L., Janssens, A. C., Winkel, L.P., Sieradzan, K.A., Reuser A.J., & Van Doorn, P. A., et al (2004). Late-onset Pompe disease primarily affects quality of life in physical health domains. *Neurology*, 63, 1688–1692.
- Halpern, A. S. (1994). Quality of life for students with disabilities in transition from school to adulthood. *Social Indicators Research*, 33, 193–236.
- Hampton, N., & Marshall, A. (2000). Culture, gender, self-efficacy, and life satisfaction: A comparison between Americans and Chinese people with spinal cord injuries. *Journal of Rehabilitation*, 66(3), 1-10.
- Handicaps Welfare Association, (2013). General Information on Physical Disabilities.
- Hansson, L. (2002). Quality of life in depression and anxiety, *International Review of Psychiatry*, 14(3), 185-189. doi: 10.1080/09540260220144966
- Harris, J. C., & Greenspan, S. (2016). Definition and Nature of Intellectual Disability. In N. N. Singh (Ed.), *Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 11-39). Cham: Springer International Publishing.
- 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.

- Heine, C., & Browning, C. J. (2004). The communication and psychosocial perceptions of older adults with sensory loss: a qualitative study. *Ageing and Society*, 24(1), 113-130. doi:10.1017/S0144686X03001491
- Heward, W. L. (2011). *Παιδιά με ειδικές ανάγκες: Μια Εισαγωγή στην Ειδική Εκπαίδευση*. (Λυμπεροπούλου Χ. μετ). Α. Δαβάζογλου, Κ. Κόκκινος (Επιμ.). (β' εκδ.). Αθήνα: Τόπος.
- Hosain, G. M., Monawar, D., Atkinson, D., & Underwood, P. (2011). Impact of disability on quality of life of rural disabled people in Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition (JHPN)*. doi: 10.3329/jhpn.v20i4.167.
- Houwen, S., Hartman, E., & Visscher, C. (2009). Physical activity and motor skills in children with and without visual impairments. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 41, 103-109.
- Hyphantis, T., Kotsis, K., Voulgari, P. V., Tsifetaki, N., Creed, F., & Drosos, A. A. (2011). Diagnostic Accuracy, Internal Consistency, and Convergent Validity of the Greek Version of the Patient Health Questionnaire 9 in Diagnosing Depression in Rheumatologic Disorders. *Arthritis Care & Research*, 63(9), 1313-1321. doi:10.1002/acr.20505
- Iezzoni, L., (2003). *When walking fails: Mobility problems of adults with chronic conditions*. University of California Press, Berkeley, CA.
- Jackson, W. T. & Taylor, R. E. (2001). Visual Impairments. In C. Radnitz (Ed.). *Cognitive-Behavioral interventions for persons with disabilities*, Northvale, NJ: Aronson.
- Jarvis, P. (2004). *Συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση: Θεωρία και πράξη* (Α. Μανιάτη, μετ.). Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Jenkins, S., Riggs, J. (2004). Disability and disadvantage: Selection, onset, and duration effects. *Journal of Social Policy*, 33, 479–501.

- Jongdudomkarn, D., & Camfield, L. (2006). Exploring the quality of life of people in north eastern and southern Thailand. *Social Indicators Research*, 78, 489–529.
- Karchmer, M. A., & Mitchell, R. E. (2003). Demographic and achievement characteristics of deaf and hard of hearing students. In M. Marschark & P. E. Spencer (Eds.), *Oxford handbook of deaf studies, language, and education* (pp. 21–37). New York, NY: Oxford University Press.
- Karr, V. L. (2011). A Life of Quality: Informing the UN Convention on the Rights of Persons With Disabilities. *Journal of Disability Policy Studies*, 22(2), 67-82.
doi:10.1177/1044207310392785
- Kathleen, E., (2006). Depression Care for the Elderly: Reducing Barriers to Evidence Based Practice. *Home Health Care Serv Q.* 25 (1). 115-148.
- Keith, K. D., & Bonham, G. S. (2005). The use of quality of life data at the organization and systems level. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 799-805.
doi:10.1111/j.1365-2788.2005.00755.x
- Kennedy, P., Duff, J., Evans, M., & Beedie, A. (2003). Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injuries. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 41–52.
- Kennedy, P., Lude, P., & Taylor, N. (2005). Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord*, 44, 95. doi:10.1038/sj.sc.3101787
- Kent, B. A. (2003). Identity Issues for Hard-of-Hearing Adolescents Aged 11, 13, and 15 in Mainstream Settings. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8(3), 315-324.
- Kilduff, M., & Krackhardt, D. (1994). Bringing the individual back in: A structural analysis of the internal market for reputation in organizations. *Academy of Management Journal*, 37, 87–108.

- Kitis, A., Eraslan, U., Koc, V., Giresun, F., & Usta, H. (2017). Investigation of Disability Level, Leisure Satisfaction, and Quality of Life in Disabled Employees. *Social Work in Public Health, 32*(2), 94-101. doi:10.1080/19371918.2016.1188748
- Kolb, J.A., (1998), The Relationship Between Self-Monitoring and Leadership in Student Project Groups, *The Journal of Business Communication, 35*(2), 264-282
- Krause, J. S. (2003). Years to employment after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 84*(9), 1282-1289. doi:10.1016/S0003-9993(03)00265-X
- 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. doi: 10.1037/h0079093
- Kuder, S. J., (2003). *Teaching students with language and communication disabilities*. London: Pearson Education.
- Kuusikko, S., Pollock-Wurman, R., Jussila, K., Carter, A. S., Mattila, M.-L., Ebeling, H., . . . Moilanen, I. (2008). Social Anxiety in High-functioning Children and Adolescents with Autism and Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*(9), 1697-1709. doi:10.1007/s10803-008-0555-9
- Lai, M.-C., Lombardo, M. V., Pasco, G., Ruigrok, A. N. V., Wheelwright, S. J., Sadek, S. A., . . . Baron-Cohen, S. (2011). A Behavioral Comparison of Male and Female Adults with High Functioning Autism Spectrum Conditions. *PLoS ONE, 6*(6), e20835. doi:10.1371/journal.pone.0020835
- Langelaan, M., de Boer, M. R., van Nispen, R. M. A., Wouters, B., Moll, A. C., & van Rens, G. H. M. B. (2007). Impact of Visual Impairment on Quality of Life: A Comparison With Quality of Life in the General Population and With Other Chronic Conditions. *Ophthalmic Epidemiology, 14*(3), 119-126. doi:10.1080/09286580601139212

- Lennox, R. D., & Wolfe, R. N., (1984). Revision of the SelfMonitoring Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1349–1364.
- Levasseur, M., Desrosiers, J., & Noreau, L. (2004). Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities? *Disability and Rehabilitation*, 26(20), 1206-1213. doi:10.1080/09638280412331270371
- Li, C., Zhang, X., Hoffman, H. J., Cotch, M., Themann, C. L., & Wilson, M. (2014). Hearing impairment associated with depression in us adults, national health and nutrition examination survey 2005-2010. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 140(4), 293-302. doi:10.1001/jamaoto.2014.42
- Liptak, G. S., Kennedy, J. A., & Dosa, N. P. (2011). Social participation in a nationally representative sample of older youth and young adults with autism. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 32, 277–283.
doi:10.1097/dbp.0b013e31820b49fc
- Livingston, M. H., Rosenbaum, P. L., Russell, D. J., & Palisano, R. J., (2007). Quality of life among adolescents with cerebral palsy: what does the literature tell us?. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49, 225-231. doi:10.1111/j.1469-8749.2007.00225.x
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Livneh, H., & Wilson, L. M. (2003). Coping strategies as predictors and mediators of disability-related variables and psychosocial adaptation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46, 194-208. doi:10.1177/003435520304600401
- Livneh, H., Lott, S. M., & Antonak, R. F. (2004). Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A cluster analytic approach. *Psychology Health and Medicine*, 9, 411-430. doi:10.1080/1354850042000267030

- Lotery, A., Xu, X., Zlatava, G., & Loftus, J. (2007). Burden of illness, visual impairment and health resource utilisation of patients with neovascular age-related macular degeneration: results from the UK cohort of a five-country cross-sectional study. *British Journal of Ophthalmology*, *91*(10), 1303-1307.
- Luey, H. S., Glass, L., & Elliott, H. (1995). Hard-of-Hearing or Deaf: Issues of Ears, Language, Culture, and Identity. *Social Work*, *40*(2), 177-182.
doi:10.1093/sw/40.2.177
- Lunsky, Y., & Benson, B. A. (2001). Perceived Social Support and Mental Retardation: A Social-Cognitive Approach. *Cognitive Therapy and Research*, *25*(1), 77-90.
doi:10.1023/A:1026478816292
- MacGillivray Elizabeth, D., Beecher, H. J. M., & Golden, D. (2009). Legal developments—EEOC pursues race, pregnancy, and disability discrimination. *Global Business and Organizational Excellence*, *28*(6), 85-92. doi:10.1002/joe.20290
- Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2012). Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, *184*(3), E191.
- Marschark, M., (2007). *Raising and educating a deaf child: A comprehensive guide to the choices, controversies, and decisions faced by parents and educators*. New York: Oxford University Press.
- Martz, E., Roessler, R. L., & Livneh, H. (2002). Responses to insulin reactions and long-term adaptation to diabetes. *Journal of Rehabilitation*, *68*, 14-21.
- Mason, H. & McCall, S. (2005). *Παιδιά και νέοι με προβλήματα όρασης: η πρόσβαση στην εκπαίδευση*, Ζώνιου-Σιδέρη, Α., & Ντεροπούλου-Ντέρου, Ε., (Επιμ). Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

- 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. *Rev Panam Salud Publica*, 31(3), 188-96. doi:10.1590/S1020-49892012000300002
- Matthews, C. K., & Harrington, N. G. (2000). Invisible disability. In D. O. Braithwaite & T. L. Thompson (Eds), *Handbook of communication and people with disabilities: Research and application* (pp. 405-421). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- McDermott, S., Moran, R., Platt, T., & Dasari, S. (2007). Health conditions among women with a disability. *Journal of Women's Health*, 16, 713-720.
doi:10.1089/jwh.2007.0363
- McDougall, J., Baldwin, P., Evans, J., Nichols, M., Etherington, N., & Wright, V. (2016). Quality of Life and Self-Determination: Youth with Chronic Health Conditions Make the Connection. *Applied Research in Quality of Life*, 11, 571-599.
doi:10.1007/s11482-014-9382-7
- McDougall, J., Wright, V., Schmidt, J., Miller, L., & Lowry, K. (2011). Applying the ICF framework to study changes in quality-of-life for youth with chronic conditions. *Developmental Neurorehabilitation*. doi: 10.3109/17518423.2010.521795
- McVilly, K. R., Stancliffe, R. J., Parmenter, T. R., & Burton-Smith, R. M. (2006). Self-advocates have the last say on friendship. *Disability & Society*, 21(7), 693-708.
doi:10.1080/09687590600995287
- Medel-Añonuevo, C., Ohsako, T., & Mauch, W., (2001). *Revisiting Lifelong Learning for the 21st Century*. Paris: UNESCO Institute for Education.
- Melzer, D., & Parahyba, M. I. (2004). Socio-demographic correlates of mobility disability in older Brazilians: Results of the first national survey. *Age Ageing*, 33, 253–259.

- Miettinen, S. (2012). Family care of adults with intellectual disabilities: analysis of Finnish policies and practices. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 9(1), 1-9.
- 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.
doi:10.1016/j.dhjo.2014.07.002
- Miller, E., Cooper, S.-A., Cook, A., & Petch, A. (2008). Outcomes important to people with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5(3), 150-158
- Milner, P., & Kelly, B. (2009). Community participation and inclusion: people with disabilities defining their place. *Disability & Society*, 24(1), 47-62.
doi:10.1080/09687590802535410
- Mitra, M., Wilber, N., Allen, D., & Walker, D. K. (2005). Prevalence and correlates of depression as a secondary condition among adults with disabilities. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 76-85. doi:10.1037/0002-9432.75.1.76
- Møller, V. (2013). South African quality of life trends over three decades, 1980–2010. *Social Indicators Research*, 113, 915–940.
- Møller, V. (2007). Satisfied and dissatisfied South Africans: Results from the General Household Survey in international comparison. *Social Indicators Research*, 81, 389–415.
- Møller, V., & Devey, R. (2003). Trends in living conditions and satisfaction among poorer older South Africans: Objective and subjective indicators of quality of life in the October Household Survey. *Development Southern Africa*, 20(4), 457–476. doi: 10.1080/0376835032000124475.

- Moore, D. (2007). *Εκπαίδευση και κώφωση. Ψυχολογική προσέγγιση, αρχές και πρακτικές* (Α. Ζώνιου-Σιδέρη & Ε. Ντεροπούλου-Ντέρου, μετ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Morse, J. L. (2004). Psychological aspects of low vision. Στο R. T. Jose (Επιμ.), *Understanding low vision* (σ. 43-54). New York: American Foundation of the Blind.
- Naraine, M.D., & Lindsay, P.H. (2011). Social inclusion of employees who are blind or low vision. *Disability & Society*, 26, 389-403. doi: 10.1080/09687599.2011.567790
- Navarro, A.S., Fukujima, M.M., Fontes, S.V., de Andres Matas, S.L., & do Prado, G.F. (2004). Balance and motor coordination are not fully developed in 7 years old blind children. *Arq Neuropsiquiatr*, 62(3), 654-657.
- Noll, H.-H. (2013). Subjective Social Indicators: Benefits and Limitations for Policy Making- An Introduction to this Special Issue. *Social Indicators Research*, 114(1), 1-11. doi:10.1007/s11205-013-0379-7
- Nunes, T., Pretzlik, U., & Olson, J. (2001). Deaf children's social relationships in mainstream schools. *Deafness and Education International*, 3, 123-136. <http://dx.doi.org/10.1002/dei.106>
- Oliver, M. (1996). *Understanding disability: From theory to practice*. Basingstoke, UK: MacMillan.
- Oquendo, M. A., & Parsey, R. V., (2007). What have we learned about the neurobiology of major depression?. *Am J Psychiatry*, 164(4). 540-2.
- Pey, T., Nzegwu, F., Dooley, G. (2006). *Functionality and the Needs of Blind and Partially Sighted*. Adults in the UK. An Interim Report.
- Pretty, G., Rapley, M., & Bramston, P. (2002). Neighbourhood and community experience, and the quality of life of rural adolescents with and without an intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 27, 106-16. doi:10.1080/13668250220135079-5

- Pring, L., & Tadić, V. (2010). The cognitive and behavioral manifestations of blindness in children. Στο R. D., Nass & Y. Frank (Επιμ.). *Cognitive and behavioral manifestations of pediatric diseases* (σ. 531-543). New York: Oxford University Press.
- Psarra, E., & Klefтарas, G. (2013). Adaptation to Physical Disabilities: The Role of Meaning in Life and Depression. *The European Journal of Counselling Psychology*, 2(1), 79-99. doi:<http://dx.doi.org/10.5964/ejcop.v2i1.7>
- Reiter, S., & Schalock, R. L. (2008). Applying the concept of quality of life to Israeli special education programs: a national curriculum for enhanced autonomy in students with special needs. *International Journal of Rehabilitation Research*, 31(1), 13-21. doi:10.1097/MRR.0b013e3282f45201
- Roebroek Marij, E., Jahnsen, R., Carona, C., Kent Ruth, M., & Chamberlain, M. A. (2009). Adult outcomes and lifespan issues for people with childhood-onset physical disability. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(8), 670-678. doi:10.1111/j.1469-8749.2009.03322.x
- Rogers, A. (2006). Escaping the slums or changing the slums? Lifelong Learning and social transformation. *International Journal of Life Long Education*, 25(2), 125-137.
- Ross, E., & Deverell, A. (2010). *Psychosocial issues in health, illness and disability*. Pretoria: Van Schaik.
- Rubenstein, L. Z., Powers, C. M., & McLean, C. H. (2001). Quality indicators for the management and prevention of falls and mobility problems in vulnerable elders. *Annals of Internal Medicine*, 135, 686-693.
- Rudolf, H., & Priebe, S. (1999). Subjective Quality of Life in Female in-Patients With Depression: a Longitudinal Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 45(4), 238-246. doi:10.1177/002076409904500402

- Rush, A. J., (2007). The varied clinical presentations of major depressive disorder. *J Clin psychiatry*. 68(8). 4-10.
- Russotti, J., Shaw, R., & Spungin, S. J. (2004). *When you have a visually impaired student in your classroom. A guide for paraeducators*. New York: American Foundation for the Blind.
- Sacks, S. Z. (2010). Psychological and social implications of low vision. Στο A. L., Corn, J. N., Erin (Επιμ.). *Foundations of low vision: Clinical and functional perspectives* (σελ. 67-96). Second Edition. New York: American Foundation for the Blind.
- Salkever, D. S., (2000). Activity status, life satisfaction and perceived productivity for young adults with developmental disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 66(3), 4-13.
- Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of intellectual disability research*, 48(3), 203-216.
- Schalock, R. L., & Keith, K. D. (1993). *Quality of Life Questionnaire Manual*. IDS Publishing Corporation.
- Schalock, R. L., & Lilley, M. A. (1986). Placement from community-based mental retardation programs: How well do clients do after 8 to 10 years. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 669–676.
- Schalock, R. L., & Parmenter, T. (2000). *Preface in quality of life. Its conceptualisation, measurement and application. Quality of Life research. A critical introduction*. London: Sage.
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. A. (2002). *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. AAMR.
- Schalock, R. L., Bonham, G. S., & Verdugo, M. A. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in

- the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 31(2), 181-190. doi:<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2008.02.001>
- Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., et al. (2002). Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons with Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts. *Mental Retardation*, 40 (6), 457-470.
- Schalock, R. L., Gardner, J. F., & Bradley, V. J. (2007). *Quality of life for people with intellectual and other developmental disabilities*. AAIDD.
- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Bonham, G. S., Fantova, F., & Van Loon, J. (2008). Enhancing personal outcomes: organizational strategies, guidelines and examples. *Journal of policy and practice in intellectual disabilities*, 5(4), 276-285.
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Geerlings, M. I., Jonker, C., & Van Tilburg, W. (2000). Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL). *J Affect Disord*, 59, 127-37.
- Schurink, J., Cox, R. F., Cillessen, A. H., van Rens, G. H., & Boonstra, F. N. (2011). Low vision aids for visually impaired children: a perception-action perspective. *Res. Dev. Disabil.*, 32, 871–882. doi:[10.1016/j.ridd.2011.01.027](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.01.027)
- Seltzer, M. M., & Krauss, M. W. (2001). Quality of life of adults with mental retardation/developmental disabilities who live with family. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 7, 105-114.
- Simões, C., & Santos, S. (2016). The quality of life perceptions of people with intellectual disability and their proxies. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 41(4), 311-323. doi:[10.3109/13668250.2016.1197385](https://doi.org/10.3109/13668250.2016.1197385)

- Skevington, S. M., Sartorius, N., & Amir, M. (2004b). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings: the history of the WHOQOL instruments. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *39*, 1–8.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, *13*(2), 299–310. doi:10.1023/b:Qure.0000018486.91360.00
- Smith, R. B., Morgan, M., & Davidson, J. (2005). Does the daily choice making of adults with intellectual disability meet the normalisation principle? *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, *30*, 226–235
- Snyder, M. (1987). *Public appearances/private realities: The psychology of self-monitoring*. New York: Freeman.
- Snyder, M. (1974). Self-monitoring of expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, *30*, 526–537.
- Stancliffe, R. J. (1999). Proxy respondents and the reliability of the quality of life questionnaire empowerment factor. *Journal of Intellectual Disability Research*, *43* (3), 185–193.
- Tamamović, A. (2015). *The Impact of the Crisis on Fundamental Rights across Member States of the EU: Comparative Analysis*. European Union, Brussels.
- Tsivgoulis, G., Triantafyllou, N., Papageorgiou, C., Evangelopoulos, M. E., Kararizou, E., Sfagos, C., & Vassilopoulos, D. (2007). Associations of the Expanded Disability Status Scale with anxiety and depression in multiple sclerosis outpatients. *Acta Neurol Scand*, *115*, 67–72.

- Tsuji, T., Matsudaira, K., Sato, H., & Vietri, J. (2016). The impact of depression among chronic low back pain patients in Japan. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *17*(1), 447. doi:10.1186/s12891-016-1304-4
- Turner, R. J., Lloyd, D. A., & Taylor, J. (2006). Physical disability and mental health: An epidemiology of psychiatric and substance disorders. *Rehabilitation Psychology*, *51*, 214-223. doi:10.1037/0090-5550.51.3.214
- Tzonichaki, L., & Kleftras, G. (2002). Paraplegia from Spinal Cord Injury: Self-Esteem, Loneliness, and Life Satisfaction. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, *22*(3), 96-103. doi:10.1177/153944920202200302
- Tzouriadou, M., Barbas, G., Vouyoukas, C., & Anagnostopoulou, E., (2013). The relationship between language and social competence in high-risk preschoolers. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, *7* (4), 232-244.
- United Nations. (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities*. United Nations. Ανακτήθηκε από: <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>
- Vahle, V. J., Andresen, E. M., & Hagglund, K. J. (2000). Depression measures in outcomes research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *81*, 53-62. doi:10.1053/apmr.2000.20625
- Van Campen, C., & van Santvoort, M. (2013). Explaining low subjective well-being of persons with disabilities in Europe: The impact of disability, personal resources, participation and socio-economic status. *Social Indicators Research*. doi: 10.1007/s11205-012-0036-6.
- Van Loon, J., Bonham, G., Peterson, D., Schalock, R., Claes, C., & Decramer, A. (2013). The use of evidence-based outcomes in systems and organizations providing services and supports to persons with intellectual disability. *Evaluation and Program Planning*, *36*, 80–87.

- Van Loon, J., Van Hove, G., Schalock, R., & Claes, C. (2009). Personal Outcomes Scale: Administration and Standardization Manual. *Stichting Arduin*, Ghent, Netherlands.
- Verdugo, M., Navas, P., Gómez, L., & Schalock, R. (2012). The concept of quality of life and its role in enhancing human rights in the field of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, *56*, 1036–45.
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Keith, K. D., & Stancliffe, R. J. (2005). Quality of life and its measurement: important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, *49* (10), 707-717.
- Viemero, V., & Krause, C. (1998). Quality of life in individuals with physical disabilities. *Psychotherapy and Psychosomatics*. doi: 10.1159/000012297.
- Vozani, A., Fasoi, G., Kampa, E., & Kelesi, M., (2017). The consequences of the lower limb amputation in health related quality of life. *Rostrum of Asclepius*, *16*(3), 145–162.
<http://doi.org/10.5281/zenodo.821616>
- Vuletić, G., Šarlija, T., Benjak, T. (2016). Quality of life in blind and partially sighted people. *Journal of Applied Health Sciences*, *2*(2). doi:10.24141/1/2/2/3
- Wang, M., Schalock R., Verdugo, M., & Jenaro, C. (2010). Examining the factor structure and hierarchical nature of the quality of life construct. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, *115*, 218–33.
- Warren, N., & Manderson, L. (2013). Reframing disability and quality of life: Contextual nuances. In N. Warren & L. Manderson (Eds.), *Reframing disability and quality of life* (pp. 1–16). Social Indicators Research Series 52. Springer Netherlands.
http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-3018-2_1.
- Watson, S. & Keith, K. (2002). Comparing the quality of life of school-age children with and without disabilities. *Mental Retardation*, *40*, 304–312.

WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation & World Health Organization. (1981). *Disability prevention and rehabilitation : report of the WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation [meeting held in Geneva from 17 to 23 February 1981]*. Geneva : World Health Organization.
<http://www.who.int/iris/handle/10665/40896>

WHO-IASSID Work Plan. (2000). *The international association for the scientific study of intellectual disabilities*. Ανάκτηση από:
http://www.beachcenter.org/Books%5CFullPublications%5CPDF%5CFQLI_Quality%20of%20Life%20Consensus%20Document.pdf

WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment. *Psychol Med.* 28. 551–558.

WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403–1409.

WHOQOL Group. (1994). The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In J. Orley & W. Kuyken (Eds.), *Quality of life assessment: International perspectives*. Berlin: Springer-Verlag.

Wiener, J. (2004). Do Peer Relationships Foster Behavioral Adjustment in Children with Learning Disabilities? *Learning Disability Quarterly*, 27(1), 21-30.
doi:10.2307/1593629

Wilson, D. (2001). Practical Meta-Analysis Effect Size Calculator [Computer Software].
Ανακτήθηκε από: http://www.campbellcollaboration.org/resources/effect_size_input.php

- Wilson, K. C., Chen, R., Taylor, S., McCracken, C. F., & Copeland, J. R. (1999). Socioeconomic deprivation and the prevalence and prediction of depression in older community residents. *Br J Psychiatry*. 175, 549-553
- Wilson-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.
- 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 and Medicine*, 11, 80-90.
doi:10.1080/13548500500294211
- World Health Organization. (2018). Disabilities. Ανακτήθηκε από:
<http://www.who.int/topics/disabilities/en/>
- World Health Organization. (2018). Deafness and hearing loss. Ανακτήθηκε από:
<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- World Health Organization. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva.
- World Health Organization. (2017). Visual Impairment and blindness. Ανακτήθηκε από:
<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
- World Health Organization. (2012). Global Data on Visual Impairments 2010. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (2012). WHO global estimates on prevalence of hearing loss. Mortality and Burden of Diseases and Prevention of Blindness and Deafness. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (2011). *World report on disability*. Geneva: WHO Press.

- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. (2010). *Monitoring grade-2 disability rate and applicability of chemoprophylaxis in leprosy control*. WHO Regional Office for South-East Asia. <http://www.who.int/iris/handle/10665/205524>
- World Health Organization. (2009). *International statistical classification of diseases and related health problems*. 10th revision, 1 (A'). Edition 2008. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. Office of World Health Reporting. (2002). *The World health report : 2002 : reducing risks, promoting healthy life : overview*. Geneva : World Health Organization. Ανακτήθηκε από: <http://www.who.int/iris/handle/10665/67454>
- World Health Organization. (2001). *ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO.
- Yeaxlee, B. A., (1929). *Lifelong Education*. London. Cassell.
- 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.
- Yeung, P., Passmore, A., & Packer, T. (2012). Examining citizenship participation in young Australian adults: A structural equation analysis. *Journal of Youth Studies*, 15, 1, 73-98.
- Yfantopoulos, J. (2001). The Greek version of the EuroQol (EQ-5D). instrument. *Arch Hell Med*. 18. 180–191.
- Yong, V. (2010). Mobility limitations. In: Stone JH, Blouin M (eds). *International Encyclopedia of Rehabilitation*, 2010. Ανακτήθηκε από: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/259/>

Ελληνόγλωσσες

- Αλευριάδου, Α., Γκιαούρη, Σ. & Παυλίδου, Κ. (2016). *Διαχείριση προκλητικών συμπεριφορών σε άτομα με νοητική αναπηρία*. Αθήνα: Πεδίο.
- Δανηλίδης, Ι., & Ασημακόπουλος, Δ. (2006). *Ωτορινολαρυγγολογία. Παθολογία, Χειρουργική Κεφαλής και Τραχήλου*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Δελλασούδας, Λ. Γ. (2006). *Ποιότητα Ζωής Ατόμων με Αναπηρία*. Δείκτης Κοινωνικής Ένταξης και Ενσωμάτωσης (τόμος Δ). Αθήνα: ΑΤΡΑΠΟΣ.
- Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (ΕΣΑμεΑ). (2008). [http:// repository.edulll.gr](http://repository.edulll.gr). Ανακτήθηκε από: [http://repository.edulll.gr/ edulll/handle/10795/1054](http://repository.edulll.gr/edulll/handle/10795/1054)
- Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2017). *Δελτίο Τύπου: Κίνδυνος Φτώχειας, Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών 2016*. Πειραιάς: Ελληνική Στατιστική Αρχή.
- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. (2010). *Έγγραφο Αξιολόγησης της Στρατηγικής της Λισαβόνας. Έγγραφο Εργασίας των Υπηρεσιών της Επιτροπής*. Βρυξέλλες: SEC 114.
- Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο. (2006, 11 15). Απόφαση αριθμ. 1720/2006 για τη θέσπιση προγράμματος δράσης στον τομέα της διά βίου μάθησης.
- Ζαϊμάκης, Γ. & Κανδυλάκη, Α. (2005). *Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας: Μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς ομάδες και σε πολυπολιτισμικές κοινότητες*, Αθήνα: Κριτική.
- Ζαρώτης Γ., Tokarski W., Κοντάκος Α., & Κατσαγκόλης Α., (2008). *Ελεύθερος χρόνος. Φυσική δραστηριότητα, υγεία και ποιότητα ζωής*, Αθήνα. Ατραπός.
- Θεοδωράκης, Γ. (2010). *Άσκηση, ψυχική υγεία και ποιότητα ζωής*. Θεσσαλονίκη: Χριστοδουλίδη.
- Κουρμπέτης, Β., & Χατζοπούλου, Μ. (2010). *Μπορώ και με τα μάτια μου*. Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις και πρακτικές για κωφούς μαθητές. Αθήνα: Καστανιώτη

- Κουτάντος, Δ. (2005). *Η Εκπαίδευση παιδιών και νέων με μειωμένη όραση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κρουσταλλάκης, Γ. Σ. (2004). *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και στο σχολείο*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Λατσού, Δ. Πιερράκος, Γ. Υφαντόπουλος Ι. & Υφαντόπουλος Ν. (2014). Ποιότητα ζωής ατόμων με κινητικά προβλήματα σε αναπηρικές καρέκλες στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(5), 591-598.
- Μεταφραστική Ομάδα Κάκτου. (1993). *Ηθικά Νικομάχεια Α. Κάκτος*. Αριστοτέλης. Άπαντα. Αθήνα, 31-39. Ανάκτηση από: <http://www.komvos.edu.gr>
- Μπάρμπας, Γ. (2008). Η εκπαίδευση των παιδιών με ήπια νοητική καθυστέρηση στο ελληνικό σχολείο: Διαπιστώσεις – Προτάσεις. Στο «*ΕΠΙΝΟΗΣΗ*» *Εξειδίκευση Εκπαιδευτικών – Ειδικού Εκπαιδευτικού Προσωπικού και Παραγωγή Εκπαιδευτικού Υλικού για Ήπια Νοητική Καθυστέρηση- υλικό θεωρητικής εξειδίκευσης*. Εργαστήριο Νέων Τεχνολογιών στην Επικοινωνία, την Εκπαίδευση και τα ΜΜΕ του Τμήματος Επικοινωνίας και ΜΜΕ του Πανεπιστημίου Αθηνών, ΕΠΕΑΕΚ ΙΙ 2000-2006, Αθήνα.
- Nettleton, S. (2002). *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*, Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.
- Ξωγέλλης, Π. (1989). *Εκπαίδευση, Λήμμα στην Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια Λεξικό*, Αθήνα. Ελληνικά Γράμματα, 1685-1687.
- Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18. 3.
- Οκαλίδου, Α. (2002). *Βαρηκοΐα – Κώφωση. Μελέτη της παραγωγής του λόγου και θεραπευτική παρέμβαση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Παγιάτσου, Μ., Δημητρίου, Ε. & Χατζησάββα, Π. (2012). *Μελέτη για τον ορισμό της Νοητικής Αναπηρίας στα πλαίσια της τροποποίησης του Νόμου 117/89*. Διαθέσιμο στο http://www.cpmmental.com.cy/epnka/userfiles/file/meleti_noitikis_anapirias_06-2012.pdf
- Παπαδημητρίου, Γ. Ν., Λιάππας, Ι. Α., & Λύκουρας, Ε. (2013). *Σύγχρονη Ψυχιατρική*, Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Παπαδόπουλος, Κ. (2006). *Εκπαίδευση Ατόμων με προβλήματα όρασης (Πανεπιστημιακές σημειώσεις)*. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Παπαδόπουλος, Κ. (2005). *Τύφλωση και ανάγνωση / Διαβάζοντας με την αφή*. Αθήνα: Ζήτη.
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2001). *Παιδιά και έφηβοι με ειδικές ανάγκες και δυνατότητες: Σύγχρονες τάσεις εκπαίδευσης και ειδικής υποστήριξης*. Τόμος Α'. Αθήνα: Horizon.
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2012). *Παιδιά και Έφηβοι με Ειδικές Ανάγκες και Δυνατότητες*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2004). Από τη ζωή του σχολείου στην παραγωγική διαδικασία και στην αυτόνομη διαβίωση: Κριτήρια ομαλής μετάβασης. *Επιστήμη και Παιδαγωγία*, 4, 1-12.
- Σούλης, Σ. Γ. (2008). *Ένα Σχολείο για Όλους. Από την έρευνα στην Πράξη. Παιδαγωγική της Ένταξης* (β' τόμος). Αθήνα: GUTENBERG.
- Σούλης, Σ., & Φλωρίδης, Θ. (2006). Ποιότητα ζωής και νέοι με Νοητική Υστέρηση: Αναζητώντας τις Επιλογές τους με Βάση το Δικαίωμα της Αυτοδιάθεσης. *Ψυχολογία*, 13 (2), 1-13
- Σπετσιώτης, Ι., & Σταθόπουλος, Σ. (2003). *Παιδαγωγική και Διδακτική των Παιδιών με Κινητικά Προβλήματα*. Αθήνα: Ωρίων.
- Στασινός, Δ. (2013). *Για μια συμπεριληπτική ή ολική εκπαίδευση στο νέο ψηφιακό σχολείο με ψηφιακούς πρωταθλητές*. Αθήνα: Παπαζήση.

- Στρογγυλός, Β. (2011). Αποτελεσματικές πρακτικές στην εκπαίδευση των παιδιών με νοητική καθυστέρηση. Στο Σ. Παντελιάδου και Β. Αργυρόπουλος (επιμ.), *Ειδική Αγωγή. Από την έρευνα στη διδακτική πράξη*. Αθήνα: Πεδίο.
- Τζινιέρη-Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Αντωνοπούλου, Β., Τομαράς, Β. & Χριστοδούλου, Γ. Ν. (2003). *Εγχειρίδιο ποιότητα ζωής με άξονα το ερωτηματολόγιο WHOQOL-100*. Αθήνα: ΒΗΤΑ.
- Τζουριάδου, Μ. (2008). Νοητική Καθυστέρηση: έννοιες και ορισμοί. Στο «*ΕΠΙΝΟΗΣΗ*» *Εξειδίκευση Εκπαιδευτικών – Ειδικού Εκπαιδευτικού Προσωπικού και Παραγωγή Εκπαιδευτικού Υλικού για Ήπια Νοητική Καθυστέρηση- υλικό θεωρητικής εξειδίκευσης*. Εργαστήριο Νέων Τεχνολογιών στην Επικοινωνία, την Εκπαίδευση και τα ΜΜΕ του Τμήματος Επικοινωνίας και ΜΜΕ του Πανεπιστημίου Αθηνών, ΕΠΕΑΕΚ II 2000-2006, Αθήνα.
- Τσιναρέλης, Γ. (2005). *Εκπαίδευση και άτομα με προβλήματα όρασης*. Αθήνα.
- Υφαντόπουλος, Ι. (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 6-18.