



Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Σχολή επιστημών Αγωγής

Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης

ΠΜΣ Επιστήμες της Αγωγής

Κατεύθυνση: Ειδική εκπαίδευση

**Η ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΩΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ
ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΥ ΖΗΝ ΤΩΝ
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

*Διπλωματική εργασία
της Προβατά Μαρίας*

Τριμελής επιτροπή:

Επιβλέπων: Σπυρίδων-Γεώργιος Σούλης, Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων

Μέλος: Λεοντοπούλου Σοφία, Επίκουρη Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλος: Μορφίδη Ελένη, Επίκουρη Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΙΩΑΝΝΙΝΑ,2018

*Στην μητέρα μου Σοφία
και στον πατέρα μου Χαρίλαο
για όλα όσα μου έχουν χαρίσει...*

Περιεχόμενα

Ευρετήριο Πινάκων.....	5
Περίληψη.....	7
ABSTRACT.....	8
Εισαγωγή.....	9
Κεφάλαιο 1: Οριοθέτηση αναπηριών.....	11
1.1 Οπτική αναπηρία.....	11
1.2 Ακουστική αναπηρία.....	12
1.3 Κινητική αναπηρία.....	14
1.4 Χρόνιες ασθένειες.....	15
1.4.1 Μεσογειακή αναιμία.....	16
1.4.2 Σκλήρυνση κατά πλάκας.....	18
1.4.3 Σακχαρώδης διαβήτης.....	20
Κεφάλαιο 2: Η διαδικασία της αποδοχής και της προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας.....	22
2.1 Προσδιορισμός της έννοιας της αποδοχής και της αναγνώρισης σε μια κατάσταση αναπηρίας.....	22
2.2 Μοντέλα προσαρμογής στην αναπηρία.....	24
2.3 Υποκλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία.....	29
2.4 Παράγοντες που επιδρούν στην προσαρμογή στην αναπηρία.....	30
2.5 Η αναθεώρηση των αξιών μετά την αποδοχή της αναπηρίας.....	37
Κεφάλαιο 3: Το Ψυχολογικό ευ ζην (Psychological well-being).....	38
3.1 Προσδιορισμός του Ψυχολογικού ευ ζην.....	38
3.2 Οι διαστάσεις του Ψυχολογικού ευ ζην.....	40
3.3 Παράγοντες που επιδρούν στο ψυχολογικό ευ ζην.....	42
Κεφάλαιο 4: Ανασκόπηση ερευνητικής βιβλιογραφίας.....	44
Κεφάλαιο 5: Εμπειρική μελέτη.....	54

5.1 Εισαγωγή	54
5.2 Σκοπός της έρευνας	54
5.3 Δείγμα	56
5.4 Ερευνητικά εργαλεία	65
5.5 Επιλογή δείγματος – Συλλογή ερευνητικών δεδομένων	69
5.6 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων	70
5.7 Αποτελέσματα	71
5.7.1 Διερεύνηση της προσαρμογής στην αναπηρία και των υποκλιμάκων της στα άτομα με αναπηρία του δείγματος.....	71
5.7.2 Η επίδραση των ατομικών στοιχείων του δείγματος στην προσαρμογή στην αναπηρία του	80
5.7.3 Η επίδραση των ατομικών στοιχείων στο ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων του δείγματος	87
5.7.4 Διερεύνηση του ψυχολογικού ευ ζην και των υποκλιμάκων του στα άτομα με αναπηρία του δείγματος	98
5.7.5 Συσχέτιση της προσαρμογής στην αναπηρία με το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων του δείγματος	109
Κεφάλαιο 6: Συζήτηση.....	111
6.1 Η προσαρμογή στην αναπηρία και το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία	111
6.2 Το ψυχολογικό ευ ζην στα άτομα με αναπηρία: Η επίδραση των ατομικών στοιχείων.....	113
6.3 Η σχέση της προσαρμογής στην αναπηρία και του ψυχολογικού ευ ζην.....	115
6.4 Περιορισμοί της έρευνας- Προτάσεις εκπαιδευτικής παρέμβασης.....	117
Βιβλιογραφία.....	119
Παράρτημα Ι.....	134
Παράρτημα ΙΙ	143

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1: Επίδραση του είδους της αναπηρίας στη συνολική προσαρμογή στην αναπηρία και στις υποκλίμακες της.....	74
Πίνακας 2: Πολλαπλές συγκρίσεις της μετατροπής από συγκριτικές αξίες σε προσόντα ως προς το είδος της αναπηρίας.....	75
Πίνακας 3: Πολλαπλές συγκρίσεις του περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας ως προς το είδος της αναπηρίας.....	77
Πίνακας 4: Πολλαπλές συγκρίσεις της διεύρυνσης του πεδίου αξιών ως προς το είδος της αναπηρίας.....	78
Πίνακας 5: Πολλαπλές συγκρίσεις της υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης ως προς το είδος της αναπηρίας.....	79
Πίνακας 6: Πολλαπλές συγκρίσεις της συνολικής προσαρμογής ως προς το είδος της αναπηρίας.....	80
Πίνακας 7: Επίδραση του φύλου στην προσαρμογή στην αναπηρία.....	81
Πίνακας 8: Επίδραση της ηλικίας στην προσαρμογή στην αναπηρία.....	81
Πίνακας 9: Επίδραση του μορφωτικού επιπέδου στην προσαρμογή στην αναπηρία..	83
Πίνακας 10: Σχέση του μηνιαίου εισοδήματος με την προσαρμογή στην αναπηρία ..	84
Πίνακας 11: Επίδραση της μορφής διαβίωσης στην προσαρμογή στην προσαρμογή	85
Πίνακας 12: Επίδραση της προέλευσης της αναπηρίας στην προσαρμογή στην αναπηρία.....	86
Πίνακας 13: Σχέση του διαστήματος αναπηρίας με την προσαρμογή στην αναπηρία	87
Πίνακας 14: Επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στο ψυχολογικό ευ ζην.....	89
Πίνακας 15: Επίδραση του μορφωτικού επιπέδου στο ψυχολογικό ευ ζην.....	90
Πίνακας 16: Επίδραση του μορφωτικό επιπέδου στο συνολικό ψυχολογικό ευ ζην ..	91
Επιδρούν τα ατομικά στοιχεία του δείγματος στο ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία;.....	92
Πίνακας 18: Σχέση του μηνιαίου εισοδήματος με το ψυχολογικό ευ ζην.....	93
Πίνακας 19: Επίδραση της σχέσης εισοδήματος-εξόδων στο ψυχολογικό ευ ζην.....	95
Πίνακας 20: Επίδραση της μορφής διαβίωσης στο ψυχολογικό ευ ζην.....	96
Πίνακας 21: Επίδραση της μορφής αναπηρίας στο ψυχολογικό ευ ζην.....	97
Πίνακας 22: Επίδραση της ύπαρξης χόμπι στο ψυχολογικό ευ ζην.....	98
Πίνακας 23: Επίδραση του είδους της αναπηρίας στις υποκλίμακες του ψυχολογικού ευ ζην.....	99

Πίνακας 24: Επίδραση του είδους της αναπηρίας στις υποκλίμακες του ψυχολογικού ευ ζην	100
Πίνακας 25: Επίδραση του είδους της αναπηρίας στο συνολικό ψυχολογικό ευ ζην	101
Πίνακας 26: Πολλαπλές συγκρίσεις της αυτονομίας ως προς το είδος της αναπηρίας	102
Πίνακας 27: Πολλαπλές συγκρίσεις της κυριαρχίας στο περιβάλλον ως προς το είδος της αναπηρίας	103
Πίνακας 28: Πολλαπλές συγκρίσεις της προσωπικής ανάπτυξης ως προς το είδος της αναπηρίας.....	104
Πίνακας 29: Πολλαπλές συγκρίσεις των θετικών σχέσεων με του άλλους ως προς το είδος της αναπηρίας	105
Πίνακας 30: Πολλαπλές συγκρίσεις του σκοπού της ζωής ως προς το είδος της αναπηρίας.....	106
Πίνακας 31: Πολλαπλές συγκρίσεις της αποδοχής του εαυτού ως προς το είδος της αναπηρίας.....	107
Πίνακας 32: Πολλαπλές συγκρίσεις του συνολικού ψυχολογικού ευ ζην ως προς το είδος της αναπηρίας	108
Πίνακας 33: Σχέση της προσαρμογής στην αναπηρία και των υποκλιμάκων της με το ψυχολογικό ευ ζην	110

Περίληψη

Η παρούσα ερευνητική μελέτη έχει ως σκοπό να μελετήσει το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία και συγκεκριμένα ατόμων με οπτική, ακουστική, κινητική αναπηρία ή χρόνιες ασθένειες, καθώς και να εξετάσει την επίδραση της αποδοχής και προσαρμογής στην αναπηρία στη διαμόρφωση του ψυχολογικού ευ ζην των ατόμων. Παράλληλα, η έρευνα εξετάζει αν στοιχεία δημογραφικά και στοιχεία που αφορούν στην κατάσταση της αναπηρίας είναι ρυθμιστικοί παράγοντες που διαμορφώνουν το ψυχολογικό ευ ζην τους. Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε ότι η προσαρμογή στην αναπηρία, το είδος της αναπηρίας, η ύπαρξη δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου και η οικογενειακή κατάσταση αποτελούν σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες των διαστάσεων του ψυχολογικού ευ ζην. Ακόμη, το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία, διαφοροποιήθηκε με βάση δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η εργασιακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το μηνιαίο εισόδημα και η σχέση εισοδήματος- εξόδων. Τα αποτελέσματα συζητούνται με βάση την προϋπάρχουσα βιβλιογραφία, ενώ κατατίθενται και προτάσεις για ανάπτυξη περαιτέρω ερευνητικής δραστηριότητας στο υπό διερεύνηση θέμα.

Λέξεις-Κλειδιά: Προσαρμογή στην αναπηρία, αποδοχή της αναπηρίας, οπτική αναπηρία, ακουστική αναπηρία, κινητική αναπηρία, χρόνιες ασθένειες, ψυχολογικό ευ ζην

ABSTRACT

This research study aims to study the psychological wellbeing of people with disabilities, particularly those with visual, acoustic, motor or chronic illnesses, as well as to examine the impact of admission and adaptation on disability in shaping the psychological wellbeing of people. At the same time, the survey examines whether demographic data and disability-related elements are regulatory factors that determine their psychological wellbeing. Statistical analysis has shown that adaptation to disability, the type of disability, the existence of leisure activities and the marital status are important predictors of the dimensions of psychological well-being. Moreover, the psychological wellbeing of people with disabilities has been differentiated on the basis of demographic characteristics such as the working situation, the educational level, the monthly income and income / expenses ratio. The results are discussed on the basis of the pre-existing bibliography, while proposals are made for the development of further research activity in the subject under investigation.

Key-words: Adaptation to disability, acceptance of disability, visual disability, acoustic disability, physical disability, chronic illness, psychological well-being

Εισαγωγή

Η έννοια του ψυχολογικού ευ ζην (psychological well-being) αφορά την αποτελεσματική συναναστροφή του ατόμου με τα υπαρξιακά ζητήματα τα οποία προκύπτουν αναπάντεχα στη ζωή και περιλαμβάνει έξι διαστάσεις: την αυτονομία, την κυριαρχία στο περιβάλλον, την προσωπική ανάπτυξη, τις θετικές σχέσεις με άλλους, τον σκοπό στη ζωή και την αποδοχή του εαυτού (Ryff & Singer, 2008). Η καλή ψυχολογική διάθεση περικλείει την ανάπτυξη των ανθρώπων, την διεύρυνση οριζόντων και δεξιοτήτων, την ανακάλυψη του σκοπού της ζωής, την καλή ποιότητα ζωής, ευεξίας και ευζωίας, παράμετροι οι οποίες αναδεικνύονται μέσα από την αναζήτηση της έννοιας του ψυχολογικού ευ ζην (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι το ψυχολογικό ευ ζην έχει απασχολήσει και εξακολουθεί να απασχολεί σημαντικά την επιστημονική κοινότητα, δεν είναι πολλές οι έρευνες διεθνώς και ιδιαίτερα στην Ελλάδα που έχουν ασχοληθεί με το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία. Το κενό αυτό έρχεται να καλύψει μερικώς η παρούσα μελέτη, σκοπός της οποίας είναι η διερεύνηση του ψυχολογικού ευ ζην των ατόμων με αναπηρία μέσω της εξέτασης της προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας, των ατομικών στοιχείων του δείγματος και τα στοιχεία που αφορούν την αναπηρία.

Η εργασία αυτή απαρτίζεται από έξι κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο καταγράφονται βασικοί ορισμοί και συγκεκριμένα οριοθετούνται η οπτική, η ακουστική και η κινητική αναπηρία καθώς και κάποιες χρόνιες ασθένειες, όπως η μεσογειακή αναιμία, η σκλήρυνση κατά πλάκας και ο σακχαρώδης διαβήτης. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται η διαδικασία της αποδοχής και της προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας καθώς και διάφοροι παράγοντες που επιδρούν σε αυτή τη διαδικασία. Στο επόμενο κεφάλαιο, το τρίτο, προσδιορίζεται το ψυχολογικό ευ ζην και πώς αυτό συνδέεται με τα άτομα με αναπηρία και χρόνιες ασθένειες. Στη συνέχεια, στο τέταρτο κεφάλαιο, επιχειρείται μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τη διαμόρφωση του ψυχολογικού ευ ζην. Ακολουθεί το πέμπτο κεφάλαιο, όπου περιγράφονται οι στόχοι της έρευνας, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν καθώς και τα χαρακτηριστικά του δείγματος, δίνονται πληροφορίες για τα βήματα που ακολουθήθηκαν κατά τη στατιστική επεξεργασία

των δεδομένων και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν. Στο τελευταίο κεφάλαιο επιχειρείται μία ερμηνεία των αποτελεσμάτων, εξετάζεται η συνάφειά τους με προϋπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα, γίνεται αναφορά σε ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς της έρευνας και δίνονται κατευθύνσεις για μελλοντική διεξαγωγή ερευνών.

Κεφάλαιο 1: Οριοθέτηση αναπηριών

1.1 Οπτική αναπηρία

Ο νομικός όρος της τύφλωσης στηρίζεται στην οπτική οξύτητα και το οπτικό πεδίο. Η οπτική οξύτητα, έχει να κάνει με την δυνατότητα του ατόμου να ξεχωρίζει λεπτομέρειες και σχηματισμούς. Συχνά, η οπτική οξύτητα μπορεί να αναγνωριστεί και να διακριθεί μέσα από διαδικασίες όπως είναι η ανάγνωση γραμμάτων, συλλαβών, ή άλλων συμβόλων από τον οπτότυπο Shellen Eye (Heward, 2011). Το οπτικό πεδίο ενός φυσιολογικού οφθαλμού είναι περίπου 150 μοίρες στον οριζόντιο άξονα και 120 μοίρες στον κατακόρυφο (Koenig, Holbrook, 2000 όπ. αναφ. στο Αργυρόπουλος, 2011).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας υπάρχουν τέσσερα πεδία τα οποία σχετίζονται με την οπτική λειτουργία: η κανονική όραση, η ήπια οπτική βλάβη, η σοβαρή οπτική βλάβη και η τύφλωση. Η ήπια και σοβαρή οπτική βλάβη αναφέρονται με τον όρο «μειωμένη όραση», ο οποίος μαζί με τον όρο «τύφλωση» συνιστούν την οπτική αναπηρία (WHO, 2016b).

Σύμφωνα με την Ελληνική Νομοθεσία (Ν.958/1979) τυφλό νοείται κάθε άτομο του οποίου η οπτική οξύτητα είναι μικρότερη από το 1/20 της φυσιολογικής στον οφθαλμό που βλέπει καλύτερα, ακόμα και με την καλύτερη δυνατή διόρθωση. Όσον αφορά τα άτομα με τύφλωση και τον ορισμό της αναπηρίας τους καλό θα ήταν να διασαφηνιστεί ότι τα άτομα με τύφλωση δεν είναι απαραίτητο να βρίσκονται σε ολική τύφλωση. Υπάρχουν και οι περιπτώσεις όπου βλέπουν μερικώς εξαιτίας διαφόρων παραγόντων και συνθηκών όπως είναι κάποιο συγκεκριμένο φως ή η εξάσκηση μέσω της κατάλληλης εκπαίδευσης της λειτουργικής όρασης, ώστε και με μερική όραση να μπορεί το άτομο να συναναστρέφεται και να λειτουργεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο (Huebner, 2000· Best, 1992).

Συνοψίζοντας, άτομα με μειωμένη όραση, αμβλύωπες ή άτομα χωρίς όραση, χαρακτηρίζονται τα άτομα με διαταραχές ή μειονεξίες στην οπτική λειτουργία, οι οποίες αφορούν την οπτική αντίληψη – προσαρμογή, την οξύτητα ή το οπτικό πεδίο και την ποιότητα της όρασης. Πρακτικά, τα άτομα με μειωμένη όραση μπορούν να διαβάσουν ένα κείμενο ή να αντιληφθούν το περιεχόμενο μιας εικόνας με τη βοήθεια ενός λογισμικού μεγένθυσης χαρακτήρων, ενώ αντίθετα τα τυφλά άτομα δεν

αντιλαμβάνονται το οπτικό ερέθισμα (Schurink, Cox, Cillessen, van Rens, & Boonstra, 2011).

Η τύφλωση εμφανίζεται είτε εκ γενετής είτε το άτομο την αποκτά κατά τη διάρκεια της ζωής του (επίκτητη). Είναι γεγονός ότι μια επίκτητη οπτική αναπηρία, η εμφάνιση της οποίας μπορεί να συμβεί σε κάποια απρόσμενη κατάσταση στη ζωή του ατόμου, μπορεί να λειτουργήσει με τελείως διαφορετικό τρόπο στο άτομο, με δυσκολίες στην προσαρμογή και την αποδοχή, σε σχέση με τα άτομα με αναπηρία τα οποία γεννήθηκαν με αυτήν (Webb et al. 2015). Από την άλλη υπάρχει και η εκπαιδευτική ματιά στην αναπηρία της τύφλωσης, η οποία βλέπει τα άτομα με τύφλωση να βασίζονται κατά κύριο λόγο στα υπόλοιπες αισθήσεις τους. Αυτές θα τους βοηθήσουν στο να ανταπεξέλθουν στις δυσκολίες, στην απόκτηση γνώσεων αλλά και στις καθημερινές ενέργειες. Το άτομο με τύφλωση, καθώς δεν έχει τη δυνατότητα να αξιοποιήσει οπτικά μέσα, εκμεταλλεύεται τα ήδη υπάρχοντα μέσα που διαθέτει ώστε να μάθει, να λάβει πληροφορίες και να συνυπάρξει στο σχολικό περιβάλλον (Παπαδόπουλος, 2007· Webster, & Roe, 1998). Επίσης, από εκπαιδευτικής απόψεως, τα άτομα με μερική όραση εκπαιδεύονται στα σχολικά και εκπαιδευτικά πλαίσια ώστε να μπορέσουν να αντλήσουν γνώσεις και εμπειρίες, να παρακολουθήσουν εκπαιδευτικά προγράμματα εφόσον βέβαια γίνουν οι απαραίτητες αλλαγές και προσαρμογές οι οποίες θα τους επιτρέπουν την ομαλή και επιτυχή εμπλοκή στο εκάστοτε μαθησιακό πρόγραμμα (Παπαδόπουλος, 2007).

1.2 Ακουστική αναπηρία

Η αίσθηση της ακοής είναι μία πολύ βασική λειτουργία του ατόμου. Συνδέεται άμεσα με την ομιλία η οποία είναι εξίσου σημαντική, καθώς έτσι το άτομο έχει τη δυνατότητα να επικοινωνεί με το περιβάλλον και το κοινωνικό του περίγυρο, να εκφέρει απόψεις, να εκφράζει συναισθήματα, να αλληλοεπιδρά με αποτέλεσμα να δίνει και να παίρνει πληροφορίες και γνώσεις. Τα άτομα επομένως με δυσκολίες στην ακοή λόγω διαφόρων και ποικίλων βλαβών, δυσκολεύονται και στην ομιλία τους. (Δελλασούδας, 2005). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, (World Health Organization), κώφωση είναι η απώλεια της αίσθησης της ακοής και χαρακτηρίζει την αδυναμία του ανθρώπου να ακούσει όπως κάποιος άλλος με φυσιολογική ακοή. Επιπλέον, η κώφωση μπορεί να είναι ήπια, μέτρια, σοβαρή ή

ολική. Επομένως, κωφό χαρακτηρίζεται το άτομο με ολική απώλεια ακοής που αντιστοιχεί σε ελάχιστη ή καθόλου ακοή, ενώ βαρήκοο είναι το άτομο με απώλεια ακοής που κυμαίνεται από ήπια προς σοβαρή. Τα βαρήκοα άτομα έχουν την ικανότητα να κατανοούν την ομιλία με τη χρήση διαφόρων ακουστικών βοηθημάτων όπως τα ακουστικά βαρηκοΐας και τα κοχλιακά εμφυτεύματα (WHO, 2017). Εντούτοις, τα άτομα με κώφωση τα οποία έχουν ολική απώλεια ακοής δεν έχουν τη δυνατότητα με κανένα βοηθητικό μέσο να ακούσουν κάποιο ήχο αλλά ούτε και να μιλήσουν, καθώς όπως έχει προαναφερθεί η ομιλία συνδέεται άμεσα με την ακοή. Πάραυτα, υπάρχει περίπτωση ένα άτομο με κώφωση να μπορεί να εντοπίζει κάποιους ήχους. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της «υπολειμματικής ακοής» όπου το άτομο συνειδητοποιεί την ύπαρξη συγκεκριμένων αυθαίρετων ήχων. Έτσι λοιπόν, σε γενικά πλαίσια το άτομο με κώφωση ως βασικό τρόπο επικοινωνίας, μάθησης και γνώσης έχει την οπτική επαφή, την όραση, με την οποία μπορεί και αντιλαμβάνεται, επικοινωνεί και μαθαίνει τον κόσμο γύρω του (Heward, 2011).

Ως προς το μέγεθος της ακουστικής απώλειας, υπάρχουν διάφορες κατηγοριοποιήσεις. Η ακοή μετριέται σε dB και μπορεί να κατανεμηθεί σε: α) η φυσιολογική ακοή (0-15 dB), β) πολύ μικρού βαθμού βαρηκοΐα (15-25 dB), γ) μικρού βαθμού βαρηκοΐα (25-40 dB) δ) μετρίου βαθμού βαρηκοΐα (40-55 dB), ε) μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα (55-70 dB) στ) πολύ μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα (70-90 dB) ζ) πάρα πολύ μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα (90-110 dB) (Κουρμπέτη & Χατζοπούλου, 2010).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί σε αυτό το σημείο ότι τα άτομα με κώφωση ανάλογα με την περίοδο εμφάνισης της αναπηρίας τους μπορούν να διακριθούν σε «προγλωσσικούς» και «μεταγλωσσικούς» κωφούς. Ως άτομα με «προγλωσσική» κώφωση θεωρούνται εκείνα τα οποία απέκτησαν την αναπηρία της κώφωσης στα 2 με 3 πρώτα χρόνια της ζωής τους, πριν ακόμα δηλαδή καταφέρουν να κατακτήσουν την ομιλία τους. Ως άτομα με «μεταγλωσσική» κώφωση θεωρούνται τα άτομα εκείνα τα οποία είχαν κατακτήσει την ομιλία της γλώσσας τους και στη συνέχεια σε κάποια ηλικία απώλεσαν την ακοή τους (Walker, 2013).

Όπως υποστηρίζει ο Smith (1975), είναι βασικό να διακρίνονται τα άτομα με κώφωση από τα άτομα με βαρηκοΐα και να αναφέρεται το μέγεθος και ο βαθμός της απώλειας της ακοής. Αυτό είναι απαραίτητο κυρίως στην διαδικασία της αναγνώρισης και διάγνωσης, με την οποία θα καθοριστεί και η εκάστοτε βοήθεια και εκπαίδευση που πρέπει να παρέχεται στο άτομο και ως προς την ομιλία αλλά και ως προς την επικοινωνία που θα χρειαστεί να εξασκήσει (Smith, 1975). Προκειμένου να

προσδιοριστεί ο βαθμός της ακουστικής απώλειας είναι αναγκαίο να συμπεριληφθούν όλοι εκείνοι οι παράγοντες, όπως είναι ο χρόνος κατά τον οποίο επήλθε η κώφωση, ο βαθμός και ο τύπος της ακουστικής απώλειας και η ηλικία έναρξης αυτής στο άτομο (Κρουσταλάκης, 2005).

1.3 Κινητική αναπηρία

Η κίνηση είναι μια λειτουργία που προϋποθέτει αρμονία στο συντονισμό του νευρικού, μυϊκού και οστικού συστήματος του οργανισμού, ώστε το άτομο να εκφράσει την παρουσία του στον κόσμο, αξιοποιώντας το σώμα του για να μετακινηθεί και γενικότερα να απολαύσει τη ζωή (Σπετσιώτης & Σταθόπουλος, 2003). Κάθε παραμόρφωση της κίνησης, δηλαδή κάποια διαταραχή ή φθορά ή και απουσία προσδιορίζεται ως κινητική αναπηρία και έχει ως αποτέλεσμα να δυσκολεύεται το άτομο στην καθημερινότητά του αλλά και σε διάφορες φάσεις της ζωής του (Wilson-Jones, Morgan, Shelton, & Thorogood, 2007).

Τα άτομα με κινητική αναπηρία, ανάλογα με την σοβαρότητα της κατάστασης τους, παρουσιάζουν συχνά δυσκολίες στην προσαρμοστικότητα, στην καθημερινή συναναστροφή και στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και γενικότερα στα επίπεδα ποιότητας ζωής τους. Στην κατηγορία των ατόμων με σωματικά-κινητικά προβλήματα εντάσσονται τα άτομα με τετραπληγίες, παραπληγίες, ημιπληγίες και γενικά αυτά που έχουν προβλήματα κίνησης μέλους ή μελών του σώματος. Τα άτομα με κινητική αναπηρία είναι μία μεγάλη ομάδα ατόμων η οποία συνήθως δεν είναι ομοιογενής. Αυτό σημαίνει ότι πολλά άτομα διαφέρουν σε σχέση με την πολυπλοκότητα και σοβαρότητα της κατάστασής τους. Η κινητική αναπηρία, επομένως, είναι μια πολυπληθής ομάδα που περιλαμβάνει κινητικές δυσκολίες, προερχόμενες από διάφορα αίτια και με ανομοιόμορφες εκφάνσεις, τόσο ως προς τη σοβαρότητα της αναπηρίας, όσο και ως προς τα σύνοδα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και συνθέτουν τη συνολική εικόνα του κάθε ατόμου. Η κινητική αναπηρία διαφοροποιείται ως προς τον χρόνο κτήσης της, σε εκ γενετής κινητική αναπηρία, όταν εμφανίζεται κατά τη γέννηση του ατόμου ή αμέσως μετά από αυτήν, και σε επίκτητη κινητική αναπηρία όταν αυτή οφείλεται σε κάποια ασθένεια ή τραυματισμό κατά τη διάρκεια ζωής του ατόμου (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2008).

Οι κινητικές αναπηρίες χωρίζονται σε δύο ευρύτερες κατηγορίες, τα ορθοπεδικά και τα νευρολογικά προβλήματα. Ένα ορθοπεδικό πρόβλημα αφορά το μυοσκελετικό σύστημα, τα οστά, τις αρθρώσεις, τα άκρα και τους σχετικούς μυς. Διαταραχές που σχετίζονται άμεσα με αυτή την κατηγορία είναι η μυϊκή δυστροφία, η απώλεια ή παραμόρφωση των άκρων, η ατελής οστεογένεση. Από την άλλη μεριά, ένα νευροκινητικό πρόβλημα αφορά στο κεντρικό νευρικό σύστημα και προκαλεί περιορισμούς στις κινητικές δραστηριότητες του ατόμου, επηρεάζει ακόμη τη ικανότητα χρήσης, αίσθησης ή ελέγχου συγκεκριμένων μερών του σώματος. Ως νευρολογικές διαταραχές ονομάζονται η εγκεφαλική παράλυση, η δισχιδής ράχη, η πολιομυελίτιδα, το εγκεφαλικό, κακώσεις της κεφαλής ή της σπονδυλικής στήλης (Heward, 2011).

Παρόλο που τα ορθοπεδικά και τα νευρολογικά προβλήματα είναι δύο διαφορετικοί τύποι αναπηριών μπορεί να προκαλέσουν παρόμοιες κινητικές δυσλειτουργίες. Επίσης, παρατηρείται μια στενή σχέση ανάμεσα στους δύο τύπους αυτών των προβλημάτων, καθώς έρευνες καταδεικνύουν ότι άτομα με αδυναμία κίνησης των ποδιών λόγω βλάβης στο κεντρικό νευρικό σύστημα (νευροκινητικό πρόβλημα) μπορούν να εμφανίσουν και διαταραχές στα οστά και στους μύες των ποδιών (ορθοπεδικό πρόβλημα) (Heward, 2011).

1.4 Χρόνιες ασθένειες

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, «χρόνιες είναι οι ασθένειες που δεν μεταβιβάζονται από τον έναν οργανισμό στον άλλον. Μπορούν να διαρκέσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα και τις περισσότερες φορές επεκτείνονται με πολύ αργό ρυθμό. Στις χρόνιες παθήσεις περιλαμβάνονται οι αιματολογικές παθήσεις (π.χ. μεσογειακή αναιμία), οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (π.χ. άσθμα), οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος (π.χ. καρδιακή ανεπάρκεια), τα δερματολογικά νοσήματα (π.χ. μελαγχρωματική ξηροδερμία), οι ψυχικές διαταραχές (π.χ. Alzheimer), οι νεφρολογικές (π.χ. χρόνια νεφρική ανεπάρκεια) καθώς και οι ογκολογικές παθήσεις (π.χ. κακόηθες νεόπλασμα τελικού σταδίου)» (WHO, 2016).

Οι παράγοντες εμφάνισης των χρόνιων ασθενειών ποικίλουν, καθώς πολλές είναι οι αιτίες που οδηγούν στην εμφάνισή τους, όπως η μακρά περίοδος εξέλιξης της νόσου, στην διάρκεια της οποίας μπορεί να μην έχουν εμφανιστεί συμπτώματα, η

παρατεταμένη κλινική πορεία της νόσου καθώς και η σύνδεση της με λειτουργική ανεπάρκεια ή αναπηρία ((Australian Institute of Health and Welfare, 2011).

Οι χρόνιες παθήσεις μπορεί να κυμαίνονται από ήπιες συνθήκες, όπως βραχυπρόθεσμη ή μακροχρόνια όραση, οδοντική αποσύνθεση και μειωμένη απώλεια ακοής, εξασθένιση της αρθρίτιδας και πόνο στην πλάτη, καθώς και απειλητικές για τη ζωή καρδιακές παθήσεις και καρκίνους. Είναι γεγονός ότι οι χρόνιες παθήσεις τις περισσότερες φορές διαρκούν εφ' όρου ζωής καθώς δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη θεραπεία εξάλειψής τους. Γι' αυτό τα άτομα τις αντιμετωπίζουν για πολλά χρόνια, χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει πάντοτε ότι εξαιτίας των χρόνιων ασθενειών επέρχεται και ο θάνατος του ατόμου. Παραδείγματα χρόνιων παθήσεων αποτελούν (Australian Institute of Health and Welfare, 2011):

- ✓ Καρδιαγγειακές παθήσεις (όπως στεφανιαία νόσο και εγκεφαλικό επεισόδιο)
- ✓ Καρκίνους (όπως ο καρκίνος του πνεύμονα και του παχέος εντέρου)
- ✓ Πολλές ψυχικές διαταραχές (όπως κατάθλιψη)
- ✓ Σακχαρώδης Διαβήτης
- ✓ Πολλές αναπνευστικές ασθένειες (συμπεριλαμβανομένου του άσθματος)
- ✓ Μυοσκελετικές ασθένειες (αρθρίτιδα και οστεοπόρωση)
- ✓ Χρόνια νεφρική νόσος
- ✓ Στοματικές ασθένειες

Η μεσογειακή αναιμία, η οποία ανήκει στην ομάδα διαταραχών του αίματος, η σκλήρυνση κατά πλάκας που προσβάλλει το κεντρικό νευρικό σύστημα και ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελούν ασθένειες που συγκαταλέγονται στις χρόνιες και αποτελούν μέρος του δείγματος της παρούσας εργασίας, γι' αυτό και αναλύονται στη συνέχεια.

1.4.1 Μεσογειακή αναιμία

Ο όρος μεσογειακή αναιμία ή αλλιώς θαλασσαιμία αναφέρεται σε μια ομάδα γενετικών νοσημάτων του αίματος που χαρακτηρίζονται από μειωμένη σύνθεση του ενός από τους δυο τύπους πολυπεπτιδικών αλύσεων (α ή β) ή και από πλήρη κατάργηση της σύνθεσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της πλήρωσης των

ερυθρών κυττάρων με αιμοσφαιρίνη που είναι και η κύρια αιτία εκδήλωσης της νόσου (Κουτελέκος & Χαλιάσος, 2013).

Ανάλογα με τα γονίδια που παραβλάπτονται και το αντίστοιχο αποτέλεσμα στην παραγωγή αλύσων σφαιρίνης, τα σύνδρομα αυτά διακρίνονται σε : α-μεσογειακή αναιμία και β-μεσογειακή αναιμία. Υπάρχουν και σπανιότερες μορφές οι γ-, δ-, δβ-θαλασσαιμίες. Η β-Μεσογειακή Αναιμία ή νόσος του Cooley ή β-θαλασσαιμία είναι συχνότερη και έχει βαρύτερη κλινική εικόνα (Κουτελέκος & Χαλιάσος, 2013).

Η Μεσογειακή Αναιμία συγκαταλέγεται ανάμεσα στις πιο κοινές κληρονομικές παθήσεις του αίματος, σε παγκόσμιο επίπεδο. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, περίπου το 1,5% του παγκόσμιου πληθυσμού (80 έως 90 εκατομμύρια άτομα) είναι φορείς της β-μεσογειακής αναιμίας, με περίπου 60.000 συμπτωματικά βρέφη να γεννώνται σε ετήσια βάση. Η συνολική ετήσια επίπτωση των συμπτωματικών ατόμων υπολογίζεται σε 1 στους 100.000 σε όλο τον κόσμο και 1 στα 10.000 άτομα στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Επίσης, εκτιμάται ότι, η μεσογειακή αναιμία θα λάβει ανησυχητικές διαστάσεις καθώς αναμένονται περίπου 900.000 γεννήσεις ατόμων με κλινικά σημαντική νόσο στα επόμενα 20 χρόνια (Cappellini et al., 2010).

Αρχικά, επειδή εκδηλωνόταν κυρίως στις χώρες της Μεσογείου, χαρακτηρίστηκε με το όνομα μεσογειακή. Στην πραγματικότητα όμως, η εμφάνιση της μεσογειακής αναιμίας, είναι αυξημένη, εκτός από τις χώρες της Μεσογείου, και στη Μέση Ανατολή, στη Νότια και Ανατολική Ασία, στο Νότιο Ειρηνικό και στη Νότια Κίνα , με ποσοστό φορέων που κυμαίνεται από 2-25% (Weatherall, 2010· Cappellini et al., 2008). Η υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης φορέων στη Μεσόγειο σημειώνεται στην Κύπρο (14%) και τη Σαρδηνία (10,3%) (Galanello & Origa, 2010· Weatherall, 2010).

Η θεραπεία της νόσου είναι συμπτωματική και περιλαμβάνει την αντιμετώπιση της αναιμίας με συστηματικές μεταγγίσεις, την εξασφάλιση φυσιολογικής ανάπτυξης και την προφύλαξη από την αιμοσιδήρωση των οργάνων. Η αξιολόγηση της κλινικής βαρύτητας της μεσογειακής αναιμίας αποτελεί προϋπόθεση για την απόφαση έναρξης της θεραπείας (Berdoukas et al., 2012· Καράγιωργα & Λαγανά, 2011· Farmaki et al., 2010).

Σημαντικό σταθμό για την πρόληψη της νόσου αποτέλεσε ο προγεννητικός έλεγχος που άρχισε να διεξάγεται το 1975 από τον Άρη Αντσακλή, ένα γυναικολόγο, που εκπαιδεύτηκε στις τεχνικές της εμβρυοσκόπησης στο Λονδίνο. Τον τελευταίο καιρό στον ελλαδικό χώρο αλλά και σε παγκόσμια εμβέλεια, οι προσπάθειες θεραπείας, έγκαιρης διάγνωσης, εξέλιξης των θεραπευτικών μέσων για τη

μεσογειακή αναιμία είναι μεγάλες και σημαντικές. Ωστόσο, η μεσογειακή αναιμία είναι ακόμα ένα σημαντικό και δύσκολο ζήτημα, το οποίο επηρεάζει την υγεία των ατόμων που πάσχουν από αυτή, την καθημερινότητά τους, τις ασχολίες τους καθώς προκαλεί μεγάλες αλλαγές και στο σώμα αλλά και στη διαβίωση και την ποιότητα ζωής τους. Έτσι, πολλές φορές παρατηρείται τα άτομα αυτά να έχουν μεγάλες ψυχολογικές διακυμάνσεις, άγχος, κακή ψυχολογική διάθεση και πίεση, υποφέρουν από κατάθλιψη και επομένως όλα αυτά έχουν αρνητικό αντίκτυπο και στη θεραπεία και πορεία της νόσου. (Loukoroulos, 2011).

Συμπερασματικά, η αντιμετώπιση της μεσογειακής αναιμίας απαιτεί ενθάρρυνση των επαγγελματιών υγείας για την καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης σχετικά με τα προβλήματα των ατόμων με μεσογειακή αναιμία καθώς είναι ευρέως αποδεκτό, ότι η ενημέρωση μπορεί αφενός να διαμορφώσει και να αλλάξει αρνητικές στάσεις απέναντι στη νόσο αφετέρου να συμβάλλει σημαντικά στην διεξαγωγή προγεννητικού ελέγχου.

1.4.2 Σκλήρυνση κατά πλάκας

Η σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣκΠ) ή αλλιώς πολλαπλή σκλήρυνση είναι μια φλεγμονώδης διαταραχή του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ). Στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ η ΣκΠ είναι η κύρια αιτία της μη τραυματικής νευρολογικής αναπηρίας σε νεαρούς ενήλικες. Αποτελεί μία χρόνια ασθένεια που εκδηλώνεται στην πρώιμη ενήλικη ζωή (η μέση ηλικία εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων της ασθένειας είναι 29 ετών) (Kanavos et al., 2016). Η φλεγμονή είναι δυνατόν να επέλθει οποιαδήποτε περιοχή του εγκεφάλου, του νωτιαίου μυελού και του οπτικού νεύρου με συνήθη συμπτώματα συμπεριλαμβανομένων, την κατάθλιψη και το άγχος, τα κινητικά προβλήματα, τον μειωμένο έλεγχο του χεριού και των δακτύλων, την ασαφή ομιλία, την ακράτεια ούρων και κοπράνων, τη γνωστική δυσλειτουργία, προκαλώντας δυσκολίες στη μνήμη και στη συγκέντρωση, προβλήματα με τις λέξεις, και ελλοχεύει ο κίνδυνος για την ύπαρξη προβλημάτων στις οπτικοακουστικές ικανότητες, τον προγραμματισμό και την επίλυση προβλημάτων γενικότερα. Ανάλογα με τη θέση της φλεγμονής στο ΚΝΣ, η ΣκΠ μπορεί να παρουσιαστεί με μια σειρά από συμπτώματα, με μεταβλητότητα στη σοβαρότητα και στη πορεία της νόσου (Kanavos et al., 2016).

Υπάρχουν τρεις βασικοί τύποι ΣκΠ, καθένας από τους οποίους διαφέρει στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων:

✓ Υποτροπιάζουσα-Διαλείπουσα ΣκΠ (Relapsing-Remitting MS, RRMS):

Αποτελεί την πιο πολυσύχναστη μορφή, η οποία προσβάλλει περίπου το 85% των ατόμων με ΣκΠ. Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν προσωρινή αναπηρία λόγω οξέων νευρολογικά συμπτωμάτων γνωστά ως υποτροπές, ακολουθούμενες από περιόδους ύφεσης όπου τα συμπτώματα μειώνονται και η αναπηρία μπορεί να εξαφανιστεί (Scalfari, Neuhaus, Daumer, Muraro, & Ebers, 2014).

✓ Δευτεροπαθής Προϊούσα ΣκΠ (Secondary Progressive MS, SPMS):

Συνήθως ακολουθεί την Υποτροπιάζουσα-Διαλείπουσα σε ποσοστό 50% , όταν υπάρχει εξέλιξη της νόσου μεταξύ των κρίσεων. Τα περισσότερα άτομα με Δευτεροπαθής Προϊούσα ΣκΠ, ξεκινούν με την Υποτροπιάζουσα-Διαλείπουσα και κατόπιν τα συμπτώματα επιδεινώνονται σταθερά (Kanavos et al., 2016).

✓ Πρωτοπαθής Προϊούσα ΣκΠ (Primary Progressive MS, PPMS):

Αφορά το 10-15% των ασθενών και περιγράφεται από μια πιο σταθερή αύξηση της αναπηρίας με την απουσία οξέων υποτροπών (Kanavos et al., 2016).

Λιγότερο συχνή στην εμφάνιση της αποτελεί η Προϊούσα Υποτροπιάζουσα ΣκΠ (Progressive-Relapsing MS, PRMS). Ωστόσο χαρακτηρίζεται ως η σοβαρότερη μορφή που αφορά στο 5% των ασθενών και διακρίνεται από βαθμιαία επιδείνωση των συμπτωμάτων με διαστήματα εξάρσεων (Kanavos et al., 2016).

Η σκλήρυνση κατά πλάκας προκαλείται από άγνωστη αιτιολογία καθώς οι ειδικοί δεν έχουν κατανοήσει πλήρως το γιατί προκαλείται αν και έχουν πολλές πληροφορίες για την παθοφυσιολογία της ασθένειας. Υπάρχουν πολλά συμπτώματα τα οποία όμως έχουν να κάνουν με το σημείο του κεντρικού νευρικού συστήματος που υποφέρει το άτομο. Πολλοί επιστήμονες θεωρούν ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζεται εξαιτίας γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Βοζίκης & Σωτηροπούλου, 2012). Σύμφωνα με την έρευνα των Harbo, Gold, & Tintore, (2013), η νόσος αναπτύσσεται περισσότερο στις γυναίκες και όχι τόσο στους άνδρες. Το φαινόμενο αυτό συμβαίνει καθώς οι γυναίκες διαθέτουν ένα γενετικό τύπο του χρωμοσώματος X και συγκεκριμένες ορμόνες που προκαλούν τη νόσο. Ωστόσο, στις γυναίκες συμβαίνει μια πιο αργή και ήπια εξέλιξη της νόσου, σε σχέση με τους άντρες στους οποίους εξελίσσεται με ραγδαίους ρυθμούς.

1.4.3 Σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) είναι μια παθολογική κατάσταση η οποία αποτελεί ένα από τα συχνότερα χρόνια νοσήματα, διαρκεί για πολλά χρόνια συνήθως και προκαλεί πρόωρη θνησιμότητα στους φορείς της νόσου (WHO, 2011). Κεντρική διαταραχή του σακχαρώδη διαβήτη είναι η έλλειψη της ινσουλίνης, η οποία εκκρίνεται από το πάγκρεας και ρυθμίζει το μεταβολισμό των υδατανθράκων, των πρωτεϊνών και των λιπών (Κατσίκη και συν., 2010). Η έλλειψη μπορεί να είναι πλήρης ή μερική ή σχετική. Ως σχετική χαρακτηρίζεται η έλλειψη ινσουλίνης, όταν, παρά τα αυξημένα επίπεδά της στο αίμα, δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του μεταβολισμού, λόγω παρεμπόδισης της δράσης της στους περιφερικούς ιστούς (αντίσταση στην ινσουλίνη). Η κύρια έκφραση της διαταραχής του μεταβολισμού στο ΣΔ είναι η αύξηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα (Τσατσούλης, 2015).

Οι κυριότεροι τύποι του σακχαρώδη διαβήτη είναι:

- ✓ Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 (ή ινσουλινοεξαρτώμενος ή νεανικός διαβήτης)

Είναι αυτοάνοσο νόσημα που χαρακτηρίζεται από την πλήρη καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος, με συνέπεια την συχνή εμφάνιση αυξημένων επιπέδων γλυκόζης, εξαιτίας της ολικής έλλειψης ή της ελάχιστης ινσουλίνης στον οργανισμό. Συνήθως, κάνει την εμφάνισή της σε παιδιά και εφήβους χωρίς ωστόσο να αποκλείεται η εκδήλωση της σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, ακόμη και στην όγδοη και ένατη δεκαετία της ζωής. Η αυτοάνοση καταστροφή των β-κυττάρων αποδίδεται σε πολλαπλούς γενετικούς προδιαθεσικούς παράγοντες, ενώ επίσης επηρεάζεται και από περιβαλλοντικούς παράγοντες που δεν έχουν όμως ακόμη πλήρως διευκρινισθεί (Τσατσούλης, 2015).

- ✓ Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ή μη ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης)

Προέρχεται από τον συνδυασμό μειωμένης έκκρισης ινσουλίνης και ελαττωμένης ευαισθησίας των κυττάρων στην ινσουλίνη. Αυτός ο τύπος ΣΔ που αφορά περίπου το 90-95% των ασθενών με ΣΔ, είναι και ο συχνότερος στην εμφάνιση του (American Diabetes Association, 2014, 2017). Παράγοντες οι οποίοι μπορούν να προκαλέσουν και να οδηγήσουν σε ΣΔ είναι η παχυσαρκία, η ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό. Τα συμπτώματα του ΣΔ τύπου 2 είναι πιο ήπια από αυτά του ΣΔ τύπου 1. Η πλειονότητα των ασθενών με ΣΔ τύπου 2 είναι υπέρβαροι ωστόσο

ασθενείς φυσιολογικού σωματικού βάρους μπορεί να παρουσιάζουν αυξημένη κατανομή του λίπους στην κοιλιακή χώρα (American Diabetes Association, 2014, 2017).

✓ Σακχαρώδης διαβήτης κύησης

Ο συγκεκριμένος τύπος διαβήτη εμφανίζεται για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της κύησης και υποχωρεί μετά τον τοκετό. Προσβάλλει το 3-5% των κυήσεων. Όπως και ο ΣΔ τύπου 2, ο σακχαρώδης διαβήτης κύησης χαρακτηρίζεται από μειωμένη έκκριση ινσουλίνης και ελαττωμένη ευαισθησία των κυττάρων στην ινσουλίνη (American Diabetes Association, 2014, 2017). Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ενεργοποίηση του μηχανισμού αντίστασης στην ινσουλίνη είναι η αύξηση τόσο των πλακουντιακών ορμονών (πλακουντιακό γαλακτογόνο, προγεστερόνη, λεπτίνη, προφλεγμονώδεις κυτταροκίνες) όσο και των μητρικών ορμονών (προλακτίνη και κορτιζόλη) (Τσατσούλης, 2015). Επίσης, τα παιδιά γυναικών που εμφάνισαν ΣΔ κύησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους βρίσκονται κάποιες φορές σε κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας και διαβήτη (Centers for Disease Control and Prevention, 2014).

Ο ΣΔ αποτελεί σήμερα την έβδομη συχνότερη αιτία θανάτου (Centers for Disease Control and Prevention, 2014), ενώ διπλασιάζει τη θνητότητα με κύρια αιτία θανάτου τη στεφανιαία νόσο (Nwaneri, Cooper & Bowen-jones, 2013).

Ο ΣΔ ως χρόνια ασθένεια έχει δυσμενείς συχνά επιπλοκές που οδηγούν σε σημαντική νοσηρότητα, αναπηρία και θανάτους, που ευθύνονται σαφώς για την κακή ποιότητα ζωής και τη μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης (International Diabetes Federation, 2015).

Κεφάλαιο 2: Η διαδικασία της αποδοχής και της προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας

2.1 Προσδιορισμός της έννοιας της αποδοχής και της αναγνώρισης σε μια κατάσταση αναπηρίας

Είναι γεγονός ότι τα άτομα με αναπηρία ή με χρόνια προβλήματα υγείας αντιμετωπίζουν διάφορες ψυχολογικές διακυμάνσεις μέχρι να οδηγηθούν στην προσαρμογή στην κατάσταση που τους περιβάλλει. Έτσι προσπαθούν να αποδεχθούν, την αναπηρία και το ζήτημά τους, που αποτελεί κομμάτι τα ζωής τους, της αυτοεκτίμησης, αυτοεικόνας και ταυτότητας του εαυτού τους (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009). Κατά τη διαδικασία της ψυχολογικής αυτής προσαρμογής, το άτομο με αναπηρία καλείται να ανταποκριθεί σε λειτουργικές, ψυχολογικές και κοινωνικές τροποποιήσεις. Η διαδικασία της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής ενός ατόμου στην αναπηρία του συνίσταται σε μια σειρά διαδοχικών αλλαγών στην ταυτότητά του (Kendall, & Buys, 1998· Charmaz, 1995, 1991· Yoshida, 1993). Επομένως, η προσαρμογή στην αναπηρία ορίζεται ως η διαδικασία ανταπόκρισης στις λειτουργικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αλλαγές που συμβαίνουν με την εμφάνιση ή την εμπειρία της αναπηρίας στη ζωή του ατόμου (Bishop, 2005).

Η προσαρμογή στην αναπηρία είναι μια διαδικασία πολύπλοκη για το άτομο καθώς θα πρέπει να συνηθίσει σε καινούργιες καταστάσεις, νέα δεδομένα τα οποία δυσκολεύουν την διαβίωσή του και είναι αρκετά επώδυνη ως προς τον ψυχολογικό τομέα, διαδικασία (Charmaz, 1995· 1983). Αντίθετα, σύμφωνα με τους Livneh & Antonak (2005) η εμφάνιση μιας αναπηρίας συνοδεύεται από μια σειρά διαδοχικών αλλαγών και ψυχολογικών αντιδράσεων, τα οποία αντιστοιχούν σε οχτώ διαφορετικά στάδια προσαρμογής στην αναπηρία. Τα πρώτα έξι, τα οποία παρουσιάζουν την αρνητική προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία του είναι τα ακόλουθα: σοκ, άγχος, άρνηση, κατάθλιψη, εσωτερικευμένος θυμός, εξωτερικευμένη επιθετικότητα. Από τα αρχικά αυτά στάδια, αφού το άτομο τα διασχίσει επιτυχώς, μπορεί να περάσει στο έβδομο ή και στο όγδοο στάδιο, την αποδοχή (acknowledgement) και προσαρμογή (adjustment) αντίστοιχα, τα οποία του εξασφαλίζουν θετική προσαρμογή στην κατάσταση αναπηρίας που βιώνει.

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

Η αναγνώριση-παραδοχή της αναπηρίας ως γνωστική αποδοχή και πιο συγκεκριμένα ως μια κατάσταση αναδιοργάνωσης και αναπροσανατολισμού του ατόμου απαρτίζεται από τα εξής: 1) την αυτο-αναγνώριση του ως άτομο με αναπηρία, 2) την νέα του αυτοεικόνα, 3) την επανεκτίμηση των αξιών στη ζωή του, 4) την αναζήτηση νέων νοημάτων και σκοπών. Από την άλλη, η προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία του προϋποθέτει και την συναισθηματική αποδοχή της αλλά και τη κοινωνικο-συμπεριφορική επανένταξη του ατόμου ως προς: 1) τη θετική του αυταξία, 2) τη συνειδητοποίηση νέων δυνατοτήτων, 3) την ενεργό εμπλοκή του κατά την ολοκλήρωση των κοινωνικών και επαγγελματικών του στόχων, 4) την υπέρβαση των εμποδίων και των δυσκολιών που συνεπάγεται η επίτευξη των προαναφερόμενων στόχων και σκοπών. Κατά συνέπεια, η αναγνώριση-παραδοχή και η προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας συγκαταλέγονται ως τα τελικά στάδια της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής ενός ατόμου στην αναπηρία του.

Η προσαρμογή στην αναπηρία έχει να κάνει με διάφορα χαρακτηριστικά, όπως με την ιδιαίτερη προσωπικότητα και ταυτότητα του κάθε ατόμου, από τον τρόπο που αποκτήθηκε η αναπηρία, από το είδος αναπηρίας και γενικότερα από το κοινωνικοπολιτισμικό περιβάλλον του ατόμου. Ειδικότερα εξαρτάται από:

- ✓ την εκμάθηση νέων τρόπων, οι οποίοι βοηθούν το άτομο να μάθει να διαβιώνει με την αναπηρία του,
- ✓ την αξιοποίηση των υπόλοιπων δυνατοτήτων του ατόμου με αναπηρία, και
- ✓ τη γενικότερη προσπάθεια που καταβάλλει ένα άτομο, ώστε να ζήσει μια παραγωγική και ικανοποιητική ζωή (Antonak, & Livneh, 1991· Sue & Sue, 1990· Trieschmann, 1988· Carpenter, & Strauss, 1977).

Η προσαρμογή στην αναπηρία είναι μια δύσκολη και επώδυνη διαδικασία για το άτομο με αναπηρία και διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα (Psarra, & Kleftharas, 2013). Είναι μια κατάσταση που διαρκεί με λίγα λόγια για όλη τη ζωή του ατόμου καθώς η γνώση και η μάθηση γύρω από τη ζωή και καθημερινότητα με την αναπηρία

δεν τελειώνει. Το άτομο συνεχώς παίρνει πληροφορίες, εξελίσσεται σαν προσωπικότητα, γίνεται καλύτερος και αποδέχεται έτσι όλο και περισσότερο την αναπηρία του. Το γεγονός αυτό, λοιπόν, υποδηλώνει ότι δεν υπάρχει ένα τελικό σημείο προσαρμογής, αλλά κυρίως πρόκειται για μια διαδικασία συνεχούς βελτίωσης του ατόμου που επέρχεται με την πάροδο του χρόνου (Trieschmann, 1988). Ουσιαστικά δεν υπάρχει ένα τελικό σημείο, όπου ένα άτομο μπορεί να χαρακτηριστεί τέλεια «προσαρμοσμένο», με την έννοια ότι όπως όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη συνεχούς προσαρμογής κι έτσι και τα άτομα με αναπηρίες έχουν ανάγκη ενστερνισμού ικανοποιητικών και λειτουργικών μεθόδων σε έναν κόσμο που διαρκώς εξελίσσεται (Κλεφτάρας, 2007).

Η αποδοχή της αναπηρίας από το ίδιο το άτομο προϋποθέτει ότι το άτομο αυτό έχει βιώσει την εμπειρία της αυτεπίγνωσης και της αναζήτησης ενός νοήματος στη ζωή (Ososkie, & Schultz, 2003). Η ικανότητα του ατόμου να κρατά μια συγκεκριμένη στάση η οποία οδηγεί σε κάποιο αποτέλεσμα ενισχύει την προσαρμοστικότητα των ατόμων, η οποία με τη σειρά της, δίνει στους ανθρώπους τη δυνατότητα να αποδεχθούν και να συμφιλιωθούν με την κατάστασή τους (Frankl, 1992a, 1988, 1966). Παράλληλα παρέχει στο άτομο τη δυνατότητα να αποκτήσει μια νέα αντίληψη για τον κόσμο, να αγαπήσει τον εαυτό του, να δει ουσιαστικά ότι έχει ικανότητες και δυνατότητες για μια καλύτερη διαβίωση στην οποία θα μπορεί αυτόνομα να υπάρχει σε μεγαλύτερο βαθμό (Janoff-Bulman, & Frieze, 1983).

2.2 Μοντέλα προσαρμογής στην αναπηρία

Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή, όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και έχουν διατυπωθεί αρκετά διαφορετικά μοντέλα για την καλύτερη κατανόηση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής του ατόμου στην αναπηρία του. Μεταξύ αυτών, επικρατέστερα είναι το μοντέλο της ψυχολογίας του σώματος (somatopsychology), τα μοντέλα των σταδίων (stage models) και τα οικολογικά μοντέλα προσαρμογής (ecological models). Συγκεκριμένα:

Το *μοντέλο της ψυχολογίας του σώματος (somatopsychology)* έχει τις ρίζες του στην θεωρία του Kurt Lewin (1935, 1936), η οποία δίνει έμφαση στον αντίκτυπο που ασκούν οι κοινωνικοί παράγοντες στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Το μοντέλο της ψυχολογίας του σώματος επικεντρώνεται στους ψυχοκοινωνικούς

παράγοντες, οι οποίοι αναφέρονται στο πώς βλέπει την αναπηρία η κοινωνία και πώς τη βλέπει το ίδιο το άτομο που τη φέρει.

Άλλες έννοιες που σχετίζονται με τη διαδικασία προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας είναι η έννοια της αυτο-αντίληψης (self-concept) και της εικόνας σώματος (body image), οι οποίες βασίζονται στις αρχές του μοντέλου της ψυχολογίας του σώματος. Για παράδειγμα, η αυτο-αντίληψη (self-concept) και η εικόνα του σώματος (body image) σχετίζονται με τον τρόπο που βλέπει το άτομο τον εαυτό του και βελτιώνουν την ιδέα που έχει για το άτομό του (Schilder, 1950). Όταν λοιπόν, επέρχεται η αναπηρία το άτομο ταράσσεται, μαζί και οι αντιλήψεις που έχει για τον εαυτό του και έρχεται η στιγμή όπου θα πρέπει να αποφασίσει για το νέο του εαυτό και να αποκτήσει νέες αντιλήψεις και ιδέες. Αν το άτομο κατορθώσει να ενσωματώσει νέες αλλαγές στη ζωή του λόγω της αναπηρίας, τότε θεωρείται ότι επιτυγχάνει ένα βέλτιστο επίπεδο προσαρμογής (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009).

Αναφορικά με τα μοντέλα των σταδίων (*stage models*), έχουν διατυπωθεί πολλές θεωρητικές προσεγγίσεις για την διαδικασία της προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας. Συγκεκριμένα, τα μοντέλα σταδίων περιγράφουν την ψυχοσωματική προσαρμογή ως μια κατάσταση που περνάει από διαφορετικά στάδια και ως μια διεργασία που περιλαμβάνει ποικίλες πιθανές αντιδράσεις και συμπεριφορές του ατόμου απέναντι στην αναπηρία του και οι οποίες αναφέρονται στο συναισθηματικό, γνωστικό και συμπεριφοριστικό τομέα (Livneh, 2001, 1986· Antonak, & Livneh, 1991· Livneh, & Antonak, 1997, 1994, 1991, 1990). Ειδικότερα, η διαδικασία προσαρμογής περιλαμβάνει επτά εμφανή στάδια, τα οποία είναι: α) το σοκ, β) η προσδοκία ανάρρωσης ή άρνηση, γ) ο θυμός και η οργή, δ) η διαπραγμάτευση, ε) το πένθος και η κατάθλιψη, στ) η εποικοδομητική αμυντική στάση ή αντίθετα η προβληματική αμυντική στάση και τέλος ζ) η αναγνώριση-παραδοχή και προσαρμογή στην αναπηρία.

Παρακάτω παρατίθενται αναλυτικά τα στάδια της προσαρμοστικής διαδικασίας:

- ✓ **Σοκ:** το σοκ αποτελεί την πρωταρχική αντίδραση, η οποία ακολουθεί την αρχή μιας αναπηρίας. Συνήθως συνοδεύεται από ψυχικό «μούδιασμα», αποδιοργάνωση της γνωστικής σκέψης, αίσθημα απώλειας και εξαιρετικά μειωμένη ή διακοπτόμενη κινητικότητα και ομιλία. Η συγκεκριμένη

αντίδραση περιλαμβάνει στοιχεία πανικού και αναφέρεται στη στιγμή που το άτομο αντιλαμβάνεται τη φύση και το μέγεθος του τραυματικού γεγονότος (Livneh & Antonak, 2005).

- ✓ **Άρνηση:** πρόκειται για μια στρατηγική αντιμετώπισης, η οποία εμφανίζει αρκετά προβλήματα και συχνά συναντάται στη βιβλιογραφία και ως «μηχανισμός άμυνας», ρόλος του οποίου είναι να «αποκρούσει» την αγωνία-σοκ και πλήθος άλλων απειλητικών συναισθημάτων που βιώνει το άτομο. Επιπλέον, συμβάλλει στην ελαχιστοποίηση της χρονιότητας, του μεγέθους και των επιπτώσεων που θα έχει στο μέλλον η αναπηρία. Στη σφαίρα της άρνησης περιλαμβάνονται η επιλεκτική προσοχή σε σωματικά και ψυχολογικά στοιχεία, οι προσδοκίες του ατόμου για ολοκληρωμένη ή άμεση ανάρρωση που δεν έχουν πραγματοποιηθεί και η απόρριψη των συμβουλών του ιατρικού προσωπικού, αλλά και άλλων θεραπευτικών παρεμβάσεων από την πλευρά του ατόμου-ασθενή (Livneh & Antonak, 2005).
- ✓ **Κατάθλιψη:** η συγκεκριμένη κατάσταση θεωρείται ότι αντικατοπτρίζει τη συνειδητοποίηση σε ό, τι αφορά τη μονιμότητα, το μέγεθος και τις μελλοντικές επιπτώσεις σχετικά με την απώλεια της σωματικής ακεραιότητας και τη χρονιότητα που θα έχει η κατάσταση αυτή. Κατά τη διάρκεια εξέλιξης αυτής της φάσης, έχει αναφερθεί ότι το άτομο βιώνει και συναισθήματα απόγνωσης, ανικανότητας και απομόνωσης (Livneh & Antonak, 2005).
- ✓ **Θυμός / Εχθρικότητα:** η αντίδραση του θυμού ή της εχθρικότητας διαιρείται συνήθως στον εσωτερικευμένο θυμό (μνησικακία, πικρότητα, ενοχή και αυτοκατηγορία) και στην εξωτερικευμένη εχθρικότητα. Στις περιπτώσεις που ο θυμός κατευθύνεται από το εσωτερικό, αυτό-αποδίδονται ευθύνες που αφορούν την έναρξη της αναπηρίας ή την αποτυχία του ατόμου να επιφέρει επιτυχημένα αποτελέσματα. Στον αντίποδα, όταν ο θυμός προέρχεται από το εξωτερικό, η ευθύνη αποδίδεται και βαραίνει άλλα άτομα που βρίσκονται στο κοινωνικό περιβάλλον. Οι συμπεριφορές που εκδηλώνονται σε αυτή τη φάση στην πλειοψηφία τους χαρακτηρίζονται από επιθετικές αντιδράσεις, ύβρεις και κατηγορίες, ανταγωνισμό, ενώ ταυτόχρονα το άτομο επιλέγει παθητικά και επιθετικά μοντέλα, ώστε να παρεμποδίσει τη θεραπεία που λαμβάνει (Dutta & Kundu, 2007).
- ✓ **Αποδοχή:** σύμφωνα με τους Livneh & Antonak (2005) η αποδοχή της αναπηρίας αποτελεί το τελικό στάδιο της διαδικασίας προσαρμογής.

Χαρακτηρίζεται κατά κύριο λόγο από την συναισθηματική ετοιμότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει την κατάσταση με ρεαλιστικό τρόπο αναφορικά με τους λειτουργικούς περιορισμούς που καλείται να αντιμετωπίσει. Ακόμη, το άτομο καταβάλλει σημαντική προσπάθεια να συνειδητοποιήσει την αξία του ως ένα άτομο με αναπηρία και να ξεκινήσει να αξιοποιεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τις νέες δυνατότητες που του προσφέρονται, ώστε να διαβεί μια παραγωγική ζωή. Αναλυτικότερα, η αποδοχή δομείται από τα ακόλουθα στοιχεία (Livneh & Antonak, 2005):

- ✓ Μια προηγούμενη γνωστική συμφιλίωση του ατόμου με την κατάσταση της αναπηρίας, των επιπτώσεων που επιφέρει και του μόνιμου χαρακτήρα που συνεπάγεται.
- ✓ Μια συναισθηματική αποδοχή ή εσωτερίκευση της κατάστασης της αναπηρίας από το άτομο, όπου συμπεριλαμβάνεται μια νέα αίσθηση αποκατάστασης της αυτοαντίληψης, η οποία ανανεώνεται με τις αξίες της ζωής και μια συνεχής αναζήτηση για νέα νοήματα ζωής.
- ✓ Την ενεργητική επιδίωξη επίτευξης προσωπικών, κοινωνικών ή/και επαγγελματικών στόχων που θέτει το άτομο, συμπεριλαμβανομένης της επιτυχημένης διαχείρισης διάφορων εμποδίων που ενδέχεται να ανακύψουν κατά την επιδίωξη των συγκεκριμένων στόχων.

Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι ένα άτομο δε διέρχεται τα ανωτέρω στάδια απαραιτήτως με τη συγκεκριμένη σειρά. Αυτό οφείλεται στον πολύπλοκο χαρακτήρα της διαδικασίας προσαρμογής στην αναπηρία, όπως επίσης και στα προσωπικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου. Επιπρόσθετα, η διαδικασία αυτή δε δέχεται επιδράσεις μονάχα από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, αλλά και από ένα σύμπλεγμα βιωμάτων και εμπειριών, την κουλτούρα, την κοινωνική στήριξη που απολαμβάνει το κάθε άτομο και τέλος την εθνότητα ή την καταγωγή του (Κλεφτάρας, 2007).

Τα *οικολογικά μοντέλα (ecological models)*, τα οποία περιγράφουν τη διαδικασία της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής του ατόμου στο πλαίσιο μιας κατάστασης αναπηρίας, εξηγούν σε ικανοποιητικό βαθμό την ασυμφωνία που χαρακτηρίζει τον τύπο των συμπτωμάτων, το επίπεδο σοβαρότητας της κατάστασης, τη διάρκεια και τις αντιδράσεις που ακολουθούν την εμφάνιση μιας αναπηρίας (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009). Με άλλη διατύπωση, τα εν λόγω μοντέλα αξιοποιούνται προκειμένου να εξηγήσουν το λόγο για τον οποίο

άτομα που φέρουν το ίδιο ή παρόμοιο τύπο αναπηρίας εμφανίζουν ποιοτικές και ποσοτικές διαφορές και ως εκ τούτου διαφορετικό επίπεδο αποδοχής και προσαρμογής στην αναπηρία τους. Τα μοντέλα αυτού του είδους έχουν ταξινομηθεί σε τέσσερις κατηγορίες χαρακτηριστικών μεταβλητών (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009):

- ✓ Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τις μεταβλητές που αφορούν τη χρόνια ασθένεια ή αναπηρία, όπως για παράδειγμα η αιτία και ο τύπος αναπηρίας, ο χρόνος εμφάνισής της, ο βαθμός του λειτουργικού περιορισμού, οι περιοχές του σώματος που έχουν βλαφθεί ή ακόμα και η σταθερότητα της κατάστασης.
- ✓ Η δεύτερη κατηγορία συμπεριλαμβάνει τις μεταβλητές που αναφέρονται σε κοινωνικοοικονομικά στοιχεία του ατόμου που έχει κάποια αναπηρία, λόγω χάρη στο φύλο, στην ηλικία, στο στάδιο ανάπτυξης, στην οικογενειακή και στην επαγγελματική κατάσταση.
- ✓ Η τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει μεταβλητές, οι οποίες έχουν να κάνουν με την προσωπικότητα και γενικότερα τη συμπεριφορά που εκδηλώνει το άτομο. Τέτοιου είδους μεταβλητές είναι οι στρατηγικές που επιλέγει να υιοθετήσει το άτομο και θα το βοηθήσουν να διαχειριστεί στο μέγιστο δυνατό βαθμό την αναπηρία του, το κέντρο ελέγχου, το νόημα και η βαρύτητα που δίνει το άτομο στην αναπηρία του, οι στάσεις που τηρεί σχετικά με την αρρώστια και το θάνατο, οι αξίες της ζωής του, το σύστημα των πεποιθήσεων που έχει δομήσει, η εικόνα που έχει σχηματίσει για το σώμα του και τέλος οι γνωστικές και πνευματικές του ικανότητες.
- ✓ Η τέταρτη και τελευταία κατηγορία αποτελείται από τις μεταβλητές εκείνες, οι οποίες αναφέρονται στο εξωτερικό περιβάλλον, είτε πρόκειται για το φυσικό είτε για το κοινωνικό περιβάλλον. Εδώ εντάσσονται τα συστήματα κοινωνικής υποστήριξης, η οικονομική ενίσχυση, η ιατρική περίθαλψη και οι ειδικές προσαρμογές που πραγματοποιούνται στο περιβάλλον.

Οι μεταβλητές που αναφέρθηκαν παραπάνω αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του βαθμού προσαρμογής ενός ατόμου στην αναπηρία του. Τα οικολογικά μοντέλα αποτελούν πολύτιμη πηγή πληροφοριών και θεωρούνται χρήσιμο εργαλείο στα χέρια κυρίως ειδικών επαγγελματιών, οι οποίοι καλούνται να διαχειριστούν με τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο το εκάστοτε άτομο με αναπηρία που έχουν απέναντί τους (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009).

2.3 Υποκλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία

Οι Linkowski (1971) και Wright (1983) περιέγραψαν τέσσερις σημαίνουσες αλλαγές στο σύστημα των αξιών του ατόμου αναφορικά με τη διαδικασία της προσαρμογής του στην αναπηρία. Οι συγκεκριμένες αλλαγές, οι οποίες αποτελούν τις υποκλίμακες της ADS-R Scale, αναλύονται ως εξής:

1. Διεύρυνση του πεδίου αξιών (enlargement of scope of values):

Η διεύρυνση του πεδίου αξιών αρχίζει τη στιγμή που το άτομο ξεκινά να αναγνωρίζει την αξία που έχουν οι προσωπικές του ικανότητες και δεν έχουν εξαλειφθεί εξαιτίας της αναπηρίας του. Το άτομο προβαίνει σε επαναπροσδιορισμό των αξιών του, γεγονός που το ωθεί να βρίσκει εκ νέου νόημα σε διάφορα γεγονότα και δραστηριότητες και να θέτει νέους στόχους.

2. Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (subordination of physique):

Η κοινωνία προσδίδει συχνά μεγάλης κλίμακας έμφαση στην εξωτερική εμφάνιση του ατόμου, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να παραγνωρίζει την αξία και τη σημασία άλλων αξιών της ζωής, όπως η φιλία, η εργασία και η δημιουργικότητα. Καθώς, όμως, το πεδίο αξιών επεκτείνεται, το άτομο καταφέρνει να εντοπίσει και να αποδώσει μεγαλύτερη αξία σε άλλου είδους αρετές, μειώνοντας έτσι την έμφαση που αποδίδει στα χαρακτηριστικά της εξωτερικής εμφάνισης.

3. Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (containment of disability effects):

Αποτελεί συχνό φαινόμενο η αναπηρία να επιφέρει και λειτουργικές δυσκολίες στη ζωή του ατόμου, χωρίς, ωστόσο, αυτό να σημαίνει ότι το άτομο στερείται της ικανότητας να ξεπεράσει τις πραγματικές διαστάσεις της αναπηρίας. Ενδέχεται να θεωρεί ότι η αναπηρία το καταβάλλει σε απόλυτο βαθμό, καθώς ασκεί σημαντικές επιδράσεις σε σωματικές, συναισθηματικές και διανοητικές λειτουργίες και κατ' επέκταση σε ολόκληρη την αξία του. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι όταν η αναπηρία αντιμετωπίζεται ως προσωπικό ατομικό χαρακτηριστικό τότε το άτομο και το χαρακτηριστικό αντιπροσωπεύουν μια αυστηρή έννοια: το ανάπηρο άτομο. Στις

περιπτώσεις, όμως, όπου το άτομο αντιλαμβάνεται την αναπηρία του σαν μια απλή κτήση, τότε άτομο και αναπηρία διακρίνονται σε δύο διαφορετικές έννοιες: ένα άτομο και κάποια αναπηρία. Συνεπώς, ο περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας αντιπροσωπεύει την ικανότητα του ατόμου να κατανοεί την αναπηρία του ως ένα ενιαίο χαρακτηριστικό, κομμάτι του εαυτού του και όχι ως κάτι μοναδικό και ξεχωριστό.

4. Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (transformation from comparative to asset values):

Μέσω της μετατροπής από τις συγκριτικές αξίες σε προσόντα προσδίδεται μεγαλύτερη έμφαση σε κύρια προσόντα, δηλαδή στην ικανότητα αναγνώρισης της αξίας ενός ατόμου, βάσει του συνδυασμού των προσωπικών του χαρακτηριστικών και ικανοτήτων σε αντιδιαστολή με την επιλογή συγκρίσεων με εξωτερικά και συχνά απραγματοποίητα πρότυπα.

2.4 Παράγοντες που επιδρούν στην προσαρμογή στην αναπηρία

Η εμφάνιση κάποιου είδους αναπηρίας μπορεί να προκαλέσει αλλαγές σε όλες τις πτυχές της ζωής του ατόμου. Αναλυτικότερα, όταν το άτομο αποκτά μια αναπηρία, έρχεται αντιμέτωπο με την απώλεια αρκετών στοιχείων της ταυτότητάς του, όπως για παράδειγμα η απώλεια της ανεξαρτησίας, η απώλεια της σωματικής ακεραιότητας και η απώλεια των προηγούμενων κοινωνικών ρόλων που επιτελούσε, καταλήγοντας με τον τρόπο αυτό σε μια ολική λειτουργική έκπτωση. Επομένως, τα άτομα που έχουν αναπηρίες καλούνται να αντιμετωπίσουν και να διαχειριστούν μια καινούρια, απειλητική και αγχογόνα πραγματικότητα, η οποία αναπόφευκτα επιφέρει ψυχοκοινωνική κρίση στη ζωή τους, προερχόμενη από διάφορες σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικοοικονομικές και επαγγελματικές μεταβολές (Psarra & Kleftaras, 2013).

Η παραδοχή της αναπηρίας και η προσαρμογή του ατόμου στη νέα κατάσταση που προκαλεί η ύπαρξή της, διαδραματίζουν ιδιαίτερο ρόλο στην ψυχική υγεία, αλλά και την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία. Η κατάσταση που βιώνει το άτομο και καλείται να διαχειριστεί θα μπορούσε να χαρακτηριστεί επίπονη, καθώς εξαρτάται από ποικιλία υποκειμενικών και κοινωνικών παραμέτρων. Οι παράμετρες

αυτές θα καθορίσουν αν το άτομο θα αποδεχθεί τελικά την αναπηρία του, αν θα μπορέσει να ενσωματωθεί εκ νέου στην κοινωνία, αν θα διαπραγματευτεί επιτυχώς τη νέα ταυτότητα που του αποδίδεται και τέλος αν θα είναι ικανό να επαναπροσδιορίσει τους καινούριους ρόλους που θα αναλάβει στο επίπεδο των προσωπικών και των κοινωνικών συναναστροφών. Η τελική αποδοχή της αναπηρίας αντιστοιχεί στο τελικό στάδιο μιας προσαρμοστικής διαδικασίας, στα πλαίσια της οποίας το άτομο καταφέρνει να ενταχθεί ξανά στο περιβάλλον, καταβάλλει σοβαρές προσπάθειες να επιτύχει τους στόχους του, βελτιώνει τα επίπεδα της αυτοεκτίμησής του και βλέπει με ευνοϊκότερη ματιά τον εαυτό του, τους γύρω του και την αναπηρία του (Livneh & Antonak, 1997).

Στη βιβλιογραφία έχουν εντοπιστεί και αναδειχθεί αρκετοί παράγοντες που ασκούν σημαντικές επιδράσεις στο βαθμό κατά τον οποίο το άτομο θα αποδεχτεί την αναπηρία του. Στις περιπτώσεις που η ερευνητική κοινότητα προσπαθεί να εξετάσει την προσαρμογή των ατόμων σε μία κατάσταση αναπηρία, επικεντρώνει την προσοχή της σε πληθώρα παραγόντων, όπως λόγου χάρι:

- ✓ δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας),
- ✓ καταστάσεις, οι οποίες συνδέονται εξολοκλήρου με την αναπηρία (βαθμός αναπηρίας, χρονική διάρκεια της αναπηρίας, μέγεθος λειτουργικών περιορισμών),
- ✓ στοιχεία προσωπικότητας του ατόμου (αισιοδοξία, αυτοαποτελεσματικότητα, ελπίδα, εκτιμώμενο επίπεδο ελέγχου).

Έρευνες έχουν δείξει ότι τα διάφορα δημογραφικά στοιχεία, όπως αυτά που προαναφέρθηκαν, δεν παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο αναφορικά με την προσαρμογή του ατόμου με αναπηρία. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις ερευνών έχουν προκύψει στατιστικά σημαντικές διαφορές (Livneh, Lott, & Antonak, 2004). Πιο συγκεκριμένα, η ηλικία του ατόμου δεν αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα κατά τη διάρκεια της διαδικασίας προσαρμογής (Jiao, Heyne, & Lam, 2012), παρά το γεγονός ότι ορισμένοι ερευνητές έχουν φροντίσει να επισημάνουν ότι όσο πιο μικρό σε ηλικία είναι το άτομο τόσο πιο εύκολα δείχνει να αποδέχεται την αναπηρία του (Wu & Chan, 2007). Το φαινόμενο αυτό ενδεχομένως οφείλεται στο γεγονός ότι ο χαρακτήρας των νεώτερων ατόμων διαθέτει περισσότερη «πλαστικότητα» και σε πολλές περιπτώσεις αναζητούν διαφορετικές εμπειρίες, ενώ την ίδια στιγμή είναι δεκτικοί να δοκιμάσουν καινούρια πράγματα, καταστάσεις και ρόλους, που

θεωρητικά τους ταιριάζουν καλύτερα (Κλεφτάρας, 2006). Επιπλέον, σημαντικό θεωρείται και το αποτέλεσμα που προκύπτει από τη συσχέτιση των μεταβλητών της ηλικίας και της προσαρμογής στην αναπηρία (Kennedy, Evans, & Sandhu, 2009· Woolrich, Kennedy, & Tasiemski, 2006).

Έρευνες έχουν δείξει ότι η προσαρμογή στην αναπηρία σχετίζεται και με την οικογενειακή κατάσταση του ατόμου, καθώς τα παντρεμένα άτομα σημείωσαν υψηλότερα επίπεδα προσαρμογής στην αναπηρία τους, γεγονός που οφείλεται στη σημαντική κοινωνική και ψυχική υποστήριξη που δέχονται (Κλεφτάρας, 2006· Collings, 1990). Εκτός, όμως, από την προσαρμογή στην αναπηρία, τα άτομα που βρίσκονται εντός γάμου αισθάνονται ότι έχουν εξασφαλίσει μια καλύτερη ποιότητα στη ζωή τους, πεποίθηση την οποία δεν εκφράζουν τα άτομα με αναπηρία που δεν είναι παντρεμένα (Putzke, Elliott, & Richards, 2001). Συμπερασματικά, σημαίνοντα ρόλο στη διαδικασία της ομαλής προσαρμογής στην αναπηρία διαδραματίζει ο παράγοντας της οικογενειακής κατάστασης (Jiao et al., 2012· Kennedy et al., 2009).

Η μόρφωση που έχει λάβει ένα άτομο αποτελεί σημαντικό παράγοντα προσαρμογής στην αναπηρία (Jiao, Heyne, & Lam, 2012· Κλεφτάρας, 2006· Collings, 1990· Horowitz, Reese, & Horowitz, 1965· Siller, 1964), καθώς το υψηλό επίπεδο της μόρφωσης θα μπορούσε να ωθήσει σε υψηλά επίπεδα το ψυχολογικό ευ ζην ενός ατόμου με οποιοδήποτε είδος αναπηρίας (Collings, 1990· Jiao et al., 2012).

Αντίθετα, η επαγγελματική κατάσταση και το ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα δεν αποτελούν, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, σοβαρούς ρυθμιστικούς παράγοντες προσαρμογής στην αναπηρία (Jiao et al., 2012). Η άποψη αυτή έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα ορισμένων ερευνών, όπου φάνηκε ότι τα άτομα που είχαν υψηλές οικονομικές απολαβές συμβιβάζονταν ευκολότερα με την αναπηρία, εξαιτίας των υλικών αγαθών που είχαν στη διάθεσή τους και «γέμιζαν το κενό» που άφηνε η αναπηρία στη λειτουργικότητά τους (Κλεφτάρας, 2006· Hermann, Whitman, Wyler, Anton, & Vanderzwagg, 1990· Newman, Fitzpatrick, Lamb, & Shipley, 1989· Hawley, & Wolfe, 1988).

Αναφορικά με την ηλικία και τη σχέση της με τη διαδικασία προσαρμογής στην αναπηρία, οι απόψεις των ερευνητών δίστανται. Ορισμένοι ανακάλυψαν ότι η ηλικία κατά την οποία αποκτήθηκε η αναπηρία αποτελεί επηρεάζει με δυσάρεστες συνέπειες άλλους παράγοντες της ψυχοσύνθεσης του ατόμου, όπως η ψυχολογική του κατάσταση (Wu & Chan, 2007) και η ποιότητα ζωής του (Elfström, Rydén, Kreuter, Taft & Sullivan, 2005). Σε αντίθετη κατεύθυνση κινήθηκαν οι McNulty, Livneh, &

Wilson (2004) και Montel & Bungener (2007), οι οποίοι τόνισαν ότι ηλικιακά ωριμότερα άτομα εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα υποκειμενικής ευημερίας, ενώ παράλληλα διατηρούσαν μειωμένο το επίπεδο κατάθλιψης και άγχους.

Σχετικά με το χρονικό διάστημα που κρατά η αναπηρία, έρευνες έδειξαν ότι όσο περισσότερο περνούν τα χρόνια από τη στιγμή που αποκτήθηκε η αναπηρία τόσο πιο εύκολα προσαρμόζεται το άτομο στη νέα πραγματικότητα (Elfström, Kennedy, Lude, & Taylor, 2007· Woolrich et al., 2006). Επιπλέον, η προσαρμογή στην αναπηρία μπορεί αν επηρεαστεί και από τη φύση της αναπηρία, αν δηλαδή το άτομο την έχει από τη γέννησή του (συγγενής) ή την απέκτησε κατά τη διάρκεια της ζωής του (επίκτητη) (Κλεφτάρας, 2006). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν τα άτομα που έχουν οπτική αναπηρία, ήδη από τα πρώτα χρόνια της ζωής τους, τα οποία δεν εκφράζουν τα ίδια συναισθήματα με εκείνα τα άτομα που απέκτησαν την οπτική αναπηρία κάποια στιγμή στη μετέπειτα ζωή τους. Η συμπεριφορά αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα με επίκτητη οπτική αναπηρία, θα πρέπει να μεταπηδήσουν από τη θέση του «βλέποντα εαυτού» σε εκείνη του «τυφλού εαυτού», αποδεχόμενα σε τελική φάση την αναπηρία τους (Hudson, 1994).

Η Dittmar (1989), αποδεχόμενη την ανωτέρω άποψη, περί χρόνου απόκτησης της αναπηρίας, τονίζει ότι τα άτομα που γεννιούνται με κάποιο είδος αναπηρίας τις περισσότερες φορές βιώνουν «πένθος» για όλα εκείνα τα αγαθά και τις εμπειρίες που έχουν τα υγιή άτομα, ενώ εκείνα είναι «υποχρεωμένα» να στερηθούν. Αποδίδουν έτσι ένα δυσθεώρητες διαστάσεις στην αναπηρία τους, που δυσκολεύονται να κατανοήσουν και να διαχειριστούν. Παράλληλα, τα άτομα αυτά ανησυχούν σε μεγάλο βαθμό για το κατά πόσο η αναπηρία τους θα αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας τους.

Σημαντικό εύρημα άλλων ερευνών αποτελεί το γεγονός ότι τα άτομα που έχουν επίκτητες αναπηρίες αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες όταν καλούνται να προσαρμοστούν ομαλά στο περιβάλλον, σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν εγγενείς αναπηρίες. Αυτό πιθανώς οφείλεται στο ότι ένα άτομο που γεννήθηκε με μια αναπηρία δε γνωρίζει κάποια άλλη πραγματικότητα, μια πραγματικότητα χωρίς αναπηρία, ούτε βίωσε το ψυχολογικό σοκ που ακολουθεί μια αναπηρία και ως εκ τούτου δε νιώθει ότι στερείται ευκαιριών και δυνατοτήτων στο βαθμό που το αισθάνεται ένα άτομο με επίκτητη αναπηρία. Μαθαίνει να αποδέχεται το σώμα του ως έχει και να μην αντιμετωπίζει τις δυσμορφίες του ως παράγοντα υποβάθμισης και αρνητικής συμπεριφοράς (Κλεφτάρας, 2006).

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα άτομα με επίκτητη αναπηρία σημειώνουν και διατηρούν πολύ καλά επίπεδα σωματικής και ψυχολογικής υγείας, υπό την προϋπόθεση ότι πρώτα έχουν καταφέρει να προσαρμοστούν επιτυχώς στη νέα κατάσταση που επιφέρει η αναπηρία (Livneh, Lott, & Antonak, 2004· Snead, & Davis, 2002). Σε αντίθετη περίπτωση, δηλαδή όταν το άτομο δεν καταφέρνει να προσαρμοστεί, αυξάνεται ο κίνδυνος εκδήλωσης ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων (Turner, Lloyd, & Taylor, 2006· Livneh et al., 2004· Garofalo, 2000), προβλημάτων υγείας και σοβαρών ψυχικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη (McDermott, Moran, Platt, & Dasari, 2007· Tsivgoulis, Triantafyllou, Papageorgiou, Evangelopoulos, Kararizou, Sfagos, & Vassilopoulos, 2007· Mitra, Wilber, Allen, & Walker, 2005· Livneh & Wilson, 2003· Vahle, Andresen, & Hagglund, 2000· Livneh, & Antonak, 1997).

Το είδος και η βαρύτητα της αναπηρίας έχει βρεθεί ότι επιδρούν στο επίπεδο αποδοχής ή της απόρριψης της αναπηρίας από το άτομο (Κλεφτάρας, 2006). Άλλοι ερευνητές, ωστόσο, υποστηρίζουν ότι η ο βαθμός βαρύτητας της αναπηρίας δεν μπορεί να ασκήσει σημαντική επίδραση στην αντιμετώπιση της αναπηρίας από το ίδιο το άτομο (Chalk, 2007· Kennedy et al., 2009· Starr, & Heiserman, 1977). Η αντιφατικότητα που χαρακτηρίζει την ερευνητική βιβλιογραφία στο σημείο αυτό ενδεχομένως στηρίζεται στην υποκειμενικότητα της αντιμετώπισης της αναπηρίας από το άτομο. Κάθε άτομο προσδίδει διαφορετικό επίπεδο σοβαρότητας στην αναπηρία του και πάντα ο ανθρώπινος παράγων παίζει το σημαντικότερο ρόλο.

Ο συνδυασμός της αναπηρίας με σύννοδα προβλήματα υγείας, όπως ο χρόνιος πόνος, καθιστά την αποδοχή της αναπηρίας ακόμα πιο δύσκολη για το άτομο, καθώς θα πρέπει προς όφελός του να μάθει να διαχειρίζεται και τον πόνο (Κλεφτάρας, 2006). Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις ατόμων που ένιωθαν το χρόνιο πόνο βασανιστικό, καταλήγοντας να μην αποδέχονται την αναπηρία τους, να μην μπορούν να προσαρμοστούν αποτελεσματικά στην κατάσταση που βίωναν και να βλέπουν τον εαυτό τους ως ένα δυσβάσταχτο «βάρος» για το κοινωνικό σύνολο (Kennedy, Lude, & Taylor, 2006).

Βέβαια, ο βαθμός στον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον πόνο που νιώθει, ενέχει και πάλι υποκειμενική χροιά, καθώς στη διαμόρφωσή του σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν προσωπικά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η ηλικία, η κουλτούρα, ο πολιτισμός, το κέντρο ελέγχου, οι προσδοκίες και τα «θέλω», το άγχος, ο φόβος, η πληροφόρηση, η παραπληροφόρηση, το νόημα και η σημασία που δίνεται στον ίδιο

τον πόνο. Παράγοντες σαν κι αυτούς που αναφέρθηκαν πιο πάνω είναι δυνατό να επιδράσουν στη διαμόρφωση της αντίληψης του ατόμου για το χρόνιο πόνο και την αναπηρία και εν τέλει στην αποδοχή της αναπηρίας (Κλεφτάρας, 2006).

Η κοινωνικο-συναισθηματική στήριξη που λαμβάνει το άτομο θεωρείται, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, παράγοντας επίδρασης της αποδοχής και της προσαρμογής στην αναπηρία. Ο όρος «κοινωνική στήριξη» (social support) αναφέρεται στην αλληλεπίδραση και στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου με τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας στην οποία συνυπάρχουν (Barrera, 1986). Η στήριξη των άλλων ατόμων-μελών της κοινωνίας όπου διαβιεί το άτομο είναι ζωτικής σημασίας, καθώς μπορούν να τον στηρίξουν ή να τον αποθαρρύνουν να προσαρμοστεί στην κατάσταση της αναπηρίας (Κλεφτάρας, 2006· Rintala, Young, Hart, Clearman, & Fuhrer, 1992). Στην περίπτωση της κοινωνικής ενθάρρυνσης το άτομο σχηματίζει μια όμορφη αυτό-εικόνα και αρχίζει να ενδιαφέρεται για τη φροντίδα του σώματος και της ψυχολογικής του κατάστασης (Cobb, 1976). Ακόμη, όταν το άτομο λαμβάνει κοινωνική ενίσχυση αντιμετωπίζει αποτελεσματικότερα δύσκολες περιόδους και ψυχοπαθολογικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, εξαρτήσεις και άλλα προβλήματα υγείας (Symonds, 1980· Krupnick, & Horowitz, 1980· Bard, & Sangrey, 1979· Burgess, & Holmstrom, 1976).

Αξιοσημείωτο είναι το εύρημα επιστημονικών μελετών ότι η κοινωνική δραστηριοποίηση του ατόμου, η οποία συνεπάγεται ενεργή εμπλοκή στο κοινωνικό γίνεσθαι και στα κοινωνικά δρώμενα θα μπορούσε να δρομολογήσει πιο ομαλή προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία (Snead, & Davis, 2002· Tate, Kirsch, Maynard, Peterson, Forchheimer, Roller, & Hansen, 1994).

Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο επιτυγχάνει την προσαρμογή του στην αναπηρία εξαρτάται επιπλέον και από τις αντιδράσεις (Dewing, 1997· Pruzinsky, & Edgerton, 1990), τις εντυπώσεις που προκαλεί η κοινωνία, τις προσδοκίες που έχει από το άτομο και τις ευκαιρίες που δίνει η ίδια η κοινωνία στο άτομο να ενσωματωθεί στα πλαίσιά της (Κλεφτάρας, 2006). Θα περίμενε κανείς ότι όταν ένα άτομο ζει σε ένα περιβάλλον, όπου καλλιεργούνται αισθήματα αποδοχής, τότε θα είναι πιο εύκολο και για το ίδιο να αποδεχτεί τον εαυτό του (Smith, 1984). Όταν το άτομο κατορθώσει να συμφιλιωθεί με την αναπηρία του, νιώθει ότι είναι ισότιμο μέλος της κοινωνίας, αποκτά αυτοπεποίθηση και εντάσσεται όχι μόνο στον κοινωνικό ιστό, αλλά και σε οργανωμένες ομάδες με αναπηρίες (Κλεφτάρας, 2006).

Σε όλους τους προαναφερόμενους παράγοντες που σχετίζονται με την αποδοχή και προσαρμογή ενός ατόμου στην αναπηρία του, θα μπορούσε να προστεθεί και ο τρόπος ανταπόκρισης ενός ατόμου στην αναπηρία του, με την έννοια σε ποιο βαθμό ένα άτομο με αναπηρία συμμετέχει στην απόδοση νοήματος και στη διαδικασία επανοικοδόμησης της ζωής του με βάση αυτήν την κατάσταση της αναπηρίας του (Neimeyer, Prigerson, & Davies, 2002· Attig, 2001· Neimeyer, 1998). Ο Wright (1983) υποστηρίζει ότι τα άτομα που καταφέρνουν να προσαρμοστούν με επιτυχία στην αναπηρία αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους ως άτομο με αξία και νιώθουν ότι η ζωή τους έχει νόημα και μπορεί να γίνει εποικοδομητική. Είναι λογικό ότι το άτομο για να φτάσει σε αυτό το σημείο χρειάζεται να δουλέψει με τον εαυτό του, να αλλάξει στοιχεία της προσωπικότητάς και του εσωτερικού του κόσμου και κυρίως να σχηματίσει μια βελτιωμένη αντίληψη για τον κόσμο που το περιβάλλει (Wright, 1983).

Ολοκληρώνοντας τους παράγοντες που συμβάλλουν στην αποδοχή της αναπηρίας από το άτομο πρέπει να προστεθούν και άλλοι δύο: η αυτοαντίληψη και η αυτοεκτίμηση, οι οποίοι αποτελούν θεμελιώδη στοιχεία του εαυτού (Κλεφτάρας, 2006). Η αυτοαντίληψη (*self concept*) είναι η γνωστική ή περιγραφική διάσταση της έννοιας του εαυτού (Φλουρής, 1989), η οποία αναφέρεται στο σύνολο των πεποιθήσεων, των στάσεων, των περιγραφών ή των δηλώσεων ενός ατόμου για τον εαυτό του, ανεξάρτητα από το εάν αυτές είναι σωστές ή λανθασμένες, εάν βασίζονται σε αντικειμενικά στοιχεία ή εάν αποτελούν υποκειμενική γνώση (Harter, 1986, 1999· Burns, 1982). Η αυτοεκτίμηση (*self-esteem*) αναφέρεται στο πως το άτομο αξιολογεί τον εαυτό του. Η αυτοεκτίμηση έχει μια αξιολογική-συναισθηματική διάσταση (Λεοντάρη, 1996), η οποία αφορά τη θετική ή αρνητική στάση που διατηρεί ένα άτομο ως προς τον εαυτό του (Rosenberg, 1965). Στη σφαίρα της αυτοαντίληψης εντάσσεται και η σωματική αυτοαντίληψη ή όπως αλλιώς είναι γνωστή η εικόνα του σώματος. Αφορά την εξωτερική εμφάνιση και τις σωματικές ικανότητες του ατόμου, από την σκοπιά του ίδιου του ατόμου, δηλαδή το ασκεί υποκειμενική κριτική στην εξωτερική του εμφάνιση. Από την άλλη πλευρά, η αυτοεκτίμηση επηρεάζεται από σωματικές παραμορφώσεις και δυσλειτουργίες, χωρίς να συνυπολογίζονται παράγοντες όπως η ηλικία, το είδος της αναπηρίας ή άλλα προσωπικά στοιχεία του ατόμου. Οι σχέσεις αυτές επισημαίνουν με τον πλέον ισχυρό τρόπο ότι η αποδοχή της αναπηρίας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη γενική αυτοεικόνα και την έννοια του εαυτού του ατόμου (Κλεφτάρας, 2006).

Η αναπηρία, όπως ήδη έχει αναφερθεί, επηρεάζει τις φυσικές, ψυχολογικές και κοινωνικές πτυχές της ζωής του ατόμου που τη φέρει. Η αποδοχή και η προσαρμογή του ατόμου σε μία κατάσταση αναπηρίας έχει καθοριστική σημασία για την ποιότητα ζωής του και για τη διαμόρφωση του ψυχολογικού ευ ζην του γενικότερα. Η προσαρμογή αυτή αποτελεί μεταβλητή της στατιστικής ανάλυσης της παρούσας εργασίας με στόχο τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο αυτή επιδρά στο ψυχολογικό ευ ζην του ατόμου.

2.5 Η αναθεώρηση των αξιών μετά την αποδοχή της αναπηρίας

Η αποδοχή της αναπηρίας από την πλευρά του ατόμου θα μπορούσε να χαρακτηριστεί από ποικίλες αλλαγές στο σύστημα αξιών του, το οποίο συνδράμει το άτομο με αναπηρία να αντιλαμβάνεται καλύτερα την απώλεια ως μη υποτιμημένη. Η πρώτη αλλαγή έχει άμεση σχέση με τη διεύρυνση του πεδίου εφαρμογής της αξίας. Κατά τη διάρκεια εξέλιξης της προσαρμοστικής διαδικασίας, το άτομο κυριεύεται από την ανάγκη να εντοπίσει και να αναγνωρίσει τις σωματικές και ψυχολογικές επιδράσεις που επιφέρει η ύπαρξη της αναπηρίας, η οποία αποτελεί και τον κεντρικό πυρήνα ολόκληρης της ύπαρξής του. Σε αυτή τη χρονική στιγμή κρίνεται απαραίτητο να μάθει να εκτιμά και άλλες αξίες, εκτός από αυτές που έχουν χαθεί. Η συγκεκριμένη τακτική αναπτερώνει το ενδιαφέρον του ατόμου για άλλες ικανοποιήσεις, τις οποίες μπορεί να απολαύσει και συνάμα βοηθά το άτομο να αποδεχτεί την απώλεια της προηγούμενης κατάστασης (Dutta & Kundu, 2007).

Η δεύτερη αλλαγή που συντελείται αναφέρεται στην υποτίμηση της σημασίας της σωματικής διάπλασης σε σύγκριση με άλλες διαφορετικές πτυχές του ατόμου. Παρά το γεγονός ότι το άτομο με αναπηρία τρέφει την πίστη ότι η ζωή είναι ένα «αγαθό» που αξίζει, ενδέχεται να εξακολουθεί να τρέφει ενδόμυχα βαθιά αισθήματα για τις υποτιθέμενες συνέπειες της απώλειας. Η δύναμη που έχει η σωματική διάπλαση υπερεκτιμάται συγκριτικά με την ικανοποίηση που παίρνει το άτομο από τις προσιτές αξίες στη ζωή. Η αξία που έχει η εξωτερική εμφάνιση βρίσκεται σε πλήρη αναλογία με την επίδραση της διάπλασης. Η επόμενη αλλαγή που συμβαίνει τονίζει τη σημασία που έχει ο περιορισμός των συνεπειών που επιφέρει η αναπηρία, με απώτερο σκοπό να μην επισκιάζονται οι υπόλοιπες πτυχές της προσωπικότητας και της ζωής του ατόμου. Σε πολλές περιπτώσεις το άτομο σχηματίζει εσφαλμένες

εντυπώσεις για τις επιπτώσεις της αναπηρίας στη ζωή του, τρέφοντας την πεποίθηση ότι η αναπηρία εξ ορισμού επιδρά σημαντικά σε όλες της εκφάνσεις της ζωής (Dutta & Kundu, 2007).

Σε γενικές γραμμές θεωρείται απαραίτητο το άτομο να αντιμετωπίζει την αναπηρία ως κατοχή και όχι ως ένα προσωπικό χαρακτηριστικό, δεδομένου ότι η ύπαρξη της αναπηρίας δεν επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής ενός ατόμου και οι αντιλήψεις των ατόμων για τη φύση της αναπηρίας συχνά είναι αλλοιωμένες έως εσφαλμένες. Ο περιορισμός των υποτιμητικών συνεπειών της αναπηρίας θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω του διαχωρισμού της αναπηρίας από την ολότητα του ατόμου. Η τελευταία αλλαγή έχει ως κεντρικό άξονα το μετασχηματισμό των συγκριτικών κοινωνικών αξιών σε σχέση με τις αξίες που προσφέρουν ορισμένα «προνόμια». Η κρίση μιας κοινωνικής αξίας σε πολλές περιπτώσεις πραγματοποιείται όταν ένα άτομο συγκρίνεται με έναν υποτιθέμενο κοινωνικό μέσο όρο. Η αντίληψη της διάπλασης του σώματος ως μια «προνομιούχα» αξία ενισχύει τη σημασία που έχουν οι εναπομείνουσες δυνατότητες του ατόμου έναντι των πραγματικών λειτουργικών περιορισμών (Dutta & Kundu, 2007).

Κεφάλαιο 3: Το Ψυχολογικό ευ ζην (Psychological well-being)

3.1 Προσδιορισμός του Ψυχολογικού ευ ζην

Τα τελευταία χρόνια έχει πραγματοποιηθεί ικανός αριθμός μελετών σχετικά με την υποκειμενική αίσθηση του ευ ζην, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι αυτός ο τρόπος αξιολόγησης της ευζωίας είναι και ο μοναδικός. Σύμφωνα με μία από τις επικρατούσες απόψεις η ευημερία είναι κάτι παραπάνω από ευτυχία, γεγονός που πρακτικά σημαίνει ότι όταν ένα άτομο αισθάνεται ευτυχισμένο ή χαρούμενο δεν συνεπάγεται ότι είναι και σε καλή ψυχολογική κατάσταση (Deci & Ryan, 2008). Σύμφωνα με τον Waterman (1993) η ανωτέρω άποψη αναφέρεται στην ευδαιμονία και εννοεί την καλή διαβίωση ενός ατόμου ή ακόμα και την αξιοποίηση εξολοκλήρου του ανθρώπινου δυναμικού του. Ο παραπάνω ορισμός φανερώνει ότι η ευδαιμονία δε αποτελεί μονάχα το αποτέλεσμα μιας κατάστασης ή ενέργειας, αλλά κατά κύριο λόγο είναι η διαδικασία της ολοκλήρωσης του ατόμου ή της αυτοπραγμάτωσής του, δηλαδή η υλική εκδήλωση της ανθρώπινης φύσης.

Ο Αριστοτέλης ήταν ένας από τους πρώτους φιλοσόφους που ασχολήθηκε με το θέμα της ευδαιμονικής θεώρησης, αποτυπώνοντας τις απόψεις του για την έννοια της ευτυχίας στα έργα του «Ηθικά Νικομάχεια», «Ηθικά Μεγάλα» και «Ηθικά Ευδήμεια». Στα συγκεκριμένα έργα ο σπουδαίος φιλόσοφος καταπιάνεται με προβλήματα που αφορούν την αναζήτηση του ατομικού αγαθού και της ευδαιμονίας, τον αγαθό χαρακτήρα, την εκούσια πράξη και την προαίρεση, τις διανοητικές και ηθικές αρετές, τη φιλία, την ηδονή, τη δικαιοσύνη και τον ευδαίμονα βίο. Σύμφωνα με τη θεώρηση του Αριστοτέλη ο ανώτατος σκοπός της ηθικής ζωής του ατόμου είναι η κατάκτηση της ευδαιμονίας, η οποία αποτελεί το υπέρτατο και τελικό αγαθό της ζωής. Ορίζει την έννοια της ευδαιμονίας ως ενέργεια της ψυχής, που πραγματοποιείται σύμφωνα με τους κανόνες της τέλει αρετής (*«Ἡ εὐδαιμονία ἐστὶ ψυχῆς ἐνέργειά τις κατ' ἀρετὴν τελείαν»*).

Η ψυχολογική ευζωία συνήθως αντιμετωπίζεται από εννοιολογική άποψη ως συνδυασμός θετικών συναισθηματικών καταστάσεων (π.χ. η ευτυχία, που εκφράζει την ηδονική άποψη), οι οποίες λειτουργούν προσφέροντας παράλληλα τη μέγιστη αποτελεσματικότητα τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο (ευδαιμονική άποψη) (Deci & Ryan, 2008). Με απλά λόγια, ψυχολογική ευζωία σημαίνει η ζωή ενός ατόμου να εξελίσσεται με θετικό τρόπο, κάτι που προκύπτει από το συνδυασμό του «αισθάνομαι καλά» και του «λειτουργώ αποτελεσματικά» (Huppert, 2009). Η Ryff (1989) όρισε το ψυχολογικό ευ ζην ως την ενεργή συμμετοχή του ατόμου σε προβλήματα-προκλήσεις με υπαρξιακό περιεχόμενο. Οι θεωρητικές ρίζες της ψυχολογικής ευζωίας στηρίζονται, σύμφωνα με τον Bowman (2010):

- ✓ στην έννοια της αυτοπραγμάτωσης του Maslow (1968),
- ✓ στο μοντέλο των σταδίων ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του Erikson (1959) και
- ✓ στη διατύπωση της έννοιας της εξατομίκευσης από τον Jung (1933).

Η Ryff (1989) προχώρησε στην ενσωμάτωση των παραπάνω απόψεων, καταλήγοντας σε ένα πολυδιάστατο μοντέλο του ψυχολογικού ευ ζην, το οποίο συγκροτείται από έξι ψυχολογικές διαστάσεις, οι οποίες αφορούν τη προσπάθεια του ατόμου:

1. να νιώθει καλά με τον εαυτό του (αποδοχή του εαυτού),
2. να έχει αναπτύξει αλλά και διατηρήσει ζεστές διαπροσωπικές σχέσεις (θετικές σχέσεις με άλλους),

3. να διαμορφώσει με τέτοιο τρόπο το περιβάλλον του, ώστε να καλύπτονται οι προσωπικές του ανάγκες και επιθυμίες (κυριαρχία στο περιβάλλον),
4. να αποκτήσει την αίσθηση του αυτό-προσδιορισμού και προσωπικών αρχών (αυτονομία),
5. να βρει νόημα στις προσπάθειες του και τις προκλήσεις (σκοπός στη ζωή), και
6. να αναπτύξει στο μέγιστο δυνατό βαθμό τα ταλέντα και τις δεξιότητες του (προσωπική ανάπτυξη).

Παρ' όλα αυτά, το ψυχολογικό ευ ζην θεωρείται ένας αρκετά πολύπλοκος όρος με αποτέλεσμα στη διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία να συναντάται ως «ποιότητα ζωής», «ευτυχία» και «ευημερία». Θα μπορούσε κανείς ως ένα βαθμό να ταυτίσει το ευ ζην με την ευτυχία. Σε αυτή την προοπτική, όμως, προκύπτει ένας σημαντικός περιορισμός: το ψυχολογικό ευ ζην μετράει και αρνητικά συναισθήματα, προσδίδοντας βαρύτητα στη διαφορά του τρόπου με τον οποίο το εκάστοτε άτομο βιώνει μια κατάσταση ή ένα συναίσθημα (Seligman & Peterson, 2003).

3.2 Οι διαστάσεις του Ψυχολογικού ευ ζην

Σύμφωνα με τη Ryff (2014), το ψυχολογικό ευ ζην είναι ένα μοντέλο πολλών διαστάσεων, στο οποίο συγκαταλέγονται υποκειμενικές, κοινωνικές και ψυχολογικές διαστάσεις και συντίθεται από τις εξής κλίμακες:

1. Η *αυτονομία (autonomy)*, η οποία αναφέρεται στο βαθμό αυτό-προσδιορισμού του ατόμου, ανεξαρτησίας, ετοιμότητας αποτελεσματικής αντιμετώπισης των κοινωνικών πιέσεων, στην ικανότητα του ατόμου να σκέφτεται ή να ενεργεί με συγκεκριμένο τρόπο, να καθορίζει την εκδηλωμένη συμπεριφορά με γνώμονα εσωτερικές διεργασίες και να αξιολογεί τον εαυτό του σε σύγκριση με προσωπικά πρότυπα.
2. Η *κυριαρχία στο περιβάλλον (environmental mastery)* αφορά το επίπεδο της αίσθησης του ατόμου ότι είναι σε θέση να επιβάλλεται και να διαχειρίζεται το περιβάλλον, να ασκεί ουσιαστικό έλεγχο σε σύνθετες εξωτερικές δραστηριότητες, να αξιοποιεί τις ευκαιρίες που του παρουσιάζονται και να μπορεί να επιλέγει ή ακόμα και να δημιουργεί τις πρέπουσες περιβαλλοντικές συνθήκες, που θα αντικατοπτρίζουν τις ανάγκες και τις αξίες του.

3. Η *προσωπική ανάπτυξη (personal growth)* είναι ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο αισθάνεται τη διαρκή ανάπτυξή του. Αναλυτικά, αντιλαμβάνεται τον εαυτό του σαν μία οντότητα που εξελίσσεται χωρίς διακοπή, είναι δεκτικός σε καινούριες εμπειρίες, μπορεί να ξεδιπλώσει τη δυναμικότητά του, βελτιώνει την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά του και μεταστρέφει το εγώ του έτσι, ώστε να εκπέμπει περισσότερη αυτογνωσία και αποτελεσματικότητα.
4. Οι *θετικές σχέσεις με τους άλλους (positive relations with others)*, οι οποίες αντιπροσωπεύουν το επίπεδο στο οποίο το άτομο διατηρεί σχέσεις οικειότητας και εμπιστοσύνης με τα άτομα του περιβάλλοντός του, φροντίζει για την εξέλιξη και ανέλιξή τους, έχει την ικανότητα της ενσυναίσθησης, νιώθει αγάπη και συνειδητοποιεί ότι οι σχέσεις των ανθρώπων δεν είναι παρά ένα σύστημα δούναι και λαβείν.
5. Ο *σκοπός στη ζωή (purpose in life)*, ο οποίος αντικατοπτρίζει το βαθμό που το άτομο θέτει στόχους και κατευθύνσεις στην καθημερινότητά του, έχοντας παράλληλα την ικανότητα του προσανατολισμού στη ζωή, βρίσκει νόημα στις καταστάσεις που έλαβαν χώρα στο παρελθόν και θα συμβούν στο μέλλον, ενώ την ίδια στιγμή καλλιεργεί πεποιθήσεις, που μπορούν να προσθέσουν νόημα στη ζωή του.
6. Η *αποδοχή του εαυτού (self-acceptance)*, η οποία φανερώνει το επίπεδο στο οποίο το άτομο βλέπει με θετική ματιά τον εαυτό του, εντοπίζει και εν τέλει αποδέχεται ακόμα και τα αρνητικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του και συμβιβάζεται με τις παρελθοντικές του εμπειρίες και τα λάθη του.

3.3 Παράγοντες που επιδρούν στο ψυχολογικό ευ ζην

Στην ενότητα αυτή θα αναλυθούν οι παράγοντες εκείνοι που θεωρείται ότι ασκούν επιρροή στο ψυχολογικό ευ ζην του ατόμου. Τις τελευταίες δεκαετίες, παρατηρείται αύξηση του αριθμού των μελετών, οι οποίες έχουν ως βασικές παραμέτρους τη διαταραχή και δυσλειτουργία της ευημερίας και του ψυχολογικού ευ ζην. Μεγάλο ποσοστό αυτών των ερευνών εμπίπτουν στον ψυχολογικό τομέα (Argyle, 1987· Diener, 1984· Kahneman, 1999· Ryff & Singer, 1998a· Seligman, 1991, 2002), ενώ άλλες εντάσσονται στους κλάδους της επιδημιολογίας, των κοινωνικών επιστημών, της οικονομίας και των πολιτικών επιστημών (Huppert, 2005· Layard, 2005· Marks & Shah, 2005· Marmot, Ryff, Bumpass, Shipley, & Marks, 1997· Mulgan, 2006).

Η πλειοψηφία των ερευνητικών μελετών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα άτομα που νιώθουν ευτυχισμένα παρουσιάζουν καλύτερη απόδοση στις καταστάσεις της ζωής συγκριτικά με τα άτομα που δηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα ευτυχίας. Επιπλέον, τα πιο ευτυχισμένα άτομα θεωρούν τον εαυτό τους πιο παραγωγικό και δηλώνουν πιο πλούσια εισοδήματα (Diener, 2000· Judge, Thoresen, Bono, & Patton, 2001). Οι Ryan & Deci (2001) σε έρευνά τους σημείωσαν ότι τα άτομα με υψηλό βαθμό ψυχολογικού ευ ζην, τείνουν να είναι περισσότερο αποδοτικά και αποτελεσματικά, ενώ φροντίζουν να επιστρατεύουν εξελιγμένους μηχανισμούς αυτό-ενίσχυσης, σε αντιδιαστολή με τα άτομα που έχουν πιο χαμηλό ψυχολογικό ευ ζην. Επομένως, παρατηρείται μια άμεση σχέση του ψυχολογικού ευ ζην και του θετικού συναισθήματος, της παραγωγικότητας και της αυτό-ενίσχυσης της εκδηλωμένης συμπεριφοράς του κάθε ατόμου.

Σε ό, τι αφορά τα στοιχεία δημογραφικού χαρακτήρα, έχουν σημειωθεί ότι επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό –όχι πάντα με τον ίδιο τρόπο- την ποιότητα και τη διαμόρφωση του ψυχολογικού ευ ζην. Πιο συγκεκριμένα, το γυναικείο φύλο βρέθηκε ότι είναι περισσότερο ευάλωτες σε κοινές ψυχικές διαταραχές, αναπτύσσοντας την αντίστοιχη συμπτωματολογία (π.χ. άγχος και κατάθλιψη) συγκριτικά με το ανδρικό φύλο, παρά το γεγονός ότι υπάρχει ασάφεια αναφορικά με το φύλο στη μελέτη της ψυχικής ευεξίας. Παρ' όλα αυτά, μεγάλος αριθμός ερευνών δεν ανέδειξε αξιοσημείωτες διαφορές αναφορικά με το φύλο (Donovan & Halpern, 2002· Helliwell, 2003). Ορισμένες έρευνες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι άνδρες

σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην (Stephens, Dulberg, & Joubert, 1999), σε αντίθεση με άλλες όπου οι γυναίκες πέτυχαν υψηλότερη βαθμολογία σε ορισμένες υπο-κλίμακες της κλίμακας μέτρησης του ψυχολογικού ευ ζην (Huppert, Walters, Day, & Elliott, 1989· Ryff & Singer, 1998b).

Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται και η μεταβλητή της ηλικίας, η οποία θεωρείται ότι ασκεί σημαντική επίδραση στο ψυχολογικό ευ ζην. Σε έρευνες εντοπίστηκε ότι τα μεγαλύτερα σε ηλικία και τα νεότερα άτομα στις περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζουν υψηλότερους δείκτες ψυχολογικού ευ ζην όταν συγκρίθηκαν με άτομα μέσης ηλικίας. Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί ότι αρκετά άτομα μεγαλύτερης ηλικίας σημείωσαν χαμηλή βαθμολογία στην κλίμακα του ψυχολογικού ευ ζην (Blanchflower & Oswald, 2008· Clark & Oswald, 1994) και παρουσίασαν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης και ψυχικών διαταραχών στο σύνολό τους (Singleton, Bumpstead, O'Brien, Lee, & Meltzer, 2001).

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, τα παντρεμένα άτομα εκδήλωσαν υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ευημερίας (Dolan, Peasgood, & White, 2008). Ωστόσο, η κατεύθυνση της αιτιώδους συνάφειας δεν είναι ξεκάθαρη, αφού τα άτομα με υψηλά επίπεδα ψυχολογικής ευημερίας είναι πιο πιθανό να παντρευτούν (Diener, 2000). Το στοιχείο που θεωρείται παράξενο είναι ότι ο γάμος μπορεί να ωφελήσει το ψυχολογικό ευ ζην του ατόμου, αλλά το να είναι το άτομο παντρεμένο θα μπορούσε να ασκήσει δυσμενή επίδραση στο ψυχολογικό ευ ζην του (Zimmermann & Easterlin, 2006). Οι ερευνητές αποδέχονται την άποψη ότι ο γάμος συνδράμει την αύξηση του επιπέδου της ευημερίας, αν συγκριθεί με άτομα που είναι εργένηδες, χωρισμένοι ή χήροι (Abdallah, & Shah, 2012). Σε αντίθετα συμπεράσματα κατέληξαν οι Lindfors, Berntsson, & Lundberg (2006), σε έρευνα των οποίων προέκυψε ότι οι διαζευγμένες ή εν διαστάσει γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα έδειξαν υψηλότερες επιδόσεις αυτονομίας (υποκλίμακα ψυχολογικού ευ ζην), συγκριτικά με τις παντρεμένες ή ανύπαντρες συμμετέχουσες.

Ένας ακόμη σημαντικός δημογραφικός παράγοντας που εξετάζεται σε σχέση με το ψυχολογικό ευ ζην είναι το μορφωτικό επίπεδο. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η έρευνα των Chevalier & Feinstein (2006), στην οποία προέκυψε ότι η κατάθλιψη έπληττε με μεγαλύτερη συχνότητα τους άνδρες, που είχαν υψηλό επίπεδο μόρφωσης. Σύμφωνα με τους ερευνητές, το αποτέλεσμα αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα επαγγέλματα που απαιτούν πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης προκαλούν άγχος και στρες στο άτομο, με αποτέλεσμα να εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης.

Σύμφωνα με έρευνες, η επαγγελματική κατάσταση του ατόμου παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του ψυχολογικού ευ ζην, καθώς οι άνεργοι εμφανίζονται λιγότερο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους και παρουσιάζουν μειωμένο ποσοστό ψυχολογικής ευημερίας (Evans & Repper, 2000· Winkelmann & Winkelmann, 1998). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών, υπάρχει σοβαρή πιθανότητα να πραγματοποιηθούν μεταβολές στον τρόπο που δομείται η ευτυχία και η ευζωία ενός ατόμου. Αναλυτικότερα, προέκυψε ότι όταν το άτομο εργάζεται νιώθει δημιουργικό και ευτυχισμένο, αλλά όταν χάνει τη δουλειά του βιώνει πολύ αρνητικά συναισθήματα (Lucas, Clark, Georgellis, & Diener, 2004).

Ο τελευταίος παράγοντας που μπορεί να επιδράσει, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, στη δημιουργία και συγκρότηση του ψυχολογικού ευ ζην είναι η ίδια η προσωπικότητα του ατόμου. Άτομα με αναπηρίες που νιώθουν βαθιά αγάπη για τη ζωή, είναι γεμάτα χαρά και δεκτικότητα απέναντι σε νέες εμπειρίες, εξωστρεφή και ανοιχτόκαρδα εμφανίζουν συνήθως υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην (Yousuf, 2007).

Κεφάλαιο 4: Ανασκόπηση ερευνητικής βιβλιογραφίας

Η έρευνα του ψυχολογικού ευ ζην είναι ιδιαίτερα συχνή τις τελευταίες δεκαετίες, με πλήθος ψυχολόγων και κοινωνιολόγων να δίνουν έμφαση στη διερεύνηση του αντικειμένου. Πληθώρα ορισμών έχουν διατυπωθεί προκειμένου να διερευνηθούν ποια είναι τα συστατικά της ψυχολογικής ευημερίας, με απώτερο σκοπό την ενίσχυση των επιπέδων του ψυχολογικού ευ ζην των ατόμων.

Παρά το πλήθος των ερευνών που μελετούν το ψυχολογικό ευ ζην στο γενικό πληθυσμό, η έρευνα είναι πιο περιορισμένη στο χώρο της αναπηρίας. Οι Dodge et al. (2012) στο άρθρο τους με τίτλο «The challenge of defining wellbeing» υποστηρίζουν πως λόγω της πολυπλοκότητας της έννοιας του ευ ζην, οι ερευνητές αντιμετωπίζουν δυσκολίες όσον αφορά τον ορισμό του, αλλά παρόλα αυτά αναγνωρίζουν πως οι προηγούμενες έρευνες έχουν οδηγηθεί από τις διαστάσεις και τις περιγραφές παρά από τον ορισμό του ευ ζην. Με άλλα λόγια οι περισσότερες έρευνες εξετάζουν το νόημα και την ποιότητα ζωής, την ευτυχία, την αυτοεκτίμηση και αυτονομία των ατόμων με αναπηρία.

Ωστόσο, στην παρούσα ερευνητική μελέτη, στόχος μας είναι η διερεύνηση του ψυχολογικού ευ ζην στα άτομα με αισθητηριακή (οπτική, ακουστική) ή κινητική αναπηρία ή χρόνια ασθένεια (σκλήρυνση κατά πλάκας, σακχαρώδη διαβήτη, μεσογειακή αναιμία) και η μελέτη του τρόπου που επιδρά σε αυτό η προσαρμογή των ατόμων στην κατάσταση της αναπηρίας τους. Ακόμη, επιχειρούμε να εξετάσουμε κατά πόσο δημογραφικά χαρακτηριστικά (εισόδημα, φύλο, οικογενειακή κατάσταση), ατομικά χαρακτηριστικά (θρησκευτικότητα), αλλά κυρίως πληροφορίες που αφορούν στη φύση της αναπηρίας (είδος αναπηρίας, διάστημα αναπηρίας, ύπαρξη πόνου) επιδρούν ή όχι και σε ποιον βαθμό στις διαστάσεις του ψυχολογικού ευ ζην των ατόμων με αναπηρία.

Βιβλιογραφικά δεν εμφανίζεται παρόμοια έρευνα που να ασχολείται επακριβώς με αυτό το θέμα και για το λόγο αυτό θεωρείται σημαντική η συμβολή της στον ερευνητικό χώρο στον τομέα της αναπηρίας αλλά και της ενίσχυσης του ψυχολογικού ευ ζην των ατόμων με αναπηρία.

Στην ενότητα αυτή στόχος είναι η παρουσίαση επιστημονικών ευρημάτων που αφορούν στο ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία και στους παράγοντες που φαίνονται να επιδρούν στη διαμόρφωση του. Επίσης αναφέρονται και ευρήματα ερευνών σχετικά με την προσαρμογή στην αναπηρία. Στις έρευνες που παρουσιάζονται το ψυχολογικό ευ ζην μπορεί να αναφέρεται ως ποιότητα της ζωής, νόημα της ζωής, όροι που εξηγούν το ψυχολογικό ευ ζην και ταυτίζονται νοηματικά εν μέρει.

Αναφορικά με την προσαρμογή στην αναπηρία, η έρευνα των Psarra & Kleftaftara (2013), διερεύνησε στην Ελλάδα τη σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και την προσαρμογή στη σωματική-κινητική αναπηρία. Στην έρευνα συμμετείχαν 511 άτομα με διαφορετικά είδη αναπηρίας, μεταξύ των οποίων, παραπληγικοί, τετραπληγικοί, ημιπληγικοί και άτομα με άλλες μορφές αναπηρίας, άνδρες και γυναίκες ελληνικής καταγωγής. Από αυτήν την έρευνα μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι όταν ένα άτομο με αναπηρία διαθέτει μια αίσθηση σκοπού και προσανατολισμού στη ζωή, έχει ξεκάθαρη αίσθηση μιας προσωπικής ταυτότητας και υπευθυνότητας στη ζωή, αποδέχεται το αναπόφευκτο γεγονός του θανάτου και ασχολείται με νέα ενδιαφέροντα και προκλήσεις στη ζωή, τότε αποδέχεται και προσαρμόζεται καλύτερα στην αναπηρία του. Παρόμοια ευρήματα έδειξε και η έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2003 από τους Thompson, Coker, & Krause, τα αποτελέσματά της οποίας καταδεικνύουν ότι, η αναζήτηση νοήματος και σκοπού στη

ζωή ενός ατόμου με αναπηρία είναι ένας προβλεπτικός παράγοντας για την ομαλή προσαρμογή του ατόμου στη ζωή με σοβαρή δυσλειτουργία (Thompson, Coker & Krause, 2003).

Η προσαρμογή σε κάθε νέα κατάσταση αρχίζει όταν το άτομο αποσύρει την προσοχή του από αυτή τη νέα κατάσταση που βιώνει. Για παράδειγμα, ένα άτομο που ξαφνικά βιώνει μια σημαντική ακουστική απώλεια, όταν σταδιακά αποσύρει την προσοχή του από την συγκεκριμένη απώλεια και σταματάει να σκέφτεται τους περιορισμούς στην λειτουργικότητα του λόγω της απώλειας αυτής, τότε αρχίζει και προσαρμόζεται στη νέα του κατάσταση και αποδέχεται σταδιακά την κατάσταση αναπηρίας τους. Επομένως, ένας τρόπος για να μπορέσει κανείς να αποδεχτεί και να προσαρμοστεί στην αναπηρία του, είναι αρχικά να ψάχνει εναλλακτικούς τρόπους να αντιμετωπίσει τη νέα κατάσταση που φέρει. Έτσι, τα άτομα που βιώνουν μια κατάσταση αναπηρίας, προσαρμόζονται ψυχολογικά, αλλάζοντας τους στόχους και τις προτεραιότητες στη ζωή τους. Βρίσκουν δηλαδή σκοπό και νόημα σε άλλες πτυχές της ζωής και επαναπροσδιορίζουν τους εαυτούς τους και αποδέχονται τη νέα τους ταυτότητα (Ubel et al., 2005).

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

Αντίθετα, όταν ένας άνθρωπος δεν κατορθώσει να ενσωματώσει ένα αρνητικό γεγονός στη ζωή του ή αν αυτή η προσπάθειά του εμποδιστεί για διάφορους λόγους, με αποτέλεσμα να αναζητήσει ένα νέο νόημα στη ζωή του, είναι πολύ πιθανό το άτομο αυτό, αργά ή γρήγορα, να χάσει την ψυχολογική του ευεξία (Frankl, 1979). Η

απουσία προσπάθειας για μια ολοκληρωμένη προσωπικότητα, η οποία απορρέει από την απουσία νοήματος στη ζωή, φέρνει το άτομο αντιμέτωπο με μια κατάσταση γνωστή ως «υπαρξιακό κενό» (existential vacuum) (Ψαρρά, & Κλεφτάρας στο Κλεφτάρας, & Καΐλα, 2009).

Άτομα που αντιμετωπίζουν μια νέα κατάσταση, απειλούνται από μια πραγματικότητα που τους αγχώνει και συχνά οδηγούνται σε μια ψυχοκοινωνική κρίση της ζωής τους, λόγω των μεγάλων αλλαγών που παρουσιάζουν σωματικά, ψυχολογικά, κοινωνικοοικονομικά και επαγγελματικά (Livneh & Antonak, 1997· Moos & Schaefer, 1984).

Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή ενός ατόμου σε μια κατάσταση αναπηρίας απαιτεί χρόνο και εξαρτάται από υποκειμενικές αλλά και από κοινωνικές παραμέτρους. Επίσης, η ψυχοκοινωνική προσαρμογή διαφέρει από άτομο σε άτομο και περνάει από διαφορετικά στάδια μέχρι να επέλθει η αποδοχή και τέλος η προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας. Οι Livneh & Antonak (1997) ορίζουν την ψυχοκοινωνική προσαρμογή σε χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες ως την τελική φάση μιας διαδικασίας προσαρμογής κατά την οποία το άτομο επιτυγχάνει μια κατάσταση επανένταξης, θετικής προσπάθειας επίτευξης των στόχων της ζωής, αυτοεκτίμησης και επιδεικνύοντας θετικές στάσεις προς τον εαυτό του, τους άλλους αλλά και την αναπηρία που φέρει.

Οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι άτομα με επίκτητες σωματικές αναπηρίες, που προσαρμόζονται με μεγαλύτερη επιτυχία στις αναπηρίες τους είναι με τη σειρά τους και πιο σωματικά και ψυχολογικά υγιείς (Livneh, Lott, & Antonak, 2004· Snead & Davis, 2002). Επομένως, στην παραπάνω έρευνα φαίνεται να συνδέεται το ψυχολογικό ευ ζην με την προσαρμογή στην αναπηρία. Αντίθετα, άλλες έρευνες επισημαίνουν πως η δυσκολία ενός ατόμου να προσαρμοστεί σε μια κατάσταση αναπηρίας ευθύνεται για την ύπαρξη ψυχοπαθολογικών προβλημάτων και για το χαμηλό ψυχολογικό τους ευ ζην γενικότερα (Turner, Lloyd & Taylor, 2006· Livneh et al., 2004· Garofalo, 2000).

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

Στην πραγματικότητα, ένα άτομο με αναπηρία μπορεί να φτάσει σε υψηλό ψυχολογικό ευ ζην με τη σταδιακή υποτίμηση όλων των αξιών που έχουν χαθεί ή

απειλούνται από την παρουσία της αναπηρίας στη ζωή του και ακόμη με την εξεύρεση νέων ή αναπροσαρμοσμένων ενδιαφερόντων, τα οποία ασφαλώς δεν πρέπει να έρχονται σε σύγκρουση με αυτή την κατάσταση της αναπηρίας του (Persson, & Ryden, 2006). Το νόημα ενός ατόμου με αναπηρία προκύπτει ουσιαστικά από την αυτό-αποδοχή του στη ζωή, πιστεύοντας στις ατομικές του δυνάμεις για αλλαγή της κατάστασής του. Το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία διαμορφώνεται και εξαρτάται από το αν το άτομο καταφέρει να περιορίσει τις επιπτώσεις της δυσλειτουργίας του και μετατρέψει τις συγκριτικές αξίες σε προσόντα (Kim, & Kang, 2003).

Η παρουσία μιας κατάστασης αναπηρίας, είτε αυτή είναι επίκτητη είτε εκ γενετής, προκαλεί πολλές αλλαγές στη ζωή του ατόμου, και ταυτόχρονα έχει συνέπειες στη ψυχοσύνθεση και σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του. Η επιθετικότητα και η εσωστρέφεια είναι δύο πιθανά επακόλουθα που χαρακτηρίζουν άτομα που δεν έχουν προσαρμοστεί στην κατάσταση αναπηρίας που βιώνουν (Stevelink, Malcolm & Fear, 2015).

Η οπτική αναπηρία και η ψυχολογική κατάσταση των ατόμων συνδέονται με τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη είναι μία ψυχολογική διαταραχή, που επιδρά αρνητικά στο ευ ζην και στην λειτουργικότητα των ατόμων και αυξάνει τη θνησιμότητα (Jongenelis et al., 2004). Οι ψυχολογικές συνέπειες λόγω μια οπτικής απώλειας αναφέρονται στην έλλειψη της αυτοκυριαρχίας και του προσωπικού ελέγχου. Το άτομο κυριεύεται από έντονη ανησυχία λόγω ανασφάλειας και φόβου, και διακατέχεται από χαμηλή αυτοπεποίθηση. Ως προς τον κοινωνικό τομέα, γίνεται εμφανές το αίσθημα της μοναξιάς και η κοινωνική απομόνωση (Moore, Constantino, & Allen, 2000).

Συχνά, τα άτομα που βιώνουν κάποια κατάσταση αναπηρίας, θρηνούν για την απώλεια τους, την οποία συσχετίζουν με διάφορους περιορισμούς στον εργασιακό χώρο, στις καθημερινές τους δραστηριότητες και σε ένα ευρύτερο πλαίσιο με την απώλεια της αυτονομίας τους. Τα παραπάνω προκύπτουν λόγω της αναπηρίας τους και συχνά τα άτομα αυτά αρνούνται να συμβιβαστούν και να προσαρμοστούν με αυτή παρουσιάζουν χαμηλό ψυχολογικό ευ ζην (Stevelink, Malcolm & Fear, 2015).

Στην έρευνα των Pakenham & Cox (2009) συμμετείχαν 388 άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας και από την ανάλυση των ευρημάτων βρέθηκε ότι η απόδοση νοήματος στην χρόνια ασθένεια τους από τους συμμετέχοντες φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά το βαθμό προσαρμογής τους στην κατάσταση αναπηρίας τους.

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

Στην έρευνα των Unwin, Kacpersek & Clarke (2009) διερευνήθηκε αν η διαδικασία της ψυχολογικής προσαρμογής στο γεγονός του ακρωτηριασμού επηρεάζεται από δημογραφικούς παράγοντες αλλά και από σχετικές με την αναπηρία μεταβλητές. Στην έρευνα συμμετείχαν 99 άτομα με ακρωτηριασμό των κάτω άκρων. Από την ανάλυση των ευρημάτων διαπιστώθηκε ότι, η κοινωνική στήριξη αλλά και η πίστη και ελπίδα κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης επηρεάζουν σημαντικά την ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία του, ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντικά στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στη διαδικασία της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στο γεγονός του ακρωτηριασμού με τις δημογραφικές μεταβλητές (φύλο, ηλικία) αλλά και με εκείνες τις μεταβλητές που σχετίζονται με την αναπηρία (είδος, διάστημα).

Οι Linely & Joseph (2005) παρατήρησαν ότι τα επίπεδα της κατάθλιψης και της κακής ψυχολογικής ευημερίας σε άτομα με προβλήματα όρασης είναι τουλάχιστον δύο φορές υψηλότερα από αυτά που βρέθηκαν σε φυσιολογικούς πληθυσμούς. Η κοινωνική προσαρμογή στην απώλεια όρασης συνεπάγεται δυσκολίες στην κοινωνική λειτουργία, αλλαγές στην κοινωνική υποστήριξη και πολλές φορές μοναξιά.

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

Επίσης, παρότι το μεγαλύτερο διάστημα της αναπηρίας συνήθως συνδέεται με καλύτερη προσαρμογή (Alfano et al., 1993· Krause & Davis, 1992), θεωρείται ότι η

προέλευση της αναπηρίας είναι πιο ισχυρός προβλεπτικός δείκτης της ψυχολογικής ευημερίας με την έννοια ότι άτομα με εγγενείς αναπηρίες έχουν διαμορφώσει από πολύ νωρίς την ταυτότητα της αναπηρίας (Smart, 2008).

Από την άλλη, έρευνα σε πληθυσμό 226 ατόμων με εκ γενετής και επίκτητη κινητική αναπηρία μελέτησε την υπόθεση ότι η προέλευση της αναπηρίας αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη της αυτοαντίληψης, η οποία επιδρά στη διαμόρφωση του ψυχολογικού ευ ζην και του βαθμού ικανοποίησης από τη ζωή. Η ίδια έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η αυτοεκτίμηση, η ταυτότητα της αναπηρίας, η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας και το εισόδημα αποτελούν σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες της ικανοποίησης από τη ζωή και ότι η εκ γενετής αναπηρία συνδέεται με υψηλότερο ψυχολογικό ευ ζην, εύρημα που έρχεται σε συμφωνία με την έρευνα της Smart (2008) (Bogart, 2014).

Μελέτες δείχνουν ότι το φύλο έχει σημαντική επίδραση στην ανθεκτικότητα του ατόμου και την αυτοεκτίμησή του. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι άνδρες έχουν πιο αυξημένο επίπεδο ανθεκτικότητας και αυτοπεποίθησης από ό, τι οι γυναίκες (Heady & Wearing, 2005). Ακόμα, νεαροί σε ηλικία άνδρες φαίνεται να έχουν περισσότερο ανεπτυγμένες προσαρμοστικές στρατηγικές που εστιάζουν στην καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων σε σχέση με τις γυναίκες (Heady & Wearing, 2005· Luthar, 2003· Werner, 2001).

Σε άλλη μελέτη, βρέθηκε ότι τα παντρεμένα άτομα αντιμετωπίζουν καταστάσεις ζωής και τους καθημερινούς στρεσογόνους παράγοντες πολύ καλύτερα από τους ανύπαντρους (Riulli et al., 2002). Και άλλοι ερευνητές, διαπίστωσαν ότι και το μορφωτικό επίπεδο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του ψυχολογικού ευ ζην, με αυτούς που έχουν υψηλό επίπεδο μόρφωσης να παρουσιάζουν και ανεπτυγμένο ψυχολογικό ευ ζην (Johanson & Wiechalt, 2004).

Σε έρευνα των Mehnert, Krauss, Nadler, & Boyd (1990), συμμετείχαν 675 εργαζόμενα άτομα με αναπηρία στην Αμερική. Τα αποτελέσματα από αυτή τη μελέτη δείχνουν ότι τα άτομα ηλικίας μεταξύ 45 και 54 ετών αναφέρουν τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή και ψυχολογικής ευημερίας. Όσοι ήταν άτομα με αναπηρίες πριν από την ηλικία των 20 ετών εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε σύγκριση με όσους έχουν αναπηρία αργότερα στη ζωή. Επομένως, το ψυχολογικό ευ ζην επηρεάζεται από την ηλικία που απέκτησε κανείς την αναπηρία του. Εκείνοι που παρουσιάζουν εγγενείς αναπηρίες είναι πιο πιθανό να είναι πολύ

ευτυχείς σε σύγκριση με εκείνους που απέκτησαν την αναπηρία τους αργότερα στη ζωή τους.

Όσον αφορά τον τύπο της αναπηρίας, διαπιστώνεται ότι τα άτομα με αισθητηριακές διαταραχές αναφέρουν την υψηλότερη ικανοποίηση έναντι αυτών που φέρουν διανοητικές αναπηρίες και σωματικές ή άλλες σοβαρές διαταραχές της υγείας. Η ικανοποίηση από την ζωή διαπιστώνεται ότι σχετίζεται αρνητικά με τη σοβαρότητα της αναπηρίας. Η ίδια μελέτη συγκρίνει επίσης την ικανοποίηση της ζωής μεταξύ των ατόμων με αναπηρία και εκείνων χωρίς αναπηρία, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η πρώτη ομάδα παρουσιάζει σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση σε σύγκριση με την τελευταία. Αναφορικά με τον χρόνο απόκτησης της αναπηρίας, ενώ οι Mehnert et al. (1990) βρίσκουν ότι τα άτομα που απέκτησαν δυσλειτουργίες σε νεαρή ηλικία είναι περισσότερο ικανοποιημένα με τη ζωή τους, το αποτέλεσμα αυτό δεν επιβεβαιώνεται από τους Crisp (1992), τους Fuhrer et al. (1992), και τους Ville, Ravaud & Tetrafigap Group (2001).

Επίσης, σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση, η έρευνα των Mehnert et al. (1990) επιβεβαιώνει πως η ανεργία μειώνει την ευτυχία και κατ' επέκταση το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων. Το αποτέλεσμα αυτό είναι σύμφωνο με τις μελέτες για τα άτομα με αναπηρίες (McColl, Stirling, Walker, Corey, & Wilkins, 1999· Mehnert et al., 1990) αλλά και για τον γενικό πληθυσμό (Blanchflower & Oswald 2004· Winkelmann & Winkelmann 1998).

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση και το ψυχολογικό ευ ζην, η ίδια έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα πως οι χωρισμένοι είναι λιγότερο ευτυχισμένοι σε σύγκριση με αυτούς που είναι σε σχέση (Mehnert et al., 1990). Οι Ville et al. (2001) διεξάγουν μια πιο λεπτομερή ανάλυση που εξετάζει την οικογενειακή κατάσταση κατά τη διάρκεια και μετά την αναπηρία. Βρίσκουν ότι εκείνοι που βρίσκονταν σε σχέση τη στιγμή που εμφανίστηκε η αναπηρία τους έχουν τη μεγαλύτερη αίσθηση ευημερίας, ακολουθούν τα άτομα ζούσαν μόνα τους πριν και μετά την αναπηρία και ύστερα τα άτομα των οποίων ο σύζυγος έχει πεθάνει, δηλαδή βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας. Επιπλέον, τα άτομα των οποίων οι σχέσεις τους σχηματίστηκαν πριν από την αναπηρία και εκείνα που χώρισαν μετά την εμφάνιση της αναπηρίας έδωσαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες ευημερίας.

Ως τον ρόλο που διαδραματίζει η θρησκεία στα άτομα με αναπηρία, φάνηκε πως όσοι είχαν βαθιά πίστη και συμμετέχουν σε θρησκευτικές τελετές, βρίσκονται πιο ευτυχισμένοι και σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην σε

σύγκριση με εκείνους που δεν το κάνουν. Για τον γενικό πληθυσμό, οι Blanchflower & Oswald (2004) αναφέρουν παρόμοιο αποτέλεσμα.

Τέλος, οι Mehnert et al. (1990) βρήκαν πως εκείνοι με χρόνιες ασθένειες, οπτική, ακουστική και διανοητική αναπηρία είναι πιθανότερο να είναι πιο ευτυχισμένοι σε σύγκριση με εκείνους που η αναπηρίας τους προκαλεί προβλήματα στην ευκινησία τους όπως μια κινητική αναπηρία για παράδειγμα.

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

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

λειτουργία και την ποιότητα ζωής. Δεν υπήρξε καμία ένδειξη για την μείωση της κοινωνικής στήριξης, ενώ τα αποτελέσματα για την εμφάνιση κατάθλιψης ήταν ανάμεικτα.

Στην ίδια κατεύθυνση, ο Kef (2002) μελέτησε την ψυχοκοινωνική προσαρμογή και τη σημασία της κοινωνικής στήριξης των ολλανδών νέων (ηλικίας 14 έως 24 ετών) με προβλήματα όρασης. Η έρευνα του αποκάλυψε ότι η πλειοψηφία των νέων αυτών είχαν υψηλή αυτοεκτίμηση, ήταν γενικά χαρούμενοι, δεν αισθάνονταν μοναξιά και ότι οι περισσότεροι είχαν αποδεχθεί τις συνέπειες της αναπηρίας τους. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των τυφλών και των ατόμων με χαμηλή όραση (τόσο βαριά όσο και ελαφρά), παρόλο που οι βαθμολογίες για τα άτομα με σοβαρά προβλήματα όρασης έτειναν να είναι πιο αρνητικές. Ενδιαφέρον παρουσίασε ότι δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων αυτών και των βλέπόντων. Οι βλέποντες νέοι έτειναν να έχουν μεγαλύτερο δίκτυο οικογένειας και φίλων, αν και τα άτομα που ήταν τυφλοί ή είχαν χαμηλή όραση ήταν ικανοποιημένοι και πίστευαν ότι λάμβαναν αρκετή υποστήριξη από τους γονείς και τους συνομήλικούς τους.

Κεφάλαιο 5: Εμπειρική μελέτη

5.1 Εισαγωγή

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

5.2 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία και συγκεκριμένα ατόμων με οπτική, ακουστική, κινητική αναπηρία ή χρόνιες ασθένειες, σε συνάρτηση με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή τους στην αναπηρία.

Ειδικότερα, βασικοί στόχοι της παρούσας μελέτης είναι:

- ✓ Η διερεύνηση του ψυχολογικού ευ ζην και των διαστάσεων του, της προσαρμογής στην αναπηρία και των παραμέτρων της σε σχέση με το είδος αναπηρίας των ατόμων του δείγματος.
- ✓ Η διερεύνηση της επίδρασης της προσαρμογής στην αναπηρία και των παραμέτρων της, καθώς και συγκεκριμένων ατομικών στοιχείων (προέλευση αναπηρίας, διάστημα αναπηρίας, ύπαρξη πόνου, ύπαρξη χόμπι κλπ.) στο ψυχολογικό ευ ζην και στις διαστάσεις του για τα άτομα με αναπηρία του δείγματος.

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

1. Διαφοροποιείται η προσαρμογή στην αναπηρία (περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας, μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα,

- διεύρυνση του πεδίου αξιών, υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης, συνολική προσαρμογή) μεταξύ των ομάδων με αναπηρία του δείγματος;
2. Ποια είναι η επίδραση συγκεκριμένων ατομικών στοιχείων (προέλευση αναπηρίας, διάστημα αναπηρίας, ύπαρξη πόνου, ύπαρξη χόμπι κλπ.) στην προσαρμογή στην αναπηρία (περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας, μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, διεύρυνση του πεδίου αξιών, υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης, συνολική προσαρμογή) των ατόμων με αναπηρία του δείγματος;
 3. Ποια είναι η επίδραση συγκεκριμένων ατομικών στοιχείων (προέλευση αναπηρίας, διάστημα αναπηρίας, ύπαρξη πόνου, ύπαρξη χόμπι κλπ.) στο ψυχολογικό ευ ζην (αυτονομία, κυριαρχία στο περιβάλλον, προσωπική ανάπτυξη, θετικές σχέσεις με άλλους, σκοπός στη ζωή και αποδοχή του εαυτού, συνολικό ψυχολογικό ευ ζην) των ατόμων με αναπηρία του δείγματος;
 4. Διαφοροποιείται το ψυχολογικό ευ ζην (αυτονομία, κυριαρχία στο περιβάλλον, προσωπική ανάπτυξη, θετικές σχέσεις με άλλους, σκοπός στη ζωή και αποδοχή του εαυτού, συνολικό ψυχολογικό ευ ζην) μεταξύ των ομάδων με αναπηρία του δείγματος;
 5. Ποια είναι η σχέση της προσαρμογής στην αναπηρία (περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας, μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, διεύρυνση του πεδίου αξιών, υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης, συνολική προσαρμογή) με το ψυχολογικό ευ ζην (αυτονομία, κυριαρχία στο περιβάλλον, προσωπική ανάπτυξη, θετικές σχέσεις με άλλους, σκοπός στη ζωή και αποδοχή του εαυτού, συνολικό ψυχολογικό ευ ζην) των ατόμων με αναπηρία του δείγματος;

5.3 Δείγμα

Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος 207 άτομα με αναπηρία εκ των οποίων 33 ήταν άτομα με οπτική αναπηρία, 32 με ακουστική αναπηρία, 36 με κινητική αναπηρία, 106 με χρόνιες ασθένειες (αναλυτικά: 30 με μεσογειακή αναιμία, 32 με σακχαρώδη διαβήτη και 44 με σκλήρυνση κατά πλάκας).

Η δομή του δείγματος ως προς τα ατομικά τους χαρακτηριστικά, όπως φαίνεται και αναλυτικά στο Παράρτημα II (σελ. 142), περιλαμβάνει το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, την εργασιακή κατάσταση, το μηνιαίο εισόδημα, τη σχέση εσόδων - εξόδων, την περιοχή διαβίωσης, τη μορφή διαβίωσης, το είδος της αναπηρίας, την προέλευση της αναπηρίας, το διάστημα της αναπηρίας, την ύπαρξη δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου (χόμπι), την ύπαρξη πόνου, καθώς και τον ρόλο της θρησκευτικότητας στη ζωή των ατόμων του δείγματος.

Ως προς το *φύλο* των συμμετεχόντων, από τα 207 άτομα που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο, οι 95 είναι άντρες με ποσοστό 45,9% και οι 112 είναι γυναίκες με ποσοστό 54,1%. Συγκεκριμένα, παρουσιάστηκαν με οπτική αναπηρία 20 άνδρες (ποσοστό 60.6%) και 13 γυναίκες (ποσοστό 39.4%), με ακουστική αναπηρία 19 άνδρες (ποσοστό 59.4%) και 13 γυναίκες (ποσοστό 40.6%), με κινητική αναπηρία 19 άνδρες (ποσοστό 52.8%) και 17 γυναίκες (ποσοστό 47.2%), με μεσογειακή αναιμία 8 άνδρες (ποσοστό 26.7%) και 22 γυναίκες (ποσοστό 73.3%), με διαβήτη 12 άνδρες (ποσοστό 37.5%) και 20 γυναίκες (ποσοστό 62.5%) και με σκλήρυνση κατά πλάκας 17 άνδρες (ποσοστό 38.6%) και 27 γυναίκες (ποσοστό 61,4%).

Ως προς την *ηλικία* του δείγματος, 29 άτομα ανήκουν στην ηλικία των 18-25 με ποσοστό 14%, 53 άτομα είναι 26-35 χρονών με ποσοστό 25,6%, 58 άτομα είναι 36-45 χρονών με ποσοστό 28%, 51 άτομα βρίσκονται στην ηλικία των 46-55 με ποσοστό 24,6% και 16 άτομα στην ηλικία των 56 και άνω με ποσοστό 7,7%. Η ηλικία των συμμετεχόντων με οπτική αναπηρία κατηγοριοποιήθηκε ως εξής, 27.3% παρουσιάζουν τα άτομα ηλικίας 18-25, 6.1% τα άτομα ηλικίας 26-35, 27.3% για τα άτομα ηλικίας 36-45, 18.2% για τα άτομα ηλικίας 46-55 και ποσοστό 21.2% για τα άτομα ηλικίας από 56 και πάνω. Ως προς την ακουστική αναπηρία με ποσοστό 12.5% παρουσιάζονται τα άτομα ηλικίας 18-25, με ποσοστό 50.0% τα άτομα ηλικίας 26-35, με ποσοστό 18.8% για τα άτομα ηλικίας 36-45, με ποσοστό 9.4% για τα άτομα

ηλικίας 46-55 και με ποσοστό 9.4% για τα άτομα ηλικίας από 56 και πάνω. Στη συνέχεια, για την κινητική αναπηρία, ποσοστό 33.3% παρουσίασαν τα άτομα ηλικίας 18-25, ποσοστό 19.4% τα άτομα ηλικίας 26-35, ποσοστό 25.0% για τα άτομα ηλικίας 36-45, ποσοστό 16.7% για τα άτομα ηλικίας 46-55 και ποσοστό 5.6% για τα άτομα ηλικίας από 56 και πάνω. Μεσογειακή αναιμία είχαν 2 άτομα ηλικίας 18-25 με ποσοστό 6.7%, 4 άτομα ηλικίας 26-35 με ποσοστό 13.3%, 6 άτομα ηλικίας 36-45 με ποσοστό 20.0%, 16 άτομα ηλικίας 46-55 με ποσοστό 53.3% και 2 άτομα ηλικίας από 56 και πάνω με ποσοστό 6.7%. Σακχαρώδη διαβήτη είχαν 2 άτομα ηλικίας 18-25 με ποσοστό 6.3%, 10 άτομα ηλικίας 26-35 με ποσοστό 31.3%, 12 άτομα ηλικίας 36-45 με ποσοστό 37.5%, 8 άτομα ηλικίας 46-55 με ποσοστό 25.0% και κανέναν ηλικίας από 56 και πάνω. Σκλήρυνση κατά πλάκας σημείωσαν με ποσοστό 31.8% τα άτομα ηλικίας 26-35, με ποσοστό 36.4% για τα άτομα ηλικίας 36-45, με ποσοστό 27.3% για τα άτομα ηλικίας 46-55 και με ποσοστό 4.5% για τα άτομα ηλικίας από 56 και πάνω.

Ως προς την *οικογενειακή κατάσταση* του δείγματος, 110 άτομα απάντησαν ότι είναι άγαμα με ποσοστό 53,1%, 77 άτομα ότι είναι έγγαμα ή σε σχέση με ποσοστό 37,2%, 17 άτομα διαζευγμένα με ποσοστό 8,2% και 3 βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας με ποσοστό 1,4%. Πιο συγκεκριμένα, προς την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων παρουσιάστηκαν με οπτική αναπηρία 21 άγαμοι/ες (ποσοστό 63.6%), 10 έγγαμοι/ες ή σε σχέση (ποσοστό 30.3%), ένας/μία διαζευγμένος/η (ποσοστό 3.0%) και ένας/μία χήρος/α (ποσοστό 3.0%). Με ακουστική αναπηρία οι άγαμοι/ες ήταν σε ποσοστό 81.3%, 6 διαζευγμένοι/ες (ποσοστό 18.8%) και κανέναν έγγαμος, σε σχέση ή χήρος. Με κινητική αναπηρία ήταν 27 άγαμοι/ες (ποσοστό 75.0%), 8 έγγαμοι/ες ή σε σχέση (ποσοστό 22.2%), ένας/μία διαζευγμένος/η (ποσοστό 2.8%) και κανέναν/καμία χήρος/α. Μεσογειακή αναιμία 14 άγαμοι/ες (ποσοστό 46.7%), 12 έγγαμοι/ες ή σε σχέση (ποσοστό 40.0%), 4 διαζευγμένοι/ες (ποσοστό 13.3%) και κανέναν/καμία χήρος/α. Διαβήτη είχαν 6 άγαμοι/ες (ποσοστό 18.8%), 22 έγγαμοι/ες ή σε σχέση (ποσοστό 68.8%), 2 διαζευγμένοι/ες (ποσοστό 6.3%) και 2 χήροι/ες (ποσοστό 6.3%). Τέλος, σκλήρυνση κατά πλάκας είχαν 16 άγαμοι/ες (ποσοστό 36.4%), 25 έγγαμοι/ες ή σε σχέση (ποσοστό 56.8%), 3 διαζευγμένοι/ες (ποσοστό 6.8%) και κανέναν/καμία χήρος/α.

Ως προς το *μορφωτικό επίπεδο* των ατόμων του δείγματος, 14 άτομα έχουν ολοκληρώσει το Δημοτικό/Γυμνάσιο με ποσοστό 6,8%, 58 άτομα το Λύκειο με ποσοστό 28%, 101 άτομα το ΑΕ/ΤΕΙ με ποσοστό 48,8%, 24 άτομα το Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό με ποσοστό 11,6% και 10 άτομα την Τεχνική

Επαγγελματική Σχολή με ποσοστό 4,8%. Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων με αναπηρία, παρουσιάστηκαν με οπτική αναπηρία 9 άτομα που έχουν ολοκληρώσει το Δημοτικό/Γυμνάσιο (ποσοστό 27.3%), 13 άτομα που έχουν ολοκληρώσει το Λύκειο (ποσοστό 39.4%), 8 άτομα το ΑΕΙ/ΤΕΙ (ποσοστό 24.2%), 3 άτομα έχουν Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό (ποσοστό 9.1%) και κανένας από Τεχνική Επαγγελματική Σχολή. Τα άτομα με ακουστική αναπηρία σε ποσοστό 18.8% ήταν οι απόφοιτοι Λυκείου, ποσοστό 62.5% οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και ποσοστό 18.8% από την Τεχνική Επαγγελματική Σχολή, ενώ δεν υπήρξε κάποιο άτομο με ακουστική αναπηρία που να είναι απόφοιτος μόνο Δημοτικού/Γυμνασίου ή να είναι κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού. Με κινητική αναπηρία σε ποσοστό 5.6% ήταν οι απόφοιτοι Δημοτικού/Γυμνασίου, σε ποσοστό 25.0% ήταν οι απόφοιτοι Λυκείου, ποσοστό 66.7% οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και ποσοστό 2.8% οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού, ενώ δεν υπήρξε κάποιο άτομο με κινητική αναπηρία που να είναι από Τεχνική Επαγγελματική Σχολή. Με μεσογειακή αναιμία παρουσιάστηκαν 5 άτομα που έχουν ολοκληρώσει το Λύκειο (ποσοστό 16.7%), 16 άτομα που έχουν ολοκληρώσει το ΑΕΙ/ΤΕΙ (ποσοστό 53.3%), 9 άτομα έχουν Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό (ποσοστό 30.0%) και κανένας από Τεχνική Επαγγελματική Σχολή ή Δημοτικού/Γυμνασίου. Με σακχαρώδη διαβήτη βρέθηκαν 3 άτομα που έχουν ολοκληρώσει μόνο το Δημοτικό/Γυμνάσιο (ποσοστό 9.4%), 13 άτομα που έχουν ολοκληρώσει το Λύκειο (ποσοστό 40.6%), 9 άτομα με πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ (ποσοστό 28.1%), 6 άτομα έχουν Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό (ποσοστό 18.8%) και υπήρξε και ένας από Τεχνική Επαγγελματική Σχολή (ποσοστό 3.1%). Για τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας σημειώθηκαν 12 άτομα που έχουν ολοκληρώσει το Λύκειο (ποσοστό 27.3%), 24 άτομα με πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ (ποσοστό 54.5%), 5 άτομα που έχουν Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό (ποσοστό 11.4%) και 3 άτομα που προέρχονται από Τεχνική Επαγγελματική Σχολή (ποσοστό 6.8%), ενώ δεν υπήρξε κάποιο άτομο με σκλήρυνση κατά πλάκας που να είναι μόνο απόφοιτος Δημοτικού/Γυμνασίου.

Ως προς την *εργασιακή κατάσταση* του δείγματος, 94 άτομα απάντησαν θετικά με ποσοστό 45,4% και 113 άτομα αρνητικά με ποσοστό 54,6%. Συγκεκριμένα, παρουσιάστηκαν με οπτική αναπηρία 14 άτομα που εργάζονται (ποσοστό 42.4%) και 19 που δεν εργάζονται (ποσοστό 57.4%). Με ακουστική αναπηρία σημειώθηκαν 24 άτομα που εργάζονται (ποσοστό 75.0%) και 8 που δεν εργάζονται (ποσοστό 25.0%). Με κινητική αναπηρία βρέθηκαν 10 άτομα που εργάζονται (ποσοστό 27.8%) και 26

που δεν εργάζονται (ποσοστό 72.2%). Με μεσογειακή αναιμία συμμετείχαν 26 άτομα που εργάζονται (ποσοστό 86.7%) και 4 που δεν εργάζονται (ποσοστό 13.3%). Με σακχαρώδη διαβήτη υπήρξαν μόνο άτομα που δεν εργάζονται (ποσοστό 100.0%) και κανένας που να εργάζεται. Τέλος, με σκλήρυνση κατά πλάκας ήταν 20 άτομα που εργάζονται (ποσοστό 45.5%) και 24 που δεν εργάζονται (ποσοστό 54.5%).

Ως προς το μηνιαίο εισόδημα του δείγματος, 52 άτομα απάντησαν ότι έχουν μηδενικό εισόδημα με ποσοστό 25,1%, 64 άτομα ότι έχουν μέχρι 800€ με ποσοστό 30,9%, 71 άτομα 801-1500€, με ποσοστό 34,3%, 13 άτομα 1501-2200€ με ποσοστό 6,3%, 2 άτομα 2201-3000€ με ποσοστό 1% και 5 άτομα άνω των 3000€ με ποσοστό 2,4%. Συγκεκριμένα, συμμετείχαν άτομα με οπτική αναπηρία με ποσοστό 45.5% με μηδενικό εισόδημα, με ποσοστό 33.3% τα άτομα με εισόδημα μέχρι 800€, με ποσοστό 18.2% για τα άτομα με εισόδημα μεταξύ 801-1500€, με ποσοστό 3.0% για τα άτομα με εισόδημα 1501-2200€ και κανένας με εισόδημα άνω των 2201€. Με ακουστική αναπηρία με ποσοστό 31.3% παρουσιάζονται τα άτομα με μηδενικό εισόδημα, με ποσοστό 12.5% τα άτομα με εισόδημα μέχρι 800€, με ποσοστό 56.3% για τα άτομα με εισόδημα μεταξύ 801-1500€ και κανένας με εισόδημα άνω των 1501€. Με κινητική αναπηρία με ποσοστό 27.8% παρουσιάζονται τα άτομα με μηδενικό εισόδημα, με ποσοστό 33.3% τα άτομα με εισόδημα μέχρι 800€, με ποσοστό 27.8% για τα άτομα με εισόδημα μεταξύ 801-1500€, με ποσοστό 5.6% για τα άτομα με εισόδημα 1501-2200€ και 2201-3000€ αντίστοιχα, ενώ δεν υπήρξε κανένας με κινητική αναπηρία και εισόδημα άνω των 3000€. Τα άτομα με μεσογειακή αναιμία και μηνιαίο εισόδημα μέχρι 800€ είναι 6 (ποσοστό 20.0%) και 24 άτομα μεταξύ 801-1500€ (ποσοστό 80.0%). Στις υπόλοιπες κατηγορίες του μηνιαίου εισοδήματος δεν παρουσιάστηκε κάποιο άτομο με μεσογειακή αναιμία. Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη με ποσοστό 31.3% παρουσιάζονται με μηδενικό εισόδημα, με ποσοστό 43.8% τα άτομα με εισόδημα μέχρι 800€, με ποσοστό 18.8% τα άτομα με εισόδημα μεταξύ 1501-2200€ και με ποσοστό 6.3% τα άτομα με εισόδημα άνω των 3000€. Άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, με ποσοστό 15.9% παρουσιάζουν μηδενικό εισόδημα, με ποσοστό 38.6% τα άτομα με εισόδημα μέχρι 800€, με ποσοστό 29.5% τα άτομα με εισόδημα μεταξύ 801-1500€, με ποσοστό 9.1% τα άτομα με εισόδημα μεταξύ 1501-2200€ και κανένας με εισόδημα μεταξύ των 2001-3000€ ενώ βρέθηκαν με ποσοστό 6.8% τα άτομα με εισόδημα άνω των 3000€.

Ως προς τη σχέση εισοδήματος – εξόδων του δείγματος, 97 άτομα απάντησαν ότι τα έξοδά τους είναι περισσότερα από το εισόδημα με ποσοστό 46,9%, 63 άτομα

ότι τα έξοδά τους είναι ίδια με το εισόδημά τους με ποσοστό 30,4% και 47 άτομα ότι τα έξοδα τους είναι λιγότερα από το εισόδημά τους με ποσοστό 22,7%. Συγκεκριμένα, παρατηρείται πως τα άτομα με οπτική αναπηρία που έχουν περισσότερα έξοδα από το εισόδημα τους είναι 17 (ποσοστό 51.5%), όσοι έχουν τα ίδια έξοδα με το εισόδημά τους είναι 11 (ποσοστό 33.3%) και μόλις 5 άτομα έχουν λιγότερα έξοδα από το εισόδημά τους (ποσοστό 15.2%). Τα άτομα με ακουστική αναπηρία που κάνουν περισσότερα έξοδα από το εισόδημα τους είναι 13 (ποσοστό 40.6%), όσοι έχουν τα ίδια έξοδα με το εισόδημά τους είναι 10 (ποσοστό 31.3%) και μόλις 9 άτομα έχουν λιγότερα έξοδα από το εισόδημά τους (ποσοστό 28.1%). Τα άτομα με κινητική αναπηρία που κάνουν περισσότερα έξοδα από το εισόδημα τους είναι 14 (ποσοστό 38.9%), όσοι έχουν τα ίδια έξοδα με το εισόδημά τους είναι 10 (ποσοστό 27.8%) και 12 άτομα έχουν λιγότερα έξοδα από το εισόδημά τους (ποσοστό 33.3%). Τα άτομα με μεσογειακή αναιμία που κάνουν περισσότερα έξοδα από το εισόδημα τους είναι 18 (ποσοστό 60.0%), όσοι έχουν τα ίδια έξοδα με το εισόδημά τους είναι 12 (ποσοστό 40.0%) και κανένας που να έχει λιγότερα έξοδα από το εισόδημά του. Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη που κάνουν περισσότερα έξοδα από το εισόδημα τους είναι 13 (ποσοστό 40.6%), όσοι έχουν τα ίδια έξοδα με το εισόδημά τους είναι 9 (ποσοστό 28.1%) και 10 άτομα κάνουν λιγότερα έξοδα από το εισόδημά τους (ποσοστό 31.3%). Τέλος, τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας που κάνουν περισσότερα έξοδα από το εισόδημα τους είναι 22 (ποσοστό 50.0%), όσοι έχουν τα ίδια έξοδα με το εισόδημά τους είναι 11 (ποσοστό 25.0%) και 11 άτομα κάνουν λιγότερα έξοδα από το εισόδημά τους (ποσοστό 25.0%).

Ως προς την *περιοχή διαβίωσης* του δείγματος, 156 άτομα απάντησαν ότι ζουν σε αστική περιοχή με ποσοστό 75,4% και 51 άτομα ότι ζουν σε κωμόπολη/χωριό με ποσοστό 24,6%. Πιο αναλυτικά, από τα άτομα με οπτική αναπηρία παρουσιάστηκαν 24 άτομα (ποσοστό 72.7%) από αστική περιοχή και 9 (ποσοστό 27.3%) από κωμόπολη/χωριό. Με ακουστική αναπηρία παρουσιάστηκαν 26 άτομα (ποσοστό 81.3%) από αστική περιοχή και 6 (ποσοστό 18.8%) από κωμόπολη/χωριό. Κινητική αναπηρία παρουσιάστηκαν 23 άτομα (ποσοστό 63.9%) από αστική περιοχή και 13 (ποσοστό 36.1%) από κωμόπολη/χωριό. Μεσογειακή αναιμία παρουσιάστηκαν 20 άτομα (ποσοστό 66.7%) από αστική περιοχή και 10 (ποσοστό 33.3%) από κωμόπολη/χωριό. Διαβήτη παρουσιάστηκαν 32 άτομα (ποσοστό 100.0%) από αστική περιοχή και κανένας από κωμόπολη/χωριό. Σκλήρυνση κατά πλάκας

παρουσιάστηκαν 31 άτομα (ποσοστό 70.5%) από αστική περιοχή και 13 (ποσοστό 29.5%) από κωμόπολη/χωριό.

Αναφορικά με τη *μορφή διαβίωσης* του δείγματος, 73 άτομα απάντησαν ότι ζουν μόνοι τους με ποσοστό 35,3%, 119 άτομα ότι ζουν με συγγενείς με ποσοστό 57,5% και 15 άτομα ότι ζουν με φίλους με ποσοστό 7,2%. Πιο αναλυτικά, τα περισσότερα άτομα με οπτική αναπηρία ζουν με τους συγγενείς τους (ποσοστό 72.7%), ακολουθούν όσοι μένουν μόνοι τους (ποσοστό 21.2%) και όσοι μένουν με φίλους (ποσοστό 6.1%). Τα περισσότερα άτομα με ακουστική αναπηρία απάντησαν πως ζουν μόνοι τους (ποσοστό 59.4%), ακολούθησαν όσοι ζουν με συγγενείς τους (ποσοστό 21.9%) και όσοι ζουν με φίλους τους (ποσοστό 18.8%). Τα περισσότερα άτομα με κινητική αναπηρία ζουν με τους συγγενείς τους (ποσοστό 72.2%), ακολουθούν όσοι μένουν μόνοι τους (ποσοστό 22.2%) και όσοι μένουν με φίλους (ποσοστό 5.6%). Τα περισσότερα άτομα με μεσογειακή αναιμία απάντησαν πως ζουν μόνοι τους (ποσοστό 56.7%), ακολούθησαν όσοι ζουν με συγγενείς τους (ποσοστό 43.3%) και κανένας που να ζει με φίλους του. Τα περισσότερα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη ζουν με τους συγγενείς τους (ποσοστό 78.2%), ακολουθούν όσοι μένουν μόνοι τους (ποσοστό 15.6%) και όσοι μένουν με φίλους (ποσοστό 6.3%). Τέλος, τα περισσότερα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας ζουν με τους συγγενείς τους (ποσοστό 54.5%), ακολουθούν όσοι μένουν μόνοι τους (ποσοστό 38.6%) και όσοι μένουν με φίλους (ποσοστό 6.8%).

Ως προς το *είδος της αναπηρίας* του δείγματος, 33 άτομα απάντησαν ότι έχουν οπτική αναπηρία με ποσοστό 15,9%, 32 ακουστική αναπηρία με ποσοστό 15,5%, 36 κινητική αναπηρία με ποσοστό 17,4%, 30 μεσογειακή αναιμία με ποσοστό 14,5%, 32 σακχαρώδη διαβήτη με ποσοστό 15,5% και 44 σκλήρυνση κατά πλάκας με ποσοστό 21,3%.

Ως προς την *προέλευση της αναπηρίας* του δείγματος, 150 άτομα απάντησαν ότι έχουν επίκτητη αναπηρία με ποσοστό 72,5% και 57 άτομα ότι έχουν εκ γενετής με ποσοστό 27,5%. Συγκεκριμένα, τα περισσότερα άτομα που είχαν εκ γενετής αναπηρία παρουσιάστηκαν στην οπτική και ακουστική αναπηρία με ποσοστό 54.5% και 81.3% αντίστοιχα, ενώ επίκτητη είχαν 15 άτομα με οπτική αναπηρία (ποσοστό 45.5%) και 6 άτομα με ακουστική αναπηρία (ποσοστό 18.8%). Η πλειοψηφία των ατόμων με κινητική αναπηρία απάντησαν πως η αναπηρία τους είναι επίκτητη με ποσοστό 66.7% και οι υπόλοιποι απάντησαν πως είναι εκ γενετής με ποσοστό 33.3%. Τα άτομα με μεσογειακή αναιμία και σακχαρώδη διαβήτη απάντησαν στο σύνολό

τους πως το είδος της αναπηρίας τους ήταν επίκτητο. Τέλος, τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας απάντησαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (97.7%) πως ήταν επίκτητη και μόλις ένα άτομο (ποσοστό 2.3%) πως ήταν εκ γενετής.

Αναφορικά με το *διάστημα της αναπηρίας* του δείγματος, 48 άτομα απάντησαν ότι είχαν έως 5 έτη με ποσοστό 23,2%, 38 άτομα απάντησαν 6-10 έτη με ποσοστό 18,4%, 45 άτομα 11-20 έτη με ποσοστό 21,7% και 76 άτομα 21 έτη και άνω με ποσοστό 36,7%. Πιο αναλυτικά, τα άτομα με οπτική αναπηρία απάντησαν πως το διάστημα αναπηρίας τους ήταν 6-10 έτη με ποσοστό 15.2%, 11-20 έτη με ποσοστό 18.2% και παραπάνω από 21 έτη με ποσοστό 66.7%. Τα άτομα με ακουστική αναπηρία απάντησαν έως 5 έτη με ποσοστό 46.9%, 6-10 έτη με ποσοστό 3.1%, 11-20 έτη με ποσοστό 9.4% και παραπάνω από 21 έτη με ποσοστό 40.6%. Τα άτομα με κινητική αναπηρία απάντησαν έως 5 έτη με ποσοστό 5.6%, 6-10 έτη με ποσοστό 22.2%, 11-20 έτη με ποσοστό 16.7% και παραπάνω από 21 έτη με ποσοστό 55.6%. Το μισό δείγμα των ατόμων με μεσογειακή αναιμία απάντησε έως 5 έτη (ποσοστό 50.0%) και το υπόλοιπο από 6 μέχρι 10 έτη και 11 μέχρι 20 έτη με αντίστοιχα ποσοστά 46.7% και 3.3%. Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη που απάντησαν 11-20 έτη ήταν 19 με ποσοστό 59.4% και παραπάνω από 21 έτη ήταν 13 άτομα με ποσοστό 40.6%. Τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας απάντησαν έως 5 έτη με ποσοστό 36.4%, 6-10 έτη με ποσοστό 22.7%, 11-20 έτη με ποσοστό 22.7% και παραπάνω από 21 έτη με ποσοστό 18.2%.

Ως προς την *ενασχόληση με κάποιο χόμπι*, 48 άτομα απάντησαν ότι είχαν έως 5 έτη με ποσοστό 23,2%, 38 άτομα απάντησαν 6-10 έτη με ποσοστό 18,4%, 45 άτομα 11-20 έτη με ποσοστό 21,7% και 76 άτομα 21 έτη και άνω με ποσοστό 36,7%. Από τα άτομα με οπτική αναπηρία, 29 απάντησαν πως έχουν κάποιο χόμπι (ποσοστό 87.9%) και 4 πως δεν έχουν (ποσοστό 12.1%). Από τα άτομα με ακουστική αναπηρία, 22 απάντησαν πως έχουν κάποιο χόμπι (ποσοστό 68.8%) και 10 πως δεν έχουν (ποσοστό 31.3%). Σχετικά με την κινητική αναπηρία απάντησαν πως έχουν κάποιο χόμπι 34 άτομα (ποσοστό 94.4%) και 2 πως δεν έχουν (ποσοστό 5.6%) ενώ με μεσογειακή αναιμία απάντησαν πως έχουν κάποιο χόμπι 24 άτομα (ποσοστό 80.0%) και 6 πως δεν έχουν (ποσοστό 20.0%). Άτομα με σακχαρώδη διαβήτη απάντησαν πως έχουν κάποιο χόμπι 26 άτομα (ποσοστό 81.3%) και 6 πως δεν έχουν (ποσοστό 18.8%), και τέλος τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας απάντησαν πως έχουν κάποιο χόμπι 30 άτομα (ποσοστό 68.2%) και 14 πως δεν έχουν (ποσοστό 31.8%).

Ως προς την *ύπαρξη σωματικού πόνου* λόγω της αναπηρίας, 84 άτομα έχουν θετική απάντηση με ποσοστό 40,6% και 123 αρνητική με ποσοστό 59,4%. Συγκεκριμένα, όσον αφορά τις αναπηρίες του δείγματος, άτομα με οπτική αναπηρία απάντησαν πως έχουν με ποσοστό 3.0% και πως δεν έχουν με ποσοστό 97.0%. Με ακουστική αναπηρία απάντησαν πως έχουν κάποιο σωματικό πόνο με ποσοστό 9.4% και πως δεν έχουν με ποσοστό 90.6%. Από τα άτομα με κινητική αναπηρία, το μισό δείγμα απάντησε πως έχει και το άλλο μισό πως δεν έχει. Τα άτομα με μεσογειακή αναιμία απάντησαν πως έχουν κάποιο σωματικό πόνο λόγω της αναπηρίας τους με ποσοστό 73.3% και πως δεν έχουν με ποσοστό 26.7%. Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη απάντησαν πως έχουν με ποσοστό 31.3% και πως δεν έχουν με ποσοστό 68.8%. Τέλος, τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας απάντησαν πως έχουν με ποσοστό 68.2% και πως δεν έχουν με ποσοστό 31.8%.

Τέλος, αναφορικά με τον *ρόλο της θρησκευτικότητας* στη ζωή των ατόμων του δείγματος, 30 άτομα τον θεωρούν καθόλου σημαντικό με ποσοστό 14,5%, 10 άτομα τον θεωρούν λίγο σημαντικό με ποσοστό 4,8%, 60 άτομα υποστηρίζουν ότι είναι μέτρια σημαντικός με ποσοστό 29%, 40 άτομα πιστεύουν ότι είναι αρκετά σημαντικός με ποσοστό 19,3%, 67 άτομα δήλωσαν ότι είναι πολύ σημαντικός με ποσοστό 32,4% και κανένα άτομο δεν απάντησε ότι είναι πάρα πολύ σημαντικός. Πιο αναλυτικά, οι ερωτηθέντες με οπτική αναπηρία απάντησαν πως είναι καθόλου σημαντικός με ποσοστό 3.0%, μέτρια σημαντικός με ποσοστό 60.6%, αρκετά σημαντικός με ποσοστό 15.2% και πολύ σημαντικός με ποσοστό 21.2%. Οι ερωτηθέντες με ακουστική αναπηρία απάντησαν πως είναι καθόλου σημαντικός με ποσοστό 15.6%, μέτρια σημαντικός με ποσοστό 28.1%, αρκετά σημαντικός με ποσοστό 12.5% και πολύ σημαντικός με ποσοστό 43.8%. Τα άτομα με κινητική αναπηρία απάντησαν πως είναι καθόλου σημαντικός με ποσοστό 5.6%, μέτρια σημαντικός με ποσοστό 22.2%, αρκετά σημαντικός με ποσοστό 33.3% και πολύ σημαντικός με ποσοστό 38.9%. Τα άτομα με μεσογειακή αναιμία απάντησαν πως είναι καθόλου σημαντικός με ποσοστό 40.0%, μέτρια σημαντικός με ποσοστό 16.7%, αρκετά σημαντικός με ποσοστό 23.3% και πολύ σημαντικός με ποσοστό 20.0%. Τέλος, τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη απάντησαν πως είναι λίγο σημαντικός με ποσοστό 12.5%, μέτρια σημαντικός με ποσοστό 37.5%, αρκετά σημαντικός με ποσοστό 9.4% και πολύ σημαντικός με ποσοστό 40.6%. Τέλος, τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας απάντησαν πως είναι καθόλου σημαντικός με ποσοστό

22.7%, λίγο σημαντικός με ποσοστό 13.6%, μέτρια σημαντικός με ποσοστό 13.6%, αρκετά σημαντικός με ποσοστό 20.5% και πολύ σημαντικός με ποσοστό 29.5%.

5.4 Ερευνητικά εργαλεία

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, στο πλαίσιο επιλογής εργαλείων μέτρησης του ψυχολογικού ευ ζην και των διαστάσεων του στα άτομα με αναπηρία και της προσαρμογής στην αναπηρία και των υποκλιμάκων της, η επισκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας εντόπισε τα εξής:

- **Κλίμακα Μέτρησης του Ψυχολογικού Ευ Ζην (Psychological Well-Being Scales - Short Scales [PWBS])**

Το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία εξετάστηκε με την Κλίμακα Μέτρησης του Ψυχολογικού Ευ Ζην (PWBS) (Ryff, 1989). Πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο αποτελείται από 84 δηλώσεις, και οι απαντήσεις δίνονται σε μια εξαβάθμια κλίμακα τύπου Likert που κυμαίνεται από το 1 (διαφωνώ πολύ) έως το 6 (συμφωνώ πολύ). Χωρίζεται σε 6 υποκλίμακες: α) την Αυτονομία, β) την Κυριαρχία στο περιβάλλον, γ) την Προσωπική ανάπτυξη, δ) τις Θετικές Σχέσεις με άλλους, ε) τον Σκοπό στη ζωή και στ) την Αποδοχή του εαυτού. Από το άθροισμα των υποκλιμάκων εξάγεται βαθμολογία για το Συνολικό Ευ Ζην (Λεοντοπούλου, 2012· Leontopoulou & Triliva, 2012). Υψηλότερη βαθμολογία καταδεικνύει υψηλότερη αίσθηση Ευ Ζην. Οι απαντήσεις στις αρνητικά διατυπωμένες δηλώσεις (2, 4, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 24, 26, 29, 31, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44, 46, 54, 55, 57, 58, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 73, 74, 75, 76, 81, 83, 84) αντιστρέφονται στις τελικές διαδικασίες βαθμολόγησης, προκειμένου υψηλή βαθμολογία να δείχνει υψηλή εκτίμηση του εαυτού σε κάθε υποκλίμακα-διάσταση του ευ ζην του αξιολογείται.

Τα χαρακτηριστικά των ατόμων με βάση τη βαθμολογία τους στις 6 υποκλίμακες του ερωτηματολογίου είναι τα εξής (Ryff, 2014):

Α) Αυτονομία (προτάσεις 2, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49, 55, 61, 67, 73, 79): Άτομα με υψηλή βαθμολογία είναι ανεξάρτητα, έχουν την ικανότητα αυτοπροσδιορισμού και αυτορρύθμισης της συμπεριφοράς τους, μπορούν να αντιστέκονται στις κοινωνικές πιέσεις και αξιολογούν τον εαυτό τους με βάση προσωπικές αξίες. Αντίθετα, άτομα με χαμηλή βαθμολογία ανησυχούν για τις προσδοκίες και αξιολογήσεις των άλλων, δε βασίζονται σε δικές τους κρίσεις όταν

πρέπει να λάβουν αποφάσεις και υποκύπτουν σε κοινωνικές πιέσεις που τους απαγορεύουν συγκεκριμένους τρόπους σκέψης και δράσης.

Β) Κυριαρχία στο περιβάλλον (προτάσεις 3, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50, 56, 62, 68, 74, 80). Άτομα με υψηλή βαθμολογία έχουν την αίσθηση κυριαρχίας και καλής διαχείρισης του περιβάλλοντός τους, χρησιμοποιούν αποτελεσματικά τις ευκαιρίες που παρουσιάζονται στο περιβάλλον τους και είναι ικανά να επιλέγουν ή να δημιουργούν περιβαλλοντικές συνθήκες που προσιδιάζουν στις προσωπικές τους ανάγκες και αξίες. Από την άλλη, άτομα με χαμηλή βαθμολογία δυσκολεύονται στις καθημερινές εργασίες, αισθάνονται ανίκανα να τροποποιήσουν τις συνθήκες τους περιβάλλοντός τους, δε δρύνονται των ευκαιριών που παρουσιάζονται γύρω τους και έχουν μια γενικότερη έλλειψη ελέγχου ως προς τον περιβάλλοντα χώρο τους.

Γ) Προσωπική ανάπτυξη (προτάσεις 4, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51, 57, 63, 69, 75, 81). Όσοι συγκεντρώνουν υψηλή βαθμολογία έχουν μια αίσθηση διαρκούς ανάπτυξης, αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους ως αναπτυσσόμενο και διευρυνόμενο, είναι ανοιχτοί σε νέες εμπειρίες, παρατηρούν μια αυτοβελτίωση και εξελίσσονται με τέτοιο τρόπο, ώστε να προάγεται η αυτογνωσία και η αποτελεσματικότητά τους. Αντίθετα, χαμηλή βαθμολογία είναι ενδεικτική μιας αίσθησης προσωπικής στασιμότητας, πλήξης, έλλειψης ενδιαφέροντος για ζωή και ανικανότητας για ανάπτυξη νέων στάσεων και συμπεριφορών.

Δ) Θετικές σχέσεις με άλλους (προτάσεις 1, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46, 52, 58, 64, 70, 76, 82). Άτομα που σκοράρουν υψηλά σε αυτή την υποκλίμακα διακρίνονται για τις ποιοτικές σχέσεις εμπιστοσύνης που έχουν με τους άλλους, εκδηλώνουν ενδιαφέρον για την ευημερία των άλλων, χαρακτηρίζονται από ενσυναίσθηση, στοργή και οικειότητα και κατανοούν το δούνα και λαβείν των ανθρώπινων σχέσεων. Από την άλλη μεριά, όσοι σκοράρουν χαμηλά έχουν περιορισμένες σχέσεις εμπιστοσύνης και δυσκολεύονται να ανοιχτούν και να εκφραστούν στους άλλους. Οι διαπροσωπικές τους σχέσεις είναι προβληματικές, και οι ίδιοι δεν προτίθενται να προβούν σε συμβιβασμούς, ώστε να διατηρήσουν σημαντικούς δεσμούς με άλλα άτομα.

Ε) Σκοπός στη ζωή (προτάσεις 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47, 53, 59, 65, 71, 77, 83). Η υψηλή βαθμολογία συνεπάγεται επαρκή στοχοθεσία, αίσθηση κατεύθυνσης και νοήματος και ύπαρξη πεποιθήσεων που δύνουν σκοπό στη ζωή. Χαμηλή βαθμολογία δηλώνει απουσία σκοπού, νοήματος και κατεύθυνσης στη ζωή.

Στ) Αποδοχή του εαυτού (προτάσεις 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60, 66, 72, 78, 84). Όσοι σημειώνουν υψηλό σκορ διέπονται από μια θετική στάση απέναντι στον εαυτό τους, δέχονται τις πολύπλευρες και αντικρουόμενες πτυχές του με τα θετικά και τα αρνητικά του, και αισθάνονται καλά για το παρελθόν τους. Τα παραπάνω δε συμβαίνουν για όσους συγκεντρώνουν χαμηλή βαθμολογία. Αυτοί είναι δυσαρεστημένοι με τον εαυτό τους και απογοητευμένοι με όσα συνέβησαν στο παρελθόν. Έχουν έντονο προβληματισμό και δυσαρέσκεια για προσωπικά τους χαρακτηριστικά, τα οποία θα εύχονταν να ήταν διαφορετικά.

Η προσαρμογή της κλίμακας έγινε στην ελληνική γλώσσα από την Λεοντοπούλου (2012). Στο ελληνικό δείγμα, η αξιοπιστία εσωτερικής συνάφειας για τη συνολική κλίμακα ήταν 0.89 και για τις υποκλίμακες κυμάνθηκε από 0.86 έως 0.89.

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

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

Η κλίμακα βασίζεται στις τέσσερις επιμέρους διαστάσεις της προσαρμογής στην αναπηρία όπως αυτές περιγράφηκαν αρχικά από τους Dembo et al. (1975) και στη συνέχεια από την Wright (1983): α) διεύρυνση του πεδίου αξιών (enlargement of scope of values), β) υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (subordination of physique), γ) περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (containment of disability effects), δ) μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (transformation from

comparative to asset values). Οι τέσσερις επιμέρους διαστάσεις (διεύρυνση, υποταγή, περιορισμός, μετατροπή) συνοψίζονται ξεχωριστά και προκύπτει ένα διαφορετικό σκορ για κάθε άτομο στην καθεμία από αυτές. Τα σκορ των τεσσάρων διαστάσεων μπορούν να συσχετιστούν με άλλες μεταβλητές, όπως είναι λόγου χάριν τα έτη από την εμφάνιση της αναπηρίας, η αυτοεικόνα, η ποιότητα ζωής, το εισόδημα, κ.λπ. (Groomes & Linkowski, 2007).

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

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

Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου ως προς τις τέσσερις υποκλίμακες της προσαρμογής και τη συνολική προσαρμογή στην αναπηρία στην παρούσα ερευνητική μελέτη εκτιμήθηκε βάσει του δείκτη alpha του Cronbach.

Τα παραπάνω ερωτηματολόγια μαζί με τα δημογραφικά στοιχεία που δόθηκαν στην αρχή του συνολικού ερωτηματολογίου, τα οποία αφορούσαν ατομικά στοιχεία του ερωτώμενου, παρουσιάζονται αναλυτικά στο Παράρτημα Ι.

5.5 Επιλογή δείγματος – Συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Η επιλογή του αντιπροσωπευτικού δείγματος προς εξασφάλιση αμεροληψίας έγινε με απλή τυχαία δειγματοληψία από άτομα με κινητική αναπηρία, οπτική αναπηρία και ακουστική αναπηρία, καθώς και από άτομα με χρόνιες ασθένειες.

Τα κριτήρια που ετέθησαν για την επιλογή του δείγματος ήταν: α) η εθελοντική και απρόσκοπτη συμμετοχή, β) η προφορική συναίνεση των ατόμων κατόπιν της ενημέρωσής τους για το σκοπό διεξαγωγής της έρευνας, γ) να είναι άνω των 18 ετών, δ) να έχουν την δυνατότητα επικοινωνίας και συνομιλίας με έτερο πρόσωπο και ε) να μπορούν να συνεννοηθούν στην ελληνική γλώσσα.

Η συγκέντρωση των ερωτηματολογίων διήρκεσε από τον Οκτώβριο του 2017 έως και τον Μάρτιο του 2018. Ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε συλλόγους ατόμων με αναπηρία σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας και πιο συγκεκριμένα σε Αθήνα, Βόλο, Ιωάννινα, Θεσσαλονίκη, Κέρκυρα, ενώ παράλληλα προωθήθηκαν μέσω emails, google forms και μέσω κοινωνικής δικτύωσης σε συλλόγους ατόμων με αναπηρία σε ολόκληρη την Ελλάδα.

5.6 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων

Για τη Στατιστική Επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences- Στατιστικό πακέτο εφαρμογών για τις Κοινωνικές Επιστήμες) version 22.0.

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

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

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

Για την ανάλυση των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της περιγραφικής στατιστικής, μέσα από τον υπολογισμό των περιγραφικών στοιχείων «μέσος όρος», «τυπική απόκλιση» και «εύρος τιμών».

Για τη διερεύνηση της διαφοράς μέσω όρων μεταξύ δύο ομάδων ως προς μια εξαρτημένη μεταβλητή τα δεδομένα της οποίας ακολουθούν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ανεξάρτητων δειγμάτων. Στην περίπτωση που οι ομάδες ήταν περισσότερες από δύο εφαρμόστηκε η Ανάλυση Διασποράς με ένα παράγοντα (One-Way Anova). Για τη διερεύνηση των ερευνητικών υποθέσεων διεξήχθησαν έλεγχοι με το δείκτη συσχέτισης Pearson.

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

5.7 Αποτελέσματα

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

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

Προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός ως προς την προσαρμογή στην αναπηρία, οι συμμετέχοντες του δείγματος με αναπηρία κλήθηκαν να απαντήσουν στις αντίστοιχες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, επιλέγοντας τη δήλωση που τους αντιπροσωπεύει καλύτερα.

Οι βαθμοί σε κάθε διάσταση της προσαρμογής σε σχέση με το είδος της αναπηρίας, φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 1. Οι τιμές του μέσου όρου στις διαστάσεις της μετατροπής, του περιορισμού και της διεύρυνσης που κυμαίνονται μεταξύ 9-17 βαθμών υποδηλώνουν χαμηλά επίπεδα προσαρμογής, τιμές μεταξύ 18-26 βαθμών υποδηλώνουν μέτρια προσαρμογή και τιμές μεταξύ 27-36 αντιστοιχούν σε υψηλή προσαρμογή. Για την υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης, τιμές του μέσου όρου που κυμαίνονται μεταξύ 5-10 βαθμών υποδηλώνουν χαμηλή προσαρμογή, τιμές μεταξύ 11-15 αντιστοιχούν σε χαμηλά επίπεδα προσαρμογής και τιμές 16-20 υποδηλώνουν υψηλά επίπεδα προσαρμογής. Αναφορικά με τη συνολική προσαρμογή στην αναπηρία, τιμές του μέσου όρου μεταξύ 32-60 βαθμών αντιστοιχούν σε χαμηλή

προσαρμογή, τιμές μεταξύ 61-93 βαθμών υποδηλώνουν μέτρια προσαρμογή και τιμές μεταξύ 94-128 βαθμών αντιστοιχούν σε υψηλά επίπεδα προσαρμογής (Πίνακας 1).

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

Τα αποτελέσματα του παρακάτω ελέγχου έδειξαν ότι η μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (C), ο περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (T), η διεύρυνση του πεδίου αξιών (E), η υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (S) και η συνολική προσαρμογή (score) παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με διαφορετικού είδους αναπηρίας, καθώς οι αντίστοιχες p-τιμές είναι μικρότερες του 0,05 (Πίνακας 1).

Συγκεκριμένα, στην μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (C), η μέση τιμή των ατόμων με οπτική αναπηρία είναι M.T.=24,8 η οποία αντιστοιχεί σε μέτρια προσαρμογή για την υποκλίμακα της μετατροπής από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (C), για τα άτομα με ακουστική αναπηρία η μέση τιμή είναι M.T.=23,8 υποδηλώνοντας και σε αυτή την ομάδα την μέτρια προσαρμογή των ατόμων, για την κινητική αναπηρία η μέση τιμή βρέθηκε M.T.=31,2 υποδηλώνοντας την υψηλή προσαρμογή των ατόμων, τα άτομα με μεσογειακή αναιμία σημείωσαν μέση τιμή M.T.=28,2 που αντιστοιχεί σε υψηλά επίπεδα μετατροπής από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη σημείωσαν μέση τιμή M.T.=28 που υποδηλώνει υψηλά επίπεδα προσαρμογής και τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας σημείωσαν μέση τιμή M.T.=25,8 υποδηλώνοντας την μέτρια μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (Πίνακας 1).

Όσον αφορά τον περιορισμό των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (T), η μέση τιμή των ατόμων με οπτική αναπηρία είναι M.T.=27,7 που αντιστοιχεί σε υψηλή προσαρμογή για την συγκεκριμένη υποκλίμακα, η μέση τιμή για τα άτομα με ακουστική αναπηρία είναι M.T.=26 που αντιστοιχεί σε μέτρια προσαρμογή, για τα άτομα με κινητική αναπηρία η μέση τιμή βρέθηκε M.T.=33 που φανερώνει την υψηλή προσαρμογή τους στην αναπηρία, τα άτομα με μεσογειακή αναιμία είχαν μέση τιμή M.T.=29,6 υποδηλώνοντας την υψηλή προσαρμογή τους, τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη σημείωσαν μέση τιμή M.T.=33 ίση με αυτή των ατόμων με κινητική αναπηρία που αντιστοιχεί σε υψηλή προσαρμογή στη συγκεκριμένη υποκλίμακα και τέλος τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας είχαν μέση τιμή M.T.=28,9 που επίσης αντιστοιχεί σε υψηλά επίπεδα προσαρμογής στον περιορισμό των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (Πίνακας 1).

Αναφορικά με τη διεύρυνση του πεδίου αξιών (E), η μέση τιμή των ατόμων με οπτική αναπηρία είναι $M.T.=28,8$ υποδηλώνοντας την υψηλή προσαρμογή τους στην συγκεκριμένη υποκλίμακα της προσαρμογής, τα άτομα με ακουστική αναπηρία είχαν μέση τιμή $M.T.=28,2$ που αντιστοιχεί σε υψηλά επίπεδα διεύρυνσης του πεδίου αξιών, τα άτομα με κινητική αναπηρία είχαν μέση τιμή $M.T.=32,5$ που αντιστοιχεί σε υψηλή προσαρμογή στην εν λόγω υποκλίμακα προσαρμογής, τα άτομα με μεσογειακή αναιμία σημείωσαν μέση τιμή $M.T.=27$ που υποδηλώνει υψηλά επίπεδα διεύρυνσης του πεδίου αξιών, άτομα με σακχαρώδη διαβήτη είχαν μέση τιμή $M.T.=27$ σημειώνοντας υψηλά επίπεδα διεύρυνσης του πεδίου αξιών και τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας είχαν $M.T.=30$, των οποίων η μέση τιμή τους αντιστοιχεί σε υψηλά επίπεδα διεύρυνσης του πεδίου αξιών (Πίνακας 1).

Στην υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (S), η μέση τιμή των ατόμων με οπτική αναπηρία είναι $M.T.=14,2$ που υποδηλώνει τη μέτρια υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης, τα άτομα με ακουστική αναπηρία παρουσίασαν μέση τιμή $M.T.=15,4$ που φανερώνει την μέτρια προς υψηλή υποταγή τους, τα άτομα με κινητική αναπηρία είχαν μέση τιμή $M.T.=17,9$ γεγονός που φανερώνει την υψηλή υποταγή τους, τα άτομα με μεσογειακή αναιμία είχαν μέση τιμή $M.T.=16,4$ που αντιστοιχεί σε υψηλά επίπεδα για την συγκεκριμένη υποκλίμακα, τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη είχαν μέση τιμή $M.T.=18$ που αντιστοιχεί σε υψηλά επίπεδα υποταγής και τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας σημείωσαν μέση τιμή $M.T.=16,1$ που υποδηλώνει την υψηλή προσαρμογή τους για την εν λόγω υποκλίμακα (Πίνακας 2).

Τέλος, στο συνολικό score προσαρμογής, τα άτομα με κινητική αναπηρία εμφάνισαν υψηλότερη προσαρμογή με $M.T.=114,6$, ακολουθούν τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη με $M.T.=106$ δηλαδή υψηλή προσαρμογή, τα άτομα με μεσογειακή αναιμία με $M.T.=101,2$ υποδηλώνοντας υψηλή προσαρμογή, τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας με $M.T.=100,8$ που αντιστοιχεί επίσης σε υψηλό επίπεδο προσαρμογής, τα άτομα με οπτική αναπηρία με $M.T.=95,5$ δηλαδή σημειώνουν υψηλή προσαρμογή, και τέλος τα άτομα με ακουστική αναπηρία με $M.T.=93,4$ τα οποία οριακά ανήκουν στα μέτρια επίπεδα προσαρμογής.

Συμπερασματικά, παρατηρείται ότι τα άτομα με κινητική αναπηρία εμφάνισαν υψηλότερη προσαρμογή στην αναπηρία, ακολουθούν τα άτομα με χρόνιες ασθένειες, τα άτομα με οπτική αναπηρία και τελευταία τα άτομα με ακουστική αναπηρία.

Σε γενικές γραμμές, στη συνολική προσαρμογή αλλά και στις υποκλίμακες της προσαρμογής, οι ομάδες του δείγματος παρουσίασαν υψηλά επίπεδα προσαρμογής.

Εξαιρέση αποτέλεσαν, η οπτική αναπηρία που σημείωσε μέτρια επίπεδα σε δύο υποκλίμακες και η ακουστική που η προσαρμογή της ήταν σχετικά μέτρια και μόνο στη διερεύνηση του πεδίου αξιών σημείωσε υψηλή βαθμολογία (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Επίδραση του είδους της αναπηρίας στη συνολική προσαρμογή στην αναπηρία και στις υποκλίμακες της

		N	M.T.	T.A.	F	p
Μετατροπή ή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (C)	Οπτική	33	24,8	4,9	10,742	0,000
	Ακουστική	32	23,8	6,6		
	Κινητική	36	31,2	3,8		
	Μεσογειακή Αναιμία	30	28,2	4,7		
	Διαβήτης	32	28,0	0,0		
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	44	25,8	5,9		
	Total	207	27,0	5,4		
Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτοργίας (T)	Οπτική	33	27,7	5,6	12,196	0,000
	Ακουστική	32	26,0	6,5		
	Κινητική	36	33,0	3,1		
	Μεσογειακή Αναιμία	30	29,6	4,8		
	Διαβήτης	32	33,0	0,0		
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	44	28,9	5,1		
	Total	207	29,7	5,3		
Διεύρυνση του πεδίου αξιών (E)	Οπτική	33	28,8	4,3	11,234	0,000
	Ακουστική	32	28,2	2,7		
	Κινητική	36	32,5	3,3		
	Μεσογειακή Αναιμία	30	27,0	4,7		
	Διαβήτης	32	27,0	0,0		
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	44	30,0	4,5		
	Total	207	29,1	4,1		
Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (S)	Οπτική	33	14,2	3,6	11,824	0,000
	Ακουστική	32	15,4	3,3		
	Κινητική	36	17,9	1,5		
	Μεσογειακή Αναιμία	30	16,4	1,2		
	Διαβήτης	32	18,0	0,0		
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	44	16,1	2,9		
	Total	207	16,3	2,8		
Score προσαρμογή	Οπτική	33	95,5	14,9	11,556	0,000
	Ακουστική	32	93,4	18,4		
	Κινητική	36	114,6	8,6		
	Μεσογειακή Αναιμία	30	101,2	12,7		
	Διαβήτης	32	106,0	0,0		
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	44	100,8	15,4		
	Total	207	102,1	14,8		

Από τον παρακάτω πίνακα των πολλαπλών συγκρίσεων, σχετικά με την υποκλίμακα της μετατροπής από συγκριτικές αξίες σε προϊόντα (C), παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με κινητική αναπηρία σε σχέση με αυτά με οπτική και σκλήρυνση κατά πλάκας και στα άτομα με ακουστική αναπηρία σε σχέση με τα άτομα με κινητική αναπηρία, μεσογειακή αναιμία καθώς και σακχαρώδη διαβήτη. Η p-τιμή των ελέγχων αυτών είναι μικρότερη από 0,05 (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Πολλαπλές συγκρίσεις της μετατροπής από συγκριτικές αξίες σε προϊόντα ως προς το είδος της αναπηρίας

	(I) Είδος αναπηρίας	(J) Είδος αναπηρίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προϊόντα (C)	Οπτική	Ακουστική	1,0057	1,2041	1,000	-2,571	4,583
		Κινητική	-6,4040 [*]	1,1697	,000	-9,879	-2,929
		Μεσογειακή Αναιμία	-3,3818	1,2243	,094	-7,019	,255
		Διαβήτης	-3,1818	1,2041	,133	-6,759	,395
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-,9545	1,1176	1,000	-4,275	2,366
	Ακουστική	Οπτική	-1,0057	1,2041	1,000	-4,583	2,571
		Κινητική	-7,4097 [*]	1,1791	,000	-10,913	-3,907
		Μεσογειακή Αναιμία	-4,3875 [*]	1,2334	,007	-8,052	-,723
		Διαβήτης	-4,1875 [*]	1,2133	,010	-7,792	-,583
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-1,9602	1,1276	1,000	-5,310	1,389
	Κινητική	Οπτική	6,4040 [*]	1,1697	,000	2,929	9,879
		Ακουστική	7,4097 [*]	1,1791	,000	3,907	10,913
		Μεσογειακή Αναιμία	3,0222	1,1998	,188	-,542	6,586
		Διαβήτης	3,2222	1,1791	,103	-,281	6,725
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	5,4495 [*]	1,0907	,000	2,209	8,690
	Μεσογειακή Αναιμία	Οπτική	3,3818	1,2243	,094	-,255	7,019
		Ακουστική	4,3875 [*]	1,2334	,007	,723	8,052
		Κινητική	-3,0222	1,1998	,188	-6,586	,542
		Διαβήτης	,2000	1,2334	1,000	-3,464	3,864
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	2,4273	1,1491	,538	-,986	5,841
	Διαβήτης	Οπτική	3,1818	1,2041	,133	-,395	6,759
		Ακουστική	4,1875 [*]	1,2133	,010	,583	7,792
		Κινητική	-3,2222	1,1791	,103	-6,725	,281
		Μεσογειακή Αναιμία	-,2000	1,2334	1,000	-3,864	3,464
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	2,2273	1,1276	,744	-1,122	5,577
Σκλήρυνση κατά πλάκας	Οπτική	,9545	1,1176	1,000	-2,366	4,275	
	Ακουστική	1,9602	1,1276	1,000	-1,389	5,310	
	Κινητική	-5,4495 [*]	1,0907	,000	-8,690	-2,209	
	Μεσογειακή Αναιμία	-2,4273	1,1491	,538	-5,841	,986	
	Διαβήτης	-2,2273	1,1276	,744	-5,577	1,122	

Αναφορικά με τον περιορισμό των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (T), παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με οπτική και κινητική αναπηρία, με οπτική αναπηρία και σακχαρώδη διαβήτη, με ακουστική αναπηρία και κινητική αναπηρία, καθώς και με ακουστική αναπηρία και σακχαρώδη διαβήτη. Η p-τιμή των ατόμων αυτών είναι μικρότερη του 0,05. Ομοίως,

παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με ακουστική αναπηρία και μεσογειακή αναιμία με p-τιμή 0,041, στα άτομα με κινητική αναπηρία και σκλήρυνση κατά πλάκας με p-τιμή 0,002 και στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και σκλήρυνση κατά πλάκας με p-τιμή 0,003 (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Πολλαπλές συγκρίσεις του περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας ως προς το είδος της αναπηρίας

	(I) Είδος αναπηρίας	(J) Είδος αναπηρίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (T)	Οπτική	Ακουστική	1,7282	1,1671	1,000	-1,739	5,195
		Κινητική	-5.3030 [*]	1,1337	,000	-8,671	-1,935
		Μεσογειακή Αναιμία	-1,9030	1,1867	1,000	-5,428	1,622
		Διαβήτης	-5.3030 [*]	1,1671	,000	-8,770	-1,836
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-1,1667	1,0833	1,000	-4,385	2,052
	Ακουστική	Οπτική	-1,7282	1,1671	1,000	-5,195	1,739
		Κινητική	-7.0313 [*]	1,1430	,000	-10,427	-3,636
		Μεσογειακή Αναιμία	-3.6313 [*]	1,1955	,041	-7,183	-,080
		Διαβήτης	-7.0313 [*]	1,1761	,000	-10,525	-3,537
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-2,8949	1,0930	,131	-6,142	,352
	Κινητική	Οπτική	5.3030 [*]	1,1337	,000	1,935	8,671
		Ακουστική	7.0313 [*]	1,1430	,000	3,636	10,427
		Μεσογειακή Αναιμία	3,4000	1,1629	,058	-,055	6,855
		Διαβήτης	0,0000	1,1430	1,000	-3,395	3,395
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	4.1364 [*]	1,0572	,002	,996	7,277
	Μεσογειακή Αναιμία	Οπτική	1,9030	1,1867	1,000	-1,622	5,428
		Ακουστική	3.6313 [*]	1,1955	,041	,080	7,183
		Κινητική	-3,4000	1,1629	,058	-6,855	,055
		Διαβήτης	-3,4000	1,1955	,074	-6,952	,152
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	,7364	1,1139	1,000	-2,573	4,045
	Διαβήτης	Οπτική	5.3030 [*]	1,1671	,000	1,836	8,770
		Ακουστική	7.0313 [*]	1,1761	,000	3,537	10,525
		Κινητική	0,0000	1,1430	1,000	-3,395	3,395
		Μεσογειακή Αναιμία	3,4000	1,1955	,074	-,152	6,952
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	4.1364 [*]	1,0930	,003	,890	7,383
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Οπτική	1,1667	1,0833	1,000	-2,052	4,385
		Ακουστική	2,8949	1,0930	,131	-,352	6,142
		Κινητική	-4.1364 [*]	1,0572	,002	-7,277	-,996
Μεσογειακή Αναιμία		-,7364	1,1139	1,000	-4,045	2,573	
Διαβήτης		-4.1364 [*]	1,0930	,003	-7,383	-,890	

Αναφορικά με τη διεύρυνση του πεδίου αξιών (E), παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με οπτική και κινητική αναπηρία με p-τιμή 0,001, στα άτομα με μεσογειακή αναιμία και σκλήρυνση κατά πλάκας με p-τιμή 0,009, καθώς και στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και σκλήρυνση κατά πλάκας με p-τιμή 0,007. Ομοίως, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με ακουστική και κινητική αναπηρία, με κινητική αναπηρία και μεσογειακή αναιμία, με κινητική αναπηρία και σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και με σακχαρώδη διαβήτη και σκλήρυνση κατά πλάκας. Η p-τιμή των ατόμων αυτών είναι επίσης μικρότερη του 0,05 (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Πολλαπλές συγκρίσεις της διεύρυνσης του πεδίου αξιών ως προς το είδος της αναπηρίας

	(I) Είδος αναπηρίας	(J) Είδος αναπηρίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Διεύρυνση του πεδίου αξιών (E)	Οπτική	Ακουστική	,6307	,9114	1,000	-2,077	3,338
		Κινητική	-3.6818*	,8854	,001	-6,312	-1,052
		Μεσογειακή Αναιμία	1,8182	,9267	,767	-,935	4,571
		Διαβήτης	1,8182	,9114	,711	-,889	4,526
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-1,2273	,8460	1,000	-3,740	1,286
	Ακουστική	Οπτική	-,6307	,9114	1,000	-3,338	2,077
		Κινητική	-4.3125*	,8925	,000	-6,964	-1,661
		Μεσογειακή Αναιμία	1,1875	,9336	1,000	-1,586	3,961
		Διαβήτης	1,1875	,9184	1,000	-1,541	3,916
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-1,8580	,8535	,460	-4,393	,678
	Κινητική	Οπτική	3.6818*	,8854	,001	1,052	6,312
		Ακουστική	4.3125*	,8925	,000	1,661	6,964
		Μεσογειακή Αναιμία	5.5000*	,9082	,000	2,802	8,198
		Διαβήτης	5.5000*	,8925	,000	2,849	8,151
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	2.4545*	,8256	,050	,002	4,907
	Μεσογειακή Αναιμία	Οπτική	-1,8182	,9267	,767	-4,571	,935
		Ακουστική	-1,1875	,9336	1,000	-3,961	1,586
		Κινητική	-5.5000*	,9082	,000	-8,198	-2,802
		Διαβήτης	0,0000	,9336	1,000	-2,773	2,773
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-3.0455*	,8698	,009	-5,629	-,461
	Διαβήτης	Οπτική	-1,8182	,9114	,711	-4,526	,889
		Ακουστική	-1,1875	,9184	1,000	-3,916	1,541
		Κινητική	-5.5000*	,8925	,000	-8,151	-2,849
		Μεσογειακή Αναιμία	0,0000	,9336	1,000	-2,773	2,773
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-3.0455*	,8535	,007	-5,581	-,510
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Οπτική	1,2273	,8460	1,000	-1,286	3,740
		Ακουστική	1,8580	,8535	,460	-,678	4,393
		Κινητική	-2.4545*	,8256	,050	-4,907	-,002
Μεσογειακή Αναιμία		3.0455*	,8698	,009	,461	5,629	
Διαβήτης		3.0455*	,8535	,007	,510	5,581	

Ως προς την υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (S), παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά στα άτομα με οπτική και κινητική αναπηρία, με οπτική αναπηρία και μεσογειακή αναιμία με p-τιμή 0,007, με οπτική αναπηρία και σακχαρώδη διαβήτη, με οπτική αναπηρία και σκλήρυνση κατά πλάκας με p-τιμή 0,016, με ακουστική και κινητική αναπηρία με p-τιμή 0,001, με ακουστική αναπηρία και σακχαρώδη διαβήτη με p-τιμή 0,001, με κινητική αναπηρία και σκλήρυνση κατά πλάκας με p-τιμή 0,018, καθώς και στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και σκλήρυνση κατά πλάκας με p-τιμή 0,013 (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Πολλαπλές συγκρίσεις της υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης ως προς το είδος της αναπηρίας

	(I) Είδος αναπηρίας	(J) Είδος αναπηρίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (S)	Οπτική	Ακουστική	-1,2244	,6118	,700	-3,042	,593
		Κινητική	-3.7071 [*]	,5943	,000	-5,472	-1,942
		Μεσογειακή Αναιμία	-2.2182 [*]	,6220	,007	-4,066	-,370
		Διαβήτης	-3.8182 [*]	,6118	,000	-5,636	-2,001
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-1.8864 [*]	,5678	,016	-3,573	-,199
	Ακουστική	Οπτική	1,2244	,6118	,700	-,593	3,042
		Κινητική	-2.4826 [*]	,5991	,001	-4,262	-,703
		Μεσογειακή Αναιμία	-,9937	,6267	1,000	-2,855	,868
		Διαβήτης	-2.5938 [*]	,6165	,001	-4,425	-,762
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-,6619	,5729	1,000	-2,364	1,040
	Κινητική	Οπτική	3.7071 [*]	,5943	,000	1,942	5,472
		Ακουστική	2.4826 [*]	,5991	,001	,703	4,262
		Μεσογειακή Αναιμία	1,4889	,6096	,232	-,322	3,300
		Διαβήτης	-,1111	,5991	1,000	-1,891	1,669
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	1.8207 [*]	,5542	,018	,174	3,467
	Μεσογειακή Αναιμία	Οπτική	2.2182 [*]	,6220	,007	,370	4,066
		Ακουστική	,9937	,6267	1,000	-,868	2,855
		Κινητική	-1.4889	,6096	,232	-3,300	,322
		Διαβήτης	-1.6000	,6267	,171	-3,462	,262
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	,3318	,5838	1,000	-1,403	2,066
	Διαβήτης	Οπτική	3.8182 [*]	,6118	,000	2,001	5,636
		Ακουστική	2.5938 [*]	,6165	,001	,762	4,425
		Κινητική	,1111	,5991	1,000	-1,669	1,891
		Μεσογειακή Αναιμία	1,6000	,6267	,171	-,262	3,462
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	1.9318 [*]	,5729	,013	,230	3,634
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Οπτική	1.8864 [*]	,5678	,016	,199	3,573
		Ακουστική	,6619	,5729	1,000	-1,040	2,364
		Κινητική	-1.8207 [*]	,5542	,018	-3,467	-,174
Μεσογειακή Αναιμία		-,3318	,5838	1,000	-2,066	1,403	
Διαβήτης		-1.9318 [*]	,5729	,013	-3,634	-,230	

Όσον αφορά τη συνολική προσαρμογή, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με οπτική και κινητική αναπηρία με p-τιμή μικρότερη του 0,05, στα άτομα με οπτική αναπηρία και διαβήτη με p-τιμή 0,024, στα άτομα με ακουστική και κινητική αναπηρία με p-τιμή μικρότερη του 0,05, στα άτομα με ακουστική αναπηρία και διαβήτη με p-τιμή 0,003, στα άτομα με κινητική αναπηρία και μεσογειακή αναιμία με p-τιμή 0,001, καθώς και στα άτομα με κινητική αναπηρία και σκλήρυνση κατά πλάκας με p-τιμή μικρότερη του 0,05 (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Πολλαπλές συγκρίσεις της συνολικής προσαρμογής ως προς το είδος της αναπηρίας

	(I) Είδος αναπηρίας	(J) Είδος αναπηρίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Score προσαρμογή	Οπτική	Ακουστική	2,1402	3,2790	1,000	-7,601	11,881
		Κινητική	-19,0960 [*]	3,1851	,000	-28,558	-9,634
		Μεσογειακή Αναιμία	-5,6848	3,3340	1,000	-15,589	4,219
		Διαβήτης	-10,4848 [*]	3,2790	,024	-20,226	-,744
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-5,2348	3,0435	1,000	-14,276	3,807
	Ακουστική	Οπτική	-2,1402	3,2790	1,000	-11,881	7,601
		Κινητική	-21,2361 [*]	3,2110	,000	-30,775	-11,697
		Μεσογειακή Αναιμία	-7,8250	3,3587	,312	-17,803	2,153
		Διαβήτης	-12,6250 [*]	3,3041	,003	-22,440	-2,810
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-7,3750	3,0706	,258	-16,497	1,747
	Κινητική	Οπτική	19,0960 [*]	3,1851	,000	9,634	28,558
		Ακουστική	21,2361 [*]	3,2110	,000	11,697	30,775
		Μεσογειακή Αναιμία	13,4111 [*]	3,2672	,001	3,705	23,117
		Διαβήτης	8,6111	3,2110	,119	-,928	18,150
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	13,8611 [*]	2,9702	,000	5,038	22,685
	Μεσογειακή Αναιμία	Οπτική	5,6848	3,3340	1,000	-4,219	15,589
		Ακουστική	7,8250	3,3587	,312	-2,153	17,803
		Κινητική	-13,4111 [*]	3,2672	,001	-23,117	-3,705
		Διαβήτης	-4,8000	3,3587	1,000	-14,778	5,178
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	,4500	3,1293	1,000	-8,846	9,746
	Διαβήτης	Οπτική	10,4848 [*]	3,2790	,024	,744	20,226
		Ακουστική	12,6250 [*]	3,3041	,003	2,810	22,440
		Κινητική	-8,6111	3,2110	,119	-18,150	,928
		Μεσογειακή Αναιμία	4,8000	3,3587	1,000	-5,178	14,778
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	5,2500	3,0706	1,000	-3,872	14,372
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Οπτική	5,2348	3,0435	1,000	-3,807	14,276
		Ακουστική	7,3750	3,0706	,258	-1,747	16,497
		Κινητική	-13,8611 [*]	2,9702	,000	-22,685	-5,038
		Μεσογειακή Αναιμία	-,4500	3,1293	1,000	-9,746	8,846
		Διαβήτης	-5,2500	3,0706	1,000	-14,372	3,872

5.7.2 Η επίδραση των ατομικών στοιχείων τους δείγματος στην προσαρμογή στην αναπηρία του

Προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση των ατομικών στοιχείων του δείγματος στην προσαρμογή στην αναπηρία τους, εφαρμόστηκε Ανάλυση Διασποράς με έναν παράγοντα (One-Way Anova).

Αναλυτικά, με βάση το φύλο δεν υπάρχει συσχέτιση με την μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (C) και την διεύρυνση του πεδίου αξιών (E), καθώς οι p-τιμές τους είναι 0,069 και 0,830 αντίστοιχα. Αντιθέτως, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του φύλου και του περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (T), καθώς η p-τιμή είναι 0,022, με τους άντρες να έχουν μέση τιμή M.T.=28,8 και τις γυναίκες M.T.=30,5. Με τον ίδιο τρόπο, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης (S), με p-τιμή 0,02 και μέση τιμή των αντρών και γυναικών M.T.=15,8 και M.T.=16,8 αντίστοιχα. Επίσης, υπάρχει συσχέτιση

μεταξύ του φύλου και του συνολικού score προσαρμογής, καθώς η p-τιμή είναι 0,046 και οι αντίστοιχες μέσες τιμές των αντρών και γυναικών είναι M.T.=99,8 και M.T.=104 αντίστοιχα. Επομένως, σε σχέση με το φύλο, οι γυναίκες φαίνονται να σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία στην προσαρμογή στην αναπηρία (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Επίδραση του φύλου στην προσαρμογή στην αναπηρία

1. Φύλο		N	M.T.	T.A.	t-test	df	p
Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (C)	Άνδρας	95	26,2	5,8	-1,828	205	,069
	Γυναίκα	112	27,6	5,0			
Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (T)	Άνδρας	95	28,8	5,7	-2,308	184	,022
	Γυναίκα	112	30,5	4,8			
Διεύρυνση του πεδίου αξιών (E)	Άνδρας	95	29,0	4,3	-,215	205	,830
	Γυναίκα	112	29,1	4,0			
Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (S)	Άνδρας	95	15,8	3,1	-2,350	172	,020
	Γυναίκα	112	16,8	2,4			
Score προσαρμογή	Άνδρας	95	99,8	15,8	-2,011	205	,046
	Γυναίκα	112	104,0	13,7			

Αναφορικά με την ηλικία του δείγματος, η μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (C) και η υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (S) δεν έχουν συσχέτιση με την ηλικία, καθώς οι αντίστοιχες p-τιμές είναι 0,099 και 0,066. Αντιθέτως, ο περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (T) παρουσιάζει συσχέτιση με την ηλικία, καθώς η p-τιμή είναι 0,001 και μάλιστα υπάρχει αρνητική συσχέτιση με τιμή ελέγχου -0,226. Ομοίως, η διεύρυνση του πεδίου αξιών (E) παρουσιάζει συσχέτιση με την ηλικία, καθώς η p-τιμή είναι 0,026 και μάλιστα υπάρχει αρνητική συσχέτιση με τιμή ελέγχου -0,155. Όσον αφορά το συνολικό score προσαρμογής παρατηρείται συσχέτιση με την ηλικία, καθώς η p-τιμή είναι 0,005. Οι νεότεροι σε ηλικία εμφανίζουν καλύτερη προσαρμογή στην αναπηρία τους (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Επίδραση της ηλικίας στην προσαρμογή στην αναπηρία

	Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (C)	Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (T)	Διεύρυνση του πεδίου αξιών (E)	Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (S)	Score προσαρμογή
2. Ηλικία	Correlation Coefficient	-,115	-,226**	-,155*	-,128
	p	,099	,001	,026	,066
	N	207	207	207	207

Με βάση τον παρακάτω έλεγχο, η μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (C) παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική διαφορά στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης, καθώς η αντίστοιχη p-τιμή είναι 0,006. Επιπλέον, στατιστικώς σημαντική διαφορά στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης παρουσιάζουν και ο περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (T), η διεύρυνση του πεδίου αξιών (E), η υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (S) και το συνολικό score προσαρμογή, καθώς οι αντίστοιχες p-τιμές είναι μικρότερες του 0,05. Συγκεκριμένα για τον περιορισμό των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (T), η μέση τιμή των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει το δημοτικό/γυμνάσιο είναι M.T.=26,3, το λύκειο M.T.=30,4, το ΑΕΙ/ΤΕΙ 30,7, το μεταπτυχιακό/διδακτορικό M.T.=28,7 και την τεχνική επαγγελματική σχολή M.T.=23,3. Όσον αφορά τη διεύρυνση του πεδίου αξιών (E), η μέση τιμή των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει το δημοτικό/γυμνάσιο είναι M.T.=28,3, το λύκειο M.T.=29, το ΑΕΙ/ΤΕΙ M.T.=30,2, το μεταπτυχιακό/διδακτορικό M.T.=26,2 και την τεχνική επαγγελματική σχολή M.T.=26,3. Για την υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (S), η μέση τιμή των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει το δημοτικό/γυμνάσιο είναι M.T.=13,7, το λύκειο M.T.=16,4, το ΑΕΙ/ΤΕΙ M.T.=16,9, το μεταπτυχιακό/διδακτορικό M.T.=16,6 και την τεχνική επαγγελματική σχολή M.T.=13,4. Τέλος, για το συνολικό score προσαρμογής, η μέση τιμή των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει το δημοτικό/γυμνάσιο είναι M.T.=93, το λύκειο M.T.=102,6, το ΑΕΙ/ΤΕΙ M.T.=105,6, το μεταπτυχιακό/διδακτορικό M.T.=98,3 και την τεχνική επαγγελματική σχολή M.T.=85,1. Φαίνεται επομένως, ότι αυτοί που έχουν πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ προσαρμόζονται καλύτερα σε σχέση με τις άλλες βαθμίδες εκπαίδευσης (Πίνακας 9).

Πίνακας 9: Επίδραση του μορφωτικού επιπέδου στην προσαρμογή στην αναπηρία

		N	M.T.	T.A.	F	p
Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (C)	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	14	24,7	5,3	3,687	0,006
	Λύκειο	58	26,7	5,4		
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	101	27,9	5,6		
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	26,8	3,9		
	Τεχνική Επαγγελματική Σχολή	10	22,1	4,2		
	Total	207	27,0	5,4		
Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (T)	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	14	26,3	7,6	7,088	0,000
	Λύκειο	58	30,4	4,3		
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	101	30,7	5,1		
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	28,7	4,5		
	Τεχνική Επαγγελματική Σχολή	10	23,3	5,0		
	Total	207	29,7	5,3		
Διεύρυνση του πεδίου αξιών (E)	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	14	28,3	3,5	6,648	0,000
	Λύκειο	58	29,0	4,6		
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	101	30,2	3,5		
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	26,2	3,9		
	Τεχνική Επαγγελματική Σχολή	10	26,3	3,7		
	Total	207	29,1	4,1		
Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (S)	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	14	13,7	4,1	7,793	0,000
	Λύκειο	58	16,4	2,6		
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	101	16,9	2,5		
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	16,6	1,7		
	Τεχνική Επαγγελματική Σχολή	10	13,4	2,9		
	Total	207	16,3	2,8		
Score προσαρμογή	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	14	93,0	18,3	7,235	0,000
	Λύκειο	58	102,6	13,7		
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	101	105,6	14,3		
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	98,3	10,5		
	Τεχνική Επαγγελματική Σχολή	10	85,1	12,2		
	Total	207	102,1	14,8		

Ο παρακάτω έλεγχος έδειξε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στο μηνιαίο εισόδημα και την μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (C), καθώς και την υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (S). Δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο μηνιαίο εισόδημα και στον περιορισμό των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (T) στην διεύρυνση του πεδίου αξιών (E) και στο score προσαρμογής (Πίνακας 10).

Πίνακας 10: Σχέση του μηνιαίου εισοδήματος με την προσαρμογή στην αναπηρία

		6. Μηνιαίο εισόδημα
Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (C)	Correlation Coefficient	,142*
	ρ	,042
	N	207
Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (T)	Correlation Coefficient	,001
	ρ	,983
	N	207
Διεύρυνση του πεδίου αξιών (E)	Correlation Coefficient	,101
	ρ	,146
	N	207
Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (S)	Correlation Coefficient	,151*
	ρ	,030
	N	207
Score προσαρμογή	Correlation Coefficient	,090
	ρ	,195
	N	207

Με βάση τον παρακάτω πίνακα, η διεύρυνση του πεδίου αξιών (E) παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που ζουν διαφορετικά, καθώς η p -τιμή είναι 0,048. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή των ατόμων που ζουν μόνα τους είναι $M.T.=28,6$, με συγγενείς $M.T.=29,6$ και με φίλους $M.T.=27,3$. Αντίθετα, οι άλλες υποκλίμακες της προσαρμογής δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τη μορφή διαβίωσης (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Επίδραση της μορφής διαβίωσης στην προσαρμογή στην προσαρμογή

		N	M.T.	T.A.	F	p
Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (C)	Μόνος μου	73	26,5	4,9	0,901	0,408
	Με συγγενείς	119	27,4	5,7		
	Με φίλους	15	25,9	5,1		
	Total	207	27,0	5,4		
Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (T)	Μόνος μου	73	29,7	4,8	1,975	0,141
	Με συγγενείς	119	30,0	5,5		
	Με φίλους	15	27,1	5,7		
	Total	207	29,7	5,3		
Διεύρυνση του πεδίου αξιών (E)	Μόνος μου	73	28,6	4,4	3,081	0,048
	Με συγγενείς	119	29,6	3,8		
	Με φίλους	15	27,3	4,1		
	Total	207	29,1	4,1		
Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (S)	Μόνος μου	73	16,8	2,5	2,555	0,080
	Με συγγενείς	119	16,2	2,9		
	Με φίλους	15	15,2	2,4		
	Total	207	16,3	2,8		
Score προσαρμογή	Μόνος μου	73	101,6	13,3	1,846	0,161
	Με συγγενείς	119	103,2	15,4		
	Με φίλους	15	95,5	16,1		
	Total	207	102,1	14,8		

Όσον αφορά την προέλευση της αναπηρίας, ο περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (T) και η υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (S) παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με διαφορετικό τρόπο απόκτησης αναπηρίας, καθώς οι αντίστοιχες p-τιμές είναι 0,046 και 0,022 αντίστοιχα. Συγκεκριμένα, στον περιορισμό των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (T), η μέση τιμή των ατόμων με επίκτητη αναπηρία είναι ίση με M.T.=30,2, ενώ με εκ γενετής M.T.=28,4. Τέλος, στην υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (S), τα άτομα με επίκτητη αναπηρία έχουν μέση τιμή M.T.=16,6, ενώ τα άτομα με εκ γενετής αναπηρία έχουν μέση τιμή M.T.=15,5 (Πίνακας 12).

Πίνακας 12: Επίδραση της προέλευσης της αναπηρίας στην προσαρμογή στην αναπηρία

11. Η αναπηρία σας είναι		N	M.T.	T.A.	t-test	df	p
Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (C)	Επίκτητη	150	27,3	4,8	1,449	79	0,151
	Εκ γενετής	57	25,9	6,7			
Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (T)	Επίκτητη	150	30,2	4,8	2,028	83	0,046
	Εκ γενετής	57	28,4	6,2			
Διεύρυνση του πεδίου αξιών (E)	Επίκτητη	150	29,0	4,2	-0,628	205	0,531
	Εκ γενετής	57	29,4	3,8			
Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (S)	Επίκτητη	150	16,6	2,6	2,337	87	0,022
	Εκ γενετής	57	15,5	3,1			
Score προσαρμογή	Επίκτητη	150	103,1	13,5	1,522	82	0,132
	Εκ γενετής	57	99,2	17,7			

Από τον παρακάτω έλεγχο παρατηρούμε ότι η μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (C), ο περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (T), η διεύρυνση του πεδίου αξιών (E) και η υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (S) παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με διαφορετικό διάστημα αναπηρίας αφού οι αντίστοιχες p- τιμές είναι μικρότερες του 0,005. Ομοίως, η συνολική προσαρμογή φαίνεται να επηρεάζεται από το διάστημα αναπηρίας του δείγματος, καθώς παρουσιάζει p-τιμή 0,000. Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται το διάστημα της αναπηρίας, τόσο αυξάνονται και τα επίπεδα προσαρμογής σε αυτήν, καθώς υπάρχει θετική συσχέτιση (Πίνακας 13).

Πίνακας 13: Σχέση του διαστήματος αναπηρίας με την προσαρμογή στην αναπηρία

		12. Διάστημα αναπηρίας
Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (C)	Correlation Coefficient	,206**
	ρ	,003
	N	207
Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (T)	Correlation Coefficient	,296**
	ρ	,000
	N	207
Διεύρυνση του πεδίου αξιών (E)	Correlation Coefficient	,224**
	ρ	,001
	N	207
Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (S)	Correlation Coefficient	,305**
	ρ	,000
	N	207
Score προσαρμογή	Correlation Coefficient	,307**
	ρ	,000
	N	207

Τα ατομικά στοιχεία του δείγματος που αφορούσαν την οικογενειακή κατάσταση, την εργασιακή κατάσταση, τη σχέση εισοδήματος-εξόδων, την περιοχή διαβίωσης, την ύπαρξη κάποιου χόμπι, την ύπαρξη σωματικού πόνου αλλά και το ρόλο που διαδραματίζει η θρησκευτικότητα στη ζωή τους, δεν φάνηκαν να επηρεάζουν τη διαδικασία της προσαρμογής και των διαστάσεων της καθώς δεν υπήρχε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση.

5.7.3 Η επίδραση των ατομικών στοιχείων στο ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων του δείγματος

Προκειμένου να διερευνηθεί το ψυχολογικό ευ ζην των συμμετεχόντων ανά δημογραφικό χαρακτηριστικό, υπολογίστηκαν οι έξι υποκλίμακες ψυχολογικού ευ ζην καθώς και ο συνολικός δείκτης ψυχολογικού ευ ζην, ο οποίος προκύπτει από το σύνολο των έξι υποκλιμάκων. Πιο αναλυτικά υπολογίστηκαν τα περιγραφικά στοιχεία μέση τιμή (Μ.Τ.) και τυπική απόκλιση (ΤΑ) κάθε υποκλίμακας ψυχολογικού ευ ζην σε κάθε ομάδα αναπηρίας του δείγματος. Οι μέσοι όροι των υποκλιμάκων Αυτονομία, Κυριαρχία στο περιβάλλον, Προσωπική ανάπτυξη, Θετικές σχέσεις με

τους άλλους, Σκοπός στη ζωή, Αποδοχή του εαυτού και συνολικό score ψυχολογικού ευ ζην έχουν ελάχιστη τιμή το 1 και μέγιστη το 6 καθώς προκύπτουν από το μέσο όρο ερωτήσεων οι οποίες είναι σε εξαβάθμια κλίμακα τύπου Likert.

Συγκεκριμένα, η προσωπική ανάπτυξη, ο σκοπός στη ζωή και η αποδοχή του εαυτού δεν παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά με βάση την οικογενειακή κατάσταση, καθώς οι αντίστοιχες p-τιμές είναι 0,006, 0,137, 0,074 και 0,125. Αντιθέτως, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της αυτονομίας όπως επίσης και της κυριαρχίας στο περιβάλλον, καθώς η p-τιμή είναι 0,006 και 0,002 αντίστοιχα. Συγκεκριμένα, σε ότι αφορά την αυτονομία η μέση τιμή των άγαμων είναι M.T.=4,2, των έγγαμων ή σε σχέση M.T.=3,9, των διαζευγμένων M.T.=4,5 και των χήρων M.T.=3,4. Επιπλέον για την κυριαρχία στο περιβάλλον, η μέση τιμή των άγαμων είναι M.T.=3,9, των έγγαμων ή σε σχέση M.T.=3,7, των διαζευγμένων M.T.=4,3 και των χήρων M.T.=2,9. Επίσης, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και των θετικών σχέσεων με τους άλλους, καθώς η p-τιμή είναι 0,013. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή των άγαμων είναι M.T.=4,1, των έγγαμων ή σε σχέση M.T.=3,9, των διαζευγμένων M.T.=4,6 και των χήρων M.T.=2,9. Τέλος, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και του συνολικού ψυχολογικού ευ ζην score, καθώς η p-τιμή είναι 0,016. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή των άγαμων είναι M.T.=24,9, των έγγαμων ή σε σχέση M.T.=24,5, των διαζευγμένων M.T.=27,3 και των χήρων M.T.=20,5 (Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στο ψυχολογικό ευ ζην

		N	M.T.	T.A.	F	<i>p</i>
Αυτονομία	Άγαμος/η	110	4,2	0,7	4,219	0,006
	Έγγαμος/η ή Σε σχέση	77	3,9	0,7		
	Διαζευγμένος/η	17	4,5	0,8		
	Χήρος/α	3	3,4	0,2		
	Total	207	4,1	0,7		
Κυριαρχία στο περιβάλλον	Άγαμος/η	110	3,9	0,7	5,015	0,002
	Έγγαμος/η ή Σε σχέση	77	3,7	0,9		
	Διαζευγμένος/η	17	4,3	0,7		
	Χήρος/α	3	2,9	0,4		
	Total	207	3,9	0,8		
Προσωπική ανάπτυξη	Άγαμος/η	110	4,6	0,6	1,866	0,137
	Έγγαμος/η ή Σε σχέση	77	4,7	0,7		
	Διαζευγμένος/η	17	5,0	0,3		
	Χήρος/α	3	4,8	0,5		
	Total	207	4,7	0,6		
Θετικές σχέσεις με τους άλλους	Άγαμος/η	110	4,1	0,8	3,674	0,013
	Έγγαμος/η ή Σε σχέση	77	3,9	1,1		
	Διαζευγμένος/η	17	4,6	0,9		
	Χήρος/α	3	2,9	0,5		
	Total	207	4,0	1,0		
Σκοπός στη ζωή	Άγαμος/η	110	4,2	0,7	2,344	0,074
	Έγγαμος/η ή Σε σχέση	77	4,2	0,8		
	Διαζευγμένος/η	17	4,6	0,5		
	Χήρος/α	3	3,6	0,2		
	Total	207	4,2	0,7		
Αποδοχή του εαυτού	Άγαμος/η	110	4,0	0,9	1,937	0,125
	Έγγαμος/η ή Σε σχέση	77	4,1	1,2		
	Διαζευγμένος/η	17	4,4	0,8		
	Χήρος/α	3	2,9	0,5		
	Total	207	4,0	1,0		
Ευ ζην score	Άγαμος/η	110	24,9	3,9	3,507	0,016
	Έγγαμος/η ή Σε σχέση	77	24,5	4,4		
	Διαζευγμένος/η	17	27,3	3,5		
	Χήρος/α	3	20,5	0,8		
	Total	207	24,9	4,1		

Με βάση τον παρακάτω έλεγχο, η αυτονομία, η προσωπική ανάπτυξη και η αποδοχή του εαυτού δεν παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης, καθώς οι αντίστοιχες *p*-τιμές είναι 0,096, 0,065 και 0,062. Αντιθέτως, η κυριαρχία στο περιβάλλον παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική διαφορά στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης, καθώς η αντίστοιχη *p*-τιμή είναι 0,025. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει το

δημοτικό/γυμνάσιο είναι $M.T.=3,9$, το λύκειο $M.T.=3,7$, το ΑΕΙ/ΤΕΙ $M.T.=4$, το μεταπτυχιακό/διδακτορικό $M.T.=3,5$ και την τεχνική επαγγελματική σχολή $M.T.=3,9$. Με τον ίδιο τρόπο, οι θετικές σχέσεις με τους άλλους παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης, καθώς η αντίστοιχη p -τιμή είναι 0,013. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει το δημοτικό/γυμνάσιο είναι $M.T.=3,7$, το λύκειο $M.T.=4$, το ΑΕΙ/ΤΕΙ $M.T.=4,3$, το μεταπτυχιακό/διδακτορικό $M.T.=3,7$ και την τεχνική επαγγελματική σχολή $M.T.=3,7$. Τέλος, ο σκοπός στη ζωή παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική διαφορά στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης, καθώς η αντίστοιχη p -τιμή είναι 0,004. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή των ατόμων που έχουν ολοκληρώσει το δημοτικό/γυμνάσιο είναι $M.T.=4$, το λύκειο $M.T.=4,1$, το ΑΕΙ/ΤΕΙ $M.T.=4,4$, το μεταπτυχιακό/διδακτορικό $M.T.=4,1$ και την τεχνική επαγγελματική σχολή $M.T.=3,6$ (Πίνακας 15).

Πίνακας 15: Επίδραση του μορφωτικού επιπέδου στο ψυχολογικό ευ ζην

		N	M.T.	T.A.	F	ρ
Αυτονομία	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	14	3,8	0,4	1,997	0,096
	Λύκειο	58	4,1	0,7		
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	101	4,2	0,7		
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	3,9	0,9		
	Τεχνική Επαγγελματική Σχολή	10	3,7	0,4		
	Total	207	4,1	0,7		
Κυριαρχία στο περιβάλλον	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	14	3,9	0,7	2,846	0,025
	Λύκειο	58	3,7	0,9		
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	101	4,0	0,8		
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	3,5	0,8		
	Τεχνική Επαγγελματική Σχολή	10	3,9	0,6		
	Total	207	3,9	0,8		
Προσωπική ή ανάπτυξη	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	14	4,3	0,7	2,255	0,065
	Λύκειο	58	4,7	0,6		
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	101	4,7	0,5		
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	4,4	0,9		
	Τεχνική Επαγγελματική Σχολή	10	4,6	0,5		
	Total	207	4,7	0,6		
Θετικές σχέσεις με τους άλλους	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	14	3,7	0,7	3,232	0,013
	Λύκειο	58	4,0	1,1		
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	101	4,3	0,9		
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	3,7	0,8		
	Τεχνική Επαγγελματική Σχολή	10	3,7	0,8		
	Total	207	4,0	1,0		
Σκοπός στη ζωή	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	14	4,0	0,4	3,992	0,004
	Λύκειο	58	4,1	0,7		
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	101	4,4	0,7		
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	4,1	0,7		
	Τεχνική Επαγγελματική Σχολή	10	3,6	0,6		
	Total	207	4,2	0,7		
Αποδοχή του εαυτού	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	14	3,9	1,0	2,276	0,062
	Λύκειο	58	3,9	1,0		
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	101	4,2	1,0		
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	3,7	0,9		
	Τεχνική Επαγγελματική Σχολή	10	4,0	0,6		
	Total	207	4,0	1,0		

Για το συνολικό ευ ζην score παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης, καθώς η αντίστοιχη p-τιμή είναι 0,014. Συγκριμένα τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει το δημοτικό/γυμνάσιο έχουν μέση τιμή M.T.=23,6, το λύκειο M.T.=24,5, το ΑΕΙ/ΤΕΙ M.T.=25,9, το μεταπτυχιακό/διδακτορικό M.T.=23,3 και την τεχνική επαγγελματική σχολή M.T.=23,5 (Πίνακας 16).

Πίνακας 16: Επίδραση του μορφωτικό επιπέδου στο συνολικό ψυχολογικό ευ ζην

		N	M.T.	T.A.	F	p
Ευ ζην score	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	14	23,6	3,0	3,201	0,014
	Λύκειο	58	24,5	4,2		
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	101	25,9	4,0		
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	23,3	4,3		
	Τεχνική Επαγγελματική Σχολή	10	23,5	3,2		
	Total	207	24,9	4,1		

Η αυτονομία προκύπτει ότι παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που εργάζονται και σε αυτά που δεν εργάζονται, καθώς οι αντίστοιχες p-τιμές είναι μικρότερες από 0,05. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή των ατόμων που εργάζονται είναι M.T.=4,3 και αυτών που δεν εργάζονται είναι M.T.=3,9. Επιπλέον, η κυριαρχία στο περιβάλλον παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που εργάζονται και σε αυτά που δεν εργάζονται, καθώς η αντίστοιχη p-τιμή είναι 0. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή των ατόμων που εργάζονται είναι M.T.=4,1 και αυτών που δεν εργάζονται είναι M.T.=3,7. Οι θετικές σχέσεις με τους άλλους παρουσιάζουν επίσης στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που εργάζονται και σε αυτά που δεν εργάζονται, καθώς η αντίστοιχη p-τιμή είναι 0,025. Τα άτομα που εργάζονται εμφανίζουν μέση τιμή ίση με M.T.=4,2, ενώ αυτά που δεν εργάζονται M.T.=3,9. Ομοίως, η αποδοχή του εαυτού παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που εργάζονται και σε αυτά που δεν εργάζονται, καθώς η αντίστοιχη p-τιμή είναι μικρότερη από 0,05. Τα άτομα που εργάζονται εμφανίζουν μέση τιμή ίση με M.T.=4,4, ενώ αυτά που δεν εργάζονται M.T.=3,7. Τέλος, το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην score παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που εργάζονται και σε αυτά που δεν εργάζονται, καθώς η

αντίστοιχη p-τιμή ισούται με 0,001. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή των ατόμων που εργάζονται είναι Μ.Τ.=25,9 και αυτών που δεν εργάζονται είναι Μ.Τ.=24,1 (Πίνακας 17).

Πίνακας 17: Επίδραση της εργασιακής κατάστασης στο ψυχολογικό ευ ζην

Επιδρούν τα ατομικά στοιχεία του δείγματος στο ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία;

5. Εργάζεστε τώρα;		N	M.T.	T.A.	F	df	p
Αυτονομία	Ναι	94	4,3	0,7	3,830	205	0,000
	Όχι	113	3,9	0,8			
Κυριαρχία στο περιβάλλον	Ναι	94	4,1	0,7	3,911	201	0,000
	Όχι	113	3,7	0,9			
Προσωπική ανάπτυξη	Ναι	94	4,6	0,7	-0,807	205	0,420
	Όχι	113	4,7	0,6			
Θετικές σχέσεις με τους άλλους	Ναι	94	4,2	0,8	2,262	202	0,025
	Όχι	113	3,9	1,1			
Σκοπός στη ζωή	Ναι	94	4,3	0,7	1,773	205	0,078
	Όχι	113	4,1	0,7			
Αποδοχή του εαυτού	Ναι	94	4,4	0,8	5,024	203	0,000
	Όχι	113	3,7	1,1			
Ευ ζην score	Ναι	94	25,9	3,7	3,376	205	0,001
	Όχι	113	24,1	4,3			

Ο παρακάτω έλεγχος έδειξε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στο μηνιαίο εισόδημα και την αυτονομία, την κυριαρχία στο περιβάλλον, τις θετικές σχέσεις με τους άλλους, τον σκοπό στη ζωή, την αποδοχή του εαυτού και το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην score. Ωστόσο, δεν παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο μηνιαίο εισόδημα και την προσωπική ανάπτυξη καθώς το $p=0,0144 > 0,05$ (Πίνακας 18).

Πίνακας 18: Σχέση του μηνιαίου εισοδήματος με το ψυχολογικό ευ ζην

		6. Μηνιαίο εισόδημα
Αυτονομία	Correlation Coefficient	,139*
	<i>p</i>	,045
	N	207
Κυριαρχία στο περιβάλλον	Correlation Coefficient	,212**
	<i>p</i>	,002
	N	207
Προσωπική ανάπτυξη	Correlation Coefficient	,102
	<i>p</i>	,144
	N	207
Θετικές σχέσεις με τους άλλους	Correlation Coefficient	,153*
	<i>p</i>	,028
	N	207
Σκοπός στη ζωή	Correlation Coefficient	,227**
	<i>p</i>	,001
	N	207
Αποδοχή του εαυτού	Correlation Coefficient	,237**
	<i>p</i>	,001
	N	207
Ευ ζην score	Correlation Coefficient	,207**
	<i>p</i>	,003
	N	207

Με βάση τον παρακάτω έλεγχο, η αυτονομία, οι θετικές σχέσεις με τους άλλους και η αποδοχή του εαυτού δεν παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με διαφορετική σχέση εισοδήματος-εξόδων. Αντιθέτως, η κυριαρχία στο περιβάλλον παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με διαφορετική σχέση εισοδήματος-εξόδων, καθώς η *p*-τιμή είναι 0,011. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή των ατόμων με έξοδα περισσότερα από το εισόδημα είναι *M.T.*=3,7, η μέση τιμή αυτών με έξοδα ίδια με το εισόδημα είναι *M.T.*=4 και η μέση τιμή αυτών με έξοδα λιγότερα από το εισόδημα είναι επίσης *M.T.*=4. Επίσης, η προσωπική ανάπτυξη παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με διαφορετική σχέση εισοδήματος-εξόδων, καθώς η *p*-τιμή είναι 0,004. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή των ατόμων με έξοδα περισσότερα από το εισόδημα είναι *M.T.*=4,5, η μέση τιμή αυτών με έξοδα ίδια με το εισόδημα είναι *M.T.*=4,8 και η μέση τιμή αυτών με έξοδα λιγότερα από το εισόδημα είναι επίσης *M.T.*=4,8. Παρατηρείται ότι και ο σκοπός στη ζωή παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με διαφορετική σχέση εισοδήματος-εξόδων, καθώς η *p*-τιμή είναι

0,004. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή των ατόμων με έξοδα περισσότερα από το εισόδημα είναι $M.T.=4$, η μέση τιμή αυτών με έξοδα ίδια με το εισόδημα είναι $M.T.=4,4$ και η μέση τιμή αυτών με έξοδα λιγότερα από το εισόδημα είναι $M.T.=4,3$. Τέλος, το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην score παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με διαφορετική σχέση εισοδήματος-εξόδων, καθώς η p -τιμή είναι 0,035. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή των ατόμων με έξοδα περισσότερα από το εισόδημα είναι $M.T.=24,1$, η μέση τιμή αυτών με έξοδα ίδια με το εισόδημα είναι $M.T.=25,7$ και η μέση τιμή αυτών με έξοδα λιγότερα από το εισόδημα είναι $M.T.=25,5$ (Πίνακας 19).

Πίνακας 19: Επίδραση της σχέσης εισοδήματος-εξόδων στο ψυχολογικό ευ ζην

		N	M.T.	T.A.	F	p
Αυτονομία	Έξοδα περισσότερα από εισόδημα	97	4,0	0,7	,688	,504
	Έξοδα ίδια με εισόδημα	63	4,2	0,7		
	Έξοδα λιγότερα από εισόδημα	47	4,1	0,9		
	Total	207	4,1	0,7		
Κυριαρχία στο περιβάλλον	Έξοδα περισσότερα από εισόδημα	97	3,7	0,7	4,567	,011
	Έξοδα ίδια με εισόδημα	63	4,0	0,8		
	Έξοδα λιγότερα από εισόδημα	47	4,0	1,0		
	Total	207	3,9	0,8		
Προσωπική ή ανάπτυξη	Έξοδα περισσότερα από εισόδημα	97	4,5	0,7	5,555	,004
	Έξοδα ίδια με εισόδημα	63	4,8	0,5		
	Έξοδα λιγότερα από εισόδημα	47	4,8	0,6		
	Total	207	4,7	0,6		
Θετικές σχέσεις με τους άλλους	Έξοδα περισσότερα από εισόδημα	97	4,0	0,8	,536	,586
	Έξοδα ίδια με εισόδημα	63	4,1	1,1		
	Έξοδα λιγότερα από εισόδημα	47	4,1	1,1		
	Total	207	4,0	1,0		
Σκοπός στη ζωή	Έξοδα περισσότερα από εισόδημα	97	4,0	0,7	5,769	,004
	Έξοδα ίδια με εισόδημα	63	4,4	0,6		
	Έξοδα λιγότερα από εισόδημα	47	4,3	0,8		
	Total	207	4,2	0,7		
Αποδοχή του εαυτού	Έξοδα περισσότερα από εισόδημα	97	3,9	0,9	2,125	,122
	Έξοδα ίδια με εισόδημα	63	4,2	1,0		
	Έξοδα λιγότερα από εισόδημα	47	4,1	1,1		
	Total	207	4,0	1,0		
Ευ ζην score	Έξοδα περισσότερα από εισόδημα	97	24,1	3,7	3,418	,035
	Έξοδα ίδια με εισόδημα	63	25,7	4,0		
	Έξοδα λιγότερα από εισόδημα	47	25,5	4,8		
	Total	207	24,9	4,1		

Σύμφωνα με τον παρακάτω έλεγχο, η αυτονομία, η κυριαρχία στο περιβάλλον, η προσωπική ανάπτυξη, οι θετικές σχέσεις με τους άλλους, η αποδοχή του εαυτού και το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην score δεν παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που ζουν διαφορετικά. Αντιθέτως, ο σκοπός στη ζωή παρουσιάζει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που ζουν διαφορετικά, με p-τιμή 0,018. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή των ατόμων που ζουν μόνα τους είναι M.T.=4,2, αυτών που ζουν με συγγενείς M.T.=4,3 και αυτών που ζουν με φίλους M.T.=3,8 (Πίνακας 20).

Πίνακας 20: Επίδραση της μορφής διαβίωσης στο ψυχολογικό ευ ζην

		N	M.T.	T.A.	F	p
Αυτονομία	Μόνος μου	73	4,2	0,7	2,176	0,116
	Με συγγενείς	119	4,0	0,8		
	Με φίλους	15	3,8	0,5		
	Total	207	4,1	0,7		
Κυριαρχία στο περιβάλλον	Μόνος μου	73	3,9	0,8	0,014	0,986
	Με συγγενείς	119	3,8	0,9		
	Με φίλους	15	3,8	0,8		
	Total	207	3,9	0,8		
Προσωπική ανάπτυξη	Μόνος μου	73	4,6	0,7	1,195	0,305
	Με συγγενείς	119	4,7	0,6		
	Με φίλους	15	4,7	0,5		
	Total	207	4,7	0,6		
Θετικές σχέσεις με τους άλλους	Μόνος μου	73	4,0	0,8	0,138	0,871
	Με συγγενείς	119	4,1	1,1		
	Με φίλους	15	3,9	1,0		
	Total	207	4,0	1,0		
Σκοπός στη ζωή	Μόνος μου	73	4,2	0,7	4,117	0,018
	Με συγγενείς	119	4,3	0,7		
	Με φίλους	15	3,8	0,6		
	Total	207	4,2	0,7		
Αποδοχή του εαυτού	Μόνος μου	73	4,1	0,9	0,368	0,693
	Με συγγενείς	119	4,1	1,1		
	Με φίλους	15	3,8	0,8		
	Total	207	4,0	1,0		
Ευ ζην score	Μόνος μου	73	24,9	4,0	0,589	0,556
	Με συγγενείς	119	25,1	4,3		
	Με φίλους	15	23,8	3,4		
	Total	207	24,9	4,1		

Αναφορικά με τη μορφή της αναπηρίας, από τον παρακάτω έλεγχο συμπεραίνουμε ότι η κυριαρχία στο περιβάλλον, οι θετικές σχέσεις με τους άλλους, η αποδοχή του εαυτού και το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην score δεν παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με διαφορετικό τρόπο απόκτησης αναπηρίας. Αντιθέτως, η αυτονομία, η προσωπική ανάπτυξη και ο σκοπός στη ζωή, παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με διαφορετικό τρόπο απόκτησης αναπηρίας, καθώς οι αντίστοιχες p -τιμές είναι 0,074, 0,005, 0,024. Πιο αναλυτικά, στην αυτονομία, τα άτομα με επίκτητη αναπηρία έχουν μέση τιμή $M.T.=4,1$, ενώ τα άτομα με εκ γενετής αναπηρία έχουν μέση τιμή 4. Στην προσωπική ανάπτυξη, τα άτομα με επίκτητη αναπηρία έχουν μέση τιμή 4,7, ενώ τα

άτομα με εκ γενετής αναπηρία έχουν μέση τιμή 4,5. Όσον αφορά τον σκοπό στη ζωή, τα άτομα με επίκτητη αναπηρία έχουν μέση τιμή M.T.=4,3, ενώ τα άτομα με εκ γενετής αναπηρία έχουν μέση τιμή M.T.=4 (Πίνακας 21).

Πίνακας 21: Επίδραση της μορφής αναπηρίας στο ψυχολογικό ευ ζην

11. Η αναπηρία σας είναι		N	M.T.	T.A.	t-test	df	p
Αυτονομία	Επίκτητη	150	4,1	0,8	1,800	142	0,074
	Εκ γενετής	57	4,0	0,6			
Κυριαρχία στο περιβάλλον	Επίκτητη	150	3,8	0,9	-0,482	157	0,630
	Εκ γενετής	57	3,9	0,6			
Προσωπική ανάπτυξη	Επίκτητη	150	4,7	0,7	2,824	205	0,005
	Εκ γενετής	57	4,5	0,5			
Θετικές σχέσεις με τους άλλους	Επίκτητη	150	4,0	1,1	-0,006	147	0,995
	Εκ γενετής	57	4,0	0,7			
Σκοπός στη ζωή	Επίκτητη	150	4,3	0,7	2,278	205	0,024
	Εκ γενετής	57	4,0	0,7			
Αποδοχή του εαυτού	Επίκτητη	150	4,0	1,1	-0,048	144	0,962
	Εκ γενετής	57	4,0	0,8			
Ευ ζην score	Επίκτητη	150	25,1	4,3	1,124	128	0,263
	Εκ γενετής	57	24,4	3,4			

Όπως φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα, η αυτονομία, η κυριαρχία στο περιβάλλον, η προσωπική ανάπτυξη, οι θετικές σχέσεις με τους άλλους, ο σκοπός στη ζωή και το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην score παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που έχουν κάποιο χόμπι και σε αυτούς που δεν έχουν. Αντίθετα, η αποδοχή του εαυτού δεν εμφανίζει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που έχουν κάποιο χόμπι και σε αυτούς που δεν έχουν. Όσον αφορά την αυτονομία, τα άτομα με χόμπι έχουν μέση τιμή M.T.=4,2 και τα άτομα χωρίς M.T.=3,8. Στην κυριαρχία στο περιβάλλον, τα άτομα με χόμπι έχουν μέση τιμή M.T.=3,9 και τα άτομα χωρίς M.T.=3,5. Στην προσωπική ανάπτυξη, τα άτομα με χόμπι έχουν μέση τιμή M.T.=4,7 και τα άτομα χωρίς M.T.=4,4. Στις θετικές σχέσεις με τους άλλους, τα άτομα με χόμπι έχουν μέση τιμή M.T.=4,2 και τα άτομα χωρίς M.T.=3,5. Στον σκοπό στη ζωή, τα άτομα με χόμπι έχουν μέση τιμή M.T.=4,3 και τα άτομα χωρίς M.T.=3,8. Τέλος, στο συνολικό ψυχολογικό ευ ζην score, τα άτομα με χόμπι έχουν μέση τιμή 25,4 και τα άτομα χωρίς M.T.=22,9 (Πίνακας 22).

Πίνακας 22: Επίδραση της ύπαρξης χόμπι στο ψυχολογικό ευ ζην

13. Έχετε κάποιο χόμπι		N	M.T.	T.A.	t-test	df	ρ
Αυτονομία	Ναι	165	4,2	0,8	3,773	103	0,000
	Όχι	42	3,8	0,5			
Κυριαρχία στο περιβάλλον	Ναι	165	3,9	0,9	3,680	98	0,000
	Όχι	42	3,5	0,6			
Προσωπική ανάπτυξη	Ναι	165	4,7	0,6	2,582	205	0,011
	Όχι	42	4,4	0,6			
Θετικές σχέσεις με τους άλλους	Ναι	165	4,2	1,0	4,364	76	0,000
	Όχι	42	3,5	0,8			
Σκοπός στη ζωή	Ναι	165	4,3	0,7	4,767	66	0,000
	Όχι	42	3,8	0,7			
Αποδοχή του εαυτού	Ναι	165	4,1	1,0	1,684	205	0,094
	Όχι	42	3,8	1,0			
Ευ ζην score	Ναι	165	25,4	4,3	4,842	105	0,000
	Όχι	42	22,9	2,6			

Για τα ατομικά στοιχεία που σχετίζονται με το φύλο, την ηλικία, την ύπαρξη σωματικού πόνου και τον ρόλο της θρησκευτικότητας δεν βρέθηκαν συσχετίσεις με το ψυχολογικό ευ ζην επομένως δεν επηρεάζουν τη διαμόρφωση του και τις διαστάσεις του.

5.7.4 Διερεύνηση του ψυχολογικού ευ ζην και των υποκλιμάκων του στα άτομα με αναπηρία του δείγματος

Ως προς την επιρροή που ασκεί το είδος της αναπηρίας στη διαμόρφωση του ψυχολογικού ευ ζην των ατόμων μετρήθηκαν οι μέσες τιμές του δείγματος για κάθε αναπηρία και την αντίστοιχη υποκλίμακα του ψυχολογικού ευ ζην.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Πίνακα 23, η αυτονομία, η κυριαρχία στο περιβάλλον και η προσωπική ανάπτυξη παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με διαφορετικό είδος αναπηρίας, καθώς οι αντίστοιχες p -τιμές είναι μικρότερες από 0,05. Στην αυτονομία, τα άτομα με κινητική αναπηρία παρουσιάζουν την υψηλότερη αυτονομία καθώς έχουν μέση τιμή $M.T.=4,5$ όπως και τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, ακολουθούν τα άτομα με οπτική αναπηρία που έχουν μέση τιμή $M.T.=4,2$, με μεσογειακή αναιμία $M.T.=4$, με ακουστική $M.T.=3,9$ και με διαβήτη $M.T.=3,2$. Αναφορικά με την κυριαρχία στο περιβάλλον, τα άτομα που κυριαρχούν περισσότερο στο περιβάλλον είναι αυτά με κινητική αναπηρία έχουν

μέση τιμή M.T.=4,4, ακολουθούν τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας με μέση τιμή M.T.=4,2, τα άτομα με οπτική αναπηρία που έχουν μέση τιμή M.T.=4, τα άτομα με ακουστική αναπηρία που έχουν μέση τιμή M.T.=3,9, τα άτομα με μεσογειακή αναιμία με μέση τιμή M.T.=3,7 και τέλος τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και μέση τιμή M.T.=2,6. Σχετικά με την προσωπική ανάπτυξη, τα άτομα με οπτική αναπηρία έχουν μέση τιμή M.T.=4,4, με ακουστική M.T.=4,5, με κινητική M.T.=4,8, με μεσογειακή αναιμία M.T.=4,3, με διαβήτη M.T.=5,1 και με σκλήρυνση κατά πλάκας M.T.=4,8. Επομένως φαίνεται να έχουν καλύτερη προσωπική ανάπτυξη τα άτομα με κινητική αναπηρία και σκλήρυνση κατά πλάκας (Πίνακας 23).

Πίνακας 23: Επίδραση του είδους της αναπηρίας στις υποκλίμακες του ψυχολογικού ευ ζην

		N	M.T.	T.A.	F	p
Αυτονομία	Οπτική	33	4,2	0,6	20,197	0,000
	Ακουστική	32	3,9	0,6		
	Κινητική	36	4,5	0,8		
	Μεσογειακή Αναιμία	30	4,0	0,6		
	Διαβήτης	32	3,2	0,0		
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	44	4,5	0,6		
	Total	207	4,1	0,7		
Κυριαρχία στο περιβάλλον	Οπτική	33	4,0	0,7	34,313	0,000
	Ακουστική	32	3,9	0,6		
	Κινητική	36	4,4	0,7		
	Μεσογειακή Αναιμία	30	3,7	0,5		
	Διαβήτης	32	2,6	0,0		
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	44	4,2	0,8		
	Total	207	3,9	0,8		
Προσωπική ανάπτυξη	Οπτική	33	4,4	0,7	7,360	0,000
	Ακουστική	32	4,5	0,4		
	Κινητική	36	4,8	0,7		
	Μεσογειακή Αναιμία	30	4,3	0,7		
	Διαβήτης	32	5,1	0,0		
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	44	4,8	0,6		
	Total	207	4,7	0,6		

Ακόμα, το είδος της αναπηρίας φαίνεται να επηρεάζει και τις υπόλοιπες υποκλίμακες δηλαδή τις θετικές σχέσεις με τους άλλους, τον σκοπό στη ζωή και την αποδοχή του εαυτού καθώς οι αντίστοιχες p-τιμές είναι μικρότερες από 0,05. Συγκεκριμένα, στις θετικές σχέσεις με τους άλλους, τα άτομα με οπτική αναπηρία έχουν μέση τιμή M.T.=4,2, με ακουστική M.T.=4, με κινητική M.T.=4,8, με

μεσογειακή αναιμία Μ.Τ.=3,6, με διαβήτη Μ.Τ.=2,6 και με σκλήρυνση κατά πλάκας Μ.Τ.=4,7. Στον σκοπό στη ζωή, τα άτομα με οπτική αναπηρία έχουν μέση τιμή Μ.Τ.=4,2, με ακουστική Μ.Τ.=3,9, με κινητική Μ.Τ.=4,7, με μεσογειακή αναιμία Μ.Τ.=4,1, με διαβήτη Μ.Τ.=3,8 και με σκλήρυνση κατά πλάκας Μ.Τ.=4,4. Τέλος, στην αποδοχή του εαυτού, τα άτομα με οπτική αναπηρία έχουν μέση τιμή 4,2, με ακουστική Μ.Τ.=4, με κινητική Μ.Τ.=4,7, με μεσογειακή αναιμία Μ.Τ.=4,1, με διαβήτη Μ.Τ.=2,6 και με σκλήρυνση κατά πλάκας Μ.Τ.=4,4 (Πίνακας 24).

Πίνακας 24: Επίδραση του είδους της αναπηρίας στις υποκλίμακες του ψυχολογικού ευ ζην

		N	M.T.	T.A.	F	p
Θετικές σχέσεις με τους άλλους	Οπτική	33	4,2	0,8	50,802	0,000
	Ακουστική	32	4,0	0,6		
	Κινητική	36	4,8	0,8		
	Μεσογειακή Αναιμία	30	3,6	0,6		
	Διαβήτης	32	2,6	0,0		
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	44	4,7	0,7		
	Total	207	4,0	1,0		
Σκοπός στη ζωή	Οπτική	33	4,2	0,8	9,779	0,000
	Ακουστική	32	3,9	0,5		
	Κινητική	36	4,7	0,6		
	Μεσογειακή Αναιμία	30	4,1	0,5		
	Διαβήτης	32	3,8	0,0		
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	44	4,4	0,9		
	Total	207	4,2	0,7		
Αποδοχή του εαυτού	Οπτική	33	4,2	0,9	26,735	0,000
	Ακουστική	32	4,0	0,7		
	Κινητική	36	4,7	0,8		
	Μεσογειακή Αναιμία	30	4,1	0,8		
	Διαβήτης	32	2,6	0,0		
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	44	4,4	0,9		
	Total	207	4,0	1,0		

Αναφορικά με το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην της κάθε ομάδας παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση ως προς το είδος της αναπηρίας αφού το $p=0,000<0.05$. Συγκεκριμένα, τα άτομα με κινητική αναπηρία εμφάνισαν την υψηλότερη μέση τιμή Μ.Τ.=27,9, ακολουθούν τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας με Μ.Τ.=27, τα άτομα με οπτική αναπηρία με Μ.Τ.=25,2, τα άτομα με ακουστική αναπηρία με Μ.Τ.=24,3, τα άτομα με μεσογειακή αναιμία με Μ.Τ.=23,9 και τέλος τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη με Μ.Τ.=20 (Πίνακας 25).

Πίνακας 25: Επίδραση του είδους της αναπηρίας στο συνολικό ψυχολογικό ευ ζην

		N	M.T.	T.A.	F	p
Eu ζην score	Οπτική	33	25,2	4,0	24,665	0,000
	Ακουστική	32	24,3	3,3		
	Κινητική	36	27,9	3,7		
	Μεσογειακή Αναιμία	30	23,9	2,7		
	Διαβήτης	32	20,0	0,0		
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	44	27,0	3,8		
	Total	207	24,9	4,1		

Όσον αφορά την αυτονομία, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με οπτική αναπηρία και σακχαρώδη διαβήτη, με p-τιμή μικρότερη από 0,05. Επίσης, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με ακουστική και κινητική αναπηρία, με p-τιμή ίση με 0,005. Τα άτομα με κινητική αναπηρία έχουν στατιστικώς σημαντική διαφορά με τα άτομα με μεσογειακή αναιμία, με p-τιμή ίση με 0,046. Επιπλέον, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με κινητική αναπηρία και σακχαρώδη διαβήτη, με p-τιμή μικρότερη από 0,05. Τα άτομα με μεσογειακή αναιμία έχουν στατιστικώς σημαντική διαφορά με τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, με p-τιμή μικρότερη από 0,05. Τα άτομα με μεσογειακή αναιμία αναπηρία έχουν στατιστικώς σημαντική διαφορά με τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, με p-τιμή ίση με 0,027. Επίσης, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και τα άτομα με ακουστική αναπηρία, με p-τιμή μικρότερη από 0,05. Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη έχουν στατιστικώς σημαντική διαφορά με τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, με p-τιμή μικρότερη από 0,05. Τέλος, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας και τα άτομα με ακουστική αναπηρία, με p-τιμή ίση με 0,003. (Πίνακας 26).

Πίνακας 26: Πολλαπλές συγκρίσεις της αυτονομίας ως προς το είδος της αναπηρίας

	(I) Είδος αναπηρίας	(J) Είδος αναπηρίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Αυτονομία	Οπτική	Ακουστική	,2177	,1513	1,000	-,232	,667
		Κινητική	-,3250	,1470	,422	-,762	,112
		Μεσογειακή Αναιμία	,1266	,1538	1,000	-,330	,584
		Διαβήτης	,9409*	,1513	,000	,491	1,390
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-,3205	,1404	,353	-,738	,097
	Ακουστική	Οπτική	-,2177	,1513	1,000	-,667	,232
		Κινητική	-,5427*	,1481	,005	-,983	-,103
		Μεσογειακή Αναιμία	-,0911	,1550	1,000	-,551	,369
		Διαβήτης	,7232*	,1524	,000	,270	1,176
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-,5381*	,1417	,003	-,959	-,117
	Κινητική	Οπτική	,3250	,1470	,422	-,112	,762
		Ακουστική	,5427*	,1481	,005	,103	,983
		Μεσογειακή Αναιμία	,4516*	,1507	,046	,004	,899
		Διαβήτης	1.2659*	,1481	,000	,826	1,706
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	,0045	,1370	1,000	-,403	,412
	Μεσογειακή Αναιμία	Οπτική	-,1266	,1538	1,000	-,584	,330
		Ακουστική	,0911	,1550	1,000	-,369	,551
		Κινητική	-,4516*	,1507	,046	-,899	-,004
		Διαβήτης	,8143*	,1550	,000	,354	1,275
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-,4471*	,1444	,034	-,876	-,018
	Διαβήτης	Οπτική	-,9409*	,1513	,000	-1,390	-,491
		Ακουστική	-,7232*	,1524	,000	-1,176	-,270
		Κινητική	-1.2659*	,1481	,000	-1,706	-,826
		Μεσογειακή Αναιμία	-,8143*	,1550	,000	-1,275	-,354
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-1.2614*	,1417	,000	-1,682	-,841
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Οπτική	,3205	,1404	,353	-,097	,738
		Ακουστική	,5381*	,1417	,003	,117	,959
		Κινητική	-,0045	,1370	1,000	-,412	,403
		Μεσογειακή Αναιμία	,4471*	,1444	,034	,018	,876
		Διαβήτης	1.2614*	,1417	,000	,841	1,682

Όσον αφορά την κυριαρχία στο περιβάλλον, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ατόμων με οπτική αναπηρία και σακχαρώδη διαβήτη, με ακουστική και κινητική αναπηρία, με ακουστική αναπηρία και σακχαρώδη διαβήτη, με κινητική αναπηρία και μεσογειακή αναιμία, με κινητική αναπηρία και σακχαρώδη διαβήτη, με μεσογειακή αναιμία και σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και με σακχαρώδη διαβήτη και σκλήρυνση κατά πλάκας. Η p-τιμή των ατόμων αυτών είναι μικρότερη από 0,05 και συγκεκριμένα η p-τιμή των ατόμων με ακουστική και κινητική αναπηρία ισούται με 0,028 (Πίνακας 27).

Πίνακας 27: Πολλαπλές συγκρίσεις της κυριαρχίας στο περιβάλλον ως προς το είδος της αναπηρίας

	(I) Είδος αναπηρίας	(J) Είδος αναπηρίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Κυριαρχία στο περιβάλλον	Οπτική	Ακουστική	,1012	,1537	1,000	-,355	,558
		Κινητική	-,3730	,1493	,199	-,816	,070
		Μεσογειακή Αναιμία	,3905	,1562	,199	-,074	,855
		Διαβήτης	1.4048*	,1537	,000	,948	1,861
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-,1310	,1426	1,000	-,555	,293
	Ακουστική	Οπτική	-,1012	,1537	1,000	-,558	,355
		Κινητική	-,4742*	,1505	,028	-,921	-,027
		Μεσογειακή Αναιμία	,2893	,1574	1,000	-,178	,757
		Διαβήτης	1.3036*	,1548	,000	,844	1,764
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-,2321	,1439	1,000	-,660	,195
	Κινητική	Οπτική	,3730	,1493	,199	-,070	,816
		Ακουστική	,4742*	,1505	,028	,027	,921
		Μεσογειακή Αναιμία	,7635*	,1531	,000	,309	1,218
		Διαβήτης	1.7778*	,1505	,000	1,331	2,225
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	,2421	,1392	1,000	-,171	,656
	Μεσογειακή Αναιμία	Οπτική	-,3905	,1562	,199	-,855	,074
		Ακουστική	-,2893	,1574	1,000	-,757	,178
		Κινητική	-,7635*	,1531	,000	-1,218	-,309
		Διαβήτης	1.0143*	,1574	,000	,547	1,482
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-,5214*	,1466	,007	-,957	-,086
	Διαβήτης	Οπτική	-1.4048*	,1537	,000	-1,861	-,948
		Ακουστική	-1.3036*	,1548	,000	-1,764	-,844
		Κινητική	-1.7778*	,1505	,000	-2,225	-1,331
		Μεσογειακή Αναιμία	-1.0143*	,1574	,000	-1,482	-,547
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-1.5357*	,1439	,000	-1,963	-1,108
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Οπτική	,1310	,1426	1,000	-,293	,555
		Ακουστική	,2321	,1439	1,000	-,195	,660
		Κινητική	-,2421	,1392	1,000	-,656	,171
		Μεσογειακή Αναιμία	,5214*	,1466	,007	,086	,957
		Διαβήτης	1.5357*	,1439	,000	1,108	1,963

Αναφορικά με την προσωπική ανάπτυξη, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με οπτική και κινητική αναπηρία με p-τιμή 0,026, με οπτική αναπηρία και σακχαρώδη διαβήτη, με ακουστική αναπηρία και σακχαρώδη διαβήτη με p-τιμή 0,007, με κινητική αναπηρία και μεσογειακή αναιμία με p-τιμή 0,014, καθώς και με μεσογειακή αναιμία και σακχαρώδη διαβήτη (Πίνακας 28).

Πίνακας 28: Πολλαπλές συγκρίσεις της προσωπικής ανάπτυξης ως προς το είδος της αναπηρίας

	(I) Είδος αναπηρίας	(J) Είδος αναπηρίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Προσωπική ανάπτυξη	Οπτική	Ακουστική	-,1637	,1468	1,000	-,600	,272
		Κινητική	-,4524 [*]	,1426	,026	-,876	-,029
		Μεσογειακή Αναιμία	,0381	,1493	1,000	-,405	,482
		Διαβήτης	-,6905 [*]	,1468	,000	-1,127	-,254
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-,3723	,1363	,103	-,777	,033
	Ακουστική	Οπτική	,1637	,1468	1,000	-,272	,600
		Κινητική	-,2887	,1438	,690	-,716	,138
		Μεσογειακή Αναιμία	,2018	,1504	1,000	-,245	,649
		Διαβήτης	-,5268 [*]	,1479	,007	-,966	-,087
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-,2086	,1375	1,000	-,617	,200
	Κινητική	Οπτική	,4524 [*]	,1426	,026	,029	,876
		Ακουστική	,2887	,1438	,690	-,138	,716
		Μεσογειακή Αναιμία	,4905 [*]	,1463	,014	,056	,925
		Διαβήτης	-,2381	,1438	1,000	-,665	,189
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	,0801	,1330	1,000	-,315	,475
	Μεσογειακή Αναιμία	Οπτική	-,0381	,1493	1,000	-,482	,405
		Ακουστική	-,2018	,1504	1,000	-,649	,245
		Κινητική	-,4905 [*]	,1463	,014	-,925	-,056
		Διαβήτης	-,7286 [*]	,1504	,000	-1,175	-,282
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-,4104	,1401	,057	-,827	,006
	Διαβήτης	Οπτική	,6905 [*]	,1468	,000	,254	1,127
		Ακουστική	,5268 [*]	,1479	,007	,087	,966
		Κινητική	,2381	,1438	1,000	-,189	,665
		Μεσογειακή Αναιμία	,7286 [*]	,1504	,000	,282	1,175
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	,3182	,1375	,325	-,090	,727
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Οπτική	,3723	,1363	,103	-,033	,777
		Ακουστική	,2086	,1375	1,000	-,200	,617
		Κινητική	-,0801	,1330	1,000	-,475	,315
Μεσογειακή Αναιμία		,4104	,1401	,057	-,006	,827	
Διαβήτης		-,3182	,1375	,325	-,727	,090	

Όσον αφορά τις θετικές σχέσεις με τους άλλους, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με οπτική αναπηρία και σε αυτά με κινητική, με p-τιμή 0,001. Επίσης, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα σε αυτούς με οπτική αναπηρία και σε αυτούς με μεσογειακή αναιμία, με p-τιμή 0,016. Επιπλέον, παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με οπτική αναπηρία και σε αυτά με σκλήρυνση κατά πλάκας, με p-τιμή 0,002. Ομοίως, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με οπτική αναπηρία και σακχαρώδη διαβήτη, με ακουστική και κινητική αναπηρία, με ακουστική αναπηρία και σακχαρώδη διαβήτη, με ακουστική αναπηρία και σκλήρυνση κατά πλάκας, με κινητική αναπηρία και μεσογειακή αναιμία, με κινητική αναπηρία και σακχαρώδη διαβήτη, με μεσογειακή αναιμία και σακχαρώδη διαβήτη, με μεσογειακή αναιμία και σκλήρυνση κατά πλάκας, καθώς και με σακχαρώδη

διαβήτη και σκλήρυνση κατά πλάκας. Η p-τιμή αυτών είναι μικρότερη από 0,05 (Πίνακας 29).

Πίνακας 29: Πολλαπλές συγκρίσεις των θετικών σχέσεων με του άλλους ως προς το είδος της αναπηρίας

	(I) Είδος αναπηρίας	(J) Είδος αναπηρίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Θετικές σχέσεις με τους άλλους	Οπτική	Ακουστική	,1694	,1637	1,000	-,317	,656
		Κινητική	-,6342 [*]	,1590	,001	-1,107	-,162
		Μεσογειακή Αναιμία	,5515 [*]	,1664	,016	,057	1,046
		Διαβήτης	1,5087 [*]	,1637	,000	1,022	1,995
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-,5920 [*]	,1519	,002	-1,043	-,141
	Ακουστική	Οπτική	-,1694	,1637	1,000	-,656	,317
		Κινητική	-,8036 [*]	,1603	,000	-1,280	-,327
		Μεσογειακή Αναιμία	,3821	,1677	,356	-,116	,880
		Διαβήτης	1,3393 [*]	,1649	,000	,849	1,829
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-,7614 [*]	,1533	,000	-1,217	-,306
	Κινητική	Οπτική	,6342 [*]	,1590	,001	,162	1,107
		Ακουστική	,8036 [*]	,1603	,000	,327	1,280
		Μεσογειακή Αναιμία	1,1857 [*]	,1631	,000	,701	1,670
		Διαβήτης	2,1429 [*]	,1603	,000	1,667	2,619
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	,0422	,1483	1,000	-,398	,483
	Μεσογειακή Αναιμία	Οπτική	-,5515 [*]	,1664	,016	-1,046	-,057
		Ακουστική	-,3821	,1677	,356	-,880	,116
		Κινητική	-1,1857 [*]	,1631	,000	-1,670	-,701
		Διαβήτης	,9571 [*]	,1677	,000	,459	1,455
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-1,1435 [*]	,1562	,000	-1,608	-,679
	Διαβήτης	Οπτική	-1,5087 [*]	,1637	,000	-1,995	-1,022
		Ακουστική	-1,3393 [*]	,1649	,000	-1,829	-,849
		Κινητική	-2,1429 [*]	,1603	,000	-2,619	-1,667
		Μεσογειακή Αναιμία	-,9571 [*]	,1677	,000	-1,455	-,459
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-2,1006 [*]	,1533	,000	-2,556	-1,645
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Οπτική	,5920 [*]	,1519	,002	,141	1,043
		Ακουστική	,7614 [*]	,1533	,000	,306	1,217
		Κινητική	-,0422	,1483	1,000	-,483	,398
Μεσογειακή Αναιμία		1,1435 [*]	,1562	,000	,679	1,608	
Διαβήτης		2,1006 [*]	,1533	,000	1,645	2,556	

Αναφορικά με τον σκοπό στη ζωή, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με οπτική αναπηρία και σε αυτά με κινητική, καθώς η p-τιμή είναι 0,026. Επίσης, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με ακουστική αναπηρία και σε αυτά με κινητική, καθώς η p-τιμή είναι μικρότερη από 0,05. Στατιστικώς σημαντική διαφορά εμφανίζεται και μεταξύ των ατόμων με ακουστική αναπηρία και σκλήρυνση κατά πλάκας με p-τιμή ίση με 0,008. Με τον ίδιο τρόπο, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και σε αυτά με κινητική αναπηρία, με p-τιμή μικρότερη από 0,05. Τέλος, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα

στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, καθώς η p-τιμή είναι 0,001 (Πίνακας 30).

Πίνακας 30: Πολλαπλές συγκρίσεις του σκοπού της ζωής ως προς το είδος της αναπηρίας

	(I) Είδος αναπηρίας	(J) Είδος αναπηρίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Σκοπός στη ζωή	Οπτική	Ακουστική	,3544	,1635	,470	-,131	,840
		Κινητική	-,5047 [*]	,1588	,026	-,976	-,033
		Μεσογειακή Αναιμία	,0866	,1662	1,000	-,407	,580
		Διαβήτης	,4437	,1635	,108	-,042	,929
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-,1861	,1517	1,000	-,637	,265
	Ακουστική	Οπτική	-,3544	,1635	,470	-,840	,131
		Κινητική	-,8591 [*]	,1601	,000	-,1,335	-,384
		Μεσογειακή Αναιμία	-,2679	,1674	1,000	-,765	,230
		Διαβήτης	,0893	,1647	1,000	-,400	,579
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-,5406 [*]	,1531	,008	-,995	-,086
	Κινητική	Οπτική	,5047 [*]	,1588	,026	,033	,976
		Ακουστική	,8591 [*]	,1601	,000	,384	1,335
		Μεσογειακή Αναιμία	,5913 [*]	,1629	,005	,107	1,075
		Διαβήτης	,9484 [*]	,1601	,000	,473	1,424
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	,3185	,1481	,490	-,121	,758
	Μεσογειακή Αναιμία	Οπτική	-,0866	,1662	1,000	-,580	,407
		Ακουστική	,2679	,1674	1,000	-,230	,765
		Κινητική	-,5913 [*]	,1629	,005	-,1,075	-,107
		Διαβήτης	,3571	,1674	,512	-,140	,855
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-,2727	,1560	1,000	-,736	,191
	Διαβήτης	Οπτική	-,4437	,1635	,108	-,929	,042
		Ακουστική	-,0893	,1647	1,000	-,579	,400
		Κινητική	-,9484 [*]	,1601	,000	-,1,424	-,473
		Μεσογειακή Αναιμία	-,3571	,1674	,512	-,855	,140
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-,6299 [*]	,1531	,001	-,1,085	-,175
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Οπτική	,1861	,1517	1,000	-,265	,637
		Ακουστική	,5406 [*]	,1531	,008	,086	,995
		Κινητική	-,3185	,1481	,490	-,758	,121
Μεσογειακή Αναιμία		,2727	,1560	1,000	-,191	,736	
Διαβήτης		,6299 [*]	,1531	,001	,175	1,085	

Όσον αφορά την αποδοχή του εαυτού, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και στα άτομα με οπτική, ακουστική, κινητική αναπηρία, μεσογειακή αναιμία και σκλήρυνση κατά πλάκας. Η p-τιμή των ατόμων αυτών είναι μικρότερη από 0,05. Επιπλέον, στατιστικώς σημαντική διαφορά παρατηρείται και ανάμεσα στα άτομα με ακουστική αναπηρία και σε εκείνα με κινητική αναπηρία με p-τιμή ίση με 0,008 (Πίνακας 31).

Πίνακας 31: Πολλαπλές συγκρίσεις της αποδοχής του εαυτού ως προς το είδος της αναπηρίας

	(I) Είδος αναπηρίας	(J) Είδος αναπηρίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Αποδοχή του εαυτού	Οπτική	Ακουστική	,2364	,1963	1,000	-,347	,819
		Κινητική	-,4419	,1906	,322	-1,008	,124
		Μεσογειακή Αναιμία	,0779	,1995	1,000	-,515	,671
		Διαβήτης	1.5779 [†]	,1963	,000	,995	2,161
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-,1802	,1822	1,000	-,721	,361
	Ακουστική	Οπτική	-,2364	,1963	1,000	-,819	,347
		Κινητική	-,6783 [†]	,1922	,008	-1,249	-,107
		Μεσογειακή Αναιμία	-,1585	,2010	1,000	-,756	,439
		Διαβήτης	1.3415 [†]	,1978	,000	,754	1,929
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-,4166	,1838	,367	-,963	,129
	Κινητική	Οπτική	,4419	,1906	,322	-,124	1,008
		Ακουστική	,6783 [†]	,1922	,008	,107	1,249
		Μεσογειακή Αναιμία	,5198	,1956	,127	-,061	1,101
		Διαβήτης	2.0198 [†]	,1922	,000	1,449	2,591
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	,2617	,1778	1,000	-,266	,790
	Μεσογειακή Αναιμία	Οπτική	-,0779	,1995	1,000	-,671	,515
		Ακουστική	,1585	,2010	1,000	-,439	,756
		Κινητική	-,5198	,1956	,127	-1,101	,061
		Διαβήτης	1.5000 [†]	,2010	,000	,903	2,097
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-,2581	,1873	1,000	-,815	,298
	Διαβήτης	Οπτική	-1.5779 [†]	,1963	,000	-2,161	-,995
		Ακουστική	-1.3415 [†]	,1978	,000	-1,929	-,754
		Κινητική	-2.0198 [†]	,1922	,000	-2,591	-1,449
		Μεσογειακή Αναιμία	-1.5000 [†]	,2010	,000	-2,097	-,903
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-1.7581 [†]	,1838	,000	-2,304	-1,212
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Οπτική	,1802	,1822	1,000	-,361	,721
		Ακουστική	,4166	,1838	,367	-,129	,963
		Κινητική	-,2617	,1778	1,000	-,790	,266
Μεσογειακή Αναιμία		,2581	,1873	1,000	-,298	,815	
Διαβήτης		1.7581 [†]	,1838	,000	1,212	2,304	

Αναφορικά με το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην score, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στα άτομα με οπτική και κινητική αναπηρία, με οπτική αναπηρία και σακχαρώδη διαβήτη, με ακουστική και κινητική αναπηρία, με ακουστική αναπηρία και σακχαρώδη διαβήτη, με ακουστική αναπηρία και σκλήρυνση κατά πλάκας, με κινητική αναπηρία και μεσογειακή αναιμία, με κινητική αναπηρία και σακχαρώδη διαβήτη, με μεσογειακή αναιμία και σακχαρώδη διαβήτη, με μεσογειακή αναιμία και σκλήρυνση κατά πλάκας, καθώς και με σακχαρώδη διαβήτη και σκλήρυνση κατά πλάκας. Η p-τιμή των ατόμων αυτών είναι μικρότερη από 0,05 και πιο συγκεκριμένα αυτών με οπτική και κινητική αναπηρία είναι ίση με 0,01, με ακουστική αναπηρία και σκλήρυνση κατά πλάκας είναι ίση με 0,008 και τέλος εκείνων με μεσογειακή αναιμία και σκλήρυνση κατά πλάκας είναι ίση με 0,002 (Πίνακας 32).

Πίνακας 32: Πολλαπλές συγκρίσεις του συνολικού ψυχολογικού ευ ζην ως προς το είδος της αναπηρίας

	(I) Είδος αναπηρίας	(J) Είδος αναπηρίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	p	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Eu ζην score	Οπτική	Ακουστική	,9154	,8143	1,000	-1,504	3,334
		Κινητική	-2,7312 [*]	,7910	,010	-5,081	-,381
		Μεσογειακή Αναιμία	1,2712	,8280	1,000	-1,188	3,731
		Διαβήτης	5,1855 [*]	,8143	,000	2,766	7,605
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-1,7821	,7558	,290	-4,027	,463
	Ακουστική	Οπτική	-,9154	,8143	1,000	-3,334	1,504
		Κινητική	-3,6466 [*]	,7974	,000	-6,015	-1,278
		Μεσογειακή Αναιμία	,3558	,8341	1,000	-2,122	2,834
		Διαβήτης	4,2701 [*]	,8205	,000	1,833	6,708
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-2,6974 [*]	,7625	,008	-4,963	-,432
	Κινητική	Οπτική	2,7312 [*]	,7910	,010	,381	5,081
		Ακουστική	3,6466 [*]	,7974	,000	1,278	6,015
		Μεσογειακή Αναιμία	4,0024 [*]	,8114	,000	1,592	6,413
		Διαβήτης	7,9167 [*]	,7974	,000	5,548	10,286
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	,9491	,7376	1,000	-1,242	3,140
	Μεσογειακή Αναιμία	Οπτική	-1,2712	,8280	1,000	-3,731	1,188
		Ακουστική	-,3558	,8341	1,000	-2,834	2,122
		Κινητική	-4,0024 [*]	,8114	,000	-6,413	-1,592
		Διαβήτης	3,9143 [*]	,8341	,000	1,436	6,392
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-3,0532 [*]	,7771	,002	-5,362	-,745
	Διαβήτης	Οπτική	-5,1855 [*]	,8143	,000	-7,605	-2,766
		Ακουστική	-4,2701 [*]	,8205	,000	-6,708	-1,833
		Κινητική	-7,9167 [*]	,7974	,000	-10,286	-5,548
		Μεσογειακή Αναιμία	-3,9143 [*]	,8341	,000	-6,392	-1,436
		Σκλήρυνση κατά πλάκας	-6,9675 [*]	,7625	,000	-9,233	-4,702
	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Οπτική	1,7821	,7558	,290	-,463	4,027
		Ακουστική	2,6974 [*]	,7625	,008	,432	4,963
		Κινητική	-,9491	,7376	1,000	-3,140	1,242
		Μεσογειακή Αναιμία	3,0532 [*]	,7771	,002	,745	5,362
		Διαβήτης	6,9675 [*]	,7625	,000	4,702	9,233

5.7.5 Συσχέτιση της προσαρμογής στην αναπηρία με το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων του δείγματος

Προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση του ψυχολογικού ευ ζην από παράγοντες όπως είναι η συνολική προσαρμογή στην αναπηρία και οι υποκλίμακες της, πραγματοποιήθηκε ο παρακάτω έλεγχος (Πίνακας 33).

Έτσι, με βάση τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα παρατηρούμε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με θετική κατεύθυνση της μετατροπής από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (C) με όλες τις υποκλίμακες του ψυχολογικού ευ ζην αλλά και το συνολικό score του. Το ίδιο παρατηρείται και για τη διεύρυνση του πεδίου αξιών αλλά και το συνολικό score προσαρμογής. Όσον αφορά τον περιορισμό των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας παρατηρείται στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με την αυτονομία, την προσωπική ανάπτυξη, τον σκοπό στη ζωή, την αποδοχή του εαυτού και το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην. Αναφορικά με την υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση με την αυτονομία, την προσωπική ανάπτυξη, τον σκοπό στη ζωή και το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην. Τέλος, παρατηρείται ισχυρή συσχέτιση της συνολικής προσαρμογής με το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην (Πίνακας 33).

Πίνακας 33: Σχέση της προσαρμογής στην αναπηρία και των υποκλιμάκων της με το ψυχολογικό ευ ζην

		Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (C)	Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (T)	Διεύρυνση του πεδίου αξιών (E)	Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (S)	Score προσαρμογή
Αυτονομία	Pearson Correlation	,214**	,252**	,518**	,211**	,351**
	<i>p</i>	,002	,000	,000	,002	,000
	N	207	207	207	207	207
Κυριαρχία στο περιβάλλον	Pearson Correlation	,249**	,079	,579**	,055	,289**
	<i>p</i>	,000	,261	,000	,429	,000
	N	207	207	207	207	207
Προσωπική ανάπτυξη	Pearson Correlation	,284**	,476**	,454**	,417**	,478**
	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000	,000
	N	207	207	207	207	207
Θετικές σχέσεις με τους άλλους	Pearson Correlation	,198**	,087	,497**	,125	,265**
	<i>p</i>	,004	,211	,000	,072	,000
	N	207	207	207	207	207
Σκοπός στη ζωή	Pearson Correlation	,394**	,349**	,654**	,251**	,497**
	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000	,000
	N	207	207	207	207	207
Αποδοχή του εαυτού	Pearson Correlation	,336**	,182**	,595**	,066	,365**
	<i>p</i>	,000	,009	,000	,346	,000
	N	207	207	207	207	207
Ευ ζην score	Pearson Correlation	,331**	,261**	,659**	,204**	,435**
	<i>p</i>	,000	,000	,000	,003	,000
	N	207	207	207	207	207

Κεφάλαιο 6: Συζήτηση

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

6.1 Η προσαρμογή στην αναπηρία και το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία

Στο σύνολο τους, στη συνολική προσαρμογή αλλά και στις υποκλίμακες της προσαρμογής, οι ομάδες του δείγματος παρουσίασαν υψηλά επίπεδα προσαρμογής. Συγκεκριμένα, ως προς τις αναπηρίες του δείγματος, παρατηρείται ότι τα άτομα με κινητική αναπηρία εμφάνισαν υψηλότερη προσαρμογή στην αναπηρία, ακολουθούν τα άτομα με χρόνιες ασθένειες, τα άτομα με οπτική αναπηρία και τελευταία τα άτομα με ακουστική αναπηρία. Αντίθετα, άλλοι ερευνητές καταλήγουν σε μέτρια επίπεδα προσαρμογής των ατόμων στην αναπηρία τους (Oswald & Powdthavee, 2008· Powdthavee, 2009· Lucas, 2007b). Αναφορικά με τις υποκλίμακες της προσαρμογής, εμφανίστηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των ομάδων με αναπηρία. Συγκεκριμένα, για την μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, η οπτική και ακουστική αναπηρία, καθώς και η σκλήρυνση κατά πλάκας, σημείωσαν μέτρια προσαρμογή στην εν λόγω υποκλίμακα έναντι της κινητικής αναπηρίας, της μεσογειακής αναιμίας και του σακχαρώδη διαβήτη που η μέση βαθμολογία τους υποδηλώνει την υψηλή προσαρμογή τους. Φαίνεται λοιπόν, ότι ενώ θα αναμέναμε ίσως οι χρόνια ασθενείς να παρουσιάζουν χαμηλότερη μέση βαθμολογία στην συγκεκριμένη υποκλίμακα, εφόσον έχει βρεθεί ερευνητικά ότι γενικότερα η φύση της αναπηρίας και συγκεκριμένα η σοβαρότητα της, επηρεάζει τον βαθμό της προσαρμογής ή όχι του ατόμου στην αναπηρία του (Livneh et al., 2004). Στη συνέχεια, οι υποκλίμακες του περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας αλλά και η διερεύνηση του πεδίου αξιών κατέληξαν σε υψηλά επίπεδα για όλες τις αναπηρίες του δείγματος. Ως προς την υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης, η οπτική και ακουστική αναπηρία σημείωσαν μέτρια επίπεδα προσαρμογής στην υποκλίμακα αυτή, ενώ αντίθετα οι χρόνιες ασθένειες και η κινητική αναπηρία εμφάνισαν υψηλή

υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης. Το παραπάνω εύρημα πιθανότατα να οφείλεται στο διάστημα αναπηρίας των συμμετεχόντων. Ωστόσο, το εύρημα αυτό χρήζει περαιτέρω διερεύνησης προκειμένου να αποσαφηνιστούν με ακρίβεια οι παράγοντες που συνέβαλαν σε αυτή τη διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων.

Επιπλέον, το εύρημα ότι οι κινητικά ανάπηροι εμφανίζουν καλύτερα επίπεδα συνολικής προσαρμογής πιθανότατα να οφείλεται στον διαφορετικό τρόπο κοινωνικής προσαρμογής των ομάδων, αλλά και των κοινωνικών σχέσεων που αναπτύσσουν.

Αναφορικά με το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία του δείγματος, τα άτομα με κινητική αναπηρία σημείωσαν τα υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην. Ακολούθησαν τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, με οπτική αναπηρία, με ακουστική αναπηρία, με μεσογειακή αναιμία και με σακχαρώδη διαβήτη. Ωστόσο, άλλες έρευνες επισημαίνουν τα συμπτώματα κατάθλιψης και κοινωνικής απομόνωσης των ατόμων με οπτική αναπηρία, υποδηλώνοντας χαμηλά επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην (Jongenelis et al., 2004). Αλλά και οι Linely & Joseph (2005) παρατήρησαν ότι τα επίπεδα της κατάθλιψης και της κακής ψυχολογικής ευημερίας σε άτομα με προβλήματα όρασης είναι τουλάχιστον δύο φορές υψηλότερα από αυτά που βρέθηκαν σε φυσιολογικούς πληθυσμούς. Ωστόσο, οι Mehnert et al. (1990) βρήκαν πως εκείνοι με χρόνιες ασθένειες, οπτική, ακουστική και διανοητική αναπηρία είναι πιθανότερο να είναι πιο ευτυχισμένοι σε σύγκριση με εκείνους που η αναπηρία τους προκαλεί προβλήματα στην ευκινησία τους, όπως για παράδειγμα μια κινητική αναπηρία. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με αυτό της παρούσας έρευνας, στην οποία βρέθηκε πως οι κινητικά ανάπηροι εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην. Ωστόσο, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Urral (2006), βρέθηκε πως ο δείκτης της υποκειμενικής και ψυχολογικής ευημερίας είναι ανεξάρτητος από το είδος της αναπηρίας.

6.2 Το ψυχολογικό ευ ζην στα άτομα με αναπηρία: Η επίδραση των ατομικών στοιχείων

Αναφορικά με τα διάφορα ατομικά στοιχεία που διερευνήθηκαν, όπως η προέλευση και το διάστημα της αναπηρίας, η περιοχή διαβίωσης, η ύπαρξη σωματικού πόνου λόγω αναπηρίας, η ύπαρξη δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου, η επαγγελματική κατάσταση, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο, φαίνεται ότι κάποια συνδέονται με το ψυχολογικό ευ ζην.

Συγκεκριμένα, η οικογενειακή κατάσταση του ατόμου επηρεάζει τα επίπεδα διαμόρφωσης του ψυχολογικού του ευ ζην. Με βάση την παρούσα μελέτη βρέθηκε πως οι διαζευγμένοι σημειώνουν τα μεγαλύτερα επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην. Το παραπάνω εύρημα έρχεται σε αντίθεση με αυτό των Dolan, Peasgood & White (2008), οι οποίοι βρήκαν πως τα επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην είναι υψηλότερα για τους παντρεμένους. Επίσης, η έρευνα των Abdallah & Shah (2012), συγκρίνοντας τους παντρεμένους με τους εργένηδες ή αυτούς που βρίσκονταν σε κατάσταση χηρείας, βρήκαν επίσης πως οι παντρεμένοι παρουσιάζουν υψηλότερο ψυχολογικό ευ ζην. Αλλά και σε άλλη έρευνα βρέθηκε πως τα παντρεμένα άτομα αντιμετωπίζουν τις καταστάσεις της ζωής και τους καθημερινούς στρεσογόνους παράγοντες πολύ καλύτερα από τους ανύπαντρους (Riulli et al., 2002). Ωστόσο, σε άλλη έρευνα βρέθηκε πως η αυτονομία, η οποία αποτελεί υποκλίμακα του ψυχολογικού ευ ζην, είναι υψηλότερη για τις διαζευγμένες ή εν διαστάσει γυναίκες (Lindfors, Bentsson & Lundberg, 2006).

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο, τα άτομα που έχουν πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ σημείωσαν μεγαλύτερα επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην. Σε αντίστοιχη έρευνα που μελετά το επίπεδο του ψυχολογικού ευ ζην σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο, διαπιστώθηκε πως αυτοί που έχουν υψηλό επίπεδο μόρφωσης, δηλαδή είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος παρουσιάζουν πιο ανεπτυγμένο ψυχολογικό ευ ζην (Johanson & Wiechalt, 2004). Αντίθετα είναι τα αποτελέσματα στην έρευνα των Chevalier & Feinstein που πραγματοποιήθηκε το 2006, στην οποία βρέθηκε πως όσο μεγαλώνει το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων τόσο αυξάνονται και τα επίπεδα κατάθλιψης, δηλαδή μειώνεται αντίστοιχα και το ψυχολογικό ευ ζην τους.

Αναφορικά με την επαγγελματική κατάσταση, βρέθηκε ότι αυτοί που εργάζονται σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με πλήθος άλλων ερευνών που συνδέουν την ανεργία με το χαμηλό

ψυχολογικό ευ ζην (Evans & Pepper, 2000· Winkelmann & Winkelmann, 1998). Συγκεκριμένα, σε άλλες έρευνες βρέθηκε ότι όταν το άτομο εργάζεται νιώθει δημιουργικό και ευτυχισμένο, αλλά όταν χάνει τη δουλειά του βιώνει πολύ αρνητικά συναισθήματα π.χ. λύπη ή απογοήτευση (Lucas, Clark, Georgellis, & Diener, 2004).

Σε σχέση με το μηνιαίο εισόδημα, φάνηκε πως όσο αυξάνεται το μηνιαίο εισόδημα τόσο αυξάνεται και το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων, αλλά και η σχέση εισοδήματος εξόδων επηρεάζει εξίσου τη διαμόρφωση του ψυχολογικού ευ ζην. Πιθανότατα, το εύρημα αυτό να εξηγείται καθώς όσο πιο ευκατάστατος είναι κάποιος οικονομικά, τόσο περισσότερες δυνατότητες έχει για μια υγιή και γεμάτη ζωή. Επιπλέον, στην περίπτωση της αναπηρίας, τα άτομα έχουν αρκετά έξοδα για την ομαλή επιβίωση τους και την βίωση μιας αξιοπρεπούς ζωής με ανέσεις. Ακόμα, το γεγονός της εργασιακής και οικονομικής κατάστασης συνδέεται με την αυτονομία και την ύπαρξη ενός σκοπού στη ζωή, καθώς τα άτομα νιώθουν δημιουργικά και ανεξάρτητα έχοντας το δικό τους εισόδημα. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και σε άλλες έρευνες, οι οποίες δείχνουν πως το μηνιαίο εισόδημα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του ψυχολογικού ευ ζην των ατόμων (Lucas, Clark, Georgellis, & Diener, 2004· Bogart, 2014).

Τέλος, η ύπαρξη δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου επηρεάζει το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία. Αναλυτικότερα, βρέθηκε πως αυτοί που έχουν κάποιο χόμπι έχουν αντίστοιχα και υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην. Το εύρημα αυτό πιθανότατα να οφείλεται στο γεγονός ότι αν οι δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου είναι ομαδικές, ενισχύουν τις θετικές σχέσεις του με τους άλλους, οι οποίες αντιπροσωπεύουν το επίπεδο στο οποίο το άτομο διατηρεί σχέσεις οικειότητας και εμπιστοσύνης με τα άτομα του περιβάλλοντός του. Εντούτοις, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Kitis, Eraslan, Koc, Giresun, & Usta (2016), δεν εντοπίστηκαν σημαντικές συσχετίσεις της ύπαρξης δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου με το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία. Θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε επομένως, ότι το εύρημα αυτό χρήζει περαιτέρω διερεύνησης αναφορικά με το είδος των δραστηριοτήτων που συμμετέχουν τα άτομα του δείγματος.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι τα ατομικά στοιχεία που αφορούσαν την ηλικία, το φύλο και την προέλευση της αναπηρίας δεν επηρέασαν σημαντικά τα επίπεδα του ψυχολογικού ευ ζην. Ωστόσο, σύμφωνα με τα ευρήματα άλλων μελετών υπήρχε στατιστικά σημαντική σχέση. Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με το φύλο δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ερευνητών καθώς σε άλλες έρευνες οι άνδρες

εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην (Stephens, Dulberg & Joubert, 1999), ενώ σε άλλες έρευνες οι γυναίκες (Huppert, Walters, Day & Elliot, 1989· Ryff & Singer 1998b). Επίσης, σχετικά με την ηλικία των ατόμων έχει βρεθεί ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας σημειώνουν χαμηλό ψυχολογικό ευ ζην (Blanchflower & Oswald, 2008· Clark & Oswald, 1994) και παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης και ψυχικών διαταραχών (Singleton, Bumpstead, O'Brien, Lee, & Meltzer, 2001). Ακόμα, ως προς την προέλευση της αναπηρίας έχει βρεθεί πως οι εκ γενετής αναπηρίες συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην (Bogart, 2014).

6.3 Η σχέση της προσαρμογής στην αναπηρία και του ψυχολογικού ευ ζην

Τελευταίος και βασικός στόχος της έρευνας ήταν να διερευνηθεί ο βαθμός στον οποίο τα επίπεδα της προσαρμογής στην αναπηρία σχετίζονται με τη διαμόρφωση του ψυχολογικού ευ ζην των ατόμων με αναπηρία. Βρέθηκε, λοιπόν, ότι η συνολική προσαρμογή στην αναπηρία εμφανίζει θετική συσχέτιση με το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην. Με άλλα λόγια, το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία επηρεάζεται από το κατά πόσο τα άτομα έχουν προσαρμοστεί στην κατάσταση αναπηρίας τους. Το παραπάνω εύρημα έρχεται σε συμφωνία με πλήθος άλλων ερευνών. Συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί πως η αναγνώριση-παραδοχή και η συνακόλουθη προσαρμογή στην αναπηρία είναι καθοριστικά ζητήματα, που αναμφίβολα επηρεάζουν την ψυχική ευημερία και την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρίες (Κλεφτάρας, 2006).

Όσο πιο γρήγορα το άτομο αποδεχθεί την απώλειά του και αναγνωρίσει ότι η αναπηρία του είναι συνυφασμένη με την ίδια του τη ζωή, τόσο πιο γρήγορα θα αποδεχθεί και θα προσαρμοστεί στην κατάστασή του. Η αντίδραση ενός ατόμου απέναντι στην εμφάνιση μιας αναπηρίας επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων είναι τα προσωπικά βιώματα και οι εμπειρίες, η προσωπικότητα, η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας, η στάση που κρατά το κοινωνικό σύνολο απέναντι στο άτομο με αναπηρία και ο βαθμός του λειτουργικού περιορισμού. Οι παραπάνω παράγοντες εξετάστηκαν και στην παρούσα ερευνητική μελέτη, όπως παρουσιάστηκαν αναλυτικά παραπάνω. Ανάμεσα σε αυτούς τους παράγοντες όμως,

όπως διαπιστώθηκε και στην παρούσα εργασία, αλλά και στον Κλεφτάρα (2006) στη δυναμική διαδικασία της προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζει η σημασία και το νόημα που αποδίδει κανείς στην αναπηρία του. Η αναζήτηση προσωπικού νοήματος ζωής στην αναπηρία, μπορεί να επιτευχθεί από ένα άτομο, υιοθετώντας έναν εναλλακτικό τρόπο σκέψης και εντοπίζοντας ορισμένα οφέλη στο γεγονός της αναπηρίας του παρά τις δυσκολίες, τις απώλειες και τους περιορισμούς που του επιφέρει.

Παρόμοια ευρήματα έδειξε και η έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2003 από τους Thompson, Coker, & Krause, τα αποτελέσματά της οποίας καταδεικνύουν ότι η αναζήτηση νοήματος και σκοπού στη ζωή ενός ατόμου με αναπηρία και κατ' επέκταση το υγιές ψυχολογικό ευ ζην του είναι προβλεπτικοί παράγοντες για την ομαλή προσαρμογή του ατόμου στη ζωή με σοβαρή δυσλειτουργία (Thompson, Coker & Krause, 2003). Το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία διαμορφώνεται και εξαρτάται από το αν το άτομο καταφέρει να περιορίσει τις επιπτώσεις της δυσλειτουργίας του και να μετατρέψει τις συγκριτικές αξίες σε προσόντα, τα οποία αποτελούν υποκλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία (Kim, & Kang, 2003). Αντίθετα, άλλες έρευνες επισημαίνουν πως η δυσκολία ενός ατόμου να προσαρμοστεί σε μια κατάσταση αναπηρίας ευθύνεται για την ύπαρξη ψυχοπαθολογικών προβλημάτων και για το χαμηλό ψυχολογικό του ευ ζην γενικότερα (Turner, Lloyd & Taylor, 2006· Livneh et al., 2004· Garofalo, 2000), με σημαντική την εμφάνιση της κατάθλιψης (McDermott, Moran, Platt, & Dasari, 2007· Tsivgoulis, Triantafyllou, Papageorgiou, Evangelopoulos, Kararizou, Sfagos, & Vassilopoulos, 2007· Mitra, Wilber, Allen, & Walker, 2005· Livneh & Wilson, 2003· Vahle, Andresen, & Hagglund, 2000· Livneh, & Antonak, 1997).

6.4 Περιορισμοί της έρευνας- Προτάσεις εκπαιδευτικής παρέμβασης

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

Αναφορικά με τους περιορισμούς της έρευνας, και τα δύο ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο κοινωνικά αρεστών απαντήσεων. Η αξιολόγηση των επιπέδων του ψυχολογικού ευ ζην, καθώς και η μέτρηση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην αναπηρία, θα γινόταν ίσως καλύτερα με συνδυασμό κι άλλων ερευνητικών μεθόδων, όπως η συνέντευξη ή/και η παρατήρηση.

Επιπλέον, ένας ακόμη περιορισμός της έρευνας συνδέεται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του δείγματος, και κυρίως το μεγάλο χρονικό διάστημα μέσα στο οποίο φέρουν την αναπηρία τους, καθώς το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος σε ποσοστό 36,7% βρίσκονταν σε κατάσταση αναπηρίας για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 21 ετών. Δείγμα με μικρότερο διάστημα ύπαρξης της αναπηρίας, ενδεχομένως να παρουσίαζε διαφορετικά αποτελέσματα ως προς την προσαρμογή στην αναπηρία και τα επίπεδα του ψυχολογικού ευ ζην.

Τέλος, πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη, με συνέπεια να μην μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα ως προς την αιτιώδη σχέση μεταξύ των μεταβλητών. Κάτι τέτοιο θα γινόταν με μεγαλύτερη εγκυρότητα μέσα από μία διαχρονική έρευνα.

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι για να κριθεί δυνατή η γενίκευση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, κρίνεται χρήσιμη η επιβεβαίωσή τους και από μελλοντικές έρευνες που θα λαμβάνουν υπόψη τους περιορισμούς που επισημάνθηκαν. Έτσι, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να διερευνήσουν διεξοδικότερα την σχέση της προσαρμογής στην αναπηρία ως προς τη διαμόρφωση του ψυχολογικού ευ ζην, το ψυχολογικό ευ ζην και τις διαστάσεις του με στοιχεία που αφορούν στη φύση της αναπηρίας, ειδικότερα σε μέλη της μαθητικής κοινότητας με αναπηρία, αλλά και στους εκπαιδευτές και εκπροσώπους τους.

Σε αυτή την δύσκολη εποχή όπου οι αξίες, αλλά και ο σύγχρονος τρόπος ζωής, κλονίζονται και επανεξετάζονται, φαίνεται να αποτελεί επιτακτική ανάγκη ο επαναπροσδιορισμός της αίσθησης του ψυχολογικού ευ ζην που βιώνει ένα άτομο.

Είναι δηλαδή κρίσιμο, ο σύγχρονος άνθρωπος, μέσα από την κατάλληλη εκπαίδευση, να επαναπροσδιορίσει τα επίπεδα της ψυχικής του ευημερίας που θα του προσφέρουν μια αίσθηση πληρότητας και ικανοποίησης, αλλά και μια αίσθηση χαράς, που θα τον προετοιμάσουν να θωρακιστεί απέναντι στις καθημερινές δυσκολίες της ζωής. Διότι, η διαμόρφωση του ψυχολογικού ευ ζην δεν είναι μόνο προσωπική υπόθεση, αλλά εξαρτάται και προσδιορίζεται και από άλλους παράγοντες, ένας από τους οποίους είναι και η εκπαίδευση.

Συγκεκριμένα, η εκπαίδευση και οι φορείς της καλούνται να συμμετέχουν στη διαδικασία διαμόρφωσης συνθηκών υψηλού ψυχολογικού ευ ζην, προετοιμάζοντας τα παιδιά τόσο για τις αξίες όσο και για τις δυσκολίες που ενδέχεται να αντιμετωπίσουν στη ζωή τους. Μέσω μιας άρτια σχεδιασμένης παρεχόμενης εκπαίδευσης, οι νέοι και οι νέες μπορούν να αποκτήσουν όλες εκείνες τις δεξιότητες που θα τους εξασφαλίσουν δεξιότητες λήψης αποφάσεων και επίλυσης προβλημάτων, ικανότητα αυτογνωσίας και αυτονομίας, αποδοχής του εαυτού, σκοπού στη ζωή, ικανότητες δηλαδή που αποτελούν τις διαστάσεις του ψυχολογικού ευ ζην.

Βιβλιογραφία

- Abdallah, S., & Shah, S. (2012). Well-being patterns uncovered: an analysis of UK data. London: *New economics foundation*.
- AIHW. (2011). *Key indicators of progress for chronic disease and associated determinants*. Canberra.
- Alfano, D. P., Neilson, P. M., & Fink, M. P. (1993). Long-term psychosocial adjustment following head or spinal cord injury. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 6(2), 117-125.
- American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 37(1), 81-90.
- American Diabetes Association. (2017). Classification and diagnosis of diabetes. *Diabetes Care*, 40(1), 11-20.
- Antonak, R. F., & Livneh, H. (1991). A hierarchy of reactions to disability. *International Journal of Rehabilitation Research*, 14, 13-24.
- Argyle, M. (1987). The psychology of happiness. London: *Routledge*.
- Attig, T. (2001). Relearning the world: Making and finding meanings. In: R. Neimeyer (Ed.). Meaning reconstruction and the experience of loss (pp. 33–53). Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Barak, Y. and Achiron, A. (2011). Happiness and personal growth are attainable in interferon-beta-1a treated multiple sclerosis patients. *Journal of Happiness Studies*, 12, 887-895.
- Bard, M., & Sangrey, D. (1979). The crime victim's book. New York: Basic Books.
- Barrera, M. (1986). Distinctions Between Social Support Concepts, Measures, and Models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Berdoukas, V., Farmaki K, Carson S, Wood J, Coates T. (2012). Treating thalassemia major-related iron overload: the role of deferiprone. *J Blood Med*, 3, 119-29.
- Bishop, M. (2005). Quality of Life and Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: Preliminary Analysis of a Conceptual and Theoretical Synthesis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(4), 219-231.
- Blanchflower, D., Oswald, A. (2004). Well-being over time in Britain and the USA.
- Blanchflower, D.G., & Oswald, A.J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social Science & Medicine*, 66, 1733–1749.

- Bogart, K. R. (2014). The role of disability self-concept in adaptation to congenital or acquired disability. *Rehabilitation Psychology, 59*(1), 107-115.
- Bowman, Nicholas A. (2010). The development of psychological well-being among first-year college students. *Journal of College Student Development, Vol 51*(2), 180-200.
- Burgess, A., & Holmstrom, L. (1976). Coping behavior of the rape victim. *American Journal of Psychiatry, 13*, 413-417.
- Cappellini, M.-D., Cohen, A., Eleftheriou, A., Piga, A., Porter, J., & Taher, A. (2008). Guidelines for the Clinical Management of Thalassaemia, 2nd Revised edition. *Nicosia (CY): Thalassaemia International Federation*.
- Carpenter, W. T., & Strauss, J. S. (1977). Methodological issues in the study of outcome. In: J. S. Strauss, H. M., Babigian, & M. Roff (Eds.), *The origin and course of psychopathology* (pp. 345-367). New York: Plenum Press.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). National Diabetes Statistics Report: Estimates of Diabetes and Its Burden in the United States, 2014. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services.
- Chalk, H. M. (2007). Mind over matter: Cognitive – behavioral determinants of emotional distress in multiple sclerosis patient. *Psychology, Health & Medicine, 12*(5), 556-566.
- Chan, F., Da Silva Cardoso, E., & Chronister, J. A. (2009) (Eds.). Understanding Psychosocial Adjustment to Chronic Illness and Disability: A handbook for evidence-based practitioners in rehabilitation. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health & Illness, 5*, 168–195.
- Charmaz, K. (1991). Good days, bad days. New Brunswick, NJ: Rutgers. University Press.
- Charmaz, K. (1995). The body, identity, and self: Adapting to impairment. *The Sociological Quarterly, 36*, 657–680.
- Chevalier, A., & Feinstein, L. (2006). Sheepskin or Prozac: The causal effect of education on mental health. Report published by the Centre for the Economics of Education, London School of Economics, London.
- Clark, A., & Oswald, A. (1994). Unhappiness and unemployment. *The Economic Journal, 104*, 648–659.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.
- Collings, J. A. (1990). Psychosocial well-being and epilepsy: An empirical study, *Epilepsia*, 31(4), 418-426.
- Crisp, R. (1992). Long-term adjustment of 60 persons with spinal cord injury.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1–11.
- Dembo, T., Leviton, G. L., & Wright, B. A. (1975). Adjustment to misfortune: A problem of social-psychological rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 22 (1), 1-100.
- Diener E. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standards, need fulfilment, culture and evaluation theory. *Journal of Happiness Studies*, 1, 41–78.
- Diener E. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standards, need fulfilment, culture and evaluation theory. *Journal of Happiness Studies*, 1, 41–78.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542–575.
- Dittmar, S. (1989). Rehabilitation nursing: Process and application. St. Louis: C.V. Mosby.
- Dodge, R., Daly, A. P., Huyton, J., & Sanders, L. D. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3).
- Dolan, P., Peasgood, T., & White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, 29, 94–122.
- Donovan, N., & Halpern, D. (2002). Life satisfaction: The state of knowledge and implications for government. Prime Minister's Strategy Unit.
- Dutta, A., Kundu, M. M. (2007). Psychosocial adjustment to disability: a multi-ethnic approach. In Leung, P., Flowers, C. R., Talley W. B. and Sanderson P. R. (Eds). *Multicultural Issues in Rehabilitation and Allied Health*. Linn Creek, MO: Aspen Professional Services.
- Elfström, M. L., & Kreuter, M. (2006). Relationships Between Locus of Control, Coping Strategies and Emotional Well-Being in Persons with Spinal Cord Lesion. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13(1), 89-100.

- Elfström, M. L., Kennedy, P., Lude, P., & Taylor, N. (2007). Condition-related coping strategies in persons with spinal cord lesion: a cross-national validation of the Spinal Cord Lesion-related Coping Strategies Questionnaire in four community samples. *Spinal Cord*, 45(6), 420-428.
- Elliott, T., Uswatte, G., Lewis, L., & Palmatier, A. (2000). Goal instability and adjustment to physical disability. *Journal of Counseling Psychology*, 47(2), 251- 265.
- Evans, J., & Repper, J. (2000). Employment, social inclusion and mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 15–24.
- Farmaki, K., Tzoumari, I., Pappa, C., Chouliaras, G., Berdoukas, V. (2010) Normalisation of total body iron load with very intensive combined chelation reverses cardiac and endocrine complications of thalassaemia major. *Br J Haematol*, 148(3),466– 475.
- Frankl, V. (1979). Αναζητώντας νόημα ζωής και ελευθερίας: από το Στρατόπεδο του θανάτου στον Υπαρξισμό: Εισαγωγή στη Λογοθεραπεία. (Μτφ Τ. Χ. Ευδόκας, Κ. Δ. Χριστοφίδου). (Δ' Έκδοση). Λευκωσία: Ταμασος.
- Frankl, V. E. (1966). Self-transcendence as a human phenomenon. *Journal of Humanistic Psychology*, 6, 97-106.
- Frankl, V. E. (1988). The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy. New York: Meridian.
- Frankl, V. E. (1992a). Man's search for meaning: An introduction to logotherapy (4th ed.). Boston: Beacon Press.
- Fuhrer, M., Rintala, D., Hart, K., Clearman, R., Young, M. (1992). Relationship of life satisfaction to impairment, disability, and handicap among persons with spinal cord injury living in the community. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73, 552-557.
- Galanello, R., & Origa, R. (2010). Beta-thalassemia. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 5(11), 1-15.
- Garofalo, J. P. (2000). Psychological adjustment in medical populations. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 647-653.
- Groomes, D. A. G., Linkowski, D. C. (2007). Examining the Structure of the Revised Acceptance Disability Scale. *Journal of Rehabilitation*, 73(3), 3-9.
- Harbo, H. F., Gold, R., Tintore, M., (2013). Sex and gender issues in Multiple Sclerosis. 6(4), 237-248.

- Hawley, D., & Wolfe, F. (1988). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis: a prospective study. *Rheumat* 15, 932-941.
- Heady, H., Wearing, F. (2005). Resilience in the face of catastrophe: *Optimism, personality and Coping in the Kosovo crisis*. *JASP.*, 32, 1604-1627.
- Helliwell, J.F. (2003). How's life? Combining individual and national variations to explain subjective well-being. *Economic Modelling*, 20, 331–360.
- Hermann, B. P., Whitman, S., Wyler, A. R., Anton, M. T., & Vanderzwegg, R. (1990). Psychosocial predictors of psychopathology in epilepsy. *The British Journal of Psychiatry*, 156, 98-105.
- Heward, W. L. (2011). Παιδιά με ειδικές ανάγκες: Μια εισαγωγή στην Ειδική Εκπαίδευση. (Μτφ.: Χ. Λυμπεροπούλου). Α. Δαβάζογλου, Κ. Κόκκινος (Επιμ.). (β' εκδ.) Αθήνα : Τόπος.
- Horowitz, L. S., Rees, N. S., & Horowitz, M. W. (1965). Attitudes toward Deafness as a Function of Increasing Maturity. *The Journal of Social Psychology*, 66(2), 331-336.
- Hudson, D. (1994). Causes of Emotional and Psychological Reactions to Adventitious Blindness. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 88(6), 498-506.
- Huebner, K. M. (2000). Visual Impairment. In: M. C. Holbrook, & A. J. Koenig (Eds.), *Foundations of Education. Vol. I.: History and theory of teaching children and youths with visual impairments* (pp. 55-76). ABF Press.
- Huppert, F.A. (2005). Positive mental health in individuals and populations. In F.A. Huppert, N. Baylis, & B. Keverne (Eds.), *The science of well-being* (pp. 307–340). Oxford: Oxford University Press.
- Huppert, F.A., Walters, D.E., Day, N., & Elliott, B.J. (1989). The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-30): A reliability study on 6317 community residents. *British Journal of Psychiatry*, 155, 178–185.
- Huppert, FA (2009). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1, 137–164.
- International Diabetes Federation. (2015). *Diabetes Atlas, Seventh Edition*.
- Janoff-Bulman, R., & Frieze, I. H. (1983). A Theoretical Perspective for Understanding Reactions to Victimization. *Journal of Social Issues*, 39(2), 1-17.

- Jiao, J., Heyne, M. M., Lam, C. S. (2012). Acceptance of Disability among Chinese Individuals with Spinal Cord Injuries: *The Effects of Social Support and Depression. Psychology, 3(Special Issue), 775-781.*
- Johanson, J., L., Wiechalt S., A. (2004). Introduction to the special issue on resilience. *SUMU. 39(5), 657-670.*
- Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M., Beekman, A. T., Kluiters, H., Ribbe, M. W. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *Journal of Affective Disorders, 83, 135–142.*
- Judge, T.A., Thoresen, C.J., Bono, J.E., & Patton, G.K. (2001). The job satisfaction–job performance relationship: A qualitative and quantitative review. *Psychological Bulletin, 127, 376–407.*
- Jung, C. (1933). *Modern man in search of a soul.* New York, Harcourt.
- Kahneman, D. (1999). Objective happiness. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwartz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 3–25). New York: Russell Sage Foundation.
- Kanavos, P., Tinelli, M., Efthymiadou, O., Visintin, E., Grimaccia, F., & Mossman, J. (2016). Towards better outcomes in multiple sclerosis by addressing policy change: The International Multiple Sclerosis Study (IMPrESS). *The London School of Economics and Political Science. London, UK.*
- Kef, S. (2002). Psychosocial adjustment and the meaning of social support for visually impaired adolescents. *Journal of visual impairment and blindness, 96(1), 22-37.*
- Kendall, E., & Buys, N. (1998). An integrated model of psychosocial adjustment following acquired disability. *Journal of Rehabilitation, 64(2), 16–20.*
- Kennedy, P., Evans, M., & Sandhu, N. (2009). Psychological adjustment to spinal cord injury: The contribution of coping, hope and cognitive appraisals. *Psychology, Health & Medicine, 14(1), 17-33.*
- Kennedy, P., Lude, P., & Taylor, N. (2006). Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord, 44, 95–105.*
- Kim, S. J., & Kang, K. A. (2003). Meaning of life for adolescents with a physical disability in Korea. *Journal of Advanced Nursing, 43(2), 145–157.*

- Kitis, A., Eraslan, U., Koc, V., Giresun, F., & Usta, H. (2016). Investigation of Disability Level, Leisure Satisfaction, and Quality of Life in Disabled Employees. *Social Work in Public Health, 32*(2), 94-101.
- Koenig, A. J., & Holbrook, M. C. (2000). Literacy Skills. In: A. J. Koenig, & M. C. Holbrook (Eds.), *Foundations of Education. Vol. II: Instructional Strategies for Teaching Children and Youths with Visual Impairments* (pp. 246-312). AFB Press στο: Β. Αργυρόπουλος, Η εκπαίδευση παιδιών με σοβαρά προβλήματα όρασης: Ερευνητική και πρακτική προσέγγιση στο χώρο της διδασκαλίας. Στο: Παντελιάδου, Σ., & Αργυρόπουλος, Β. (Επιμ.) (2011). *Ειδική Αγωγή: Από την έρευνα στη διδακτική πράξη*. Αθήνα: Πεδίο.
- Krause, J. S., & Sternberg, M. (1997). Aging and adjustment after spinal cord injury: The roles of chronological age, time since injury, and environmental change. *Rehabilitation Psychology, 42*, 287-302.
- Krupnick, J., & Horowitz, M. (1980). Victims of violence: Psychological responses, treatment implications. *Evaluation and Change, 42-46*.
- Kuijjer, R. G., & De Ridder, D.T. D. (2003). Discrepancy in Illness-related Goals and Quality of Life in Chronically Ill Patients: The Role of Self-efficacy. *Psychology & Health, 18*(3), 313-330.
- Layard, R. (2005). *Happiness: Lessons from a new science*. New York: Penguin.
- Leontopoulou, S. & Triliva, S. (2012). Explorations of subjective wellbeing and character strengths among a Greek University student sample. *International Journal of Wellbeing, 2*(3), 251-270.
- Lindfors, P., Berntsson, L., & Lundberg, U. (2006). Factor structure of Ryff's psychological well-being scales in Swedish female and male white-collar workers. *Personality and Individual Differences, 40*, 1213–1222.
- Linely, P., A., Joseph, S. (2005). The human capacity for growth through adversity. *Am. Psychol., 60*(3), 262-264.
- Linkowski, D. C. (1971). A Scale to Measure Acceptance of Disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 14*(4), 236-244.
- Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 44*, 151–160.
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (1990). Reactions to disability: An empirical investigation of their nature and structure. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 21*(4), 13–21.

- Livneh, H., & Antonak, R. F. (1991). Temporal structure of adaptation to disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 34*, 298–318.
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (1994). Psychosocial reactions to disability: A review and critique of the literature. *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine, 6*(1), 1–100.
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (1997). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (2005). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Primer for Counselors. *Journal of Counseling & Development, 83*(1), 12-20.
- Livneh, H., 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.
- Loukopoulos, D. (2011). Haemoglobinopathies in Greece: prevention programme over the past 35 years. *Indian J Med Res, 134*(4), 572–576.
- Lucas, R. E. (2007b). Long-Term Disability Is Associated With Lasting Changes in Subjective Well-Being: Evidence From Two Nationally Representative Longitudinal Studies. *Personality Processes and Individual Differences, 92*(4), 717-730.
- Lucas, R.E., Clark, A.E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2004). Unemployment alters the set point for life satisfaction. *Psychological Science, 15*, 8–13.
- Luthar, S., S. (2003). The construct of resilience: implication for interventions and social policies. *Dev. Psychopathol., 12*, 857-885.
- Marks, N., & Shah, H. (2005). A well-being manifesto for a flourishing society. In F.A. Huppert, N. Baylis, & B. Keverne (Eds.), *The science of well-being* (pp. 503–531). Oxford: Oxford University Press.
- Marmot, M., Ryff, C.D., Bumpass, L.L., Shipley, M., & Marks, N.F. (1997). Social inequalities in health: Next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine, 44*, 901–910.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed.). New York: Van Nostrand.
- McColl, M., Stirling, P., Walker, J., Corey, P., Wilkins, R. (1999). Expectations of independence and life satisfaction among ageing spinal cord injured adults. *Disability and Rehabilitation, 21*, 231-240.

- McDermott, S., Moran, R., Platt, T., & Dasari, S. (2007). Health conditions among women with a disability. *Journal of Women's Health, 16*, 713-720.
- McNulty, K., Livneh, H., & Wilson, L. M. (2004). Perceived Uncertainty, Spiritual Well-Being, and Psychosocial Adaptation in Individuals With Multiple Sclerosis. *Rehabilitation Psychology, 49*(2), 91-99.
- Mehnert, T., Krauss, H., Nadler, R., Boyd, M. (1990). Correlates of life satisfaction in those with disabling conditions. *Rehabilitation Psychology, 35* (1), 1990.
- 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.
- Montel, S. R., & Bungener, C. (2007). Coping and quality of life in one hundred and thirty five subjects with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis, 13* (3), 393-401.
- Moore, L. W., Constantino, R. E., & Allen, M. (2000). Severe visual impairment in older women. *Western Journal of Nursing Research, 22*(5), 571-595.
- Moos R.H. & Schaefer, J.A. (1984) The crisis of physical illness: an overview and conceptual approach. In Moos, R.H. (ed.) *Coping with Physical Illness, 2: New Perspectives*. New York: Plenum Medical Book, 3-25.
- Mulgan, G. (2006). *Good and bad power: The ideals and betrayals of government*. London: Allen Lane.
- Neimeyer, R. (1998). *Lessons of loss: A guide to coping*. New York: McGraw-Hill.
- Neimeyer, R., Prigerson, H., & Davies, B. (2002). Mourning and meaning. *American Behavioral Scientist, 46*, 235–251.
- Newman S., Fitzpatrick R., Lamb R., & Shipley, M. (1989). The origins of depressed mood in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology, 16*(6), 740-744.
- Nwaneri, C., Cooper, H., & Bowen-jones, D. (2013). Mortality in type 2 diabetes mellitus: magnitude of the evidence from a systematic review. *The British Journal of Diabetes & Vascular Disease, 13*(4), 192-207.
- Nyman, S.R., Gosney, M.A., Victor, C.R. (2009). Psychosocial Impact of Visual Impairment in Working Age Adults. *British Journal of Ophthalmology*.
- Ososkie, J.N. & Schultz, J.C. (2003). Disability acceptance theories and logotherapy. *The International Forum for Logotherapy, 26*(1), 21-26.
- Oswald, A. J., & Powdthavee, N. (2008). Does Happiness Adapt? A Longitudinal Study of Disability with Implications for Economists and Judges. *Journal of Public Economics, 92*(5-6), 1061-1077.

- Pakenham, K. I., & Cox, S. (2009). The dimensional structure of benefit finding in multiple sclerosis and relations with positive and negative adjustment: A longitudinal study. *Psychology & Health, 24*(4), 373-393.
- Persson, L. O., & Ryden, A. (2006). Themes of effective coping in physical disability: an interview study of 26 persons who have learnt to live with their disability. *Scand J Caring Sci., 20*(3), 355-363.
- Powdthavee, N. (2009). What happens to people before and after disability? Focusing effects, lead effects, and adaptation in different areas of life. *Social Science & Medicine, 69*(12), 1834-1844.
- Pruzinsky, T., Edgerton, M. T. (1990). Body-image change in cosmetic plastic surgery. In: T. F. Cash, & T. Pruzinsky (Eds.), *Body Images: Development, Deviance and Change*. Guilford Press, New York.
- Psarra, E., & Kleftras, G. (2013). Adaptation to Physical Disabilities: The Role of Meaning in Life and Depression. *The European Journal of Counselling Psychology, 2*(1).
- Putzke, J. D., Elliott, T. R., & Richards, J. S. (2001). Marital Status and Adjustment 1 Year Post-Spinal-Cord-Injury. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 8*(2), 101-107.
- Riis, J., Loewenstein, G., Baron, J., Jepson, C., Fagerlin, A., & Ubel, P. A. (2005). Ignorance of Hedonic Adaptation to Hemodialysis: A Study Using Ecological Momentary Assessment. *Journal of Experimental Psychology, 134*(1), 3-9.
- Rintala, D., Young, J., Hart, K., Clearman, R., & Fuhrer, M. (1992). Social support and the well-being of persons with spinal cord injury living in the community. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 37*(3), 155-163.
- Riulli, L., Savicki V., Cepani A. (2002). Resilience in the face of catastrophe: Optimism, personality and Coping in the Kosovo crisis. *JASP. 32, 1604-1627*.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology, 52, 141-166*.
- Ryff, C. D. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development, 12, 35-55*.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The role of purpose in life and personal growth in positive human health. In: P. T. Wong, & P. S. Fry (Eds.), *The human quest for meaning, Mahwah, NJ: Erlbaum*, 213- 235.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13-39.
- Ryff, C.D., & Singer, B. (1998b). Middle age and well-being. In H.S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health*, 2 (pp. 707–719). New York: Academic Press.
- Ryff, C.D., & Singer, B.H. (1998a). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1–28.
- Scalfari, A., Neuhaus, A., Daumer, M., Muraro, P. A., & Ebers, G. C. (2014). Onset of secondary progressive phase and long-term evolution of multiple sclerosis. *Neurology, Neurosurgery, & Psychiatry*, 85, 67-75.
- Schilder, P. (1950). The image and appearance of the human body. New York: International Universities Press.
- Schurink, J., Cox, R. F. A., Cillessen, A. H. N., van Rens, G. H. M. B., & Boonstra, F. N. (2011). Low vision aids for visually impaired children: A perception-action perspective. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 871-882.
- Seligman, M. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Seligman, M. (2002). *Authentic happiness*. New York: Free Press.
- Seligman, M. and Peterson, C. (2003) ‘Positive clinical psychology’, pp. 305-317 in L. G. Aspinwall and U. M. Staudinger (Editors), *A psychology of human strengths*. Washington. DC: American Psychological Association.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *The American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Siller, J. (1964). Personality detriments: A reaction to the physically disabled. *American Foundation Research Bulletin*, 66(7), 37-52.

- Singleton, N., Bumpstead, R., O'Brien, M., Lee, A., & Meltzer, H. (2001). Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000. *London: The Stationery Office*.
- Smart, J. (2008). *Disability, society, and the individual* (2nd ed.). Aspen: Pro-Ed.
- Smith, C. R. (1975). Residual hearing and speech production in deaf children. *Journal of Speech and Hearing Research, 18*(4), 795-811.
- Smith, R. (1984). Identity crisis. *Nursing Mirror, 158*, i-vi.
- Snead, S. L., & Davis, J. R. (2002). Attitudes of individuals with acquired brain injury towards disability. *Brain Injury, 16*(11), 947-953.
- Starr, P., & Heiserman, K. (1977). Acceptance of disability by teenagers with orofacial clefts. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 20*(3), 198-201.
- Stephens, T., Dulberg, C., & Joubert, N. (1999). Mental health of the Canadian population: A comprehensive analysis. *Chronic Diseases in Canada, 20*, 118-126.
- Sue, D. W., & Sue, D. (1990). *Counseling the culturally different: Theory and practice*. (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Symonds, M. (1980). The "second injury" to victims. *Evaluation and Change, 36*-38.
- Tate, D., Kirsch, N., Maynard, F., Peterson, C., Forchheimer, M., Roller, A., & Hansen, N. (1994). Coping with the late effects: differences between depressed and nondepressed polio survivors. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 73*(1), 27-35.
- Thompson, N. J., Coker, J., & Krause, J. S. (2003). Purpose in life as a mediator of adjustment after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology, 48*, 100-108.
- Trieschmann, R. B. (1988). *Spinal cord injuries: Psychological, social and vocational rehabilitation*. (2nd ed.). New York: Demos Publications.
- Tsivgoulis, G., Triantafyllou, N., Papageorgiou, C., Evangelopoulos, M. E., Kararizou, E., Sfagos, C., & Vassilopoulos, D. (2007). Associations of the Expanded Disability Status Scale with anxiety and depression in multiple sclerosis outpatients. *Acta Neurologica Scandinavica, 115*, 67-72.
- Turner, R. J., Lloyd, D. A., & Taylor, J. (2006). Physical disability and mental health: An epidemiology of psychiatric and substance disorders. *Rehabilitation Psychology, 51*, 214-223.

- Ubel, P., A., Loewenstein, G., Schwarz, N., & Smith, D. (2005). Misimagining the Unimaginable: The Disability Paradox and Health Care Decision Making. *Health Psychology In the Public Domain, 24(4)*, 57-62.
- Unwin, J., Kacperek, L., & Clarke, C. (2009). A prospective study of positive adjustment to lower limb amputation. *Clinical Rehabilitation, 23(11)*, 1044-1050.
- Uppal, S. (2006). Impact of the Timing, Type and Severity of Disability on the Subjective WellBeing of Individuals with Disabilities. *Social Science and Medicine, 63*, 525-539.
- Ville, I., Ravaud, J.-F., Group. Tetrafigap (2001). Subjective well-being and severe motor impairments: The Tetrafigap survey on the long-term outcome of tetraplegic spinal cord injured persons. *Social Science and Medicine, 52*, 369-384.
- Walker, R. (2013). Child mental health and deafness. *Paediatrics and child health, 23(10)*, 438-442.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of Happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaemonia) and hedonic enjoyment. *Journal of personality and Social Psychology, 64*, 678–691.
- Weatherall, D. J. (2012). The definition and epidemiology of non-transfusion-dependent thalassemia. *Blood Reviews, 26*, 3-6.
- Webster, A. & Roe, J. (1998). Children with Visual Impairments. London: Routledge.
- Werner, E., E. (2001). Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery. Ithaca, New York: Cornell University Press.
- WHO. (2011). Global status report on noncommunicable diseases 2011.
- WHO. (2016b). Visual impairment and blindness.
- WHO. (2017). Deafness and hearing loss.
- Wilson-Jones, M., Morgan, E., Shelton, J. E., & Thorogood, C. (2007). Cerebral palsy: Introduction and diagnosis (part I). *Journal of Pediatric Health Care, 21(3)*, 146-152.
- Winkelmann, L., & Winkelmann, R. (1998). Why are the unemployed so unhappy? Evidence from panel data. *Economica, 65*, 1–15.
- Woolrich, R. A., Kennedy, P., & Tasiemski, T. (2006). A preliminary psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in 963

- people living with a spinal cord injury. *Psychology, Health & Medicine*, 11(1), 80-90.
- World Health Organization (2009). ICD-10. Geneva: Author. Retrieved from <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>. Στο: Pinguart, M., & Pfeiffer, J. P. (2012). Psychological Adjustment in Adolescents with Vision Impairment, *International Journal of Disability, Development and Education*, 59(2), 145-155.
- Wright, B. A. (1983). *Physical disability: A psychosocial approach*. (2nd ed.). New York: Harper & Row.
- Wu, M.-Y., & Chan, F. (2007). Psychological adjustment patterns of persons with spinal cord injury in Taiwan. *Disability and Rehabilitation*, 29(24), 1847-1857.
- Yoshida, K. K. (1993). Reshaping of self: A pendular reconstruction of self and identity among adults with traumatic spinal cord injury. *Sociology of Health & Illness*, 15, 217-245.
- Yousuf, S. (2007) *The Relationship between Big Five Personality Domains and Psychological Well Being among Disabled*. Lahore: University of the Punjab.
- Zimmermann, A.C., & Easterlin, R.E. (2006). Happily ever after? Cohabitation, marriage, divorce, and happiness in Germany. *Population and Development Review*, 32, 511-528.
- Βοζίκης, Α., & Σωτηροπούλου, Ε. (2012). Πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας στην Ελλάδα: Ανάλυση των ιδίων πληρωμών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4), 448-453.
- Δελλασούδας, Λ. Γ. (2005). Εισαγωγή στην ειδική παιδαγωγική: Διδακτική μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (Τόμος Β). Αθήνα: Ιδιωτική έκδοση.
- Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία. (2008). *Σχεδιάζοντας πολιτική σε θέματα αναπηρίας*.
- Καράγιωργα-Λαγανά, Μ., Βερδούκας, Β. (2011). Αποσιδήρωση στη Μείζονα Μεσογειακή Αναιμία. *Haema*, 2(3), 297-303.
- Κατσίκη, Ν., Ηλιάδης Φ., Ζαντίδης Α., Διδάγγελος Τ. (2010). Σακχαρώδης διαβήτης: Διάγνωση και ταξινόμηση. *Διαβητολογικά Χρονικά*, 23(1), 76-87.
- Κλεφτάρας, Γ. (2006). Παράγοντες αυτο-αποδοχής της σωματικής δυσλειτουργίας και ψυχολογική συμβουλευτική. *Το βήμα των κοινωνικών επιστημών*, 45, 53-72.

- Κλεφτάρας, Γ. (2007). Στάδια προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία: Ο ρόλος της ψυχολογικής συμβουλευτικής. *Το βήμα των κοινωνικών επιστημών*, 49, 149- 180.
- Κουρμπέτης, Β. & Χατζοπούλου Μ. (2010). Μπορώ και με τα μάτια μου, Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις και πρακτικές για κωφούς μαθητές, Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Κουτελέκος, Ι., & Χαλιάσος, Ν. (2013). Μεσογειακή αναιμία. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 2(3), 101-112.
- Κρουσταλάκης, Γ. Σ. (2005). Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και στο σχολείο: Ψυχοπαιδαγωγική Παρέμβαση για μια Συμβουλευτική Γονέων και Εκπαιδευτικών .
- Λεοντάρη, Α. (1996). Αυτοαντίληψη. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Λεοντοπούλου, Σ. (2012). Προσαρμογή της Κλίμακας Μέτρησης του Ψυχολογικού Ευ Ζην. Στο Αν. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα & Π. Ρούσση (Επιμ.), Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα, σ. 759. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Παπαδόπουλος, Κ. (2007). Εκπαίδευση Ατόμων με προβλήματα όρασης. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστημιακές Σημειώσεις, Τμήματος Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Σπετσιώτης, Ι. Μ., & Σταθόπουλος, Σ. Α. (2003). Παιδαγωγική και διδακτική των παιδιών με κινητικά προβλήματα. Αθήνα: Ωρίων.
- Τσατσούλης Α. (2015). Σύγχρονο Εγχειρίδιο Ενδοκρινολογίας. Εκδόσεις Κάλλιπος.
- Φλουρής, Γ. Σ. (1989). Αυτοαντίληψη, σχολική επίδοση και επίδραση γονέων. Αθήνα: Γρηγόρη.
- Ψαρρά, Ε., & Κλεφτάρας, Γ. (2009). Νόημα ζωής, ψυχική υγεία και ψυχοπαθολογία. Στο: Γ. Κλεφτάρας, & Μ. Καΐλα (Επίμ.), Από την ψυχοπαθολογία στο νόημα ζωής (σ. 15-36). Αθήνα: Πεδίο.

Παράρτημα Ι



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ»

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ:ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της διπλωματικής εργασίας που εκπονώ, στο πλαίσιο των μεταπτυχιακών σπουδών μου στο Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Είναι απολύτως **ανώνυμο** και έχει καθαρά ερευνητικό σκοπό. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Επιπλέον, είναι αυστηρά **προσωπικό**, με την έννοια ότι οι απαντήσεις πρέπει να είναι αποτέλεσμα της δικής σας και μόνο κρίσης. **Είναι σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.**

Η συμμετοχή σας σε αυτή την έρευνα αν και εθελοντική, είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι χωρίς αυτήν είναι αδύνατη η επιτυχής ολοκλήρωση της.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την συνεργασία και την υπομονή σας.

Με εκτίμηση,

Προβατά Μαρίνα

Α. Ατομικά στοιχεία

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

1. **Φύλο:** Άνδρας Γυναίκα
2. **Ηλικία:** 18-25 26-35 36-45 46-55 56 και άνω
3. **Οικογενειακή κατάσταση:** Άγαμος/η Έγγαμος/η ή Σε σχέση Διαζευγμένος/η Χήρος/α
4. **Μορφωτικό επίπεδο:** Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο ΑΕΙ/ΤΕΙ Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό Τεχνική-Επαγγελματική Σχολή
5. **Εργάζεστε τώρα;** Ναι Όχι **Αν ναι, με τι ασχολείστε;**
6. **Μηνιαίο εισόδημα:** Μηδενικό Μέχρι 800€ 801-1500€ 1501-2200€ 2201-3000€ Άνω των 3000€
7. **Σχέση εισοδήματος-εξόδων:** Έξοδα περισσότερα από εισόδημα Έξοδα ίδια με εισόδημα Έξοδα λιγότερα από εισόδημα
8. **Περιοχή διαβίωσης:** Αστική περιοχή Κωμόπολη/Χωριό
9. **Ζω:** Μόνος μου Με συγγενείς Με φίλους

10. Τι είδους αναπηρία έχετε: Οπτική Ακουστική Κινητική Χρόνια ασθένεια (διαβήτης Μεσογειακή αναιμία Σκλήρυνση κατά πλάκας)
11. Η αναπηρία σας είναι: Επίκτητη Εκ γενετής
12. Διάστημα αναπηρίας: Έως 5 έτη 6-10 11-20 21 και άνω
13. Έχετε κάποιο χόμπι: Ναι Όχι
14. Υπαρξη σωματικού πόνου λόγω της αναπηρίας: Ναι Όχι
15. Ο ρόλος της θρησκευτικότητας στη ζωή σας είναι: Καθόλου σημαντικός Λίγο σημαντικός Μέτρια σημαντικός Αρκετά σημαντικός Πολύ σημαντικός Πάρα πολύ σημαντικός

B. Ερωτηματολόγιο

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

1=Διαφωνώ απόλυτα	2=Διαφωνώ	3= Συμφωνώ	4=Συμφωνώ απόλυτα
-------------------	-----------	------------	-------------------

16. Λόγω της αναπηρίας μου, όλες οι πλευρές της ζωής μου επηρεάζονται σε πολύ σημαντικό βαθμό.	1	2	3	4
17. Έχοντας αναπηρία αδυνατώ να κάνω πράγματα, όπως οι άνθρωποι χωρίς αναπηρία.	1	2	3	4
18. Με αναπηρία ή χωρίς, θα τα καταφέρω στη ζωή μου.	1	2	3	4
19. Εξαιτίας της αναπηρίας μου, λίγα έχω να προσφέρω στους άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4
20. Η καλή εξωτερική εμφάνιση και η σωματική ικανότητα είναι τα πιο σημαντικά πράγματα στη ζωή μου.	1	2	3	4
21. Ένα άτομο με αναπηρία περιορίζεται σε συγκεκριμένους τομείς, αλλά υπάρχουν ακόμη πολλά που μπορεί να κάνει.	1	2	3	4
22. Ανεξάρτητα από το πόσο σκληρά προσπαθώ ή από το τι επιτυγχάνω, ποτέ δεν θα μπορέσω να είμαι τόσο καλός/ή, όσο ένα άτομο που δεν έχει την αναπηρία μου.	1	2	3	4
23. Με κάνει και αισθάνομαι πολύ άσχημα το να βλέπω όλα όσα μπορούν να κάνουν οι άνθρωποι χωρίς αναπηρίες, που εγώ δεν μπορώ να κάνω.	1	2	3	4
24. Το πιο σημαντικό πράγμα στον κόσμο είναι να είσαι σωματικά κανός (αρτιμελής).	1	2	3	4
25. Εξαιτίας της αναπηρίας μου, οι ζωές των άλλων ανθρώπων έχουν περισσότερο νόημα από τη δική μου.	1	2	3	4

26. Εξαιτίας της αναπηρίας μου, αισθάνομαι μίζερος/η τον περισσότερο καιρό.	1	2	3	4
27. Παρόλο που έχω αναπηρία, η ζωή μου είναι γεμάτη.	1	2	3	4
28. Το είδος του ανθρώπου που είμαι και τα επιτεύγματα στην ζωή μου είναι λιγότερο σημαντικά από εκείνα των ατόμων χωρίς αναπηρία.	1	2	3	4
29. Η σωματική αναπηρία επηρεάζει την νοητική ικανότητα ενός ατόμου.	1	2	3	4
30. Εφόσον η αναπηρία μου εμπλέκεται σχεδόν σε οτιδήποτε προσπαθώ να κάνω, πρακτικά είναι στο μυαλό μου συνέχεια.	1	2	3	4
31. Υπάρχουν πολλά πράγματα που ένα άτομο με την αναπηρία μου μπορεί να κάνει.	1	2	3	4
32. Η αναπηρία μου, αυτή καθαυτή, με επηρεάζει περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό μου.	1	2	3	4
33. Υπάρχουν πολύ πιο σημαντικά πράγματα στη ζωή από την σωματική ικανότητα και εμφάνιση.	1	2	3	4
34. Σχεδόν κάθε τομέας της ζωής είναι κλειστός για μένα.	1	2	3	4
35. Η αναπηρία μου με εμποδίζει από σχεδόν οτιδήποτε πραγματικά θέλω να κάνω και από το να γίνω το είδος του ατόμου που θα ήθελα να είμαι.	1	2	3	4
36. Νιώθω ότι είμαι ένα επαρκές άτομο ανεξάρτητα από τους περιορισμούς της αναπηρίας μου.	1	2	3	4
37. Η αναπηρία μου επηρεάζει εκείνες τις πλευρές της ζωής μου, για τις οποίες ενδιαφέρομαι περισσότερο.	1	2	3	4
38. Μια αναπηρία, σαν τη δική μου, είναι το χειρότερο πράγμα που μπορεί να συμβεί σε έναν άνθρωπο.	1	2	3	4
39. Χρειάζεται να διαθέτει κανείς ένα γερό και αρτιμελές σώμα προκειμένου να έχει ένα καλό μυαλό.	1	2	3	4
40. Υπάρχουν στιγμές που ξεχνώ εντελώς ότι έχω μια αναπηρία.	1	2	3	4
41. Εάν δεν είχα την αναπηρία μου, πιστεύω πως θα ήμουν ένας πολύ καλύτερος άνθρωπος.	1	2	3	4
42. Όταν σκέφτομαι την αναπηρία μου, με κάνει και νιώθω τόσο λυπημένος και αναστατωμένος, που δεν μπορώ να κάνω οτιδήποτε άλλο.	1	2	3	4
43. Οι άνθρωποι με αναπηρίες μπορούν να τα καταφέρουν καλά με πολλούς τρόπους.	1	2	3	4

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

Παρακάτω, σας παρακαλώ να σημειώσετε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε τις προτάσεις που ακολουθούν. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Απαντήστε αυθόρμητα και μη ξοδεύετε πολύ χρόνο σε κάθε ερώτηση. Σημασία έχει μόνο η προσωπική σας άποψη.

**1 = Διαφωνώ Πολύ 2= Διαφωνώ Μέτρια 3=Διαφωνώ Λίγο 4=Συμφωνώ Λίγο
5=Συμφωνώ Μέτρια 6=Συμφωνώ Πολύ**

48. Οι περισσότεροι άνθρωποι με θεωρούν στοργικό και τρυφερό άτομο.	1	2	3	4	5	6
49. Μερικές φορές αλλάζω τον τρόπο που ενεργώ ή σκέφτομαι για να μοιάζω περισσότερο με τους άλλους γύρω μου.	1	2	3	4	5	6
50. Γενικά, αισθάνομαι ότι εγώ κατευθύνω τη ζωή μου.	1	2	3	4	5	6
51. Δεν με ενδιαφέρουν δραστηριότητες που διευρύνουν τους ορίζοντές μου.	1	2	3	4	5	6
52. Αισθάνομαι καλά όταν σκέφτομαι όσα έχω κάνει στο παρελθόν και όσα ελπίζω να κάνω στο μέλλον.	1	2	3	4	5	6
53. Όταν αναλογίζομαι το παρελθόν μου, είμαι ικανοποιημένος/η με το πώς ήρθαν τα πράγματα.	1	2	3	4	5	6
54. Δε φοβάμαι να πω αυτό που σκέφτομαι, ακόμη και όταν οι άλλοι δε συμφωνούν μαζί μου.	1	2	3	4	5	6
55. Η καθημερινή ζωή με καταβάλλει συχνά.	1	2	3	4	5	6
56. Γενικά, αισθάνομαι ότι συνεχίζω να μαθαίνω περισσότερα για τον εαυτό μου με το πέρασμα του χρόνου.	1	2	3	4	5	6
57. Μου ήταν δύσκολο να διατηρήσω στενούς φίλους.	1	2	3	4	5	6

58. Ζω τη ζωή μου μέρα με τη μέρα και δε σκέφτομαι ιδιαίτερα το μέλλον.	1	2	3	4	5	6
59. Γενικά, έχω αυτοπεποίθηση και αισθάνομαι θετικά για τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5	6
60. Οι αποφάσεις μου δεν επηρεάζονται συνήθως από το τι κάνουν όλοι οι άλλοι.	1	2	3	4	5	6
61. Δεν ταιριάζω πολύ καλά με άλλους ανθρώπους .	1	2	3	4	5	6
62. Είμαι ο τύπος του ανθρώπου που του αρέσει να δοκιμάζει καινούρια πράγματα.	1	2	3	4	5	6
63. Συχνά αισθάνομαι μοναξιά επειδή έχω λίγους στενούς φίλους, στους οποίους μπορώ να μιλήσω ελεύθερα.	1	2	3	4	5	6
64. Προτιμώ να σκέφτομαι το παρόν, επειδή το μέλλον σχεδόν πάντα μου επιφυλάσσει προβλήματα.	1	2	3	4	5	6
65. Αισθάνομαι ότι πολλοί από τους ανθρώπους που γνωρίζω έχουν πετύχει περισσότερα στη ζωή τους από ότι εγώ.	1	2	3	4	5	6
66. Τείνω να στενοχωριέμαι σχετικά με το τι πιστεύουν οι άλλοι για μένα.	1	2	3	4	5	6
67. Είμαι αρκετά καλός/ή στο να διαχειρίζομαι την καθημερινή μου ζωή.	1	2	3	4	5	6
68. Δεν θέλω να δοκιμάζω νέους τρόπους να κάνω πράγματα – η ζωή μου είναι μια χαρά έτσι όπως είναι.	1	2	3	4	5	6
69. Απολαμβάνω τις καλές συζητήσεις με την οικογένεια και τους φίλους μου.	1	2	3	4	5	6
70. Έχω μια αίσθηση προσανατολισμού και σκοπού στη ζωή μου.	1	2	3	4	5	6
71. Αν είχα την ευκαιρία θα άλλαζα πολλά πράγματα σε μένα.	1	2	3	4	5	6
72. Είναι πιο σημαντικό να είμαι ευτυχισμένος με τον εαυτό μου παρά να με επιδοκμάζουν οι άλλοι.	1	2	3	4	5	6
73. Συχνά αισθάνομαι να με κατακλύζουν οι ευθύνες μου.	1	2	3	4	5	6
74. Νομίζω ότι είναι σημαντικό να έχεις νέες εμπειρίες που να προκαλούν τον τρόπο που σκέφτεσαι για τον εαυτό σου και τον κόσμο.	1	2	3	4	5	6

75.Είναι σημαντικό για μένα να είμαι καλός ακροατής όταν οι στενοί μου φίλοι μου μιλούν για τα προβλήματά τους.	1 2 3 4 5 6
76.Οι καθημερινές μου δραστηριότητες μου φαίνονται συχνά άνευ σημασίας.	1 2 3 4 5 6
77.Μου αρέσουν οι περισσότερες πλευρές της προσωπικότητάς μου.	1 2 3 4 5 6
78.Τείνω να επηρεάζομαι από ανθρώπους με ισχυρές απόψεις.	1 2 3 4 5 6
79.Αν ήμουν δυσαρεστημένος/η με τη ζωή μου θα έκανα κάτι για να την αλλάξω.	1 2 3 4 5 6
80.Τώρα που το σκέφτομαι, δεν έχω βελτιωθεί πραγματικά ως άνθρωπος με το πέρασμα των χρόνων.	1 2 3 4 5 6
81.Δεν έχω πολλούς ανθρώπους που να θέλουν να ακούσουν όταν χρειάζομαι να μιλήσω.	1 2 3 4 5 6
82.Δεν ξέρω πραγματικά τι προσπαθώ να κάνω στη ζωή μου.	1 2 3 4 5 6
83.Έκανα μερικά λάθη στο παρελθόν, αλλά αισθάνομαι ότι τελικά όλα έγιναν για το καλύτερο.	1 2 3 4 5 6
84.Οι άνθρωποι σπάνια με πείθουν να κάνω πράγματα που δεν θέλω.	1 2 3 4 5 6
85.Γενικά είμαι καλός/ή στο να φροντίζω τα προσωπικά οικονομικά θέματα και τις υποθέσεις μου.	1 2 3 4 5 6
86.Κατά την άποψή μου, άνθρωποι κάθε ηλικίας είναι ικανοί να αναπτύσσονται και να εξελίσσονται.	1 2 3 4 5 6
87.Αισθάνομαι ότι κερδίζω πολλά από τις φιλίες μου.	1 2 3 4 5 6
88.Συνήθιζα στο παρελθόν να θέτω στόχους για τον εαυτό μου, αλλά τώρα το θεωρώ χάσιμο χρόνου.	1 2 3 4 5 6
89.Από πολλές απόψεις, αισθάνομαι απογοητευμένος/η με όσα πέτυχα στη ζωή μου.	1 2 3 4 5 6
90.Είναι πιο σημαντικό για μένα να ταιριάζω με τους άλλους παρά να υπερασπίζομαι τις αρχές μου και να είμαι μόνος/η μου.	1 2 3 4 5 6
91.Με αγχώνει το ότι δεν μπορώ να προλάβω όσα έχω να κάνω κάθε μέρα.	1 2 3 4 5 6
92.Με τον καιρό, κατάλαβα πολλά πράγματα για τη ζωή και αυτό με έκανε πιο δυνατό, πιο ικανό άτομο.	1 2 3 4 5 6
93.Μου φαίνεται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν περισσότερους φίλους από ότι έχω εγώ.	1 2 3 4 5 6

94.Μου αρέσει να κάνω σχέδια για το μέλλον και να προσπαθώ να τα πραγματοποιήσω .	1	2	3	4	5	6
95.Ως επί το πλείστον, είμαι περήφανος/η για το ποιος/α είμαι και το είδος της ζωής που έχω.	1	2	3	4	5	6
96.Πιστεύω στις απόψεις μου, ακόμη και αν οι περισσότεροι άνθρωποι δε συμφωνούν μαζί τους .	1	2	3	4	5	6
97.Καταφέρνω να ρυθμίζω το χρόνο μου έτσι ώστε να προλαβαίνω όλα όσα πρέπει να γίνουν.	1	2	3	4	5	6
98.Νομίζω ότι έχω εξελιχθεί πολύ ως άτομο με τον καιρό.	1	2	3	4	5	6
99.Οι άνθρωποι θα με περιέγραφαν ως άτομο που προσφέρει .	1	2	3	4	5	6
100.Είμαι ενεργητικό άτομο και κάνω αυτό που ξεκινώ να κάνω .	1	2	3	4	5	6
101.Ζηλεύω πολλούς ανθρώπους για τη ζωή που κάνουν.	1	2	3	4	5	6
102.Μου είναι δύσκολο να λέω αυτό που σκέφτομαι σχετικά με αμφιλεγόμενα ζητήματα.	1	2	3	4	5	6
103.Είμαι πολυάσχολος/η στην καθημερινή μου ζωή, αλλά έχω μια αίσθηση ικανοποίησης με το να τα προλαβαίνω όλα.	1	2	3	4	5	6
104.Δεν απολαμβάνω να βρίσκομαι σε νέες καταστάσεις όπου χρειάζεται να αλλάξω τον τρόπο που κάνω τα πράγματα.	1	2	3	4	5	6
105.Δεν είχα πολλές κοντινές φιλίες και σχέσεις εμπιστοσύνης με τους άλλους.	1	2	3	4	5	6
106.Μερικοί άνθρωποι δεν ξέρουν τι θέλουν από τη ζωή τους, αλλά εγώ δεν είμαι ένας από αυτούς.	1	2	3	4	5	6
107.Πιθανόν δεν αισθάνομαι τόσο θετικά για τον εαυτό μου, όσο αισθάνονται οι άλλοι για τον εαυτό τους.	1	2	3	4	5	6
108.Αλλάζω συχνά γνώμη σχετικά με αποφάσεις αν οι φίλοι μου ή η οικογένειά μου διαφωνούν.	1	2	3	4	5	6
109.Απογοητεύομαι όταν προσπαθώ να σχεδιάσω τις καθημερινές μου δραστηριότητες επειδή ποτέ δεν τελειώνω όσα ξεκινώ να κάνω.	1	2	3	4	5	6
110.Για μένα, η ζωή ως τώρα υπήρξε μια ιστορία μάθησης, αλλαγής και ανάπτυξης.	1	2	3	4	5	6
111.Συχνά αισθάνομαι σαν να είμαι εξωτερικός παρατηρητής όσον αφορά τις φιλίες.	1	2	3	4	5	6

112. Μερικές φορές αισθάνομαι ότι έκανα όλα όσα ήταν να κάνω στη ζωή μου.	1	2	3	4	5	6
113. Πολλές μέρες ξυπνώ και αισθάνομαι αποθαρρημένος/η από το πώς έχω ζήσει τη ζωή μου μέχρι τώρα.	1	2	3	4	5	6
114. Συνήθως δεν υποχωρώ όταν οι άλλοι θέλουν να σκέφτομαι ή να ενεργώ με συγκεκριμένο τρόπο.	1	2	3	4	5	6
115. Καταφέρνω να βρίσκω πράγματα να κάνω και τους φίλους που χρειάζομαι .	1	2	3	4	5	6
116. Απολαμβάνω να βλέπω πώς άλλαξαν και ωρίμασαν οι απόψεις μου με τα χρόνια.	1	2	3	4	5	6
117. Ξέρω ότι μπορώ να εμπιστευτώ τους φίλους μου, όπως και εκείνοι ξέρουν ότι μπορούν να εμπιστευτούν εμένα.	1	2	3	4	5	6
118. Οι στόχοι μου στη ζωή υπήρξαν περισσότερο πηγή ικανοποίησης παρά απογοήτευσης για μένα.	1	2	3	4	5	6
119. Το παρελθόν είχε τα σκαμπανεβάσματά του, αλλά σε γενικές γραμμές, δε θα ήθελα να το αλλάξω .	1	2	3	4	5	6
120. Με απασχολεί το πώς άλλοι άνθρωποι αξιολογούν τις επιλογές που έχω κάνει στη ζωή μου.	1	2	3	4	5	6
121. Έχω δυσκολία να διευθετήσω τη ζωή μου με έναν ικανοποιητικό τρόπο για μένα.	1	2	3	4	5	6
122. Βρίσκω δύσκολο να ανοιχτώ πραγματικά όταν μιλώ με άλλους.	1	2	3	4	5	6
123. Παρατήθηκα από την προσπάθεια να κάνω μεγάλες βελτιώσεις ή αλλαγές στη ζωή μου εδώ και πολύ καιρό.	1	2	3	4	5	6
124. Βρίσκω ικανοποίηση όταν σκέφτομαι αυτά που πέτυχα στη ζωή μου.	1	2	3	4	5	6
125. Όταν συγκρίνω τον εαυτό μου με φίλους και ανθρώπους που γνωρίζω, με κάνει νιώθω καλά για το ποιος είμαι.	1	2	3	4	5	6

126.Κρίνω τον εαυτό μου με βάση αυτά που εγώ θεωρώ σημαντικά, όχι με αυτά που θεωρούν σημαντικά οι άλλοι.	1	2	3	4	5	6
127.Μέχρι τώρα μπόρεσα να κάνω τη ζωή μου όπως την ήθελα να είναι.	1	2	3	4	5	6
128.Υπάρχει αλήθεια σε αυτό που λένε ότι «δεν μπορείς να διδάξεις καινούρια κόλπα σε γέρικο σκυλί».	1	2	3	4	5	6
129.Οι φίλοι μου και εγώ συμμεριζόμαστε τα προβλήματα του καθένα μας.	1	2	3	4	5	6
130.Σε τελική ανάλυση, δεν είμαι τόσο σίγουρος/η ότι πέτυχα και τόσο πολλά στη ζωή μου.	1	2	3	4	5	6
131.Όλοι έχουμε τις αδυναμίες μας, αλλά εγώ φαίνεται πως έχω περισσότερες από άλλους.	1	2	3	4	5	6

Παράρτημα II

		10. Τι είδους αναπηρία έχετε												Σύνολο	
		Οπτική		Ακουστική		Κινητική		Μεσογειακή Αιμιά		Διαβήτης		Σκλήρυνση κατά πλάκας			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
1. Φύλο	Ανδρας	20	60,6%	19	59,4%	19	52,8%	8	26,7%	12	37,5%	17	38,6%	95	45,9%
	Γυναίκα	13	39,4%	13	40,6%	17	47,2%	22	73,3%	20	62,5%	27	61,4%	112	54,1%
2. Ηλικία	18-25	9	27,3%	4	12,5%	12	33,3%	2	6,7%	2	6,3%	0	0,0%	29	14,0%
	26-35	2	6,1%	16	50,0%	7	19,4%	4	13,3%	10	31,3%	14	31,8%	53	25,6%
	36-45	9	27,3%	6	18,8%	9	25,0%	6	20,0%	12	37,5%	16	36,4%	58	28,0%
	46-55	6	18,2%	3	9,4%	6	16,7%	16	53,3%	8	25,0%	12	27,3%	51	24,6%
	56 και άνω	7	21,2%	3	9,4%	2	5,6%	2	6,7%	0	0,0%	2	4,5%	16	7,7%
3. Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	21	63,6%	26	81,3%	27	75,0%	14	46,7%	6	18,8%	16	36,4%	110	53,1%
	Έγγαμος/η ή Σε σχέση	10	30,3%	0	0,0%	8	22,2%	12	40,0%	22	68,8%	25	56,8%	77	37,2%
	Διαζευγμένος/η	1	3,0%	6	18,8%	1	2,8%	4	13,3%	2	6,3%	3	6,8%	17	8,2%
	Χήρος/α	1	3,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	6,3%	0	0,0%	3	1,4%
4. Μορφωτικό επίπεδο	Δημοτικό/ Γυμνάσιο	9	27,3%	0	0,0%	2	5,6%	0	0,0%	3	9,4%	0	0,0%	14	6,8%
	Λύκειο	13	39,4%	6	18,8%	9	25,0%	5	16,7%	13	40,6%	12	27,3%	58	28,0%
	ΑΕΙ/ ΤΕΙ	8	24,2%	20	62,5%	24	66,7%	16	53,3%	9	28,1%	24	54,5%	101	48,8%
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	3	9,1%	0	0,0%	1	2,8%	9	30,0%	6	18,8%	5	11,4%	24	11,6%
	Τεχνική Επαγγελματική Σχολή	0	0,0%	6	18,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,1%	3	6,8%	10	4,8%
5. Εργάζεστε τώρα;	Ναι	14	42,4%	24	75,0%	10	27,8%	26	86,7%	0	0,0%	20	45,5%	94	45,4%
	Όχι	19	57,6%	8	25,0%	26	72,2%	4	13,3%	32	100,0%	24	54,5%	113	54,6%

		Οπτική		Ακουστική		Κινητική		Μεσογειακή Αναιμία		Διαβήτης		Σκλήρυνση κατά πλάκας		Σύνολο	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
6. Μηνιαίο εισόδημα	Μηδενικό	15	45,5%	10	31,3%	10	27,8%	0	0,0%	10	31,3%	7	15,9%	52	25,1%
	Μέχρι 800€	11	33,3%	4	12,5%	12	33,3%	6	20,0%	14	43,8%	17	38,6%	64	30,9%
	801-1500€	6	18,2%	18	56,3%	10	27,8%	24	80,0%	0	0,0%	13	29,5%	71	34,3%
	1501-2200€	1	3,0%	0	0,0%	2	5,6%	0	0,0%	6	18,8%	4	9,1%	13	6,3%
	2201-3000€	0	0,0%	0	0,0%	2	5,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,0%
	Άνω των 3000€	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	6,3%	3	6,8%	5	2,4%
7. Σχέση εισοδήματος-εξόδων	Έξοδα περισσότερα από εισόδημα	17	51,5%	13	40,6%	14	38,9%	18	60,0%	13	40,6%	22	50,0%	97	46,9%
	Έξοδα ίδια με εισόδημα	11	33,3%	10	31,3%	10	27,8%	12	40,0%	9	28,1%	11	25,0%	63	30,4%
	Έξοδα λιγότερα από εισόδημα	5	15,2%	9	28,1%	12	33,3%	0	0,0%	10	31,3%	11	25,0%	47	22,7%
8. Περιοχή διαβίωσης	Αστική περιοχή	24	72,7%	26	81,3%	23	63,9%	20	66,7%	32	100,0%	31	70,5%	156	75,4%
	Κωμόπολη/ Χωριό	9	27,3%	6	18,8%	13	36,1%	10	33,3%	0	0,0%	13	29,5%	51	24,6%
9. Ζω	Μόνος μου	7	21,2%	19	59,4%	8	22,2%	17	56,7%	5	15,6%	17	38,6%	73	35,3%
	Με συγγενείς	24	72,7%	7	21,9%	26	72,2%	13	43,3%	25	78,1%	24	54,5%	119	57,5%
	Με φίλους	2	6,1%	6	18,8%	2	5,6%	0	0,0%	2	6,3%	3	6,8%	15	7,2%

		Οπτική		Ακουστική		Κινητική		Μεσογειακή Αναιμία		Διαβήτης		Σκλήρυνση κατά πλάκας		Σύνολο	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
11. Η αναπηρία σας είναι	Επίκτητη	15	45,5%	6	18,8%	24	66,7%	30	100,0%	32	100,0%	43	97,7%	150	72,5%
	Εκ γενετής	18	54,5%	26	81,3%	12	33,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,3%	57	27,5%
12. Διάστημα αναπηρίας	Έως 5 έτη	0	0,0%	15	46,9%	2	5,6%	15	50,0%	0	0,0%	16	36,4%	48	23,2%
	6-10	5	15,2%	1	3,1%	8	22,2%	14	46,7%	0	0,0%	10	22,7%	38	18,4%
	11-20	6	18,2%	3	9,4%	6	16,7%	1	3,3%	19	59,4%	10	22,7%	45	21,7%
	21 και άνω	22	66,7%	13	40,6%	20	55,6%	0	0,0%	13	40,6%	8	18,2%	76	36,7%
13. Έχετε κάποιο χόμπι	Ναι	29	87,9%	22	68,8%	34	94,4%	24	80,0%	26	81,3%	30	68,2%	165	79,7%
	Όχι	4	12,1%	10	31,3%	2	5,6%	6	20,0%	6	18,8%	14	31,8%	42	20,3%
14. Ύπαρξη σωματικού πόνου λόγω της αναπηρίας	Ναι	1	3,0%	3	9,4%	18	50,0%	22	73,3%	10	31,3%	30	68,2%	84	40,6%
	Όχι	32	97,0%	29	90,6%	18	50,0%	8	26,7%	22	68,8%	14	31,8%	123	59,4%
15. Ο ρόλος της θρησκευτικότητας στη ζωή σας είναι	Καθόλου σημαντικός	1	3,0%	5	15,6%	2	5,6%	12	40,0%	0	0,0%	10	22,7%	30	14,5%
	Λίγο σημαντικός	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	12,5%	6	13,6%	10	4,8%
	Μέτρια σημαντικός	20	60,6%	9	28,1%	8	22,2%	5	16,7%	12	37,5%	6	13,6%	60	29,0%
	Αρκετά σημαντικός	5	15,2%	4	12,5%	12	33,3%	7	23,3%	3	9,4%	9	20,5%	40	19,3%
	Πολύ σημαντικός	7	21,2%	14	43,8%	14	38,9%	6	20,0%	13	40,6%	13	29,5%	67	32,4%
	Πάρα πολύ σημαντικός	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%