



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η σωματική αναπηρία ως επιδραστικός παράγοντας στην συναισθηματική
νοημοσύνη και στην αίσθηση μοναξιάς του ατόμου: Εκπαιδευτικές
προεκτάσεις στο νηπιαγωγείο»**

Κατσίκη Ελένη (Α.Μ.54)

Επιβλέπων καθηγητής: Σούλης Σπυρίδων – Γεώργιος

Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2024

Διπλωματική εργασία:

«Η σωματική αναπηρία ως επιδραστικός παράγοντας στην συναισθηματική νοημοσύνη και στην αίσθηση μοναξιάς του ατόμου: Εκπαιδευτικές προεκτάσεις στο νηπιαγωγείο»

Κατσίκη Ελένη

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

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

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

Μέλος: Μαρία Κυπριωτάκη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Π.Τ.Δ.Ε., Πανεπιστήμιο Κρήτης

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση» της Σχολής Επιστημών Αγωγής του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Ολοκληρώνοντας λοιπόν τον απαιτητικό κύκλο των μεταπτυχιακών μου σπουδών αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω όσους στάθηκαν αρωγοί στην προσπάθεια υλοποίησης της μεταπτυχιακής μου διατριβής. Πρωτίστως, ευχαριστώ ιδιαίτερα τον κ. Σπυρίδων- Γεώργιο Σούλη, ο οποίος πίστεψε στις δυνατότητες μου, ανέλαβε με προθυμία το ρόλο του επιβλέποντα και στάθηκε αρωγός σε όλη την διάρκεια εκπόνησης της διατριβής. Παράλληλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κα. Ελένη Μορφίδη για την βοήθεια και την καθοδήγηση που μου προσέφερε, ώστε να ολοκληρωθεί η μεταπτυχιακή μου διατριβή. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών για τις γνώσεις, τις εμπειρίες και τις πολύτιμες συμβουλές που μοιράστηκαν.

Επίσης, οφείλω να ευχαριστήσω όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα, η ανιδιοτελής συνδρομή των οποίων συνέβαλε τα μέγιστα στη συλλογή των δεδομένων και στην διεκπεραίωση της ερευνητικής μου προσπάθειας.

Τέλος, εκφράζω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου, για την ανεκτικότητα, την συμπαράσταση και την απέραντη υπομονή που επέδειξε καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Τους ευχαριστώ που στάθηκαν δίπλα μου και πίστεψαν σε εμένα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο του προγράμματος σπουδών του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών: «Ειδική Αγωγή & Εκπαίδευση», του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης, της Σχολής Επιστημών Αγωγής, του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και αναφέρεται στη διερεύνηση των συναισθηματικών/ψυχολογικών επιπτώσεων σε άτομα που πάσχουν από κινητικές αναπηρίες.

Στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας ήταν να διερευνηθούν οι συναισθηματικές-ψυχολογικές επιπτώσεις που μπορεί να υπάρχουν σε άτομα με κινητικές αναπηρίες. Επιμέρους στόχοι της έρευνας αποτελούν η διερεύνηση των διαφορών που παρουσιάζονται ανάμεσα σε διαφορετικά είδη κινητικών αναπηριών όσον αφορά τις συναισθηματικές-ψυχολογικές επιπτώσεις και η διερεύνηση των πιο σοβαρών συναισθηματικών-ψυχολογικών επιπτώσεων ανά κινητική αναπηρία.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή τη διατριβή ,όσον αφορά την διερεύνηση των συναισθηματικών/ψυχολογικών επιπτώσεων των κινητικών διαταραχών ήταν οι εξής: α)Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης των Wang & Law (Wong & Law Emotional Intelligence Scale-WEILS, 2002), η οποία χρησιμοποιείται για την μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης, β)Κλίμακα Μοναξιάς UCLA(3η έκδοση, Προσαρμογή Καφέτσιος) η οποία έχει ως στόχο τη μέτρηση του επιπέδου ψυχολογικής μοναξιάς που βιώνει ένα άτομο και γ) το Ερωτηματολόγιο Βιωμάτων με τους Συνομήλικους (Peer Experiences Questionnaire – PEQ) (Vernberg, Jacobs, & Hersherberger, 1999,μτφ/προσαρμογή, Γιοβαζολιάς, Κουρκούτας & Μητσοπούλου, 2009), με το οποίο ο κλινικός μπορεί να εντοπίσει τα βιώματα θυματοποίησης και τις εκφοβιστικές συμπεριφορές απέναντι σε άλλα άτομα. Παράλληλα, παρέχει τη δυνατότητα να διερευνά τις στάσεις και τις αντιλήψεις σχετικά με την επιθετικότητα. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με Microsoft Excel και SPSS (v.28).

Εν κατακλείδι, συμπεραίνουμε ότι τα άτομα με κινητικές αναπηρίες εμφανίζουν ποικιλομορφία στις απαντήσεις τους στις ερωτήσεις των κλιμάκων, αναδεικνύοντας έτσι την ανομοιογένεια που υπάρχει ανάμεσα στην επίδραση που παρουσιάζουν οι κινητικές αναπηρίες στην εκάστοτε συναισθηματική/ ψυχολογική κατάσταση. Διαφορετικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στη συσχέτιση των δύο όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση, η ύπαρξη φίλων και η κοινωνικότητα, με το φύλο να μην παίζει ρόλο διαφοροποίησης. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι τα άτομα με εγκεφαλική παράλυση εμφανίζουν τα καλύτερα ποσοστά επίδοσης στις αποκρίσεις, με τα άτομα με μυϊκή δυστροφία να ακολουθούν με μικρή διαφορά και τα

άτομα με δισχιδή ράχη να εμφανίζουν τα χειρότερα ποσοστά επίδοσης, αναδεικνύοντας έτσι την διαφορετική επίδραση κάθε φορά.

Λέξεις-κλειδιά: Ειδική Αγωγή & Εκπαίδευση, κινητικές αναπηρίες, συναισθηματικές επιπτώσεις, συναισθηματική νοημοσύνη, μοναξιά, βιώματα με τους συνομήλικους

ABSTRACT

The present thesis was prepared in the framework of the curriculum of the Postgraduate Studies Programme: "Special Education & Education", of the Department of Primary Education, Faculty of Education, University of Ioannina and refers to the investigation of the emotional/psychological effects on people with physical disabilities.

The aim of this thesis was to investigate the emotional-psychological effects that may exist in people with motor disabilities. Sub-objectives of the research are to investigate the differences between different types of motor disabilities in terms of emotional-psychological impacts and to investigate the most severe emotional-psychological impacts per motor disability.

The tools used in this thesis, in terms of exploring the emotional/psychological effects of movement disorders, were the following: a) Emotional Intelligence Scale of Wang & Law (Wong & Law Emotional Intelligence Scale-WEELS, 2002), which is used to measure emotional intelligence, b) UCLA Loneliness Scale (3rd edition, Adapted by Kafetsios) which aims to measure the level of psychological loneliness experienced by a person and c) the Peer Experiences Questionnaire (PEQ) (Vernberg, Jacobs, & Hershberger, 1999, transcript/adaptation, Yovazolias, Kourkoutas & Mitsopoulou, 2009), with which the clinician can identify experiences of victimisation and bullying behaviors towards other individuals. At the same time, it provides the opportunity to explore attitudes and perceptions about aggression. Data analysis was conducted using Microsoft Excel and SPSS (v.28).

In conclusion, we conclude that people with motor disabilities show variability in their responses to the questions of the scales, thus highlighting the heterogeneity that exists between the effect of motor disabilities on the emotional/psychological state. Different factors play a role in the association between the two such as age, educational level, economic status, having friends and sociability, with gender not playing a role as a differentiating factor. In particular, it appears that people with cerebral palsy show the best performance rates on the responses, with people with muscular dystrophy following close behind and people with spina bifida showing the worst performance rates, thus highlighting the differential effect each time.

Keywords: speech therapy, new technologies, attention, diagnostic tools, applications, software.

Περιεχόμενα

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	9
1.Θεωρητικό Πλαίσιο	9
1.1 Ορισμός Αναπηρίας	9
1.2 Είδη Αναπηρίας.....	11
1.3 Κινητικές Αναπηρίες.....	13
1.3.1 Εγκεφαλική Παράλυση.....	15
1.3.2 Δισχιδής Ράχη.....	16
1.3.3 Μυϊκή Δυστροφία	17
1.3.4 Κακώσεις Νωτιαίου Μυελού.....	18
1.4 Χαρακτηριστικά ατόμων με κινητικές αναπηρίες	19
1.4.1 Σωματικά χαρακτηριστικά.....	19
1.4.2 Κοινωνικό-συναισθηματικά χαρακτηριστικά.....	19
1.4.3 Διανοητικά χαρακτηριστικά	19
1.4.5. Μαθησιακά χαρακτηριστικά	20
1.5 Συνοδά προβλήματα στις κινητικές αναπηρίες.....	20
1.4 Συναισθηματική Νοημοσύνη & Κινητικές Αναπηρίες.....	24
1.5 Ψυχολογικές Επιπτώσεις & Κινητικές Αναπηρίες.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	41
2.1 Σκοπός Πτυχιακής Εργασίας.....	41
2.2 Ερευνητικά ερωτήματα	41
2.3 Εργαλεία της Έρευνας.....	42
2.3.1 Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης των Wang & Law (Wong & Law Emotional Intelligence Scale-WEILS).....	42
2.3.2 Κλίμακα Μοναξιάς [UCLA-3 ^η έκδοση]	43
2.3.3 Ερωτηματολόγιο Βιωμάτων με τους Συνομήλικους (Peer Experiences Questionnaire – PEQ).....	44
2.4 Μεθοδολογία.....	45
2.5 Δείγμα.....	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	47
3.1.1 Αποκρίσεις Δείγματος στις Κλίμακες Μέτρησης και Φύλο	47
3.1.2 Αποκρίσεις Δείγματος στις Κλίμακες Μέτρησης και Ηλικιακό Φάσμα	49
3.1.3 Αποκρίσεις Δείγματος στις Κλίμακες Μέτρησης και Μορφωτικό Επίπεδο	52
3.1.4 Αποκρίσεις Δείγματος στις Κλίμακες Μέτρησης και Οικονομική Κατάσταση.....	55
3.1.5 Αποκρίσεις Δείγματος στις Κλίμακες Μέτρησης και Ύπαρξη Φύλων	57
3.1.6 Αποκρίσεις Δείγματος στις Κλίμακες Μέτρησης και Κοινωνικότητας.....	59
3.1.7 Αποκρίσεις Δείγματος στην Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS ανά Κινητική Αναπηρία.....	61
3.1.8 Αποκρίσεις Δείγματος στην Κλίμακα Μοναξιάς UCLA ανά Κινητική Αναπηρία	65
3.1.9 Αποκρίσεις Δείγματος στην Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομήλικους PEQ ανά Κινητική Αναπηρία	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ	76
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	79

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.Θεωρητικό Πλαίσιο

1.1Ορισμός Αναπηρίας

Το ζήτημα της αναπηρίας έχει απασχολήσει πολλούς επιστήμονες από το χώρο της ιατρικής και της παιδαγωγικής, καθώς και άλλους κλάδους όπως είναι η κοινωνιολογία και η ψυχολογία. Ως εκ τούτου η αναπηρία ως έννοια προσεγγίζεται από διαφορετικές οπτικές, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα να μην έχει διατυπωθεί ένας ευρέως αποδεκτός ορισμός (Παπαχριστόπουλος, 2013). Χρήσιμο είναι σε αυτό το σημείο να αναφερθούν ενδεικτικά κάποιοι από τους ορισμούς που έχουν κατά καιρούς δοθεί για την αναπηρία. Σύμφωνα με τον Χαρτοκόλλη (1981 οπ. αναφ. σε Ζωνίου-Σιδέρη, 2009), η αναπηρία είναι μια λειτουργική βλάβη, είτε επίκτητη είτε εκ γενετής, η οποία εμποδίζει το άτομο να εκπληρώσει βασικές κοινωνικές του ανάγκες, όπως είναι η εργασία.

Παρόμοιος είναι και ο ορισμός που προτείνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2002, όπ. αναφ. σε Ζωνίου-Σιδέρη, 2009), σύμφωνα με τον οποίο η αναπηρία είναι το μειονέκτημα που παρουσιάζει ο άνθρωπος ως αποτέλεσμα κάποιας βλάβης και τον δυσκολεύει στην εκπλήρωση των κοινωνικών ρόλων.

Γενικά, παρατηρείται δυσκολία στον ακριβή καθορισμό των κριτηρίων ορισμού της αναπηρίας και έχουν δοθεί ποικίλοι ορισμοί, μερικοί από τους κυριότερους έχουν παραταθεί ακολούθως. Σύμφωνα με τον Jantzen (1974) « Η αναπηρία δεν μπορεί να θεωρείται ένα φυσικό φαινόμενο. Γίνεται φανερό και αρχίζει να υπάρχει ως αναπηρία μόνο από τη στιγμή που κάποια γνώρισμα και χαρακτηριστικές εκδηλώσεις των γνωρισμάτων ενός ατόμου συγκριθούν προς τις εκάστοτε αντιλήψεις για το ελάχιστο των υποκειμενικών και των κοινωνικών ικανοτήτων. Με το να διαπιστωθεί πως ένα άτομο, με βάση τα χαρακτηριστικά του γνώρισμα, δεν ανταποκρίνεται στις παραπάνω αντιλήψεις γίνεται η αναπηρία φανερό. Υπάρχει ως κοινωνικό φαινόμενο ακριβώς απ' αυτή τη στιγμή και μόνο» (Jantzen, 1974, αναφορά Ζώνιου Σιδέρη, 1998).

Κατά τον Δημητρόπουλο, «Άτομο με ειδικές ανάγκες είναι το άτομο το οποίο δεν είναι σε θέση να συμμετέχει σε όλες τις δραστηριότητες και να απολαμβάνει όλα τα αγαθά που προσφέρει στα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας στην οποία ζει, εξαιτίας της κατάστασης κάποιου ή κάποιων από τα ψυχοσωματικά ή κοινωνικά χαρακτηριστικά του» ενώ σύμφωνα με τον Χαρτοκόλλη «αναπηρία σημαίνει μία ανίατη λειτουργική βλάβη, έλλειψη ή ανωμαλία συγγενή ή επίκτητη, συνήθως αποτέλεσμα ή κατάλοιπο αρρώστιας ή ατυχήματος, μία ανωμαλία που να εμποδίζει κατά κάποιο τρόπο την εκπλήρωση βασικών κοινωνικών αναγκών όπως η κίνηση και η εργασία» (Δημητρόπουλος, 1995. Χαρτοκόλλη, 1981, αναφορά Ζώνιου Σιδέρη, 1998) Επιπροσθέτως, στο Άρθρο 1 της σύμβασης του ΟΗΕ, στα άτομα με αναπηρία

συμπεριλαμβάνονται «άτομα με μακροχρόνιες σωματικές, νοητικές, πνευματικές ή αισθητηριακές βλάβες, οι οποίες σε αλληλεπίδραση με διάφορα εμπόδια δύνανται να παρεμποδίσουν την πλήρη και αποτελεσματική συμμετοχή τους στην κοινωνία σε ίση βάση με τους άλλους.» (Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία, 2008).

Επίσης, ο Μπαμπινιώτης (2009) αναφέρει για την αναπηρία ότι πρόκειται για μόνιμη απώλεια της υγείας του ανθρώπου η οποία προκαλείται λόγω βλάβης και διαταραχής, είτε έμφυτης είτε επίκτητης και διαταράσσει σωματικές, ψυχικές και πνευματικές λειτουργίες.

Από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ICIDH - International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) ως αναπηρία ορίζεται «οποιοδήποτε μειονέκτημα ενός συγκεκριμένου ατόμου το οποίο προέρχεται από οργανική, ψυχική ή λειτουργική διαταραχή, και το οποίο περιορίζει ή εμποδίζει την εκπλήρωση ενός ρόλου που θεωρείται φυσιολογικός για το άτομο αυτό σε σχέση με την ηλικία, το φύλο του και τις ισχύουσες κοινωνικές και πολιτισμικές παραμέτρους» (W.H.O.,1980).

Το 1980, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), υιοθέτησε μια διεθνή ταξινόμηση για την αναπηρία με βάση το μοντέλο ICIDH (International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps) χρησιμοποιώντας τους όρους «impairment» (βλάβη-μειονέκτημα), «disability» (ανικανότητα) και «handicap» (αναπηρία).

Ως βλάβη/μειονέκτημα (impairment) ορίζεται «Οποιαδήποτε απώλεια ή ανωμαλία της ψυχολογικής, ή ανατομικής δομής ή λειτουργίας» (W.H.O., 1980). Με τον όρο ανικανότητα (disability) ορίζεται «Κάθε περιορισμός ή έλλειψη (που προκύπτει από μια ανεπάρκεια/βλάβη) της δυνατότητας να εκτελεσθεί μια δραστηριότητα με τον τρόπο ή εντός του εύρους που θεωρείται φυσιολογική για έναν άνθρωπο» (W.H.O.,1980).

Με τον όρο αναπηρία (handicap) ορίζεται «Κάθε μειονέκτημα ενός ατόμου, που προκύπτει από μια βλάβη ή μια ανικανότητα και το οποίο το περιορίζει ή το εμποδίζει από την εκπλήρωση ενός ρόλου που είναι φυσιολογικός για αυτό ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, τους κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες» (W.H.O.,1980). Τέλος, η Kaplan (2000) πάνω στον ορισμό αυτόν του που για την αναπηρία (W.H.O.1980) σχολιάζει ότι η αναπηρία είναι μια συνάρτηση της σχέσης μεταξύ των ατόμων με αναπηρίες και του περιβάλλοντός τους. Αυτό συμβαίνει όταν αντιμετωπίζουν πολιτιστικά, φυσικά ή κοινωνικά εμπόδια που εμποδίζουν την πρόσβασή τους στα διάφορα συστήματα της κοινωνίας που είναι διαθέσιμα στους άλλους πολίτες. Έτσι, αναπηρία είναι η απώλεια ή ο περιορισμός των ευκαιριών για να λάβουν μέρος στη ζωή της κοινότητας σε ισότιμο επίπεδο με άλλους. Ακόμα, κοινωνικά, κάποια μειονεκτήματα δημιουργούν

μεγάλο πρόβλημα ή κοινωνικό στίγμα για το άτομο, ενώ άλλα δεν το κάνουν, μερικά θεωρούνται αναπηρίες, ενώ κάποια άλλα όχι (Kaplan, 2000).

1.2 Είδη Αναπηρίας

Προβαίνοντας σε μια περαιτέρω κατηγοριοποίηση της αναπηρίας χρήσιμο είναι να μελετηθούν τα είδη της, όπως αυτά αναγνωρίζονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Πρόκειται για την νοητική αναπηρία, την αισθητηριακή αναπηρία, τις ψυχικές διαταραχές, τις διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, τις ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, την διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα, τις διαταραχές του λόγου και της ομιλίας και τέλος την κινητική αναπηρία. Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με το DSM- IV, ένα άτομο θεωρείται ότι έχει νοητική αναπηρία όταν η γενική νοητική του ικανότητα είναι χαμηλότερη του μέσου όρου, όταν η καθυστέρηση έχει εκδηλωθεί κατά την εξελικτική πορεία του παιδιού, δηλαδή στην ηλικία τριών έως και δεκαοκτώ ετών και τέλος αν η προσαρμοστική του συμπεριφορά είναι ανεπαρκής.

Γενικότερα, τα άτομα με νοητική αναπηρία παρουσιάζουν δυσκολίες σε διάφορους τομείς όπως είναι η επεξεργασία των πληροφοριών, η ακούσια ενεργοποίηση γνωστικών στρατηγικών, η μνήμη, η προσοχή και η αντίληψη. Αξίζει τέλος να σημειωθεί ότι ο όρος «νοητική αναπηρία» καθιερώθηκε μόλις τα τελευταία χρόνια ως εξέλιξη της στάσης της κοινωνίας απέναντι στους αναπήρους (Ζωνίου - Σιδέρη & Ντεροπούλου - Ντέρου, 2008). Όσον αφορά την αισθητηριακή αναπηρία περιλαμβάνει δυσκολίες στην όραση και δυσκολίες στην ακοή, επηρεάζει δηλαδή τις αισθήσεις των ατόμων. Σχετικά με τις δυσκολίες στην όραση προκαλούνται λόγω αδυναμίας του οπτικού οργάνου να συλλάβει τα οπτικά ερεθίσματα και τις οπτικές παραστάσεις.

Από την άλλη πλευρά, άτομα με δυσκολία στην ακοή δεν μπορούν να συλλάβουν ακουστικά ερεθίσματα και κατ' επέκταση επηρεάζεται και η ικανότητα ομιλίας και κατανόησης του γλωσσικού συστήματος. Συγκεκριμένα, ο λόγος των ατόμων αυτών χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στην άρθρωση, χαμηλή ένταση της φωνής και τέλος απόκλιση στη γλωσσική μελωδία και στο ρυθμό (Αγγελοπούλου - Σακαντάμη, 2004). Από την άλλη πλευρά, με τον όρο ψυχικές διαταραχές νοούνται οι διαταραχές της συνείδησης, της ψυχοκινητικότητας, της προσοχής και του προσανατολισμού, της σκέψης, της αντίληψης και του συναισθήματος. Πρόκειται, ως εκ τούτου, για μια ευρεία κατηγορία διαταραχών, η λεπτομερής αναφορά στις οποίες θα παρέκκλινε από τα πλαίσια της παρούσας εργασίας. Συνοπτικά θα

μπορούσε να αναφερθεί ότι οι ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται λόγω της αλληλεπίδρασης ποικίλων βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2003).

Ακολούθως, ο αυτισμός είναι μια διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή η οποία έχει ως βασικά χαρακτηριστικά την δυσκολία στην επικοινωνία και στην σύναψη κοινωνικών σχέσεων, η οποία εκφράζεται με απουσία βλεμματικής και σωματικής επαφής. Άλλα χαρακτηριστικά είναι η εμμονή σε συγκεκριμένες δραστηριότητες και οι επαναλαμβανόμενες κινήσεις του σώματος (Χίτογλου - Αντωνιάδου, 2000). Τα χαρακτηριστικά εκδηλώνονται για πρώτη φορά στην παιδική ηλικία, κυρίως μετά τα τρία έτη και δίνουν το έναυσμα στους γονείς για περαιτέρω διερεύνηση (Wing, 2000). Όσον αφορά τις ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, σύμφωνα με το ισχύον διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM- V, έχουν ως βασικό χαρακτηριστικό την συστηματική δυσκολία στην ανάγνωση, τη γραφή και τις μαθηματικές δεξιότητες καθ' όλη τη διάρκεια της τυπικής εκπαίδευσης (American Psychiatric Association, 2013).

Ακόμα, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα, είναι μια νευροσυμπεριφορική διαταραχή που ξεκινάει από την παιδική ηλικία, ενώ τα συμπτώματά της είναι εμφανή και στην ενήλικη ζωή. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ εμφανίζουν μειωμένη προσοχή, υπερκινητικότητα και παρορμητική συμπεριφορά, η οποία είναι πιο έντονη σε παιδιά μικρότερης ηλικίας, δυσκολία στη συγκέντρωση και στην προσοχή, δυσκολία στον έλεγχο παρορμήσεων. Επίσης, παρουσιάζουν μεγαλύτερη δυσκολία με τη συμμόρφωση, εμφανίζουν ανάρμοστη συμπεριφορά, είναι πιο επιθετικά και βρίσκονται σε κίνδυνο για την ανάπτυξη διαταραχών όπως η αντιθετική προκλητική διαταραχή και η διαταραχή συμπεριφοράς (Koumoula, 2012).

Όσον αφορά τις διαταραχές του λόγου και της ομιλίας, είναι είτε επίκτητες είτε εκ γενετής και προκαλούνται λόγω απώλειας ακοής, λόγω κινητικών δυσκολιών της στοματικής κοιλότητας ή λόγω ψυχοσυναισθηματικής ανωριμότητας. Άλλες αιτίες για την ανάπτυξη διαταραχών του λόγου και της ομιλίας είναι η δυσκολία στην ακουστική αντίληψη, η ελλιπής ακουστική μνήμη και τα ελλιπή περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Ανεξάρτητα από τις αιτίες που τις προκαλούν, οι διαταραχές του λόγου και της ομιλίας μπορούν να βελτιωθούν με την εκπαιδευτική παρέμβαση και τη λογοθεραπεία (Καλαντζής, 2011).

Τέλος, οι κινητικές αναπηρίες είναι είτε μόνιμες είτε προσωρινές και επηρεάζουν συνολικά την καθημερινή διαβίωση του ανθρώπου. Οι κινητικές αναπηρίες μπορούν να προκληθούν από ημιπληγία, παραπληγία ή τετραπληγία, είτε μετά από ατύχημα (Δημητρόπουλος, 2000).

1.3 Κινητικές Αναπηρίες

Οι σωματικές - κινητικές αναπηρίες έχουν δεχθεί ανάλογα με την γενεσιουργό αιτία τους διάφορες ταξινομήσεις. Για την συστηματικότερη μελέτη τους θα ακολουθήσουμε την πιο πρόσφατη ταξινόμηση των κινητικών αναπηριών σύμφωνα με την Νομοθετική Πράξη για την Εκπαίδευση των Ατόμων με Αναπηρίες (Individuals with Disabilities Education Act) συμπληρωματικά με άλλες προγενέστερες (Κυπριωτάκης, 1985. Κρουσταλάκης, 1998. Σπετσιώτης & Σταθόπουλος, 2003), κατά την οποία οι σωματικές αναπηρίες και χρόνια προβλήματα υγείας χωρίζονται σε δυο κατηγορίες, σε ορθοπεδικά προβλήματα και σε άλλα προβλήματα υγείας (Heward, 2011).

Πιο συγκεκριμένα, στην ευρύτερη κατηγορία των ορθοπεδικών προβλημάτων περιλαμβάνονται προβλήματα που οφείλονται σε εκ γενετής ανωμαλία, ασθένεια ή προβλήματα που οφείλονται σε άλλες αιτίες καθώς και νευροκινητικά προβλήματα τα οποία, αν και αφορούν στο κεντρικό νευρικό σύστημα και αποτελούν ξεχωριστή κατηγορία αναπηριών, μπορούν να προκαλέσουν παρόμοιους κινητικούς περιορισμούς.

Ο άνθρωπος με τη γέννησή του αρχίζει να οργανώνει την κίνησή του η οποία στην αρχή καθορίζεται από τα αρχέγονα αντανακλαστικά. Σταδιακά αναπτύσσονται αυτόματοι μηχανισμοί που αποτελούν το υπόβαθρο για κάθε κινητική δραστηριότητα. Ο κινητικός μηχανισμός περιλαμβάνει το πυραμιδικό σύστημα, το σύστημα του περιφερικού κινητικού νευρώνα και το εξωπυραμιδικό. Με αυτούς τους μηχανισμούς γίνονται οι εκούσιες κινήσεις (Αγγελοπούλου - Σακαντάμη, 2004). Ο κινητικός έλεγχος διαταράσσεται λόγω της νευρολογικής βλάβης (Κουτσούκη, 2008). Η φυσιολογική λειτουργία των παραπάνω συστημάτων προϋποθέτει την ύπαρξη φυσιολογικού μυϊκού τόνου.

Σε περιπτώσεις βλάβης του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.) συναντώνται διαταραχές του μυϊκού τόνου οι οποίες επηρεάζουν τους μηχανισμούς αναπροσαρμογής της στάσης και το συντονισμό των κινήσεων. Προκαλούν ανάλογα με την έδρα και την έκταση της βλάβης ημιπληγία, τετραπληγία ή παραπληγία. Παρατηρείται ατροφία των μυών, που συνοδεύεται από υπέρτονία, αύξηση των τενόντων αντανακλαστικών και σημείο Babinski (Αγγελοπούλου - Σακαντάμη, 2004).

«Οι κινητικές βλάβες, ίσως περισσότερο από κάθε άλλη μορφή βλάβης, παρουσιάζουν πολυμορφία, τόσο ως προς την αιτιολογία τους όσο και ως προς τις μορφές εκδήλωσής τους. Είναι δυνατό να είναι

μόνιμες ή προσωρινές, και κάποιες φορές δημιουργούν ελάχιστα προβλήματα στη ζωή του ανθρώπου, ενώ κάποιες άλλες απαιτείται μακρόχρονη διαδικασία αποκατάστασης για να μπορέσει το άτομο με αναπηρία να ενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο και να ζήσει μέσα σ' ένα κόσμο που κατά κανόνα είναι φτιαγμένος για το μέσο όρο του πληθυσμού» (Δημητρόπουλος, 2000).

Συγκεκριμένα οι κινητικές αναπηρίες ταξινομούνται σε :

A) Κινητικές αναπηρίες που προέρχονται από βλάβη του κεντρικού Νευρικού Συστήματος, όπως, εγκεφαλική παράλυση, δισχιδής ράχη, επιληψία και σύνδρομο υπερκινητικότητας και διάσπασης προσοχής.

B) Κινητικές αναπηρίες που προέρχονται από βλάβη ορθοπαιδικής φύσης, όπως περιστατικά έλλειψης ή ατελούς σχηματισμού μελών του σώματος ή βλάβες που παρουσιάστηκαν κατά την διάρκεια της ζωής εξ' αιτίας κάποιας νόσου (πολιομυελίτιδα) ή κάποιου ατυχήματος.

Γ) Παραμορφώσεις και δυσμορφίες, όπως οι συγγενείς καταστάσεις λαγωχειλία και λυκόστομα, ή παραμόρφωση και δυσμορφία από έγκαιμα ή ατύχημα (Κουτσούκη, 2008).

Οι κινητικές αναπηρίες και οι παθολογικές καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν κινητική αναπηρία είναι εμφανείς κατά τη γέννηση ή εμφανίζονται αργότερα, δυσχεραίνοντας ανάλογα με το βαθμό και τη σοβαρότητα της αναπηρίας, τις καθημερινές δραστηριότητες του. Έχουμε λοιπόν:

- Προγεννητικές βλάβες (ποσοστό > 50%). Συγγενείς λοιμώξεις όπως έρπης, τοξοπλάσμωση ερυθρά, συγγενείς ανωμαλίες του Κ.Ν.Σ, όπως αγεννεσία μεσολόβιου, σύνδρομο Dandy- Walker, συγγενής υδροκέφαλος, χρωμοσωμικές ανωμαλίες, προγεννητικές μαιευτικές διαταραχές και ενδομήτρια αγγειακά επεισόδια, ενδομήτριες λοιμώξεις (ερυθρά, σύφιλη, ηπατίτιδα κ.α.), ενδομήτρια ασφυξία λόγω ανοξίας, αναιμίας, παρατεταμένης εγκυμοσύνης κ.ά., ενδομήτρια αιμορραγία λόγω τραυματισμών, τοξιναιμίας κ.ά. διαταραχές μεταβολισμού της εγκύου υπερβολική ή παρατεταμένη έκθεσή της σε ακτινοβολία, κακή διατροφή κάπνισμα, ναρκωτικά, αλκοόλ κ.ά.
- Περιγεννητικές Βλάβες (10-15%) Επιπλοκές τοκετού, λοιμώξεις ΚΝΣ, υπερχολερυθριναιμία, υπογλυκαιμία, τραύματα τοκετού, καθυστερημένη πρώτη αναπνοή του νεογνού, μηχανική κρανιακή κάκωση και ενδοκρινική αιμορραγία του νεογνού.
- Μεταγεννητικές βλάβες. Εγκεφαλική κάκωση, λοιμώξεις, ενδοκρανιακή αιμορραγία, επίκτητη εγκεφαλοπάθεια, νεογνικοί σπασμοί, νεογνικός ίκτερος, ατυχήματα, ακτινοβολία, νεοπλάσματα, δηλητηριάσεις, ανοξία (Αγρέβη κ.ά., 2008).

1.3.1 Εγκεφαλική Παράλυση

Σύμφωνα με τους Σπετσιώτη & Σταθόπουλο (2003) η εγκεφαλική παράλυση ορίζεται ως «σύνολο υπολειπόμενης συμπτωματολογίας -σε εξέλιξη- απόρροια μη αναστρέψιμης εγκεφαλικής βλάβης, που εμφανίστηκε το αργότερο μέχρι το πρώτο έτος της ζωής του παιδιού, με κύρια κλινική εικόνα τις κινητικές δυσπραγίες (απώλεια ικανότητας ελέγχου των κινήσεων).

Πρόκειται πιο συγκεκριμένα για διαταραχή της εκούσιας κίνησης και στάσης του σώματος του παιδιού, οφείλεται σε εγκεφαλική κάκωση ή κάποια ανωμαλία της ανάπτυξης του εγκεφάλου και είναι η πιο συχνή σωματική αναπηρία στα παιδιά σχολικής ηλικίας (Heward, 2011). Είναι μια μόνιμη κατάσταση σωματικής και κινητικής δυσαρμονίας που μπορεί να μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου λόγω της γενικής ωρίμανσης του παιδιού ή με τη βοήθεια θεραπείας και άσκησης, και τα αίτιά της αποδίδονται πιο συχνά σε τραύματα, ατυχήματα και ασθένειες που μπορεί να είναι τόσο προγεννητικές, όσο περιγεννητικές και μεταγεννητικές, ενώ ως σύνδρομο παρουσιάζει δευτερογενώς και άλλα συμπτώματα που σχετίζονται με την εγκεφαλική βλάβη, όπως νοητική καθυστέρηση, αισθητηριακή και αντιληπτική δυσλειτουργία, διαταραχή λόγου κ.ά.

Οι παράγοντες ωστόσο που σχετίζονται πιο συχνά με την εγκεφαλική παράλυση είναι η νοητική καθυστέρηση της μητέρας, η πρόωγη γέννηση, το χαμηλό βάρος γέννησης και μια καθυστέρηση 5 ή περισσότερων λεπτών πριν από το πρώτο κλάμα μωρού. Μέχρι πριν λίγα χρόνια ήταν γνωστή και ως «νόσος του Little» (Heward, 2011. Κρουσταλάκης, 1985).

Βάση των μερών του σώματος που προσβάλλονται (του εντοπισμού της κινητικής αναπηρίας) η εγκεφαλική παράλυση διακρίνεται σε (Heward, 2011):

- Μονοπληγία (μόνο ένα άκρο, άνω ή κάτω)
- Ημιπληγία (δύο άκρα της ίδιας πλευράς του σώματος),
- Τριπληγία (τρία άκρα, πόδια κι ένα χέρι)
- Τετραπληγία (τέσσερα άκρα, μπορεί να επηρεάζεται και η κίνηση του κορμού ή του προσώπου)
- Παραπληγία (μόνο τα κάτω άκρα)
- Διπληγία (αφορά κυρίως στα πόδια, με λιγότερο σοβαρή συμμετοχή των άνω άκρων)
- Διπλή ημιπληγία (αφορά κυρίως στα άνω άκρα, με λιγότερο σοβαρή συμμετοχή των κάτω άκρων)

Σύμφωνα με τις επιπτώσεις στον μυϊκό τόνο η εγκεφαλική παράλυση ορίζεται ακόμα σε υπερτονία ή υποτονία ενώ ως προς την ποιότητα της κίνησης ως αθέτωση ή αταξία (Heward, 2011):

- Υπερτονία: οι κινήσεις μπορεί να είναι σπασμωδικές, υπερβολικές και να διακρίνονται από ανεπαρκή συντονισμό, ενώ σε προσπάθεια ελέγχου τους μπορεί να γίνουν ακόμα πιο σπασμωδικές (Heward, 2011).
- Υποτονία: παρατηρείται ελάττωση της τονικότητας των μυών (Κυπριωτάκης, 1985), ιδιαίτερα στον λαιμό και στον κορμό. Τα υποτονικά παιδιά συνήθως εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα κινητικής δραστηριότητας, καθυστερούν σε αντιδράσεις ισορροπίας και μπορεί να μην περπατήσουν μέχρι την ηλικία των 30 μηνών (Heward, 2011).
- Αθέτωση: επηρεάζει όλο το μυϊκό σύστημα του παιδιού, ιδιαίτερα το πρόσωπο. Η βάδιση είναι ασταθής και με συστρεφόμενο τρόπο και οι κινήσεις μεγάλες, ακανόνιστες, ελικοειδείς με αδυναμία ελέγχου τους από τα παιδιά. Χαρακτηριστικές είναι οι συσπάσεις και οι στάσεις των άκρων με υπερέκταση των αρθρώσεων και μάλιστα των δακτύλων (Heward, 2011. Κρουσταλάκης, 1998).
- Αταξία: διαταραχή του συγχρονισμού των κινήσεων και της ισορροπίας εξαιτίας βλάβης της παρεγκεφαλίδας, η έναρξη της εντοπίζεται στους πρώτους μήνες με γενικευμένη υποτονία. Χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή αίσθηση της ισορροπίας και χρήσης των χεριών, ενώ οι κινήσεις είναι νευρικές και ασταθείς (Heward, 2011. Σπετσιώτης & Σταθόπουλος, 2003).

Λιγότερο συνηθισμένοι τύποι εγκεφαλικής παράλυσης είναι η ακαμψία και ο τρόμος (Heward, 2011), ενώ διαταραχές που σχετίζονται με την εγκεφαλική παράλυση μπορεί να αφορούν ακόμα σε δυσλειτουργίες διανοητικής φύσης, ψυχολογικές διαταραχές, αισθητηριακές διαταραχές, αισθητικές και αντιληπτικές δυσλειτουργίες, και διαταραχές της ομιλίας (Κρουσταλάκης, 1998). Ακόμα μπορεί να υπάρξουν και μικτές μορφές που συνδυάζονται από σπαστικότητα (βίαιη ακούσια και σύντομη συστολή των μυών που συμμετέχουν στην κίνηση και υψηλή τάση, με συνέπεια ακανόνιστες και ασυγχρόνιστες κινήσεις η οποία εκδηλώνεται στην αρχή ως υπερτονία και εξελίσσεται με το χρόνο σε βίαιη εκτίναξη των μελών) και αθέτωση (Κυπριωτάκης, 1985).

1.3.2 Δισχιδής Ράχη

Η πιο γνωστή από τις ανωμαλίες του νευρικού σωλήνα ή αλλιώς εγγενείς δυσπλασίες του εγκεφάλου, του νωτιαίου μυελού ή των σπονδύλων. Ο σπόνδυλος δεν περιβάλλει τον νωτιαίο μυελό και έτσι μέρος

του νωτιαίου μυελού και των νεύρων που ελέγχουν τους μυς και την αίσθηση στο κάτω μέρος του σώματος δεν αναπτύσσονται φυσιολογικά. (Heward, 2011) Συνοδεύεται συνήθως από υδροκεφαλία, αύξηση δηλαδή του εγκεφαλονωτιαίου υγρού που προξενεί διεύρυνση της κρανιακής κοιλότητας και εκδηλώνεται με τρεις μορφές (Κρουσταλάκης, 1998):

Λανθάνουσα δισχιδής ράχη: είναι η ηπιότερη μορφή νευρολογικής πάθησης κατά την οποία μερικοί σπόνδυλοι παρουσιάζουν δυσμορφία, συνήθως στο κάτω μέρος της σπονδυλικής στήλης. Η ανωμαλία δεν είναι εμφανής (Heward, 2011. Κρουσταλάκης, 1998).

Μηνιγγοκήλη: όταν οι μήνιγγες (ελαστικά προστατευτικά επιστρώματα) που περιβάλλουν τον νωτιαίο μυελό προεξέχουν από ένα άνοιγμα των τόξων των σπονδύλων κατά τη γέννηση. Αποτελεί την συνηθέστερη μορφή δισχιδούς ράχης και συνοδεύεται συνήθως από παράλυση των κάτω άκρων, ακράτεια και έλλειψη ελέγχου των σφιγκτήρων (Heward, 2011. Κρουσταλάκης, 1998)

Μυελομηνιγγοκήλη: η πιο συνηθισμένη και σοβαρή μορφή δισχιδούς ράχης- η σπονδυλική επένδυση, ο νωτιαίος μυελός και οι νευρικές ρίζες προεξέχουν. Ενέχει μεγάλο κίνδυνο παράλυσης και λοιμώξεων (Heward, 2011). Συνοδεύεται συνήθως από παράλυση των κάτω άκρων, ακράτεια και έλλειψη ελέγχου των σφιγκτήρων (Κρουσταλάκης, 1998).

Σε γενικές γραμμές τα παιδιά με δισχιδή ράχη παρουσιάζουν κάποιο βαθμό παράλυσης των κάτω άκρων και δεν έχουν πλήρη έλεγχο της κύστης και του εντέρου τους. Συνήθως κάνουν καλή χρήση των χεριών και του άνω μέρους του σώματός τους και χρησιμοποιούν βοηθήματα και ειδικά στηρίγματα για την μετακίνησή τους. Μερικά μπορεί να είναι αυτόνομα κατά την εξυπηρέτηση προσωπικών αναγκών τους ενώ άλλα χρειάζονται ειδική βοήθεια (Heward, 2011).

1.3.3 Μυϊκή Δυστροφία

Πρόκειται για μια εξελισσόμενη κληρονομικής προελεύσεως ασθένεια που οδηγεί σε βαθμιαία συμμετρική εξασθένηση και βλάβη του μυϊκού ιστού και αναφέρεται σε ομάδα 40 περίπου κληρονομικών ασθενειών που χαρακτηρίζονται από προοδευτική ατροφία του μυϊκού συστήματος. Τα ακριβή αίτια της ασθένειας είναι ακόμα άγνωστα, δεν έχει βρεθεί αποτελεσματική αντιμετώπιση ή θεραπεία, και συνήθως αποβαίνει θανατηφόρα στην εφηβική ή νεαρή ενήλικη ζωή λόγω καρδιακής ή αναπνευστικής ανεπάρκειας που οφείλεται στους ατροφικούς μύες του στήθους. (Heward, 2011. Κρουσταλάκης, 1998).

Η μυϊκή δυστροφία Duchenne αποτελεί την πιο βαριά μορφή μυϊκής δυστροφίας με την έναρξη της να ορίζεται πριν την ηλικία των 3 ετών. Πρόκειται για γενετική μετάλλαξη χωρίς ιστορικό ασθενείας και επηρεάζει σχεδόν αποκλειστικά τα αγόρια, ενώ τα κορίτσια είναι φορείς. Παρουσιάζεται αρχικά με δυσκολία στο βάδισμα, στο τρέξιμο ή στο περπάτημα σκάλας λόγω αδυναμίας των μυών της πυελικής ωμικής ζώνης, ενώ οι εκφυλισμένοι μύες αντικαθίσταται από λιπώδη ιστό, δίνοντας την αίσθηση ασυνήθιστα μεγάλων μυών της κνήμης.

Δυσκολίες αντιμετωπίζουν ακόμα τα παιδιά αυτά να σταθούν όρθια αφού έχουν καθίσει ή ξαπλώσει κάτω, καθώς ακόμα μπορεί να πέφτουν εύκολα, ενώ σε μετέπειτα στάδια οι μυϊκές αδυναμίες γίνονται εμφανείς σε όλες σχεδόν τις μυϊκές ομάδες (Heward, 2011. Σπετσιώτης & Σταθόπουλος, 2003).

1.3.4 Κακώσεις Νωτιαίου Μυελού

Η κατηγορία αυτή κινητικών αναπηριών αφορά σε κακώσεις που έχουν προκληθεί στον νωτιαίο μυελό ύστερα συνήθως από διεισδυτικό τραύμα, υπερβολική έκταση της σπονδυλικής στήλης, κάταγμα σπονδύλου ή συμπίεση του νωτιαίου μυελού. Οι παράλυση και η απώλεια της αίσθησης αφορούν στην περιοχή του τραυματισμού, ενώ όσο πιο ψηλά εντοπίζεται αυτός στην σπονδυλική στήλη τόσο μεγαλύτερη είναι και η παράλυση. Τα παιδιά με κακώσεις του νωτιαίου μυελού μετακινούνται χρησιμοποιώντας αναπηρικά καροτσάκια. Παιδιά με τετραπληγία μπορεί να αντιμετωπίζουν σοβαρά αναπνευστικά προβλήματα καθώς επηρεάζονται οι μύες του στήθους που ελέγχουν την αναπνοή, ενώ χαρακτηριστικό των περισσότερων παιδιών με κακώσεις είναι η αδυναμία ελέγχου των φυσικών αναγκών τους (κύστη, έντερο) και η ακολουθία προσεκτικού προγράμματος διατήρησης της προσωπικής τους υγιεινής και αποφυγής μολύνσεων και αλλεργικών αντιδράσεων του δέρματος (Heward, 2011).

1.4 Χαρακτηριστικά ατόμων με κινητικές αναπηρίες

1.4.1 Σωματικά χαρακτηριστικά

Αφορούν τη γενική φυσική τους κατάσταση και έχουν διαμορφωθεί από το είδος και τη βαρύτητα της ασθένειας. Συνήθως υπάρχουν δυσκολίες στην κίνηση εξ' αιτίας του φτωχού μυϊκού συντονισμού, της νευροψυχικής δυσπραγίας (από απλή αδυναμία έως παράλυση) και της απουσίας μελών του σώματος, καθώς και προβλήματα στην αδρή και λεπτή κινητικότητα. Απαιτείται ειδικός εξοπλισμός (αναπηρικά αμαξίδια κ.ά.) (Φελούκα, 2008).

1.4.2 Κοινωνικό-συναισθηματικά χαρακτηριστικά

Τα παιδιά που μεγαλώνουν με κινητικές αναπηρίες βιώνουν εμπειρίες τέτοιες, που επηρεάζουν σημαντικά τόσο τη διάθεσή τους όσο και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους: γίνονται επιθετικά, υπερκινητικά, απαθή, αδιάφορα και στερούνται την αποδοχή από τους συνομηλίκους τους (Πολυχρονοπούλου, 2003). Αν μάλιστα, η κινητική αναπηρία προέλθει μετά από ατύχημα, τραυματισμό ή ασθένεια, δημιουργείται στο άτομο ένα επιπρόσθετο άγχος, γιατί πρέπει να συμφιλιωθεί με τη νέα πραγματικότητα και να αλλάξει τον τρόπο ζωής του και τους στόχους του.

Επίσης, οι ιδιαιτερότητες των ατόμων με κινητικές αναπηρίες που είναι αντίθετες με τα κοινωνικά πρότυπα για το σωματικά ωραίο, καθώς και ορισμένες ανεπιθύμητες καταστάσεις (π.χ. ακράτεια, σιελόρροια, δυσκολία στην επικοινωνία, μηχανικός εξοπλισμός κ.ά.) εμποδίζουν την ανάπτυξη θετικής εικόνας. Έτσι δυσκολεύονται να εδραιώνουν θετικές σχέσεις και στάσεις και αντιμετωπίζουν την απόρριψη από τους άλλους.

Πρόσφατες μελέτες κάνουν λόγο για χαμηλή αυτοεκτίμηση των παιδιών με κινητικές αναπηρίες, τα οποία φαίνεται να ανησυχούν περισσότερο από τα τυπικά-αναπτυσσόμενα παιδιά για θέματα όπως η κοινωνική αποδοχή, η εξωτερική τους εικόνα, και η αθλητική και ακαδημαϊκή τους επίδοση (Shields, Murdoch, Loy, Dodd & Taylor, 2006). Παρόμοια πορίσματα προκύπτουν και από έρευνες που μελετούν παράγοντες της ποιότητας ζωής, από τις οποίες διαφαίνεται μειωμένη αίσθηση ευεξίας στους πληθυσμούς αυτούς (Livingston, Rosenbaum, Russell & Palisano, 2007, όπως αναφέρεται σε Πολεμικού, 2010).

1.4.3 Διανοητικά χαρακτηριστικά

Η κινητική αναπηρία από μόνη της δεν συνεπάγεται υποχρεωτικά και νοητική υστέρηση, καθώς επηρεάζει μόνο την κινητικότητα και το άτομο διαθέτει όλες τις πνευματικές ικανότητες, που διαθέτουν

και τα άτομα χωρίς κινητικές αναπηρίες. Οι περιορισμοί και τα εμπόδια, που προβάλλονται στην απόκτηση και τον έλεγχο των πληροφοριών, οφείλονται στο είδος και το βαθμό των άλλων προβλημάτων, που συνήθως συνοδεύουν την κινητική αναπηρία (Πολυχρονοπούλου, 2003).

1.4.5. Μαθησιακά χαρακτηριστικά

Οι κινητικές αναπηρίες θέτουν περιορισμούς στη μάθηση των παιδιών, οι οποίοι αφορούν την ικανότητα επεξεργασίας των πληροφοριών, εξ' αιτίας μιας γενικής νοητικής καθυστέρησης που παρουσιάζουν, τη δυσκολία να δεχτούν πληροφορίες μέσω των αισθήσεων και το επίπεδο και τη φύση των διαπροσωπικών σχέσεων και των περιβαλλοντικών επιδράσεων.

Οι κινητικές αναπηρίες επηρεάζουν επίσης και την επικοινωνία, το λόγο, δημιουργώντας προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις του ατόμου. Δυσκολίες στις περιοχές και τις λειτουργίες, που είναι υπεύθυνες για την παραγωγή του λόγου, περιορίζουν την ικανότητα του ατόμου να παράγει ή να μιμείται ήχους, με αποτέλεσμα την παραγωγή μη κατανοητού λόγου ή την ολοκληρωτική έλλειψη του. Οι κινητικές αναπηρίες δεν έχουν μελετηθεί τόσο όσο άλλες αναπηρίες όπως η νοητική υστέρηση, η κώφωση και η τύφλωση, που είναι πιο εύκολο να διαγνωστούν και να αξιολογηθούν.

Ενώ στη φυσιολογική κινητική ανάπτυξη, μέσα στον πρώτο χρόνο της ζωής το παιδί αποκτά βασικές κινητικές ικανότητες και μέχρι τα 5 του χρόνια τελειοποιεί τις αδρές και λεπτές κινήσεις που έχει κατακτήσει, στα άτομα με παθολογική ανάπτυξη της κίνησης σταματά ή καθυστερεί η αισθητικοκινητική ανάπτυξη και παραμένουν τα αντανακλαστικά της βρεφικής ηλικίας (Heward, 2011).

Υπάρχουν και κινητικές δυσκολίες που οφείλονται σε διαταραχές ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης που δεν έχουν οργανική αιτιολογία. Σχετίζονται με προβλήματα συνειδητοποίησης του σώματος ή και με συνδυασμένες διαταραχές. Τέτοιες είναι η κινητική αδεξιότητα, , το σύνδρομο της υπερκινητικότητας και οι κινητικές εκφορτώσεις (Ajiagiaguerra & Marcelli, 1989, όπως αναφέρεται σε Κομπάς, 2004).

1.5 Συνοδά προβλήματα στις κινητικές αναπηρίες.

Πολλές φορές οι εκπαιδευτικοί και γενικότερα τα άτομα που παίρνουν μέρος στην εκπαίδευση των παιδιών με κινητικές αναπηρίες έρχονται αντιμέτωποι με προβλήματα υγείας που συνυπάρχουν με το κινητικό έλλειμμα. Αυτά τα συνοδά προβλήματα συχνά εμποδίζουν τόσο την πραγμάτωση του θεραπευτικού προγράμματος, όσο και την ομαλή ένταξη του παιδιού στις δραστηριότητες που συμμετέχουν οι συνομήλικοί του και η ευρύτερη κοινότητα στην οποία ζει.

Συγκεκριμένα, προβλήματα σωματικής υγείας μπορεί να συνυπάρχουν με την κινητική αναπηρία: Συχνά παρατηρούνται σπασμοί, αναπνευστικά προβλήματα, σιελόρροια, δυσκολίες σίτισης και επιληψία (Αγγελοπούλου- Σκάνταλη, 2004). Άλλα προβλήματα αφορούν αισθητηριακές και ψυχοκινητικές διαταραχές, νοητική υστέρηση, δυσκολίες μάθησης και ψυχικές και συναισθηματικές διαταραχές.

Οι αισθητηριακές διαταραχές αποτελούν με τη σειρά τους μια κατηγορία προβλημάτων. Εμφανίζονται σε υψηλή συχνότητα (30-75%) σε παιδιά με κινητικές αναπηρίες. Οι διαταραχές του οφθαλμοκινητικού ελέγχου προκαλούν στραβισμό, διαταραχές οπτικής εντόπισης, οπτικής μνήμης και καθυστέρηση αναγνώρισης χρωμάτων συναντώνται σε παιδιά και φυσιολογική νοημοσύνη. Η συχνότητα διαταραχών ακοής είναι 15% (Swain & French, 2000).

Όσον αφορά τις ψυχοκινητικές-αισθητικοκινητικές διαταραχές, τα άτομα μπορεί να παρουσιάζουν στερεοαγνωσία, σωματοαγνωσία, διαταραχές προσανατολισμού και κατευθυντικότητας (Swain & French, 2000)

Επίσης, η διαδικασία της νοητικής εξέλιξης καθυστερεί πολλές φορές και δεν έχουμε την ίδια ωρίμανση στα χρονικά όρια που καθορίζονται στα φυσιολογικά παιδιά. Τα ποσοστά της νοητικής υστέρησης είναι αρκετά υψηλά (30%-50%). Η εκτίμηση του νοητικού δυναμικού πολλές φορές είναι ιδιαίτερα δύσκολη λόγω της βαριάς κινητικής κατάστασης και των σοβαρών προβλημάτων επικοινωνίας που μπορεί να συνυπάρχουν. Είναι όμως απαραίτητο να λαμβάνεται πάντοτε υπ' όψη το κοινωνικό περιβάλλον που μεγαλώνει το παιδί, γιατί μπορεί να υπάρχει περιβαλλοντολογική στέρηση (Swain & French, 2000).

Οι δυσκολίες μάθησης συνοδεύουν συχνά τα παιδιά με κινητική αναπηρία. Μπορεί να παρουσιαστούν διαταραχές στη μνήμη και την σκέψη, υπερκινητικότητα, επιθετικότητα, διαταραχές στο λόγο και την ομιλία, ειδικές μαθησιακές διαταραχές στην ανάγνωση, την ορθογραφία και την αριθμητική. Είναι προβλήματα που συχνότατα γίνονται αντιληπτά στην προσχολική ή σχολική ηλικία, με αποτέλεσμα την καθυστερημένη εφαρμογή του κατάλληλου προγράμματος.

Τέλος, οι ψυχικές και συναισθηματικές διαταραχές είναι συχνότατα δευτεροπαθείς λόγω της κινητικής αναπηρίας και αφορούν την προσωπικότητα και την προσαρμογή. Όμως δεν είναι δυνατόν να αποκλειστούν βαρύτερες καταστάσεις, όπως η κατάθλιψη. Η προεφηβική ηλικία είναι η εναρκτήρια περίοδος για κατάθλιψη διότι σε αυτή την ηλικιακή ομάδα η ομοιομορφία είναι πολύ σημαντική. Ο

McCoy (1982, σ. 159) αναφέρει ότι η αναπηρία μπορεί να προκαλέσει χαμηλή αυτοαντίληψη και κατάθλιψη.

Οι έρευνες πάνω στην αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθηση δείχνουν δυο διαφορετικές κατευθύνσεις. Η πρώτη δηλώνει ότι η αυτοαντίληψη των έφηβων με αναπηρία δεν διαφοροποιείται από αυτή των υπολοίπων έφηβων. Η δεύτερη υποδηλώνει ότι τα άτομα με αναπηρία έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και ιδιαίτερα τα κορίτσια όσο αφορά την εικόνα του σώματος τους, την κοινωνική αποδοχή, τις αθλητικές δραστηριότητες και τις ακαδημαϊκές επιδόσεις (Shields, Murdoch, Loy, Dodd & Taylor, 2006).

Παρόλα αυτά δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι ιδιαίτερα οι κοπέλες με εγκεφαλική παράλυση έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση. Σύμφωνα με άλλες έρευνες, η αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμηση σχετίζονται με φτωχές κοινωνικές ικανότητες. Οι Allan Clover & Sparcle (2006) τόνισαν ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση συνδέεται με επικοινωνιακά προβλήματα. Από την άλλη πλευρά οι Magill-Evans & Restall (1991) σε μια μακροχρόνια έρευνα δεν βρήκαν σημαντικές διαφορές σε έφηβους με η χωρίς εγκεφαλική παράλυση κατά την εφηβεία.

Αρκετές μελέτες (π.χ. Dodrill, Beier, Kasparick, Tacke, Tacke & Tan 1984) τονίζουν την υπερπροστασία των γονιών. Σε οικογένειες παρατηρηθήκαν δυσλειτουργικοί τρόποι ανατροφής (Kiseliova & Akimova, 2001).

Οι δυσαρμονικοί τρόποι ανατροφής συνοδεύονται από κατώτερα επίπεδα επικοινωνίας (Bocharova, Kazarina, Sidorov & Solovion, 2000). Σύμφωνα με το Ratter (1970) υπάρχουν δυο είδη ανατροφής που προάγουν την αυτοεκτίμηση και δημιουργούν μια προσωπικότητα που χαρακτηρίζεται από φτωχές ικανότητες προσαρμογής. Αυτές είναι η υπερπροστασία και η ανατροφή παραίτησης.

Συχνά παιδιά με συναισθηματικές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς είναι αδύναμα να αλληλεπιδράσουν έξω γιατί έχουν ότι επιθυμούν μέσα στο σπίτι και έτσι η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων είναι πολύ φτωχή (Kondrashenko, Donskoy & Igumnov, 1999). Οι ψυχικές διαταραχές που εμποδίζουν στην αποκατάσταση δεν αφορούν όμως τα παιδιά, αλλά κυρίως τους γονείς. Οι γονείς συχνά παρουσιάζουν ενοχές, υπερπροστασία, επιθετικότητα στο περιβάλλον, ενώ αργότερα μπορεί να παρατηρηθεί απόρριψη του παιδιού, έντονη ψυχική κόπωση και δευτερογενής κατάθλιψη.

Τα προβλήματα στην κινητικότητα εμποδίζουν πολλές φορές και την κοινωνική ένταξη, παρόλη την επιθυμία των παιδιών να συνάπτουν φιλίες. Είναι αλήθεια ότι η πλειοψηφία των νέων με ή χωρίς αναπηρία αναφέρουν ότι η φιλία είναι σημαντικό κομμάτι της ζωής τους. (Swain & French, 2000). Θετικές σχέσεις με συνομηλίκους συμβάλουν στην κοινωνική αποδοχή και στην ανάπτυξη του αυτοπροσδιορισμού (Pitt, 2003 όπως αναφέρεται σε Curtin & Clarke, 2005). Έχει βρεθεί ότι νέοι με κινητικές αναπηρίες έχουν περισσότερες ευκαιρίες να συνάψουν φιλικές σχέσεις με περισσότερους συνομηλίκους και γίνονται περισσότερο κοινωνικοί (Kliewer, 1998 όπως αναφέρεται σε Curtin & Clarke, (2005).

Ωστόσο, ο Johnstone (1995) αναφέρει ότι ακόμη και αν υπάρχει αποδοχή από τους συμμαθητές, αισθάνονται και πάλι απομονωμένοι, αλλά αυτό δεν αφορούσε δραστηριότητες εκτός σχολείου. Οι Lightfoot et al. (1999) βρήκαν ότι τα συστήματα επαρκούς κοινωνικής στήριξης είναι απαραίτητα στους νέους 11-16 ετών με κινητικές αναπηρίες για τη φοίτηση τους σε σχολεία γενικής εκπαίδευσης. Η δημιουργία ενός δικτύου στήριξης που δομήθηκε από καθηγητές και μαθητές και η συμπερίληψη τους στις αποφάσεις βελτίωσαν τη θέση τους στο σχολείο.

Η μελέτη των Connors & Stalker (2003), που διήρκησε δυο χρόνια, υποστηρίζει το παραπάνω αποτελέσματα: η πλειοψηφία των παιδιών με αναπηρία δήλωναν ευτυχία που πήγαζε από ένα αίσθημα επιτυχίας στο σχολείο και τις σχέσεις με φίλους. Ιδιαίτερα η σχολική επιτυχία εξαρτιόταν από την κοινωνική στήριξη (Curtin & Clarke, 2005).

Παρόλο που υπήρχαν θετικές ιστορίες ανάπτυξης φιλίας ανάμεσα σε παιδιά και έφηβους με ή χωρίς αναπηρία, υπάρχουν ιστορίες μοναξιάς και ανικανότητας να νοιώσουν ευπρόσδεκτα (Corbett, 2001 όπως αναφέρεται σε Curtin & Clarke, 2005). Αυτό υπογραμμίζει την πολυπλοκότητα των σχέσεων και τη δυσκολία να καταλάβουμε τις επιλογές της φιλίας που κάνουν τα παιδιά με κινητική αναπηρία και το λόγο για τον οποίο κάποια έχουν δυσκολία ενώ κάποια άλλα όχι. Φαίνεται και σε αυτή την έρευνα ότι τα άτομα με κινητική αναπηρία είναι μια ετερογενής ομάδα και διαφέρουν ως προς τις στρατηγικές ανάπτυξης σχέσεων και το είδος της στήριξης που προτιμούν για την αναγνώριση και κάλυψη των αναγκών τους.

Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι το προφίλ των παιδιών με κινητική αναπηρία διαφέρει από αυτό των νέων χωρίς αναπηρία: είναι λιγότερο πιθανό να καπνίζουν, να πίνουν ή να καπνίζουν μαριχουάνα, κάνουν λιγότερο υγιεινή διατροφή, και σωματική δραστηριότητα (Steele et al. 1996, όπως αναφέρεται

σε Antler, Mills, Steele, Kalinins & Rosen, 2007). Επιπλέον συμμετέχουν λιγότερο σε κοινωνικές δραστηριότητες, όπως να περνούν χρόνο με φίλους μετά το σχολείο και αναφέρουν ότι έχουν δυσκολία να κάνουν νέους φίλους και να μιλούν για ότι τους ενοχλεί σε αυτούς (Stevens et al. 1996, όπως αναφέρεται σε Antle, Mills, Steele, Kalnins & Rossen, 2007).

Η κοινωνική ένταξη βοηθά στην ανάπτυξη της αυτοαντίληψης. Οι κοινωνικές σχέσεις ενθαρρύνονται στα πλαίσια του σχολείου όπου τα άτομα αλληλεπιδρούν με συνομηλίκους τους. Όσο όμως το παιδί μεγαλώνει με την είσοδο στην εφηβεία, οι κοινωνικές εκδηλώσεις, όπως τα πάρτι και οι γιορτές, δεν γίνονται πια στο σπίτι, αλλά έξω. Έτσι η αλληλεπίδραση γίνεται δύσκολη, καθώς η πρόσβαση σε αυτές τις κοινωνικές εκδηλώσεις είναι τις περισσότερες φορές απαγορευτική. Η αδυναμία του εφήβου να παρευρίσκεται στις παρέες των συμμαθητών όταν βγαίνουν βόλτα, η ανασφάλειά του όταν μιλά με το άλλο φύλο και η απογοήτευση δημιουργούν ένταση και θυμό για την αναπηρία του.

1.4 Συναισθηματική Νοημοσύνη & Κινητικές Αναπηρίες

Τα συναισθήματα εμπλέκονται σε κάθε πράξη, απόφαση και κρίση. Οι συναισθηματικά έξυπνοι άνθρωποι το αναγνωρίζουν αυτό και χρησιμοποιούν τη σκέψη τους για να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους αντί να τους διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους. Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών, η έννοια της Συναισθηματικής Νοημοσύνης (ΣΝ) έχει γίνει ένας σημαντικός δείκτης των γνώσεων, των δεξιοτήτων και των ικανοτήτων του ατόμου στο χώρο εργασίας, στο σχολείο και στην προσωπική ζωή (Barsade et al., 2003).

Η συναισθηματική νοημοσύνη (ΣΝ) και οι κινητικές αναπηρίες αποτελούν δύο σημαντικούς τομείς μελέτης στην ψυχολογία και την ιατρική, με εκτεταμένες εφαρμογές και συνέπειες για την καθημερινή ζωή. Η ΣΝ αφορά την ικανότητα των ατόμων να αναγνωρίζουν, να κατανοούν, να διαχειρίζονται και να εκφράζουν τα συναισθήματά τους, καθώς και να κατανοούν και να επηρεάζουν τα συναισθήματα των άλλων. Από την άλλη πλευρά, οι κινητικές αναπηρίες αναφέρονται σε μια κατηγορία νευρολογικών καταστάσεων που επηρεάζουν την ικανότητα ενός ατόμου να κινείται κανονικά και αποτελεσματικά.

Στόχος αυτής της εργασίας είναι να εξετάσει τη σχέση μεταξύ της συναισθηματικής νοημοσύνης και των κινητικών διαταραχών, διερευνώντας πώς οι κινητικές αναπηρίες επηρεάζουν τη ΣΝ και πώς η ΣΝ μπορεί να διαδραματίσει ρόλο στην αντιμετώπιση και τη διαχείριση αυτών των διαταραχών.

Η ΣΝ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην απόδοση της εργασίας, τα κίνητρα, τη λήψη αποφάσεων, την επιτυχημένη διαχείριση και την ηγεσία. Από τη σκοπιά της συναισθηματικής νευροεπιστήμης, το

καθοριστικό όριο στην εγκεφαλική δραστηριότητα μεταξύ της συναισθηματικής νοημοσύνης και της γνωστικής νοημοσύνης είναι η διάκριση μεταξύ των ικανοτήτων που είναι σε μεγάλο βαθμό νεοφλοιώδεις και εκείνων που ενσωματώνουν το νεοφλοιώδες και το μεταιχμιακό κύκλωμα (Coetzee & Harry, 2014).

Οι διανοητικές ικανότητες όπως η λεκτική ευχέρεια, η χωρική λογική και η αφηρημένη συλλογιστική - με άλλα λόγια, τα συστατικά του IQ- βασίζονται κυρίως σε συγκεκριμένες περιοχές του νεοφλοιού. Αντίθετα, η συναισθηματική νοημοσύνη περιλαμβάνει τις συμπεριφορικές εκδηλώσεις του υποκείμενου νευρολογικού κυκλώματος που συνδέει κυρίως τις μεταιχμιακές περιοχές για το συναίσθημα, με επίκεντρο την αμυγδαλή και τα εκτεταμένα δίκτυά της σε όλο τον εγκέφαλο, με περιοχές στον προμετωπιαίο φλοιό, το εκτελεστικό κέντρο του εγκεφάλου (Roberts, R. D., Zeidner, M., & Matthews, G. 2001).

Στη δεκαετία του 1900, παρόλο που οι παραδοσιακοί ορισμοί της νοημοσύνης έδιναν έμφαση σε γνωστικές πτυχές όπως η μνήμη και η επίλυση προβλημάτων, αρκετοί ερευνητές τόνισαν τη σημασία των μη γνωστικών πτυχών (Barsadeetal, 2003).

Το 1920, ο Thorndike, χρησιμοποίησε τον όρο κοινωνική νοημοσύνη για να περιγράψει την ικανότητα κατανόησης και διαχείρισης άλλων ανθρώπων. Πρότεινε ότι οι άνθρωποι διαθέτουν διάφορους τύπους νοημοσύνης, μια μορφή που ονομάζεται κοινωνική νοημοσύνη ή η ικανότητα να κατανοούν και να διαχειρίζονται άνδρες και γυναίκες, αγόρια και κορίτσια, καθώς και να ενεργούν με σύνεση στις ανθρώπινες σχέσεις.

Το 1940, ο Wechsler, αναφέρθηκε τόσο σε μη διανοητικά όσο και σε διανοητικά στοιχεία της νοημοσύνης. Τα μη διανοητικά στοιχεία περιλάμβαναν συναισθηματικούς, προσωπικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Αργότερα, υπέθεσε ότι ήταν απαραίτητα για την πρόβλεψη της ικανότητας κάποιου να πετύχει στη ζωή.

Το 1983, ο Gardner στο βιβλίο του, «Frames of Mind» εξήγησε τη Θεωρία των Πολλαπλών Νοημοσύνης όπου μίλησε για επτά τύπους νοημοσύνης που μιλούσαν και για τη Διαπροσωπική νοημοσύνη (την ικανότητα κατανόησης των προθέσεων, των κινήτρων και των επιθυμιών άλλων άτομα) και ενδοπροσωπική νοημοσύνη (η ικανότητα να κατανοεί κανείς τον εαυτό του, να εκτιμά τα συναισθήματα, τους φόβους και τα κίνητρά του).

Οι Mayer & Salovey, εισήγαγαν την έννοια της συναισθηματικής νοημοσύνης. Σύμφωνα με τους Salovey & Mayer (1990), η συναισθηματική νοημοσύνη είναι: «Η ικανότητα να παρακολουθεί κανείς τα συναισθήματα και τα συναισθήματα του ατόμου και των άλλων, να κάνει διακρίσεις μεταξύ τους και να χρησιμοποιεί αυτές τις πληροφορίες για να καθοδηγεί τη σκέψη και τις πράξεις του».

Μέχρι πρότινος, πρωταρχικό ρόλο έπαιζε η ύπαρξη της γνωστικής νοημοσύνης, μετρούμενης με τον γνωστό δείκτη IQ (Intelligence Quotient), η οποία θεωρούνταν καθοριστική τόσο για την ακαδημαϊκή επίδοση του ατόμου όσο και για την επαγγελματική του πορεία (Petrides, K. V., Frederickson, N., & Furnham, A. 2004). Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, η επιτυχία φαίνεται να μην καθορίζεται αποκλειστικά από το δείκτη ευφυΐας, πράγμα που ως ένα βαθμό οφείλεται στο βιβλίο του Goleman, «Emotional Intelligence. Why it can matter more than IQ» (1996), περί συναισθηματικής νοημοσύνης.

Η κεντρική επιχειρηματολογία του Goleman συνοψίζεται στο ότι η συναισθηματική νοημοσύνη αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες επιτυχίας στη ζωή, ενδεχομένως με μεγαλύτερη επίδραση από αυτόν της γνωστικής νοημοσύνης σε πολλές πλευρές της ανθρώπινης συμπεριφοράς, συμπεριλαμβανομένων της εργασίας και της εκπαίδευσης.

Σύμφωνα με τον ορισμό του Goleman (1996), η συναισθηματική νοημοσύνη απαρτίζεται από προσωπικές ικανότητες και από κοινωνικές ικανότητες και δεξιότητες. Επομένως, η γνωστική νοημοσύνη και η εξειδίκευση από μόνες τους δεν εξασφαλίζουν επιτυχημένη καριέρα. Η συναισθηματική νοημοσύνη έρχεται να συμπληρώσει και να πολλαπλασιάσει τη γνωστική νοημοσύνη. Ο Goleman φτάνει στο σημείο να ισχυρίζεται ότι για τη διακεκριμένη επίδοση στο χώρο εργασίας, οι συναισθηματικές ικανότητες είναι πιο σημαντικές από τις γνωστικές ικανότητες. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι ιδίως στα υψηλότερα επίπεδα ιεραρχίας η συναισθηματική νοημοσύνη είναι καθοριστική, καθώς περί το 90% της επιτυχίας μπορεί να αποδοθεί στις συναισθηματικές ικανότητες (Lopes, P. N., Brackett, M. A., Nezlek, J. B., Schütz, A., Sellin, I., & Salovey, P. 2004).

Οι Bradberry & Greaves στο βιβλίο τους «Emotional Intelligence 2.0» το 2009 κάνουν μια αξιολογή προσπάθεια να παρουσιάσουν την έννοια της συναισθηματικής νοημοσύνης σε πιο πρακτικό και κατανοητό επίπεδο, σε σχέση με τον Goleman.

Αναφέρονται εκτενώς στη «συναισθηματική διάσταση της λογικής» και ορίζουν τη συναισθηματική νοημοσύνη ως «την ικανότητα ενός ατόμου να αναγνωρίζει και να συνειδητοποιεί τα συναισθήματά του, και να χρησιμοποιεί την επίγνωση αυτή για να χειρίζεται τη συμπεριφορά και τις σχέσεις του» (Bradberry & Greaves, 2009).

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο γεγονός ότι η συναισθηματική νοημοσύνη καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι συμπεριφέρονται, χειρίζονται την πολυπλοκότητα των κοινωνικών σχέσεων και λαμβάνουν αποφάσεις που έχουν θετικά αποτελέσματα. Οι Bradberry & Greaves στο βιβλίο τους προτείνουν τέσσερις συναισθηματικές δεξιότητες οι οποίες, κατά τη γνώμη τους συγκροτούν την έννοια της συναισθηματικής νοημοσύνης στην πράξη.

Αυτές είναι οι εξής:

- Αυτεπίγνωση: η δεξιότητα αυτή αναφέρεται στην ακριβή ικανότητα αντίληψης των συναισθημάτων, των τάσεων και των προδιαθέσεων που παρουσιάζουν τα άτομα προς μια συγκεκριμένη συμπεριφορά.
- Αυτοδιαχείριση: έχοντας επίγνωση των συναισθημάτων του, το άτομο αποκτά την ικανότητα να γίνεται ευέλικτο και να κατευθύνει την συμπεριφορά του στο επιθυμητό.
- Κοινωνική επίγνωση: είναι η ικανότητα αντίληψης της σκέψης και των συναισθημάτων των άλλων ατόμων, ανεξάρτητα από την ίδια κατάσταση.
- Διαχείριση σχέσεων: πρόκειται για τον διαρκή και επιτυχή χειρισμό των αλληλεπιδράσεων με τα άλλα άτομα.

Η συναισθηματική νοημοσύνη αποτελεί πεδίο έρευνας και αναζήτησης που απασχολεί την επιστημονική κοινότητα τα τελευταία εικοσιπέντε χρόνια. Ως όρος έκανε την εμφάνιση της το 1990 από τους Salovey & Mayer ως ένας «τύπος νοημοσύνης που συμπεριλάμβανε δεξιότητες επεξεργασίας πληροφοριών συναισθηματικής φύσης». Από τότε, το ζήτημα της συναισθηματικής νοημοσύνης εξακολουθεί να εμφανίζεται σε πληθώρα βιβλίων, περιοδικών, τηλεοπτικών προγραμμάτων και να αποτελεί ένα πεδίο μέσω του οποίου οι επιχειρήσεις και οι οργανισμοί επιδιώκουν την ανάπτυξη του προσωπικού τους (Obradovic et al, 2013).

Το ζήτημα της συναισθηματικής νοημοσύνης έχει γίνει ένα ευαίσθητο θέμα στη διαχείριση και την ψυχολογία των επαγγελματικών κλάδων κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, ένα θέμα που αιχμαλωτίζει το ενδιαφέρον των επιχειρήσεων, της ακαδημαϊκής κοινότητας, και των ψυχολόγων (Barsade et al, 2003. Coetzee & Harry, 2014. Obradovic et al, 2013).

Η κατανόηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ της συναισθηματικής νοημοσύνης και των κινητικών διαταραχών είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη ολοκληρωμένων σχεδίων θεραπείας που

αντιμετωπίζουν τόσο τις σωματικές όσο και τις συναισθηματικές πτυχές αυτών των καταστάσεων. Η συναισθηματική νοημοσύνη αναφέρεται στην ικανότητα μιας ατομικής να αναγνωρίζει, να κατανοεί και να διαχειρίζεται τα δικά της συναισθήματα και τα συναισθήματα των άλλων ατόμων (Kunnnanatt, J. T. 2004).

Οι κινητικές αναπηρίες μπορούν να επηρεάσουν σοβαρά την ποιότητα ζωής των ατόμων. Μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα στην κίνηση, την ομιλία, τη γραφή και την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. Επίσης, μπορεί να οδηγήσουν σε κοινωνική απομόνωση, κατάθλιψη και άγχος λόγω της αδυναμίας συμμετοχής σε κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες (Kunnnanatt, J. T. 2004). Η ΣΝ μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση των κινητικών διαταραχών. Οι ασθενείς με υψηλή ΣΝ μπορεί να είναι καλύτερα εξοπλισμένοι για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις και το άγχος που σχετίζονται με τις κινητικές αναπηρίες .

Μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα τα συναισθήματά τους, να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά με τους ιατρούς και τους φροντιστές τους, και να διατηρήσουν θετικές κοινωνικές σχέσεις. Επιπλέον, η ΣΝ μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να αναπτύξουν στρατηγικές για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και την προσαρμογή στις αλλαγές που προκαλούνται από τις διαταραχές τους (Anderson, T., Smith, R., & Brown, K. 2017).

Η τετραπληγία μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στη ΣΝ των ατόμων. Οι περιορισμοί στην κίνηση και οι δυσκολίες στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων μπορούν να επηρεάσουν την αυτοεικόνα και την αυτοεκτίμηση των ατόμων, οδηγώντας σε αρνητικά συναισθήματα όπως άγχος, κατάθλιψη και θυμό. Αυτά τα συναισθήματα μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα των ατόμων να διαχειρίζονται και να εκφράζουν τα συναισθήματά τους, μειώνοντας τη ΣΝ τους (Martinez et al. 2019).

Η ΣΝ μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της τετραπληγίας. Οι ασθενείς με υψηλή ΣΝ μπορεί να είναι καλύτερα εξοπλισμένοι για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις και το άγχος που σχετίζονται με την τετραπληγία. Μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα τα συναισθήματά τους, να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά με τους ιατρούς και τους φροντιστές τους, και να διατηρήσουν θετικές κοινωνικές σχέσεις (Anderson, T., Smith, R., & Brown, K. 2017). Επιπλέον, η ΣΝ μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να αναπτύξουν στρατηγικές για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και την προσαρμογή στις αλλαγές που προκαλούνται από την κατάστασή τους (Robinson et al. 2020).

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας (ΣΚΠ) είναι μια χρόνια από μυελινωτική νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος που επηρεάζει τη λειτουργία του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού. Η ακριβής αιτία της ΣΚΠ είναι άγνωστη, αλλά πιστεύεται ότι προκύπτει από έναν συνδυασμό γενετικών, περιβαλλοντικών και ανοσολογικών παραγόντων. Η νόσος προκαλεί βλάβες στη μυελίνη, την προστατευτική επικάλυψη των νευρικών ινών, οδηγώντας σε διακοπή της επικοινωνίας μεταξύ του εγκεφάλου και του υπόλοιπου σώματος.

Τα συμπτώματα της ΣΚΠ ποικίλουν ανάλογα με τη σοβαρότητα και την τοποθεσία της βλάβης και μπορεί να περιλαμβάνουν κόπωση, δυσκολίες στην κίνηση και την ισορροπία, μυϊκή αδυναμία και σπαστικότητα, προβλήματα όρασης, δυσκολίες στην ομιλία και την κατάποση, αισθητικά συμπτώματα όπως μούδιασμα και μυρμηγκιάσματα, καθώς και γνωστικές δυσκολίες όπως προβλήματα μνήμης και συγκέντρωσης. Οι επιπτώσεις της ΣΚΠ στην ποιότητα ζωής των ατόμων μπορεί να είναι σοβαρές, επηρεάζοντας την ικανότητα εργασίας, την κοινωνική ζωή και την ψυχική υγεία (Carroll, K.L., Leiser, J. & Paisley, T.S. 2006).

Η τετραπληγία είναι η παράλυση που προκαλείται από μια ασθένεια (όπως εγκάρσια μυελίτιδα ή πολιομυελίτιδα) ή από κάποιο τραύμα (αυτοκινητιστικό δυστύχημα, πτώση ή αθλητικός τραυματισμός), που έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια κίνησης στα τέσσερα άκρα και στον κορμό. Συνήθως, η παράλυση επηρεάζει όχι μόνο την κίνηση, αλλά και τις αισθήσεις. Η απώλεια αισθήσεων μπορεί να περιλαμβάνει μούδιασμα, μειωμένη αίσθηση ή πονόλαιμο (Holland, N. J., & Schneider, D. M. 2015).

Η τετραπληγία γενικά προκαλείται από βλάβη του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού. Στις περιπτώσεις που αφορούν το νωτιαίο μυελό, το πρόβλημα εντοπίζεται στην περιοχή του τραχήλου της μήτρας (άνω μέρος της σπονδυλικής στήλης, μεταξύ των σπονδύλων C1 και C7) (Compston, A., & Coles, A. 2008).

Η προκύπτουσα βλάβη (συνήθως μερική ή ολική απώλεια λειτουργίας στους βραχίονες και τα πόδια) εξαρτάται από το μέρος του τραυματισμένου νωτιαίου μυελού και το μέγεθος της βλάβης που έχει κάνει. Επίσης, δεν είναι ασυνήθιστο να υπάρχει πλήρως λειτουργική κίνηση του βραχίονα αλλά όχι νευρικός έλεγχος των δακτύλων. Αυτό εξαρτάται από το βαθμό βλάβης που προκαλείται στο νωτιαίο μυελό (Carroll, K.L., Leiser, J. & Paisley, T.S. (2006).

Η εγκεφαλική παράλυση είναι η πιο συχνή κινητική αναπηρία της παιδικής ηλικίας. Οφείλεται σε παθολογική ανάπτυξη του εγκεφάλου ή βλάβη του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου και επηρεάζει την

ικανότητα ενός ατόμου να ελέγξει τη μυϊκή του λειτουργία. Υπάρχει ένα μεγάλο εύρος συμπτωμάτων από ελαφριές μορφές εγκεφαλικής παράλυσης, όπου τα άτομα έχουν προβλήματα στάσης, κίνησης και ισορροπίας, αλλά είναι περιπατητικά και δυνητικά λειτουργικά, έως τις βαρείες μορφές εγκεφαλικής παράλυσης, όπως οι τετραπληγίες, όπου το άτομο είναι απολύτως εξαρτημένο από το περιβάλλον του για τη φροντίδα του.

Επιπλέον, υπάρχουν και πολλές συνοδές διαταραχές, οι οποίες διαμορφώνουν σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου με εγκεφαλική παράλυση και που μερικές φορές είναι δυσκολότερες στη διαχείριση και αποκατάσταση από το κινητικό πρόβλημα. Για παράδειγμα, μπορεί να υπάρχει πρόβλημα νοητικό, μπορεί να υπάρχουν διαταραχές όρασης ή ακοής, επιληψία, αυτισμός ή άλλες διαταραχές της συμπεριφοράς, όπως επίσης και μυοσκελετικά προβλήματα, τα οποία μπορεί να είναι εξαιρετικά σοβαρά (Smith, T. R., White, B. A., & Ashton, R. N. 2018).

1.5 Ψυχολογικές Επιπτώσεις & Κινητικές Αναπηρίες

Τα ανάπηρα άτομα, κατόπιν σύγκρισης των λειτουργικών τους ικανοτήτων με τις ικανότητες των αρτιμελών ατόμων της κοινωνίας, αισθάνονται άβολα με το σώμα τους και νιώθουν διαφορετικοί και ανίκανοι (Breakey, 1997). Το γεγονός εντείνεται καθημερινά από την κοινωνία και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης που δημιουργούν στα άτομα την εντύπωση πως διαφέρουν από τους άλλους, ανατρέπουν τις υπάρχουσες κοινωνικές αξίες και ιδανικά και οδηγούνται στην αναζήτηση του οίκτου από τους υπόλοιπους (Murphy, 1995 σύμφωνα με τους Taleporos & McCabe, 2002). Υποστηρίζεται πως οι άνθρωποι που υποτιμούνται από την κοινωνία, καταλήγουν να υποτιμούν και οι ίδιοι τον εαυτό τους και αυτά τα συναισθήματα έχουν αρνητικές συνέπειες για την εικόνα του σώματός τους (Smith, 1984 σύμφωνα με Taleporos & McCabe, 2002). Ακόμη, τα συναισθήματα αυτά επηρεάζουν την ψυχοκοινωνική ευεξία του και σχετίζονται άμεσα με τη συναισθηματική καταπόνηση (άγχος, κατάθλιψη), τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και την έλλειψη ικανοποίησης από τη ζωή (Yuen & Hanson, 2002).

Οι καταστάσεις αυτές ενισχύονται ακόμα περισσότερο από το γεγονός πως, παρόλο που μπορεί να παρέχεται κοινωνική στήριξη, στην περίπτωση των χρόνιων παθήσεων όπου η βοήθεια απαιτείται για παρατεταμένο χρονικό διάστημα, η αδυναμία του παραλήπτη να ανταποδώσει πλήρως, στα πλαίσια της κοινωνικής στήριξης ως μια ενεργητική διαδικασία, γίνεται εμφανής και καθιστά ιδιαίτερα δύσκολη την ζήτηση βοήθειας (Shumaker & Brownell, 1984).

Οι παραπάνω θέσεις υποστηρίζονται και από πλήθος ερευνών. Ειδικότερα, υπάρχουν έρευνες που έχουν ασχοληθεί με την αυτοεκτίμηση και την γενικότερη ψυχολογική κατάσταση των γυναικών με κινητική αναπηρία.

Οι Nosek, Hughes, Swedlund, Taylor & Swank (2003) μελέτησαν 475 γυναίκες με κινητική αναπηρία, ηλικίας 18 έως 65 ετών. Τα ευρήματα της έρευνάς τους έδειξαν πως η αξιολόγηση του εαυτού τους επηρεαζόταν έντονα από τους γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειάς τους, τους δασκάλους, τους συμμαθητές, τους φίλους και τους συντρόφους και αυτή η επιρροή ήταν αρνητική για την εικόνα που δημιουργούσαν οι γυναίκες για τον εαυτό τους. Επίσης, λόγω των διάφορων εμποδίων που αντιμετωπίζουν καθημερινά οι γυναίκες με κινητική αναπηρία αναφορικά με την κοινωνική τους ένταξη, φάνηκε πως το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζουν είναι «εχθρικό» και μεταδίδει στερεότυπα που προϋπάρχουν εδώ και χιλιετίες με αποτέλεσμα τον στιγματισμό και τον αποκλεισμό.

Εδώ αξίζει να επισημάνουμε πως η κοινωνική ένταξη βοηθά στην ανάπτυξη της αυτοαντίληψης. Ωστόσο όσο μεγαλώνει ένα άτομο με αναπηρία, η κοινωνική αλληλεπίδραση καθίσταται δύσκολη καθώς η πρόσβαση είναι περιορισμένη και έτσι, κατ' επέκταση, δυσχεραίνεται και η κοινωνική ένταξη (Νικολάου, 2011). Οι ερευνητές, επομένως, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι γυναίκες με κινητική αναπηρία βιώνουν προβλήματα που σχετίζονται με την χαμηλή αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη, την ανεργία και την κοινωνική απομόνωση (Noseketal, 2003).

Έρευνα συγκεκριμένα για τις γυναίκες με κινητική αναπηρία υλοποιήθηκε και δύο χρόνια αργότερα. Οι Hughes, Taylor, Robinson-Whelen & Nosek (2005) μελέτησαν γυναίκες ηλικίας 18 έως 64 ετών με διαγνωσμένη κινητική αναπηρία τουλάχιστον τα δύο τελευταία χρόνια. Οι ερευνήτριες υποστήριξαν πως οι γυναίκες με κινητική αναπηρία ανέφεραν υψηλά επίπεδα άγχους και πως ιδιαίτερα υψηλού κινδύνου ήταν οι γυναίκες που στερούνταν κοινωνικής στήριξης.

Έρευνες στο πεδίο της κινητικής αναπηρίας έχουν συσχετίσει την ποιότητα ζωής με την κοινωνική στήριξη που λαμβάνουν τα άτομα με τη συγκεκριμένη αναπηρία. Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια ομπρέλα που περιγράφει το άθροισμα των καταστάσεων ικανοποίησης που θεωρούνται σημαντικά για τη ζωή και περιλαμβάνει τις φυσικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και πνευματικές διαστάσεις της ευημερίας (Benito-León, Morales, Rivera-Navarro & Mitchell, 2003. Mitchell, Benito-León, Morales González & Rivera-Navarro, 2005. Rejeski & Mihalko, 2001).

Υποστηρίζεται πως στα άτομα με κινητική αναπηρία αυξάνεται η εξάρτηση από κάποιον άλλον, το άγχος και η κατάθλιψη και, έτσι, επέρχεται η κοινωνική απομόνωση με άμεσο αποτέλεσμα τη χαμηλή ποιότητα ζωής (Melzer & Parahyba, 2004. Rubenstein, Powers & MacLean, 2001). Σε έρευνα των Λατσού, Πιερράκος & Υφαντόπουλος, (2014) 120 ενήλικα άτομα με κινητική αναπηρία αξιολογήθηκαν ως προς την ποιότητα ζωής και οι μετρήσεις αφορούσαν στις διαστάσεις της κινητικότητας, της αυτοεξυπηρέτησης, της εκτέλεσης συνηθισμένων δραστηριοτήτων, της δυσφορίας και της κατάθλιψης.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα άτομα με εκ γενετής κινητική αναπηρία εμφάνιζαν καλύτερη ποιότητα ζωής και στις πέντε αυτές διαστάσεις συγκριτικά με τα άτομα στα οποία η κινητική αναπηρία προήλθε από κάποια ασθένεια, ατύχημα ή άλλη αιτία, γεγονός που οδήγησε τους ερευνητές στο συμπέρασμα πως η αιτία εμφάνισης της αναπηρίας επηρεάζει κατά κύριο λόγο την ποιότητα ζωής. Γενικότερα, αποδείχθηκε μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα πως η ποιότητα ζωής των κινητικά ανάπηρων ατόμων βρίσκεται σε χαμηλότερο επίπεδο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και αυτό συνδέεται και με τη χαμηλή υποκειμενική γνώμη που έχουν για την κατάσταση της υγείας τους.

Επιπρόσθετα, έρευνα σε ηλικιωμένους με κινητική αναπηρία έδειξε πως τα περισσότερα συναισθήματα μοναξιάς σχετίζονται όχι με την ηλικία αλλά με την αυξημένη σωματική αναπηρία, την έλλειψη αυτοπεποίθησης, το χαμηλό ηθικό και τη χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή (Mellor & Edelmann, 1988). Έρευνα που συσχετίζει την κινητική αναπηρία με την κατάθλιψη ανεξαρτήτως ηλικίας, πραγματοποιήθηκε και από τους Turner & Noh (1988). Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η κατάθλιψη είναι ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με κινητική αναπηρία και βασίζεται στις επιπτώσεις της λειτουργικής ανικανότητας και του πόνου που δέχονται τα συγκεκριμένα άτομα. Τόνισαν, ωστόσο, πως η κοινωνική στήριξη είναι καθοριστική και μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων μέσω του σχεδιασμού και υλοποίησης παρεμβατικών διαδικασιών.

Έρευνα για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων διεξήχθη και από τους Greenglass, Fiksenbaum & Eaton (2006), οι οποίοι ασχολήθηκαν με τη μελέτη της σχέσης μεταξύ της κοινωνικής στήριξης, της λειτουργικής ανικανότητας, της κατάθλιψης και της αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων σε 224 ηλικιωμένους ηλικίας 62 έως 98 ετών. Η κοινωνική στήριξη, που στη συγκεκριμένη έρευνα περιελάμβανε την συναισθηματική στήριξη, την πρακτική βοήθεια και τις συμβουλές/οδηγίες, αξιολογήθηκε με βάση τον αριθμό των ανθρώπων που ήταν διαθέσιμοι να την παρέχουν όταν ήταν

αναγκαίο. Μέσα από την έρευνα, αποδείχθηκε πως όταν οι άλλοι ήταν διαθέσιμοι να παρέχουν κοινωνική στήριξη, οι ηλικιωμένοι ανέφεραν καλύτερη χρήση των προληπτικών στρατηγικών αντιμετώπισης. Για παράδειγμα, ένας ηλικιωμένος ο οποίος έλαβε πληροφορίες για τον τρόπο χρήσης των βοηθητικών μπράτσων στη μπανιέρα, διευκολύνθηκε κατά την εδραίωση του ανεξάρτητου πλυσίματος.

Παρόλο που φάνηκε πως η κατάθλιψη συνδέεται θετικά με την λειτουργική ανικανότητα, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η κοινωνική στήριξη συνδέεται θετικά με την προληπτική αντιμετώπιση, η οποία με τη σειρά της συνδέεται αρνητικά με τη λειτουργική ανικανότητα και την κατάθλιψη. Επομένως, υποστηρίχθηκε πως η κοινωνική στήριξη συνδέεται αρνητικά με την κατάθλιψη. Δεδομένου τούτου, εάν οι ηλικιωμένοι χρησιμοποιούν προληπτικές τεχνικές αντιμετώπισης, οι οποίες παρέχονται μέσω της κοινωνικής στήριξης, βιώνουν μεγαλύτερη σωματική και ψυχική ευεξία.

Επιπρόσθετα, έρευνες έχουν μελετήσει την κοινωνική στήριξη που δέχονται τα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα, αποδεικνύοντας πως υπάρχει θετική συσχέτιση της στήριξης με την ρευματοειδή αρθρίτιδα. Πιο αναλυτικά, οι Penninx, Tilburg, Deeg, Kriegsman, Boeke & Eijk (1997) ασχολήθηκαν με τις επιπτώσεις της κοινωνικής στήριξης στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης σε ηλικιωμένους με μέτρια και σοβαρή ρευματοειδή αρθρίτιδα και σε ηλικιωμένους χωρίς κάποια χρόνια ασθένεια. Τα ευρήματα έδειξαν πως τα άτομα με σοβαρή ρευματοειδή αρθρίτιδα βιώνουν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα από ότι τα άτομα με ήπια ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Ωστόσο, φάνηκε πως η κοινωνική στήριξη ήταν σημαντική για τη μείωση των αρνητικών αυτών συναισθημάτων. Όσοι από τους συμμετέχοντες, ειδικά αυτοί με τη σοβαρή ρευματοειδή αρθρίτιδα, είχαν διάσπαρτες κοινωνικές σχέσεις και λάμβαναν συναισθηματική υποστήριξη αποδείχθηκε πως μπορούσαν να μετριάσουν την επίδραση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Ακόμη, έρευνα σε ενήλικες με πρόωρη ρευματοειδή αρθρίτιδα μελέτησε τις επιπτώσεις της κοινωνικής στήριξης και των στρατηγικών για την αντιμετώπιση που πόνου σε βάθος πέντε χρόνων (Evers, Kraaijmaat, Geenen, Jacobs & Bijlsma, 2003). Μέσα από την έρευνα αποδείχθηκε πως τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικής στήριξης τη στιγμή της διάγνωσης της νόσου οδηγούν σε μειωμένη λειτουργική ικανότητα και εμφάνιση πόνου τόσο στα τρία όσο και στα πέντε χρόνια παρακολούθησης του δείγματος. Για το λόγο αυτό, οι ερευνητές υποστηρίζουν πως οι έγκαιρες παρεμβάσεις που

επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση του πόνου και σχετίζονται με την κοινωνική στήριξη για τα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα μπορούν να έχουν ευεργετικές επιδράσεις με μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

Πέραν των ηλικιωμένων, έρευνες συσχέτισης της ποιότητας ζωής με την κινητική αναπηρία υλοποιήθηκαν και άτομα νεότερης ηλικίας. Πιο συγκεκριμένα, οι Lemelle, Guillemin, Aubert, Guys, Lottmann, Lortat-Jacob, Mouriquand, Ruffion, Moscovici & Schmitt (2006) σε έρευνά τους σε 460 ασθενείς με δισχιδή ράχη, εκ των οποίων οι 300 ήταν ενήλικες και οι 160 ήταν έφηβοι, διαπίστωσαν πως η ποιότητα ζωής τους ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Στην έρευνα διαφοροποιήθηκαν τα αποτελέσματα ανάλογα με το φύλο των συμμετεχόντων και αποδείχθηκε πως οι ενήλικες γυναίκες και τα έφηβα κορίτσια παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ευεξίας συγκριτικά με τα άτομα του αντίθετου φύλου.

Επίσης, έρευνα σε παιδιά και εφήβους με δισχιδή ράχη αναφορικά με την ποιότητα ζωής και την ποιότητα των σχέσεων τους έγινε από τους Devine, Holmbeck, Gayes & Purnell (2011). Οι ερευνητές, έχοντας ως δείγμα 106 παιδιά και εφήβους ηλικίας με δισχιδή ράχη 8 έως 15 ετών και 106 συνομηλίκους τους χωρίς δισχιδή ράχη, παρατήρησαν μειωμένη κοινωνική προσαρμογή και ποιότητα στενών σχέσεων που περιλαμβάνει χαμηλά επίπεδα συντροφικότητας και ασφάλειας. Επίσης, οι συμμετέχοντες ανέφεραν χαμηλή συναισθηματική στήριξη από τους συνομηλίκους αλλά και τις οικογένειές τους.

Με παιδιά και ενήλικες με μυϊκή δυστροφία ασχολήθηκαν οι Grootenhuis, Boone & Kooi (2006), οι οποίοι μελέτησαν την ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων ατόμων. Τα ευρήματα της έρευνας, έδειξαν πως τα σαράντα παιδιά του δείγματος ηλικίας 8 έως 17 ετών, εμφάνιζαν χειρότερη ποιότητα ζωής αναφορικά με την αυτονομία, την κινητικότητα και τις κοινωνικές σχέσεις και οι εξήντα επτά ενήλικες ανέφεραν συναισθήματα επιθετικότητας και γενικότερα χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Για τους λόγους αυτούς, οι ερευνητές κατέληξαν πως η μυϊκή δυστροφία επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής. Επιπρόσθετα, έρευνες έχουν γίνει και για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής και των στρατηγικών αντιμετώπισης της κινητικής αναπηρίας ατόμων με εγκεφαλική παράλυση.

Ειδικότερα, οι Jahnsen, Villien, Stanghelle & Holm (2002), έχοντας ως δείγμα 406 ενήλικες με εγκεφαλική παράλυση 18 έως 72 ετών μελέτησαν τους τρόπους αντιμετώπισης που είχαν τα άτομα αυτά αναφορικά με την ασθένειά τους. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν πως βίωναν τη ζωή ως μια ανεξέλεγκτη, ακατανόητη και ανούσια κατάσταση που δεν άξιζε να προσπαθήσουν να την αντιμετωπίσουν. Επίσης,

βίωναν αυξημένο πόνο και κούραση και βρίσκονταν συνεχώς σε μία διαδικασία επιδείνωσης των λειτουργικών τους ικανοτήτων.

Πολλοί, μάλιστα, λόγω αυτών των προβλημάτων παραιτούνταν από την εργασία τους και έκαναν αλλαγές στην καθημερινότητά τους. Όλα τα παραπάνω αρνητικά δεδομένα της ζωής τους, επιδεινώνονταν από τους γονείς και τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι συχνά λάμβαναν αποφάσεις εκ μέρους των ιδίων, χωρίς να τους αφήνουν το περιθώριο της επιλογής ή χωρίς να αιτιολογούν αυτές τις κινήσεις. Αυτό, οδήγησε τους συμμετέχοντες να διαθέτουν ελάχιστους τρόπους αντιμετώπισης της ασθένειάς τους, γεγονός που γενικότερα συσχετίστηκε με το επίπεδο μόρφωσής τους, την οικογενειακή κατάσταση, την ικανοποίηση από τη ζωή και την κούραση που βίωναν.

Με τα άτομα με εγκεφαλική παράλυση ασχολήθηκαν και οι Wiegerink, Roebroek, Donkervoort, Stam & Cohen-Kettenis (2006) κατά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση παλαιότερων ερευνών. Οι ερευνητές διαπίστωσαν πως οι κοινωνικές σχέσεις εφήβων και νεαρών ενηλίκων με εγκεφαλική παράλυση είναι λιγότερο ανεπτυγμένες σε σχέση με αυτές των συνομηλίκων τους χωρίς εγκεφαλική παράλυση και πως αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες κυρίως στη δημιουργία σεξουαλικών σχέσεων. Η γενικότερη δυσκολία στην ψυχολογική προσαρμογή, η αίσθηση ανεπαρκούς αυτό-αποτελεσματικότητας και η χαμηλή σεξουαλική αυτοπεποίθηση φάνηκε πως επιδρά αρνητικά στην ανάπτυξη κοινωνικών και σεξουαλικών σχέσεων. Σε αυτό, φαίνεται πως συνεργεί η υπερπροστασία από την πλευρά των γονέων και οι αρνητικές στάσεις και οι απομόνωση εκ μέρους των άλλων, ιδιαίτερα των συνομηλίκων.

Για την ποιότητα της ζωής και την κινητική αναπηρία, ειδικότερα για εκείνη που προήλθε λόγω της σκλήρυνσης κατά πλάκας, υλοποιήθηκε έρευνα από τους Molt, McAuley, Snook & Gliottoni (2009). Σύμφωνα με τους ερευνητές, η σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να οδηγήσει σε λειτουργικούς περιορισμούς, αναπηρία και μειωμένη ποιότητα ζωής, γεγονός που υποστηρίζεται και από παλαιότερες αναφορές (Benito-Leonetal, 2003).

Στη συγκεκριμένη έρευνα, συσχετίστηκε η σωματική άσκηση με την ποιότητα ζωής 292 ενηλίκων ηλικίας 20 έως 69 ετών προκειμένου να επισημανθούν οι επιδράσεις της στη ζωή των ατόμων. Σύμφωνα με τους ερευνητές, όσοι ήταν πιο δραστήριοι ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, κούρασης και πόνου και υψηλότερη κοινωνική στήριξη και αποτελεσματικότητα στη διαχείριση της νόσου.

Συμπερασματικά, η ποιότητα ζωής θεωρείται κλειδί για τον προσδιορισμό της επιτυχίας των προγραμμάτων αποκατάστασης και της παρεχόμενης κοινωνικής στήριξης για τα άτομα με μόνιμες αναπηρίες και η αξιολόγησή της κρίνεται απαραίτητη για τον έλεγχο της ευημερίας τους (Andresen & Meyers, 2000).

Εκτός της παροχής κοινωνικής στήριξης μέσω της δια ζώσης κοινωνικής αλληλεπίδρασης, έχει αποδειχθεί πως και οι αλληλεπιδράσεις μέσω διαδικτυακών κοινοτήτων μπορούν να παρέχουν σημαντικά οφέλη στα άτομα με αναπηρία και, στην περίπτωση μας, στα άτομα με κινητική αναπηρία. Για τα άτομα με προβλήματα υγείας, και ειδικότερα με προβλήματα που σχετίζονται με την κινητικότητα, η κοινωνική αλληλεπίδραση δια ζώσης σε ένα μη-εικονικό περιβάλλον θεωρείται δύσκολη και προβληματική λόγω των περιορισμών που προκύπτουν αναφορικά με την πρόσβαση, την κινητικότητα και την επικοινωνία (Braithwaite et al., 1999.Chan & Dicianno, 2011).

Οι πλατφόρμες εικονικής κοινωνικοποίησης αποτελούν ένα ασφαλές περιβάλλον στο οποίο τα άτομα με αναπηρία μπορούν να συναναστραφούν με άλλους καθώς υπάρχουν λιγότερα εμπόδια που οφείλονται στην αναπηρία (Chan & Dicianno, 2011). Η διαδικτυακή αυτή στήριξη που παρέχεται θεωρείται μια χρήσιμη εναλλακτική για τα άτομα αυτά, ένας πρόσθετος τρόπος επικοινωνίας και παροχής κοινωνικής στήριξης (Braithwaite et al, 1999).

Ανάμεσα στις έρευνες που αποδεικνύουν την σημασία της παροχής στήριξης μέσω διαδικτυακών κοινοτήτων αποτελεί η έρευνα των Obst & Stafurik (2010), οι οποίοι μελέτησαν την επίδραση της χρήσης του διαδικτύου στην ευημερία ατόμων με κινητική αναπηρία. Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαίνονται από τα 18 έως τα 54 έτη και στο σύνολό τους ήταν τριάντα πέντε. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως συμμετείχαν σε ομάδες κοινωνικής δικτύωσης και λάμβαναν μέσω αυτών ηθική υποστήριξη και προσωπικές συμβουλές. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν πως η συμμετοχή των ατόμων με κινητική αναπηρία σε διαδικτυακές κοινότητες τους παρέχει την ευκαιρία να έχουν ένα μεγάλο κοινωνικό δίκτυο, να ανταλλάξουν πληροφορίες και να μοιραστούν προβλήματα της καθημερινότητάς τους. Αυτό το αίσθημα του «ανήκειν» σε μια ομάδα, έστω και διαδικτυακή, δύναται να μειώσει την απομόνωση και να ενισχύσει την ευημερία στους τομείς των διαπροσωπικών σχέσεων και της προσωπικής ανάπτυξης.

Ακόμη, οι Chan & Dicianno (2011) ασχολήθηκαν με 63 ενήλικες με δισχιδή ράχη ηλικίας 18 έως 80 ετών και την στήριξη που δέχονται από πλατφόρμες εικονικής κοινωνικοποίησης. Στην έρευνά τους, υποστηρίχθηκε πως τα άτομα με χρόνιες σωματικές αναπηρίες διατρέχουν υψηλό κίνδυνο απόρριψης

από τους συνομηλίκους τους, με αποτέλεσμα την αποτροπή δημιουργίας μακροχρόνιων κοινωνικών σχέσεων. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οποιαδήποτε μορφή εικονικής κοινωνικοποίησης θεωρείται σημαντικό εργαλείο για την ενίσχυση των κοινωνικών συναναστροφών και της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων αυτών.

Μέσα από έρευνες, φαίνεται ο σημαντικός ρόλος της οικογένειας για τη στήριξη των ατόμων με κινητική αναπηρία και κατά πόσο τους παρέχουν θετική ή αρνητική στήριξη. Πιο συγκεκριμένα, οι Manne & Zautra (1989) σε έρευνά τους αναφορικά με την ψυχολογική προσαρμογή των γυναικών με ρευματοειδή αρθρίτιδα και την επίδραση της στήριξης και της κριτικής των συζύγων τους στην προσαρμογή, μελέτησαν 103 άνδρες ηλικίας 25 έως 76 ετών. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν πως η ψυχολογική προσαρμογή εξαρτάται άμεσα από τη στάση των συζύγων. Ειδικότερα, η θετική στήριξη από τους συζύγους βοήθησε τις γυναίκες με ρευματοειδή αρθρίτιδα να συμμετέχουν πιο ενεργά στις καθημερινές στους δραστηριότητες ενώ η οι σύζυγοι που ασκούσαν κριτική στις γυναίκες τους αποθάρρυναν τη συμμετοχή τους και ενίσχυναν επιβλαβείς στρατηγικές αντιμετώπισης με αποτέλεσμα οι ασθενείς να εύχονται να ήταν διαφορετική η κατάσταση και να μπορούσαν να ξεφύγουν από αυτή. Διαπίστωσαν, επομένως, οι ερευνητές πως η αυτοεκτίμηση αποτελεί μια διάσταση που μπορεί να υποστεί «ζημιά» από την αρνητική στήριξη που παρέχεται ιδιαίτερα από άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος και η οποία μπορεί να εντείνει την κατάσταση άγχους που προκαλείται όταν το άτομο αντιμετωπίζει μια αγχωτική κατάσταση, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά και την ψυχολογική προσαρμογή.

Την ίδια χρονιά, οι Wallander & Varni (1989) μελέτησαν την κοινωνική στήριξη που λάμβαναν 153 παιδιά ηλικίας 4-16 ετών τα οποία έπασχαν από νεανικό διαβήτη, νεανική ρευματοειδή αρθρίτιδα, χρόνια παχυσαρκία, εγκεφαλική παράλυση ή είχαν δισχιδή ράχη. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τα λεγόμενα των μητέρων των παιδιών του δείγματος.

Μέσω της έρευνας, αναφέρθηκε πως τα παιδιά με τις συγκεκριμένες χρόνιες παθήσεις δέχονταν μεγαλύτερη κοινωνική στήριξη τόσο από το οικογενειακό δίκτυο όσο και από το δίκτυο των συνομηλίκων, που οδήγησε σε καλύτερη προσαρμογή συγκριτικά με εκείνα τα παιδιά που λάμβαναν στήριξη μόνο από ένα από τα δύο δίκτυα. Αντίθετα, υποστηρίχθηκε πως τα παιδιά με χρόνιες παθήσεις χωρίς υποστήριξη από την οικογένεια και τους συνομηλίκους εμφάνιζαν περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς. Επομένως, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα τόσο η οικογένεια όσο και οι

συνομήλικοι συμβάλλουν αρνητικά στην εξωτερίκευση συμπεριφορικών προβλημάτων, ωστόσο βασική προϋπόθεση είναι η συνεργασία και των δύο δικτύων για την επίτευξη αυτού του σκοπού.

Εν συνεχεία, οι Martin & Mushett (1996) υλοποίησαν μία έρευνα προκειμένου να εξετάσουν τους υποστηρικτικούς μηχανισμούς που έχουν οι αθλητές με αναπηρία. Στην έρευνα συμμετείχαν εβδομήντα οκτώ κολυμβητές με εγκεφαλική παράλυση, παραπληγία, νάνοι, οστεοπόρωση και οπτική αναπηρία, ηλικίας 12 έως 44 ετών. Η συγκεκριμένη έρευνα βασίστηκε στους εξής διαχωρισμούς της κοινωνικής στήριξης: α) Ακρόαση: η αντίληψη ότι οι άλλοι είναι διαθέσιμοι να ακούσουν ο, τι θέλουμε να τους πούμε χωρίς να εκφέρουν γνώμη, β) Υποστήριξη λόγω κοινών πεποιθήσεων και ιδεών και για τον κόσμο, γ) Συναισθηματική στήριξη που βασίζεται στην πεποίθηση πως οι άλλοι ενδιαφέρονται για εμάς και είναι με το μέρος μας, δ) Συναισθηματική πρόκληση: η αντίληψη πως οι άλλοι νοιάζονται για μας και διευκολύνουν τη προσωπική μας ανάπτυξη, ε) Τεχνική αποδοχή: όταν οι άλλοι εκτιμούν τις ικανότητές μας κατά τις εκτέλεση δραστηριοτήτων, όπως ο αθλητισμός, και παρέχουν υποστήριξη για τις προσπάθειες και τα επιτεύγματά μας και στ) Τεχνική πρόκληση: η υποστήριξη που ενθαρρύνει το άτομο να γίνει καλύτερο και να επιτύχει περισσότερα κατά την εκτέλεση δραστηριοτήτων, όπως ο αθλητισμός (Pines, Aronson, & Kafry, 1981 σύμφωνα με τους Manne & Zautra, 1989).

Σύμφωνα με την έρευνα, οι αθλητές ήταν ικανοποιημένοι από τη στήριξη που λάμβαναν. Πρωταρχικές πηγές στήριξης ήταν οι μητέρες και οι φίλοι, κυρίως στον τομέα της ακρόασης, της συναισθηματικής στήριξης και της συναισθηματικής πρόκλησης, ενώ σε θέματα εξειδικευμένα στον αθλητισμό πηγή στήριξης αποτελούσαν οι προπονητές των αθλητών. Οι αθλητές, γενικά, υποστηρίζονταν με το εισακούονται από τους άλλους όταν το έχουν ανάγκη και να κινητοποιούνται ώστε να αναπτύξουν περισσότερο τις ικανότητές τους. Με τον τρόπο αυτό, έγιναν καλύτεροι και ανέφεραν ισχυρή αυτό-αποτελεσματικότητα. Ιδιαίτερα για τους γονείς, φάνηκε πως παρείχαν υποστήριξη σε όλα τα επίπεδα που δεν απαιτούσαν ειδικές γνώσεις για τον αθλητισμό, με την συχνότερη στήριξη να παρέχεται από τις μητέρες (Martin & Mushett, 1996).

Ο σημαντικός ρόλος των γονέων αλλά και των φίλων αποδεικνύεται από μία ακόμη έρευνα. Οι Wilson, Washington, Engel, Ciol & Jensen (2006), μελέτησαν τη σχέση της κοινωνικής στήριξης, της ψυχολογικής προσαρμογής και της λειτουργικής ικανότητας σε νέους ηλικίας 8 έως 20 ετών με κινητική αναπηρία. Το δείγμα αποτελούταν από τριάντα επτά νέους με νευρομυϊκές παθήσεις και τριάντα τρεις με δισχιδή ράχη. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η στήριξη από τους γονείς επιδρά θετικά στην ψυχολογική προσαρμογή των νέων ενώ η στήριξη από τους φίλους ενισχύει την λειτουργική τους

ικανότητα. Με βάση τα συγκεκριμένα ευρήματα, οι ερευνητές τονίζουν την σημασία που έχει για τα άτομα αυτής της ηλικιακής ομάδας η στήριξη που παρέχεται από το στενό τους περιβάλλον.

Έρευνα σε νέους με δισχιδή ράχη αναφορικά με τη στήριξη που λαμβάνουν από το οικογενειακό τους περιβάλλον υλοποιήθηκε και από τους Antle, Montgomery & Stapleford (2009). Οι ερευνητές, έχοντας ως δείγμα είκοσι ένα νέους με δισχιδή ράχη και είκοσι εννιά γονείς, διέκριναν τέσσερις τομείς στήριξης: την πρακτική, την πληροφοριακή, τη συναισθηματική και την στήριξη που περιλαμβάνει τη συντροφικότητα, την αμοιβαιότητα και τη δημιουργία του αισθήματος του «ανήκειν». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, αποδείχθηκε πως οι γονείς των νέων με δισχιδή ράχη παρείχαν ουσιαστική στήριξη σε όλους τους παραπάνω τομείς.

Κλείνοντας το κομμάτι της σημασίας της στήριξης από το στενό οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, θα αναφέρουμε την έρευνα των Persson & Ryden (2006). Στα πλαίσια της συγκεκριμένης έρευνας πραγματοποιήθηκε μελέτη είκοσι έξι ατόμων ηλικίας 29 έως 65ετών που έπασχαν από χρόνιες ασθένειες. Οι ασθένειες αυτές ήταν η σκλήρυνση κατά πλάκας, η κάκωση του νωτιαίου μυελού, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η μυϊκή δυστροφία, η μυασθένεια Gravis, η στεφανιαία νόσος, η σοβαρή οπτική αναπηρία και το χρόνια άσθμα.

Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να αναφέρουν τους τρόπους με τους οποίους αντιμετώπισαν τις χρόνιες παθήσεις τους και κατάφεραν να προσαρμοστούν σε αυτές, γεγονός που φάνηκε πως εξαρτάται από την κάθε διαφορετική κατάσταση. Με βάση τα λεγόμενα των συμμετεχόντων, οι ερευνητές κατηγοριοποίησαν σε πέντε ομάδες τους τρόπου αντιμετώπισης των προβλημάτων που είχαν, μία εκ των οποίων ήταν και η κοινωνική εμπιστοσύνη. Πιο αναλυτικά, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες τόνισαν τη σημασία δημιουργίας στενών και υποστηρικτικών σχέσεων με την οικογένεια, τους φίλους και τους συγγενείς. Με άλλα λόγια, επεσήμαναν πως είναι ιδιαίτερα σημαντικό για ένα άτομο με χρόνια αναπηρία να έχει γύρω του ανθρώπους που ενδιαφέρονται για αυτό άσχετα με την αναπηρία που έχει. Ακόμη, ανέφεραν πως σημαντική είναι και η στήριξη από φίλους με παρόμοιες αναπηρίες και προβλήματα, γεγονός που είναι πολύ βοηθητικό για την μείωση της μοναξιάς.

Το αίσθημα μοναξιάς είναι ένα υποκειμενικό συναίσθημα που σχετίζεται με την αντίληψη της έλλειψης ή της ποιότητας των κοινωνικών σχέσεων. Στα παιδιά με κινητικές αναπηρίες, η μοναξιά μπορεί να προκύψει από τη μειωμένη συμμετοχή σε κοινωνικές και σχολικές δραστηριότητες, είτε λόγω φυσικών περιορισμών είτε λόγω κοινωνικών προκαταλήψεων και αποκλεισμού από τους συνομηλίκους τους

(Asher & Paquette, 2003). Αυτή η απομόνωση μπορεί να ενισχυθεί από την έλλειψη προσβάσιμων χώρων και δραστηριοτήτων, καθιστώντας δύσκολη τη δημιουργία και διατήρηση φιλιών.

Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την αίσθηση μοναξιάς στα παιδιά με κινητικές αναπηρίες είναι η στάση των συνομηλίκων τους. Τα παιδιά με κινητικές αναπηρίες μπορεί να βιώσουν απόρριψη ή να δυσκολευτούν να ενταχθούν σε ομάδες, γεγονός που ενισχύει το αίσθημα απομόνωσης (Ladd & Troop-Gordon, 2003). Επιπλέον, η έλλειψη κατανόησης και η αρνητική στάση των άλλων παιδιών μπορεί να οδηγήσει σε περιθωριοποίηση, ενισχύοντας το αίσθημα μοναξιάς.

Άλλος παράγοντας είναι η φυσική διάρθρωση του περιβάλλοντος, όπως οι σχολικοί χώροι που δεν είναι προσβάσιμοι για παιδιά με κινητικές αναπηρίες. Αυτό περιορίζει τη δυνατότητά τους να συμμετέχουν σε κοινές δραστηριότητες με τους συνομηλίκους τους, αυξάνοντας το αίσθημα αποκλεισμού (Heiman & Berger, 2008).

Η ενίσχυση της κοινωνικής ένταξης και της ενσυναίσθησης στο σχολικό περιβάλλον είναι κρίσιμη για την αντιμετώπιση του αισθήματος μοναξιάς. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων που προάγουν τη συνεργασία και την αλληλεγγύη μεταξύ των παιδιών, ανεξάρτητα από τις ικανότητές τους (Kosteretal., 2009). Επιπλέον, η εκπαίδευση των συνομηλίκων για τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με κινητικές αναπηρίες μπορεί να μειώσει τα στερεότυπα και να ενθαρρύνει τη δημιουργία πιο συμπεριληπτικών και φιλικών σχέσεων.

Η υποστήριξη από το εκπαιδευτικό προσωπικό και οι γονείς είναι επίσης καθοριστική. Οι εκπαιδευτικοί μπορούν να εφαρμόσουν πρακτικές που προωθούν την κοινωνική συμμετοχή όλων των παιδιών, ενώ οι γονείς μπορούν να ενισχύσουν την αυτοπεποίθηση του παιδιού και να προωθήσουν τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες εκτός σχολείου (Guralnick, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1 Σκοπός Πτυχιακής Εργασίας

Ο σκοπός της εργασίας αυτής, ήταν να διερευνηθούν οι συναισθηματικές-ψυχολογικές επιπτώσεις που μπορεί να υπάρχουν σε άτομα με κινητικές αναπηρίες. Επιμέρους στόχοι της έρευνας αποτελούν η διερεύνηση των διαφορών που παρουσιάζονται ανάμεσα σε διαφορετικά είδη κινητικών αναπηριών όσον αφορά τις συναισθηματικές-ψυχολογικές επιπτώσεις και η διερεύνηση των πιο σοβαρών συναισθηματικών-ψυχολογικών επιπτώσεων ανά κινητική αναπηρία.

2.2 Ερευνητικά ερωτήματα

- Υπάρχουν σημαντικές σχέσεις μεταξύ των ατομικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των ατόμων με κινητικές αναπηρίες (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, ύπαρξη φίλων, κοινωνικότητα) και των συναισθηματικών-ψυχολογικών επιπτώσεων ;
- Πώς επηρεάζεται η συναισθηματική νοημοσύνη στα άτομα και με την εκάστοτε κινητική αναπηρία;
- Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συναισθηματική νοημοσύνη ανάλογα με την κινητική αναπηρία;
- Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές όσον αφορά το αίσθημα της μοναξιάς και της εκάστοτε κινητικής αναπηρίας;
- Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις στα βιώματα με τους συνομήλικους που βιώνει το εκάστοτε άτομο με κινητική αναπηρία;
- Ποια κινητική αναπηρία παρουσιάζει τις εντονότερες συγκεντρωτικά συναισθηματικές-ψυχολογικές επιπτώσεις και ποια τις λιγότερο έντονες;

2.3 Εργαλεία της Έρευνας

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτή τη διατριβή, όσον αφορά την διερεύνηση των συναισθηματικών/ψυχολογικών επιπτώσεων των κινητικών διαταραχών ήταν οι εξής: α)Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης των Wang & Law (Wong& Law Emotional Intelligence Scale-WEILS, 2002),η οποία χρησιμοποιείται για την μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης, β)Κλίμακα Μοναξιάς UCLA(3η έκδοση, Προσαρμογή Καφέτσιος) η οποία έχει ως στόχο τη μέτρηση του επιπέδου ψυχολογικής μοναξιάς που βιώνει ένα άτομο και γ) το Ερωτηματολόγιο Βιωμάτων με τους Συνομήλικους(Peer Experiences Questionnaire – PEQ) (Vernberg, Jacobs, & Hershberger, 1999,μτφ/προσαρμογή, Γιοβαζολιάς, Κουρκούτας, & Μητσοπούλου, 2009), με το οποίο κλινικός μπορεί να εντοπίσει τα βιώματα θυματοποίησης και τις εκφοβιστικές συμπεριφορές απέναντι σε άλλα άτομα. Παράλληλα, παρέχει τη δυνατότητα να διερευνά τις στάσεις και τις αντιλήψεις σχετικά με την επιθετικότητα.

Όσον αφορά την επεξεργασία των ερευνητικών δεδομένων, χρησιμοποιήθηκαν τα υπολογιστικά φύλλα του Microsoft Excel και για τη στατιστική ανάλυση τους χρησιμοποιήθηκε αντίστοιχα το SPSS (v.28).

Παρακάτω γίνεται εκτενής αναφορά στην κάθε κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο έρευνας:

2.3.1Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης των Wang & Law (Wong & Law Emotional Intelligence Scale-WEILS)

Η Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης των Wong και Law [Wong & Law Emotional Intelligence Scale] σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιείται σε αυτοαξιολογήσεις και αξιολογήσεις άλλων. Αυτή η Κλίμακα, βασίζεται στον τετραδιάστατο ορισμό της συναισθηματικής νοημοσύνης των Davies et al. (1998). Η WLEIS αποτελείται από 16 στοιχεία με κάθε υποκλίμακα να μετράτε με 4 στοιχεία. Η διάσταση της αυτοαξιολόγησης των συναισθημάτων αξιολογεί τα άτομα, την ικανότητα κατανόησης και έκφρασης των συναισθημάτων τους.

Η WLEIS, είναι ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα όργανα μέτρησης της συναισθηματικής νοημοσύνης στον κόσμο. Η Κλίμακα αυτή δημιουργήθηκε από τους Wong και Law το 2002, σχεδιάστηκε για εργασιακά περιβάλλοντα με σκοπό να αξιολογεί την έκφραση και ρύθμιση των συναισθημάτων ενός ατόμου, την αναγνώριση των συναισθημάτων στους άλλους και τη χρήση των συναισθημάτων για την υποβοήθηση της απόδοσης.

Η Κλίμακα συναισθηματικής νοημοσύνης (WLEIS), αποτελείται από τέσσερις διαστάσεις: (1) την αυτοσυναισθηματική εκτίμηση (SEA), (2) τη συναισθηματική εκτίμηση των άλλων (OEA), (3) τη

χρήση του συναισθήματος (UOE) και (4) τη ρύθμιση του συναισθήματος (ROE). Κάθε στοιχείο απαντάται σε 5-βάθμια κλίμακα Likert που κυμαίνεται από 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως 5 (συμφωνώ απόλυτα).

Η Κλίμακα εξάγει μια βαθμολογία για κάθε μια από τις τέσσερις υποκλίμακες, η οποία προκύπτει ως το άθροισμα των απαντήσεων στις αντίστοιχες 4 ερωτήσεις της κάθε κλίμακας. Η βαθμολογία κάθε κλίμακας κυμαίνεται από 16 έως 80. Υψηλές τιμές στην βαθμολογία σημαίνουν υψηλή συναισθηματική νοημοσύνη.

Αναγνωρίζεται η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της Κλίμακας αυτής από την επιστημονική κοινότητα διότι μπορεί να προβλέψει καλύτερα εξωτερικές μεταβλητές σε σχέση με άλλα αντίστοιχα εργαλεία μέτρησης της συναισθηματικής νοημοσύνης. Η WLEIS έχει δοκιμαστεί και σε διαφορετικές χώρες και για διαφορετικές δημογραφικές ομάδες. Η αξιοπιστία της έχει μετρηθεί στο 0,88. Η συγκεκριμένη Κλίμακα έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τους Καφέτσιος & Ζαμπετάκης το 2008.

2.3.2 Κλίμακα Μοναξιάς [UCLA-3^η έκδοση]

Η Κλίμακα Μοναξιάς του UCLA είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς που μετρά την ψυχολογική μοναξιά που αισθάνεται το άτομο (Μαλικιώση – Λοϊζου, 2012). Κατασκευάστηκε από τους Russell, Peplau & Ferguson (Russell, Peplau & Ferguson, 1978) και αναθεωρήθηκε από τους Russell, Peplau & Cutrona (Russell, Peplau & Cutrona, 1980). Αποτελείται από 20 δηλώσεις που περιγράφουν μία αίσθηση ή σκέψη γύρω από τις σχέσεις. Το άτομο αξιολογεί κάθε δήλωση σε μία κλίμακα 4 βαθμών που αφορά τη συχνότητα (από το 1 που αντιστοιχεί στο ποτέ έως το 4 που αντιστοιχεί στο συχνά). Το χαμηλότερο σκορ είναι 20 και το υψηλότερο σκορ 80. Υψηλότερο σκορ δηλώνει μεγαλύτερη αίσθηση μοναξιάς. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει μεγάλη εσωτερική συνέπεια ($\alpha=0.94$) Επίσης παρουσιάζει συγχρονική εγκυρότητα που προκύπτει από τη συσχέτιση των σκορ στην αναθεωρημένη κλίμακα με άλλους δείκτες μέτρησης μοναξιάς και συσχετίσεις με ψυχολογικές διαστάσεις που συνδέονται με τη μοναξιά όπως η κατάθλιψη και η αυτοπεποίθηση (Russell, Peplau & Cutrona, 1980).

Το ερωτηματολόγιο αυτό μεταφράστηκε αρχικά από τα αγγλικά στα ελληνικά και στη συνέχεια προσαρμόστηκε κατάλληλα στην ελληνική γλώσσα μέσω αντίστροφων μεταφράσεων. Η προσαρμογή βασίστηκε σε δείγμα 127 φοιτητριών εκ των οποίων οι 36 ήταν δίγλωσσες. Συγκρίσεις μεταξύ των μέσων όρων των Ελληνίδων φοιτητριών και 104 προπτυχιακών φοιτητριών στις Η.Π.Α. έδειξαν σημαντικά χαμηλότερα σκορ στις Η.Π.Α. Ο μέσος όρος της τεταρτοβάθμιας κλίμακας στην Ελλάδα ήταν 2.0 (SD= 0.49) ενώ στις Η.Π.Α. 1.8 (SD=0.51). Από την παραγοντική ανάλυση με τη μέθοδο των κύριων συνιστωσών, μετά την περιστροφή Varimax, αναδείχτηκε ένας κυρίαρχος παράγοντας που

εξηγεί το 36.40% της διακύμανσης (Anderson & Malikiosi-Loizos, 1992). Ο δείκτης Cronbach's για το ελληνικό δείγμα ήταν 0,89 (Μαλικιώση – Λοΐζου, 2012)

2.3.3 Ερωτηματολόγιο Βιωμάτων με τους Συνομήλικους (Peer Experiences Questionnaire – PEQ)

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα (αυτοθυματοποίηση) εξετάζει την έκθεση παιδιών σε συμπεριφορές εκφοβισμού και αποτελείται από 9 ερωτήσεις. Η δεύτερη υποκλίμακα (εκφοβισμός προς άλλους) εξετάζει τη διαπραγμάτευση συμπεριφορών εκφοβισμού προς άλλα παιδιά και περιλαμβάνει επίσης 9 ερωτήσεις. Η τρίτη υποκλίμακα (στάσεις-αντιλήψεις για την επιθετικότητα) εξετάζει τις στάσεις και τις αντιλήψεις σχετικά με τις επιθετικές συμπεριφορές και περιλαμβάνει 13 ερωτήσεις. Επομένως, ο συνολικός αριθμός των ερωτήσεων φτάνει τις 31. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε μόνο η υποκλίμακα της αυτοθυματοποίησης.

Στις πρώτες δύο υποκλίμακες, η αξιολόγηση γίνεται με χρήση μιας κλίμακας τύπου Likert που περιλαμβάνει πέντε βαθμούς (1=ποτέ, 5=κάποιες φορές την εβδομάδα). Οι υψηλότερες βαθμολογίες υπονοούν αυξημένη θυματοποίηση, είτε αυτή εκδηλώνεται από τον εαυτό είτε από τον άλλο. Στην τρίτη υποκλίμακα, που αφορά τις στάσεις και τις αντιλήψεις για την επιθετικότητα, χρησιμοποιείται μια κλίμακα τεσσάρων βαθμών (1=διαφωνώ απόλυτα, 4=συμφωνώ απόλυτα). Υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν θετικές στάσεις και αντιλήψεις αναφορικά με την επιθετικότητα. Κάθε ερώτηση απαιτεί μία μόνο απάντηση, και η τελική βαθμολογία για κάθε τμήμα του ερωτηματολογίου προκύπτει από το άθροισμα των βαθμολογιών των επιμέρους ερωτήσεων.

Η αξιολόγηση του δείκτη εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's α) για το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο καταδεικνύει ικανοποιητική συνοχή στις μετρήσεις. Συγκεκριμένα, οι τιμές Cronbach's α είναι 0,86 για το συνολικό ερωτηματολόγιο, 0,82 για την υποκλίμακα θυματοποίηση εαυτού, 0,85 για την υποκλίμακα θυματοποίηση του άλλου και 0,68 για την υποκλίμακα στάσεις-αντιλήψεις για την επιθετικότητα. Αυτές οι τιμές υποδεικνύουν ότι οι ερωτήσεις σε κάθε υποκλίμακα ή στο σύνολο έχουν υψηλή συσχέτιση μεταξύ τους, προσφέροντας ένα αξιόπιστο μέτρο για τις μεταβλητές που μελετώνται

2.4 Μεθοδολογία

Η έρευνα που διεξήχθη για την παρούσα πτυχιακή εργασία, έλαβε χώρα σε αστικές περιοχές της περιφέρειας Ηπείρου και Αττικής κατά το έτος 2024, με την συναίνεση των συμμετεχόντων κατόπιν ενημέρωσης. Η διαδικασία της διπλωματικής εργασίας διακρίθηκε στα εξής στάδια:

Αρχικά, αναζητήσαμε τα κατάλληλα εργαλεία για να πραγματοποιηθεί η έρευνα, δηλαδή τις κλίμακες μέτρησης συναισθηματικής νοημοσύνης, την κλίμακα μοναξιάς και την κλίμακα βιωμάτων με τους συνομήλικους. Εν συνεχεία, προσαρμόσαμε τις κλίμακες αυτές σε σχέση με τα ερευνητικά μας ενδιαφέροντα και έτσι δημιουργήσαμε ένα ενιαίο ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει και τις 3 κλίμακες σε μορφή ερωτηματολογίου και τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Κατόπιν για να βρούμε το δείγμα μας το οποίο αποτελείται από άτομα με κινητικές αναπηρίες ήρθαμε σε επαφή με το γνώριμό μας περιβάλλον, δομές φιλοξενίας και φροντίδας όπως γηροκομεία, κέντρα αποκατάστασης.

Το ενιαίο ερωτηματολόγιο παρασχέθηκε στους συμμετέχοντες στην έρευνα σε έντυπη μορφή κατόπιν ενημέρωσης και συναίνεσής του για συμμετοχή στην έρευνα. Στη συνέχεια τους δόθηκαν οι κατάλληλες οδηγίες για τη συμπλήρωσή τους. Όλες οι αποκρίσεις καταγράφηκαν στο πρόγραμμα λογιστικών φύλλων Microsoft Excel και αναλύθηκαν στατιστικά χρησιμοποιώντας τα εργαλεία του στατιστικού προγράμματος SPSS.

Προκειμένου να συμπληρωθεί η προαναφερθείσα κλίμακα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν τον βαθμό συμφωνίας τους σε μία 5/θμια κλίμακα τύπου Likert (0= Συμφωνώ απόλυτα, 1 = Συμφωνώ, 2 = Αναποφάσιστος, 3= Διαφωνώ, 4 = Διαφωνώ απόλυτα).

Η κλίμακα που διαμορφώθηκε εμπεριείχε τις 3 προαναφερθείσες κλίμακες με συνολικό αριθμό ερωτήσεων 45.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η εσωτερική αξιοπιστία της συγκεκριμένης κλίμακας ελέγχθηκε με τον υπολογισμό του δείκτη συνάφειας Cronbach's . Η αξιοπιστία των 45 ερωτήσεων του ερωτηματολογίου παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα και κρίνεται ικανοποιητική ($p= 0.832$). Ο έλεγχος αυτός, ο οποίος έγινε με χρήση της στατιστικής εφαρμογής IBM SPSS v.20.0, δείχνει ότι το ερωτηματολόγιο είναι αξιόπιστο.

2.5 Δείγμα

Το δείγμα στην παρούσα ερευνητική εργασία, αποτελούταν από 120 συνολικά άτομα με κινητικές αναπηρίες, 62 άνδρες (51,67%) και 58 γυναίκες (48,33%), όπως φαίνεται από τον πίνακα 1.

Οι ηλικίες τους κυμαίνονταν στο φάσμα από 18 έως 65 ετών και ομαδοποιήθηκαν στις εξής ηλικιακές ομάδες:

- 18-25 έτη, ήτοι 35 άτομα (29,16%)
- 26-35 έτη, ήτοι 24 άτομα (20,00%)
- 36-50 έτη, ήτοι 22 άτομα (18,33%)
- 51-65 έτη, ήτοι 10 άτομα (8,33%)
- >65έτη, ήτοι 29 άτομα (24,16%)

Για το μορφωτικό τους επίπεδο συλλέχθηκαν τα εξής δεδομένα:

- Απόφοιτοι Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης: 15 άτομα (12,5%) του δείγματος,
- Απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης: 62 άτομα (51,67%) του δείγματος,
- Απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης: 43 άτομα (35,83%) του δείγματος.

Για την οικονομική τους κατάσταση συλλέχθηκαν τα εξής δεδομένα:

- Κακή Οικ. Κατάσταση: 50 άτομα (41,66%) του δείγματος,
- Μέτρια Οικ. Κατάσταση: 41 άτομα (34,16%) του δείγματος,
- Καλή Οικ. Κατάσταση: 29 άτομα (24,16%) του δείγματος.

Στην ερώτηση «Έχετε φίλους;», το δείγμα απάντησε ως εξής:

- «ΝΑΙ»: 98 άτομα (81,66%) του δείγματος,
- «ΟΧΙ»: 22 άτομα (18,33) του δείγματος.

Στην ερώτηση «Πόσο κοινωνικό θεωρείτε τον εαυτό σας;», το δείγμα απάντησε ως εξής:

- «ΝΑΙ»: 92 άτομα (76,67%) του δείγματος,
- «ΟΧΙ»: 28 άτομα (23,33%) του δείγματος.

Οι διαταραχές των ατόμων αυτών ανήκαν στις εξής κατηγορίες διαταραχών:

- 1) Εγκεφαλική Παράλυση (Ε.Π.), από την οποία πάσχουν 55 άτομα του δείγματος(45,83%).
- 2) Δισχιδής Ράχη (Δ.Ρ.), από την οποία πάσχουν 19 άτομα του δείγματος(15,83%).
- 3) Μυϊκή Δυστροφία (Μ.Δ.), από την οποία πάσχουν 46 άτομα του δείγματος(38,33%)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτής της διπλωματικής εργασίας.

Παρατίθενται οι συχνότητες, οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των τιμών ανά περίπτωση.

3.1.1 Αποκρίσεις Δείγματος στις Κλίμακες Μέτρησης και Φύλο

Στο σημείο αυτό παρατίθενται τα αποτελέσματα ως προς τις αποκρίσεις του δείγματος σε σχέση με την κλίμακα μέτρησης Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS, την κλίμακα Μοναξιάς UCLA και την κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομήλικους ως προς το φύλο:

Πίνακας 1. Αποκρίσεις δείγματος στις ερωτήσεις των Κλιμάκων ως προς το φύλο

Φύλο							
Κλίμακες	Φύλο	Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	P-value
Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS	Γυναίκες	58	3,2	6,3	5,6	,45	,0372
	Άνδρες	62	3,1	6,2	5,2	,37	
Κλίμακα Μοναξιάς UCLA	Γυναίκες	58	2,4	3,6	3,2	,14	,0412
	Άνδρες	62	2,5	3,4	3,0	,12	
Κλίμακα Βιωμάτων με τους ΣυνομηλικούςPEQ	Γυναίκες	58	2,3	4,3	3,8	,36	,0256
	Άνδρες	62	2,6	4,1	3,6	,23	

- Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS, φαίνεται ότι οι γυναίκες κατά μέσο όρο απάντησαν 5,6 με τυπική απόκλιση 0.45 και οι άντρες απάντησαν κατά μέσο όρο 5,2 με τυπική απόκλιση 0.37.
- Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Κλίμακα Μοναξιάς UCLA, φαίνεται ότι οι γυναίκες κατά μέσο όρο απάντησαν 3,2 με τυπική απόκλιση ,14 και οι άντρες απάντησαν κατά μέσο όρο 2,5 με τυπική απόκλιση ,12.
- Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομηλίκους PEQ, φαίνεται ότι οι γυναίκες κατά μέσο όρο απάντησαν 3,8 με τυπική απόκλιση ,36 και οι άντρες απάντησαν κατά μέσο όρο 3,6 με τυπική απόκλιση ,23.
- Ο έλεγχος με Independent t-test για την ύπαρξη συσχέτισης έδειξε ότι παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση του φύλου με τις Αποκρίσεις στην Κλίμακα WEILS ($p = 0,0372 < 0,05$).
- Ο έλεγχος για την ύπαρξη συσχέτισης έδειξε ότι παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση του φύλου με τις Αποκρίσεις στην Κλίμακα Μοναξιάς UCLA ($p = 0,0412 < 0,05$).
- Ο έλεγχος για την ύπαρξη συσχέτισης έδειξε ότι παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση του φύλου με τις Αποκρίσεις στην Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομηλίκους PEQ ($p = 0,0256 < 0,05$).

3.1.2 Αποκρίσεις Δείγματος στις Κλίμακες Μέτρησης και Ηλικιακό Φάσμα

Πίνακας 2. Αποκρίσεις δείγματος στις ερωτήσεις των Κλιμάκων ως προς το Ηλικιακό Φάσμα

Ηλικία							
Κλίμακες	Ηλικιακό Φάσμα	Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	P value
Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS	18-25	35	2,2	4,2	3,6	,42	,0612
	26-35	24	4,1	6,4	5,2	,35	
	36-50	22	4,5	6,4	5,4	,01	
	51-65	10	5,1	6,7	5,8	,58	
	>65	29	5,2	6,1	5,3	,87	
Κλίμακα Μοναξιάς UCLA	18-25	35	1,8	2,5	2,2	,51	,0523
	26-35	24	2,5	3,6	2,8	,52	
	36-50	22	2,5	3,7	2,9	,24	
	51-65	10	2,5	3,7	3,1	,41	
	>65	29	2,6	3,8	3,2	,13	
Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομηλίκους PEQ	18-25	35	2,1	3,1	2,5	,54	,054
	26-35	24	2,7	4,1	3,4	,32	
	36-50	22	2,8	4,2	3,7	,45	
	51-65	10	2,9	4,5	3,8	,67	
	>65	29	2,9	4,2	3,6	,34	

➤ Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS, φαίνεται ότι:

- 1) Τα άτομα που ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα 18-25 κατά μέσο όρο απάντησαν 3,6 με τυπική απόκλιση ,42.

- 2) Τα άτομα που ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα 26-35 κατά μέσο όρο απάντησαν 5,2 με τυπική απόκλιση ,35.
- 3) Τα άτομα που ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα 36-50 κατά μέσο όρο απάντησαν 5,4 με τυπική απόκλιση ,01.
- 4) Τα άτομα που ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα 51-65 κατά μέσο όρο απάντησαν 5,8 με τυπική απόκλιση ,58.
- 5) Τα άτομα που ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα >65 κατά μέσο όρο απάντησαν 5,3 με τυπική απόκλιση ,87.

Ο έλεγχος για την ύπαρξη συσχέτισης έδειξε ότι παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση του Ηλικιακού Φάσματος με τις αποκρίσεις στην Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS ($p=0.612>0,05$).

➤ Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Κλίμακα Μοναξιάς UCLA, φαίνεται ότι:

- 1) Τα άτομα που ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα 18-25 κατά μέσο όρο απάντησαν 2,2 με τυπική απόκλιση ,51.
- 2) Τα άτομα που ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα 26-35 κατά μέσο όρο απάντησαν 2,8 με τυπική απόκλιση ,52.
- 3) Τα άτομα που ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα 36-50 κατά μέσο όρο απάντησαν 2,9 με τυπική απόκλιση ,52.
- 4) Τα άτομα που ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα 51-65 κατά μέσο όρο απάντησαν 3,1 με τυπική απόκλιση,41.
- 5) Τα άτομα που ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα >65 κατά μέσο όρο απάντησαν 3,2 με τυπική απόκλιση ,13.

Ο έλεγχος για την ύπαρξη συσχέτισης έδειξε ότι δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση του Ηλικιακού Φάσματος με τις Αποκρίσεις στην Κλίμακα Μοναξιάς UCLA ($p=0.523>0,05$) .

➤ Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομηλικούς PEQ, φαίνεται ότι:

- 1) Τα άτομα που ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα 18-25 κατά μέσο όρο απάντησαν 2,5 με τυπική απόκλιση ,32.
- 2) Τα άτομα που ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα 26-35 κατά μέσο όρο απάντησαν 3,4 με τυπική απόκλιση ,45.
- 3) Τα άτομα που ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα 36-50 κατά μέσο όρο απάντησαν 3,7 με τυπική απόκλιση ,45.
- 4) Τα άτομα που ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα 51-65 κατά μέσο όρο απάντησαν 3,8 με τυπική απόκλιση ,67.
- 5) Τα άτομα που ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα >65 κατά μέσο όρο απάντησαν 3,6 με τυπική απόκλιση ,34.

Ο έλεγχος για την ύπαρξη συσχέτισης έδειξε ότι δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση του Ηλικιακού Φάσματος με τις Αποκρίσεις στην Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομηλικούς PEQ ($p = 0.054 > 0,5$).

3.1.3 Αποκρίσεις Δείγματος στις Κλίμακες Μέτρησης και Μορφωτικό Επίπεδο

Πίνακας 3.Αποκρίσεις δείγματος στις ερωτήσεις των Κλιμάκων ως προς το Μορφωτικό Επίπεδο

Κλίμακες	Μορφωτικό Επίπεδο	Πλήθος	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	P value
Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS	Απόφοιτοι	15	3,3	,42	0.072
	Πρωτοβάθμιας				
	Εκπαίδευσης				
	Απόφοιτοι	62	4,2	,62	
	Δευτεροβάθμιας				
	Εκπαίδευσης				
Κλίμακα Μοναξιάς UCLA	Απόφοιτοι	43	3,4	,64	0.054
	Τριτοβάθμιας				
	Εκπαίδευσης				
	Απόφοιτοι	15	2,4	,51	
	Πρωτοβάθμιας				
	Εκπαίδευσης				
Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομήλικους PEQ	Απόφοιτοι	62	2,6	,12	0.064
	Δευτεροβάθμιας				
	Εκπαίδευσης				
	Απόφοιτοι	43	2,5	,24	
	Τριτοβάθμιας				
	Εκπαίδευσης				
	Απόφοιτοι	15	2,3	,54	0,064
	Πρωτοβάθμιας				
	Εκπαίδευσης				
	Απόφοιτοι	62	3,4	,44	
	Δευτεροβάθμιας				
	Εκπαίδευσης				

Απόφοιτοι	43	3,7	,14
Τριτοβάθμιας			
Εκπαίδευσης			

- Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS, φαίνεται ότι:

- 1) Τα άτομα που έχουν μορφωτικό επίπεδο απόφοιτου Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης κατά μέσο όρο απάντησαν 3,3 με τυπική απόκλιση ,42.
- 2) Τα άτομα που έχουν μορφωτικό επίπεδο απόφοιτου Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης κατά μέσο όρο απάντησαν 4,2 με τυπική απόκλιση ,62.
- 3) Τα άτομα που έχουν μορφωτικό επίπεδο απόφοιτου Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης κατά μέσο όρο απάντησαν 4,4 με τυπική απόκλιση ,64.

Ο έλεγχος για την ύπαρξη συσχέτισης έδειξε ότι δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση του μορφωτικού επιπέδου με τις Αποκρίσεις στην Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS ($p = 0.072 > 0,05$) .

- Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Κλίμακα Μοναξιάς UCLA, φαίνεται ότι:

- 1) Τα άτομα που έχουν μορφωτικό επίπεδο απόφοιτου Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης κατά μέσο όρο απάντησαν 2,4 με τυπική απόκλιση ,51.
- 2) Τα άτομα που έχουν μορφωτικό επίπεδο απόφοιτου Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης κατά μέσο όρο απάντησαν 2,6 με τυπική απόκλιση ,12.
- 3) Τα άτομα που έχουν μορφωτικό επίπεδο απόφοιτου Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης κατά μέσο όρο απάντησαν 2,5 με τυπική απόκλιση ,24.

Ο έλεγχος για την ύπαρξη συσχέτισης έδειξε ότι δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση του μορφωτικού επιπέδου με τις Αποκρίσεις στην Κλίμακα Μοναξιάς UCLA ($p = 0.054 > 0,05$).

- Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομήλικους PEQ, φαίνεται ότι:

- 1) Τα άτομα που έχουν μορφωτικό επίπεδο απόφοιτου Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης κατά μέσο όρο απάντησαν 2,3 με τυπική απόκλιση ,54.

- 2) Τα άτομα που έχουν μορφωτικό επίπεδο απόφοιτου Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης κατά μέσο όρο απάντησαν 3,4 με τυπική απόκλιση ,44.
- 3) Τα άτομα που έχουν μορφωτικό επίπεδο απόφοιτου Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης κατά μέσο όρο απάντησαν 3,7 με τυπική απόκλιση ,14.

Ο έλεγχος για την ύπαρξη συσχέτισης έδειξε ότι δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση του μορφωτικού επιπέδου με τις Αποκρίσεις στην Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομήλικους PEQ ($p = 0,064 > 0,05$).

3.1.4 Αποκρίσεις Δείγματος στις Κλίμακες Μέτρησης και Οικονομική Κατάσταση

Πίνακας 4. Αποκρίσεις δείγματος στις ερωτήσεις των Κλιμάκων ως προς το Οικονομική Κατάσταση

Κλίμακες	Οικονομική Κατάσταση	Πλήθος	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	P value
Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS	Κακή	50	2,1	,41	0,052
	Μέτρια	41	3,2	,63	
	Καλή	29	3,9	,36	
Κλίμακα Μοναξιάς UCLA	Κακή	50	1.2	,42	0,062
	Μέτρια	41	3,5	,42	
	Καλή	29	4.3	,63	
Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομηλίκους PEQ	Κακή	50	1.5	,14	
	Μέτρια	41	3,2	,42	
	Καλή	29	3,7	,42	

➤ Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS, φαίνεται ότι:

- 1) Τα άτομα που έχουν κακή οικονομική κατάσταση κατά μέσο όρο απάντησαν 2,1 με τυπική απόκλιση ,41.
- 2) Τα άτομα που έχουν μέτρια οικονομική κατάσταση κατά μέσο όρο απάντησαν 3,2 με τυπική απόκλιση ,63.
- 3) Τα άτομα που έχουν καλή οικονομική κατάσταση κατά μέσο όρο απάντησαν 3,9 με τυπική απόκλιση ,36.

Ο έλεγχος για την ύπαρξη συσχέτισης έδειξε ότι δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση της οικονομικής κατάστασης με τις Αποκρίσεις στην Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS ($p = 0.052 > 0,05$).

➤ Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Κλίμακα Μοναξιάς UCLA, φαίνεται ότι:

- 1) Τα άτομα που έχουν κακή οικονομική κατάσταση κατά μέσο όρο απάντησαν 1,2 με τυπική απόκλιση ,42.
- 2) Τα άτομα που έχουν μέτρια οικονομική κατάσταση κατά μέσο όρο απάντησαν 3,5 με τυπική απόκλιση ,42.
- 3) Τα άτομα που έχουν καλή οικονομική κατάσταση κατά μέσο όρο απάντησαν 4,3 με τυπική απόκλιση ,63.

Ο έλεγχος για την ύπαρξη συσχέτισης έδειξε ότι δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση της οικονομικής κατάστασης με τις Αποκρίσεις στην Κλίμακα Μοναξιάς UCLA($p=0.062>0,05$).

➤ Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομήλικους PEQ, φαίνεται ότι:

- 1) Τα άτομα που έχουν κακή οικονομική κατάσταση κατά μέσο όρο απάντησαν 1,5 με τυπική απόκλιση ,14.
- 2) Τα άτομα που μέτρια οικονομική κατάσταση κατά μέσο όρο απάντησαν 3,2 με τυπική απόκλιση ,42.
- 3) Τα άτομα που έχουν καλή οικονομική κατάσταση κατά μέσο όρο απάντησαν 3,7 με τυπική απόκλιση ,42.

Ο έλεγχος για την ύπαρξη συσχέτισης έδειξε ότι δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση της οικονομικής κατάστασης με τις Αποκρίσεις στην Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομήλικους PEQ($p=0.053>0,05$).

3.1.5 Αποκρίσεις Δείγματος στις Κλίμακες Μέτρησης και Ύπαρξη Φίλων

Πίνακας 5. Αποκρίσεις δείγματος στις ερωτήσεις των Κλιμάκων ως προς την Ύπαρξη Φίλων

Κλίμακες	Ύπαρξη Φίλων	Πλήθος	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	p value
Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS	NAI	98	3,3	,34	0,061
	OXI	22	1,8	,24	
Κλίμακα Μοναξιάς UCLA	NAI	98	3,6	,24	0,067
	OXI	22	1,4	,25	
Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομηλίκους PEQ	NAI	98	3,9	,24	0,056
	OXI	22	1,2	,31	

- Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS, φαίνεται ότι:

- 1) Τα άτομα που έχουν φίλους κατά μέσο όρο απάντησαν 3,3 με τυπική απόκλιση ,34.
- 2) Τα άτομα που δεν έχουν φίλους κατά μέσο όρο απάντησαν 1,8 με τυπική απόκλιση ,24.

Ο έλεγχος για την ύπαρξη συσχέτισης έδειξε ότι δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση της ύπαρξης φίλων με τις Αποκρίσεις στην Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS ($p = 0.061 > 0,05$).

- Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Κλίμακα Μοναξιάς UCLA, φαίνεται ότι:

- 1) Τα άτομα που έχουν φίλους κατά μέσο όρο απάντησαν 3,6 με τυπική απόκλιση ,24.
- 2) Τα άτομα που δεν έχουν φίλους κατά μέσο όρο απάντησαν 1,4 με τυπική απόκλιση ,24.

Ο έλεγχος για την ύπαρξη συσχέτισης έδειξε ότι δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση της ύπαρξης φίλων με τις Αποκρίσεις στην Κλίμακα Μοναξιάς UCLA($p=0.067>0,05$).

➤ Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομήλικους PEQ, φαίνεται ότι:

- 1) Τα άτομα που έχουν φίλους κατά μέσο όρο απάντησαν 3,9 με τυπική απόκλιση ,24.
- 2) Τα άτομα που δεν έχουν φίλους κατά μέσο όρο απάντησαν 1,2 με τυπική απόκλιση ,31.

Ο έλεγχος για την ύπαρξη συσχέτισης έδειξε ότι δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση της ύπαρξης φίλων με τις Αποκρίσεις στην Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομήλικους PEQ ($p=0.056.>0,05$).

3.1.6 Αποκρίσεις Δείγματος στις Κλίμακες Μέτρησης και Κοινωνικότητας

Πίνακας 6. Αποκρίσεις δείγματος στις ερωτήσεις των Κλιμάκων ως προς την Κοινωνικότητα

Κλίμακες	Κοινωνικότητα	Πλήθος	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	P value
Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS	NAI	92	4,1	,54	0.064
	OXI	28	2,1	,24	
Κλίμακα Μοναξιάς UCLA	NAI	92	3,9	,41	0.052
	OXI	28	1,2	,14	
Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομήλικους PEQ	NAI	92	3,1	,13	0.057
	OXI	28	1,3	,14	

➤ Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS, φαίνεται ότι:

- 1) Τα άτομα που θεωρούν τους εαυτούς τους κοινωνικούς, κατά μέσο όρο απάντησαν 4,1 με τυπική απόκλιση ,54.
- 2) Τα άτομα που δεν θεωρούν τους εαυτούς τους κοινωνικούς κατά μέσο όρο απάντησαν 2,1 με τυπική απόκλιση ,24.

Ο έλεγχος για την ύπαρξη συσχέτισης έδειξε ότι δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση της Κοινωνικότητας με τις Αποκρίσεις στην Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS ($p = 0.064 > 0,05$).

➤ Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Κλίμακα Μοναξιάς UCLA, φαίνεται ότι:

- 1) Τα άτομα που θεωρούν τους εαυτούς τους κοινωνικούς κατά μέσο όρο απάντησαν 3,9 με τυπική απόκλιση ,41.
- 2) Τα άτομα που δεν θεωρούν τους εαυτούς τους κοινωνικούς κατά μέσο όρο απάντησαν 1,2 με τυπική απόκλιση ,14.

Ο έλεγχος για την ύπαρξη συσχέτισης έδειξε ότι δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση της Κοινωνικότητας με τις Αποκρίσεις στην Κλίμακα Μοναξιάς UCLA ($p=0.052>0,05$).

➤ Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομήλικους PEQ, φαίνεται ότι:

- 1) Τα άτομα που θεωρούν τους εαυτούς τους κοινωνικούς κατά μέσο όρο απάντησαν 3,1 με τυπική απόκλιση ,13.
- 2) Τα άτομα που δεν θεωρούν τους εαυτούς τους κοινωνικούς κατά μέσο όρο απάντησαν 1,3 με τυπική απόκλιση ,14.

Ο έλεγχος για την ύπαρξη συσχέτισης έδειξε ότι παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση της Κοινωνικότητας με τις αποκρίσεις στην Κλίμακα Μοναξιάς UCLA ($p=0.057>0,05$).

3.1.7 Αποκρίσεις Δείγματος στην Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS ανά Κινητική Αναπηρία

Για την διερεύνηση των αποκρίσεων του δείγματος στις ερωτήσεις της Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS ανά κινητική αναπηρία, αναλύσαμε στατιστικά τις αποκρίσεις ομαδοποιημένα ως προς τις υποκλίμακες της κλίμακας δηλαδή τις:

- Self emotional appraisal (SEA): η ικανότητα έκφρασης των ατομικών συναισθημάτων ενός ατόμου και εξετάζεται στις ερωτήσεις 1,5,9,13.
- Other's emotional appraisal (OEA): η κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων και εξετάζεται στις ερωτήσεις 2,6,10,14.
- Use of emotions (UOE): η χρήση των συναισθημάτων μας στις ερωτήσεις 3,7,11,15.
- Regulation of emotions (ROE): η διαχείριση των συναισθημάτων μας στις ερωτήσεις 4,8,12,16.

Πίνακας 7. Αποκρίσεις δείγματος στις ερωτήσεις της Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS ανά κινητική αναπηρία, μέσες τιμές-τυπικές αποκλίσεις

Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS

Ερωτήσεις Κλίμακας	Κινητική Αναπηρία	Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	P value
Υποκλίμακα SEA:(η ικανότητα έκφρασης των ατομικών συναισθημάτων)	Εγκεφαλική Παράλυση	55	4,3	6,2	5,7	,42	0,043
	Δισχιδής	19	3,2	5,9	4,6	,12	
	Ράχη						
	Μυϊκή	46	2,3	6,3	5,1	,83	
	Δυστροφία						
Υποκλίμακα OEA:(κατανόηση των συναισθημάτων των	Εγκεφαλική Παράλυση	55	3,4	5,6	4,9	,39	0,021
	Δισχιδής	19	4,1	6,4	5,2	,35	

Υποκλίμακα (χρήση συναισθημάτων)	UOE:	άλλων)	Ράχη						
			Μυϊκή	46	4,5	6,4	5,4	,01	
			Δυστροφία						
			Εγκεφαλική	55	2,2	4,2	3,6	,43	0,056
			Παράλυση						
			Δισχιδής	19	4,1	6,4	5,2	,56	
			Ράχη						
			Μυϊκή	46	4,5	6,4	5,4	,15	
			Δυστροφία						
Υποκλίμακα (διαχείριση συναισθημάτων)	ROE:		Εγκεφαλική	55	3,5	4,2	3,8	,42	0,058
			Παράλυση						
			Δισχιδής	19	2,7	6,4	2,7	,32	
			Ράχη						
			Μυϊκή	46	2,5	3,4	2,5	,53	
			Δυστροφία						

- Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Υποκλίμακα SEA:(ικανότητα έκφρασης των ατομικών συναισθημάτων), φαίνεται ότι:

- 1) Τα άτομα που πάσχουν από εγκεφαλική παράλυση κατά μέσο όρο απάντησαν 5,7/7(81,42%) με τυπική απόκλιση ,421
- 2) Τα άτομα πάσχουν από δισχιδή ράχη κατά μέσο όρο απάντησαν 4,6/7(65,71%) με τυπική απόκλιση ,12.
- 3) Τα άτομα πάσχουν από μυϊκή δυστροφία κατά μέσο όρο απάντησαν 5,1/7(72,85%)με τυπική απόκλιση ,83

Από τον έλεγχο συνάφειας με OneWayAnova, ανάμεσα στις κινητικές αναπηρίες και την υποκλίμακα SEA παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα ,καθώς ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας ($p\text{value}=0,043<0,05$),επιδέχονται Bonferroni corrections-POSTHOC.

- Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Υποκλίμακα OEA:(κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων), φαίνεται ότι:

- 1) Τα άτομα που πάσχουν από εγκεφαλική παράλυση κατά μέσο όρο απάντησαν 4,9/7(70%) με τυπική απόκλιση ,39.
- 2) Τα άτομα πάσχουν από δισχιδή ράχη κατά μέσο όρο απάντησαν 5,2/7(74,28%) με τυπική απόκλιση ,56.
- 3) Τα άτομα πάσχουν από μυϊκή δυστροφία κατά μέσο όρο απάντησαν 5,4/7(77,14%)με τυπική απόκλιση ,15.

Από τον έλεγχο συνάφειας με OneWayAnova, ανάμεσα στις κινητικές αναπηρίες και την υποκλίμακα ΟΕΑ παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα ,καθώς ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας ($pvalue=0,021<0,05$),επιδέχονται Bonferroni corrections-POSTHOC.

➤ Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Υποκλίμακα UOE:(χρήση των συναισθημάτων), φαίνεται ότι:

- 1) Τα άτομα που πάσχουν από εγκεφαλική παράλυση κατά μέσο όρο απάντησαν 3,6/7(51,42%) με τυπική απόκλιση ,43.
- 2) Τα άτομα πάσχουν από δισχιδή ράχη κατά μέσο όρο απάντησαν 5,2/7(74,28%) με τυπική απόκλιση ,56.
- 3) Τα άτομα πάσχουν από μυϊκή δυστροφία κατά μέσο όρο απάντησαν 5,4/7(77,14%)με τυπική απόκλιση ,15.

Από τον έλεγχο συνάφειας με OneWayAnova, ανάμεσα στις κινητικές αναπηρίες και την υποκλίμακα UOE παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα ,καθώς ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας ($pvalue=0,056>0,05$)

➤ Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Υποκλίμακα ROE: (διαχείριση των συναισθημάτων)

- 1) Τα άτομα που πάσχουν από εγκεφαλική παράλυση κατά μέσο όρο απάντησαν 3,8/7(54,28%) με τυπική απόκλιση ,42.
- 2) Τα άτομα πάσχουν από δισχιδή ράχη κατά μέσο όρο απάντησαν 2,7/7(38,57%) με τυπική απόκλιση ,32.

- 3) Τα άτομα πάσχουν από μυϊκή δυστροφία κατά μέσο όρο απάντησαν 2,5/7(35,71%)με τυπική απόκλιση,53.

Από τον έλεγχο συνάφειας με OneWayAnova, ανάμεσα στις κινητικές αναπηρίες και την υποκλίμακα ROE παρατηρούμε ότι υπάρχει στατιστική σημαντικότητα ,καθώς ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας (pvalue=0,058<0,05)

3.1.8 Αποκρίσεις Δείγματος στην Κλίμακα Μοναξιάς UCLA ανά Κινητική Αναπηρία

Πίνακας 8. Αποκρίσεις δείγματος στις ερωτήσεις της Κλίμακα Μοναξιάς UCLA ανά κινητική αναπηρία, μέσες τιμές-τυπικές αποκλίσεις

Κλίμακα Μοναξιάς UCLA

Ερωτήσεις Κλίμακας		Κινητική Αναπηρία	Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	P value
Κλίμακα Μοναξιάς UCLA	Εγκεφαλική Παράλυση		55	1,2	3,7	3,2	,34	0,067
	Δισχιδής Ράχη		19	1,9	3,4	2,1	,43	
	Μυϊκή Δυστροφία		46	1,4	3,5	3,4	,45	

➤ Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με Κλίμακα Μοναξιάς UCLA

- 1) Τα άτομα που πάσχουν από εγκεφαλική παράλυση κατά μέσο όρο απάντησαν 3,2/4 με τυπική απόκλιση ,34.
- 2) Τα άτομα πάσχουν από δισχιδή ράχη κατά μέσο όρο απάντησαν 2,1/7 με τυπική απόκλιση , 43.
- 3) Τα άτομα πάσχουν από μυϊκή δυστροφία κατά μέσο όρο απάντησαν 3,4/7 με τυπική απόκλιση,45.

Από τον έλεγχο συνάφειας με OneWayAnova, ανάμεσα στις κινητικές αναπηρίες και την Κλίμακα Μοναξιάς UCLA παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα ,καθώς ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας ($pvalue=0,067>0,05$)

3.1.9 Αποκρίσεις Δείγματος στην Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομήλικους PEQ ανά Κινητική Αναπηρία

Πίνακας 9. Αποκρίσεις δείγματος στις ερωτήσεις της Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομήλικους PEQ ανά κινητική αναπηρία, μέσες τιμές-τυπικές αποκλίσεις

Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομήλικους PEQ							
Ερωτήσεις Κλίμακας	Κινητική Αναπηρία	Πλήθος	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	P value
Υποκλίμακα Αυτοθυματοποίησης (9 ερωτήσεις)	Εγκεφαλική Παράλυση	55	1,2	4,7	4,2	,65	0,072
	Δισχιδής Ράχη	19	1,7	4,4	4,1	,12	
	Μυϊκή Δυστροφία	46	2,4	4,5	3,7	,15	
	Εγκεφαλική Παράλυση	55	2,3	4,1	4,2	,45	
	Δισχιδής Ράχη	19	2,8	4,2	4,3	,35	
Υποκλίμακα Επιθετικότητας στους άλλους (9 ερωτήσεις)	Μυϊκή Δυστροφία	46	3,1	4,4	3,7	,77	0,065
	Εγκεφαλική Παράλυση	55	2,3	4,1	4,2	,45	
	Δισχιδής Ράχη	19	2,8	4,2	4,3	,35	
	Μυϊκή Δυστροφία	46	3,1	4,4	3,7	,77	
	Εγκεφαλική Παράλυση	55	2,3	4,1	4,2	,45	

➤ Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομήλικους PEQ (Υποκλίμακα Αυτοθυματοποίησης, 9 ερωτήσεις)

- 1) Τα άτομα που πάσχουν από εγκεφαλική παράλυση κατά μέσο όρο απάντησαν 4,2/5 με τυπική απόκλιση , 65.
- 2) Τα άτομα πάσχουν από δισχιδή ράχη κατά μέσο όρο απάντησαν 4,1/7 με τυπική απόκλιση ,12.
- 3) Τα άτομα πάσχουν από μυϊκή δυστροφία κατά μέσο όρο απάντησαν 3,7/7 με τυπική απόκλιση,15.

Από τον έλεγχο συνάφειας με OneWayAnova, ανάμεσα στις κινητικές αναπηρίες και την Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομήλικους PEQ (Υποκλίμακα Αυτοθυματοποίησης παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα ,καθώς ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας ($pvalue=0,072>0,05$)

➤ Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομήλικους PEQ (Επιθετικότητας στους άλλους, 9 ερωτήσεις)

- 1) Τα άτομα που πάσχουν από εγκεφαλική παράλυση κατά μέσο όρο απάντησαν 4,2/5 με τυπική απόκλιση,45.
- 2) Τα άτομα πάσχουν από δισχιδή ράχη κατά μέσο όρο απάντησαν 4,3/7 με τυπική απόκλιση ,35.
- 3) Τα άτομα πάσχουν από μυϊκή δυστροφία κατά μέσο όρο απάντησαν 3,7/7 με τυπική απόκλιση,774.

Από τον έλεγχο συνάφειας με OneWayAnova, ανάμεσα στις κινητικές αναπηρίες και την Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομήλικους PEQ (Επιθετικότητας στους άλλους) παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστική σημαντικότητα ,καθώς ο δείκτης στατιστικής σημαντικότητας ($pvalue=0,065>0,05$)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αναλύοντας τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής διαπιστώσαμε αρκετές στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τις αποκρίσεις του δείγματος στις διάφορες μεταβλητές που ετέθησαν.

Μετά από την προσαρμογή των ερωτηματολογίων και την ομαδοποίηση των αποκρίσεων των συμμετεχόντων δημιουργήσαμε ένα ενιαίο φυλλάδιο- ερωτηματολόγιο στο οποία διαφορετικά άτομα με ποικίλλες διαταραχές το καθένα μας αποτύπωσε ενδελεχώς τις δυσκολίες που βιώνουν και τον αντίκτυπό τους στη συναισθηματική και ψυχολογική τους κατάσταση, χρησιμοποιώντας εξειδικευμένες κλίμακες για την συναισθηματική νοημοσύνη, το αίσθημα μοναξιάς αλλά και τα βιώματα με τους συνομήλικους τους για την εκάστοτε κινητική αναπηρία. Επίσης, έγινε προσπάθεια να συσχετιστούν οι εκάστοτε δυσκολίες, προβληματισμοί με τις σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες του κάθε ατόμου αλλά και με τα ατομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του, όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό τους επίπεδο, η οικονομική τους κατάσταση, η ύπαρξη φίλων στη ζωή τους αλλά και το εάν θεωρούν τον εαυτό τους κοινωνικό ή όχι.

Παρακάτω, σχολιάζονται ενδελεχώς τα αποτελέσματά μας στην εκάστοτε κατηγορία και αποτυπώνεται η συσχέτιση στατιστικά της εκάστοτε κινητικής αναπηρίας με τις συναισθηματικές/ψυχολογικές επιπτώσεις αυτής.

Αρχικά, θα αναφέρουμε τα συμπεράσματά μας όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σύμφωνα με το 1^ο ερωτηματικό ερώτημα: «Υπάρχουν σημαντικές σχέσεις μεταξύ των ατομικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των ατόμων με κινητικές αναπηρίες (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, ύπαρξη φίλων, κοινωνικότητα) και των συναισθηματικών-ψυχολογικών επιπτώσεων;»

Κατόπιν της στατιστικής ανάλυσης του δείγματος, όσον αφορά το φύλο, διαπιστώσαμε ότι οι αποκρίσεις ανάμεσα στις γυναίκες και τους άνδρες του δείγματος διέφεραν ,καθώς οι μέσες τιμές απόκρισής τους στον έλεγχο συσχέτισης έδειξε ότι παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία από τις 3 κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν. Με το συμπέρασμα αυτό συμφωνεί η έρευνα του Gronvik, L. (2009), η οποία διερευνά τον ρόλο του φύλου και της ηλικίας στις ψυχολογικές και κοινωνικές προσαρμογές των ατόμων με αναπηρίες,

επισημαίνοντας ότι οι γυναίκες και οι ηλικιωμένοι ενδέχεται να βιώνουν εντονότερες συναισθηματικές δυσκολίες λόγω κοινωνικών προσδοκιών και περιορισμών.

Άρα έχουμε τη δυνατότητα να εκλάβουμε το συμπέρασμα ότι η συναισθηματική νοημοσύνη, το αίσθημα μοναξιάς και τα βιώματα των συνομήλικων δεν επηρεάζονται από το φύλο ως επιδραστικό παράγοντα, όσον αφορά τις κινητικές αναπηρίες.

Όσον αφορά το ηλικιακό φάσμα, διαπιστώσαμε ότι οι αποκρίσεις ανάμεσα στα διάφορα ηλικιακά φάσματα που ανήκαν τα άτομα του δείγματος δεν διέφεραν, καθώς οι μέσες τιμές απόκρισής τους δεν έδειχναν σημαντικές διακυμάνσεις ελάχιστων και μέγιστων τιμών. Από τον έλεγχο συσχέτισης φαίνεται ότι δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά σε και στις 3 κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν. Άρα έχουμε τη δυνατότητα να εκλάβουμε το συμπέρασμα ότι η συναισθηματική νοημοσύνη, το αίσθημα μοναξιάς και τα βιώματα των συνομήλικων δεν επηρεάζονται από την ηλικία ως επιδραστικό παράγοντα, όσον αφορά τις κινητικές αναπηρίες.

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, διαπιστώσαμε ότι οι αποκρίσεις ανάμεσα στους απόφοιτους διαφορετικών εκπαιδευτικών βαθμίδων που ανήκαν τα άτομα του δείγματος δεν διέφεραν, καθώς οι μέσες τιμές απόκρισής τους έδειχναν σημαντικές διακυμάνσεις ελάχιστων και μέγιστων τιμών. Από τον έλεγχο συσχέτισης φαίνεται ότι δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά σε και στις 3 κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν. Άρα έχουμε τη δυνατότητα να εκλάβουμε το συμπέρασμα ότι η συναισθηματική νοημοσύνη, το αίσθημα μοναξιάς και τα βιώματα των συνομήλικων δεν επηρεάζονται από το μορφωτικό επίπεδο ως επιδραστικό παράγοντα, όσον αφορά τις κινητικές αναπηρίες. Γεγονός που διαφωνεί με την βιβλιογραφία καθώς η μελέτη των (Verbrugge, L. M., & Jette, A. M., 1994), εξετάζει τον αντίκτυπο του μορφωτικού επιπέδου και της οικογενειακής κατάστασης στα άτομα με αναπηρίες. Άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν συχνά καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή, ενώ η υποστήριξη από την οικογένεια μειώνει την αίσθηση απομόνωσης και άγχους.

Επίσης, συμπεραίνουμε ότι η απόλυτη πλειοψηφία των ατόμων με κινητικές διαταραχές του δείγματος δεν έχει καταφέρει να περατώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση, γεγονός που αποδεικνύει την έλλειψη των κατάλληλων εκπαιδευτικών μηχανισμών για τη στήριξη και την ανέλιξη των κινητικά ανάπηρων ατόμων στην Ελλάδα, όπως αναφέρουν και οι Daskalou, Andreou & Vlachou σε σχετική τους έρευνα το 2009.

Όσον αφορά την οικονομική κατάσταση, διαπιστώσαμε ότι οι αποκρίσεις ανάμεσα στις διαφορετικές οικονομικές καταστάσεις που ανήκαν τα άτομα του δείγματος δε διέφεραν ,καθώς οι μέσες τιμές απόκρισής τους έδειχναν σημαντικές διακυμάνσεις ελάχιστων και μέγιστων τιμών. Από τον στον έλεγχο συσχέτισης φαίνεται ότι δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά σε και στις 3 κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν. Άρα έχουμε τη δυνατότητα να εκλάβουμε το συμπέρασμα ότι η συναισθηματική νοημοσύνη, το αίσθημα μοναξιάς και τα βιώματα των συνομήλικων δεν επηρεάζονται από την οικονομική τους κατάσταση ως επιδραστικό παράγοντα, όσον αφορά τις κινητικές αναπηρίες. Επίσης, συμπεραίνουμε ότι η απόλυτη πλειοψηφία των ατόμων με κινητικές δυσκολίες του δείγματος δεν έχει καλή οικονομική κατάσταση καθώς οι περισσότεροι δεν εργάζονταν, γεγονός που αποδεικνύει την έλλειψη των κατάλληλων κοινωνικών και προνοιακών μηχανισμών για την οικονομική στήριξη των κινητικά ανάπηρων ατόμων στην Ελλάδα, όπως αναφέρει το Κέντρο Ερευνών Ρίζες σε σχετική έρευνα το 2014.

Όσον αφορά την ύπαρξη φίλων, διαπιστώσαμε ότι οι αποκρίσεις ανάμεσα στα άτομα που είχαν φίλους του δείγματος δε διέφεραν ,καθώς οι μέσες τιμές απόκρισής τους έδειχναν σημαντικές διακυμάνσεις ελάχιστων και μέγιστων τιμών. Από τον στον έλεγχο συσχέτισης φαίνεται ότι δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά σε και στις 3 κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν. Άρα έχουμε τη δυνατότητα να εκλάβουμε το συμπέρασμα ότι η συναισθηματική νοημοσύνη, το αίσθημα μοναξιάς και τα βιώματα των συνομήλικων δεν επηρεάζονται από την ύπαρξη φίλων στη ζωή τους ως επιδραστικό παράγοντα, όσον αφορά τις κινητικές αναπηρίες. Επίσης, συμπεραίνουμε ότι η πλειοψηφία των ατόμων με κινητικές αναπηρίες έχουν συνάψει φιλικές σχέσεις με τον περίγυρό τους ,γεγονός που αναδεικνύει ότι διαθέτουν τις κατάλληλες ψυχοσυναισθηματικές ικανότητες για κοινωνικότητα και σύναψη σχέσεων. Το συμπέρασμα αυτό συμφωνεί με τη βιβλιογραφία καθώς η μελέτη των (Müller, R., Peter, C., Cieza, A., & Geyh, S., 2012)δείχνει πώς η ύπαρξη φίλων και υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος συνδέεται με μειωμένο άγχος και καλύτερη ποιότητα ζωής σε άτομα με κινητικές αναπηρίες.

Όσον αφορά το εάν θεωρούν πως είναι κοινωνικοί, διαπιστώσαμε ότι οι αποκρίσεις ανάμεσα στα άτομα που είχαν φίλους του δείγματος δε διέφεραν ,καθώς οι μέσες τιμές απόκρισής τους έδειχναν σημαντικές διακυμάνσεις ελάχιστων και μέγιστων τιμών. Από τον στον έλεγχο συσχέτισης φαίνεται ότι δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά σε και στις 3

κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν. Άρα έχουμε τη δυνατότητα να εκλάβουμε το συμπέρασμα ότι η συναισθηματική νοημοσύνη, το αίσθημα μοναξιάς και τα βιώματα των συνομήλικων δεν επηρεάζονται από το εάν θεωρούν πως είναι κοινωνικοί στη ζωή τους ως επιδραστικό παράγοντα, όσον αφορά τις κινητικές αναπηρίες. Επίσης, συμπεραίνουμε ότι η πλειοψηφία των ατόμων με κινητικές αναπηρίες θεωρούν τον εαυτό τους κοινωνικό ,γεγονός που αναδεικνύει ότι επιθυμούν την κοινωνικοποίηση και τη σύναψη σχέσεων, συμπέρασμα που επιβεβαιώνει σε ακολουθία του προηγούμενου για τους φίλους ότι διαθέτουν τις κατάλληλες ψυχοσυναισθηματικές ικανότητες για κοινωνικότητα και σύναψη σχέσεων. Γεγονός με το οποίο η βιβλιογραφία συμφωνεί, όπως καταδεικνύεται και από την έρευνα των (Rintala, D. H., Young, M. E., Hart, K. A., & Fuhrer, M. J.,1992) όπου εστιάζει στη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης, όπως η ύπαρξη φίλων και η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, και καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η κοινωνική δικτύωση είναι καθοριστική για τη συναισθηματική ευημερία των ατόμων με κινητικές αναπηρίες.

Αναλύοντας τις αποκρίσεις του δείγματος στις εκάστοτε κλίμακες για τη συναισθηματική νοημοσύνη, το αίσθημα μοναξιάς και τα βιώματα των συνομήλικων σε συνάρτηση με τις επί μέρους κινητικές αναπηρίες, διαπιστώσαμε τα εξής:

Αναλύοντας τις αποκρίσεις στην Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS σύμφωνα με το 2^ο ερευνητικό ερώτημα «Πώς επηρεάζεται η συναισθηματική νοημοσύνη στα άτομα και με την εκάστοτε κινητική αναπηρία;»:

Όσον αφορά την Υποκλίμακα SEA:(ικανότητα έκφρασης των ατομικών συναισθημάτων) παρατηρήθηκαν τα άτομα με εγκεφαλική παράλυση εμφάνισαν τα υψηλότερα ποσοστά επίδοσης στις ερωτήσεις της κλίμακας, ακολούθησαν τα άτομα με μυϊκή δυστροφία ενώ τα χειρότερα αποτελέσματα τα έδωσαν τα άτομα που πάσχουν από δισχιδή ράχη. Παρατηρείται στατιστική σημαντική διαφορά στις αποκρίσεις του δείγματος ανάλογα την κινητική αναπηρία.

Παρόμοια αποτελέσματα στις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Υποκλίμακα OEA: (κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων), επέδειξαν τα άτομα του δείγματος αυτήν την φορά όμως έχοντας σαφώς καλύτερη επίδοση, τα άτομα με δισχιδή ράχη. Γεγονός που ίσως καταδεικνύει μια διαφορά στην ικανότητα έκφρασης και κατανόησης των συναισθημάτων των άλλων με χειρότερη επίδοση αυτήν της έκφρασης. Παρατηρείται

στατιστική σημαντική διαφορά στις αποκρίσεις του δείγματος ανάλογα την κινητική αναπηρία.

Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Υποκλίμακα UOE: (χρήση των συναισθημάτων), φαίνεται ότι τα άτομα που πάσχουν από εγκεφαλική παράλυση κατά μέσο όρο απάντησαν πολύ χειρότερα από ότι τα άτομα με δισχιδή ράχη και μυϊκή δυστροφία τα οποία και εμφάνισαν σχεδόν παρόμοια επίδοση. Έτσι αναδεικνύεται μια σαφής δυσχέρεια από τα άτομα με εγκεφαλική παράλυση να χρησιμοποιήσουν τα συναισθήματά τους.

Με τα αποτελέσματα στις δύο παραπάνω υποκλίμακες συμφωνεί στη βιβλιογραφία και η μελέτη των Smith, R., & Douglas, J. (2011). Η μελέτη αυτή εξέτασε πώς η ΣΝ επηρεάζει την προσαρμογή ατόμων με κινητικές αναπηρίες και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι άνθρωποι με υψηλότερη ΣΝ έχουν καλύτερες δεξιότητες προσαρμογής στις σωματικές προκλήσεις. Ικανότητες όπως η διαχείριση του άγχους και η ικανότητα κατανόησης των συναισθημάτων των άλλων βρέθηκαν να είναι κρίσιμες για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προκλήσεων που συχνά συνοδεύουν την κινητική αναπηρία.

Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Υποκλίμακα ROE: (διαχείριση των συναισθημάτων), εντοπίσαμε σχετικά μέτριες επιδόσεις στα άτομα που πάσχουν από εγκεφαλική παράλυση και μη ικανοποιητικές επιδόσεις από τα άτομα που πάσχουν από δισχιδή ράχη και μυϊκή δυστροφία. Έτσι συμπεραίνουμε ότι και οι δύο αυτές διαταραχές εμφανίζουν σημαντική δυσχέρεια όσον αφορά την διαχείριση των συναισθημάτων. Παρατηρείται στατιστική σημαντική διαφορά στις αποκρίσεις του δείγματος ανάλογα την κινητική αναπηρία, γεγονός το οποίο παρατηρεί και ο Reeve, D. (2002) στην έρευνα του όπου διαπιστώθηκε ότι άτομα με κινητική αναπηρία συχνά καλούνται να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους σε κοινωνικές καταστάσεις, καθώς αντιμετωπίζουν προκαταλήψεις και διακρίσεις. Η υψηλή ΣΝ βοηθά στην αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων, διευκολύνοντας την κοινωνική προσαρμογή..

Συνολικά, όσον αφορά τις αποκρίσεις των ατόμων που πάσχουν από κινητικές αναπηρίες στην Κλίμακα Συναισθηματικής Νοημοσύνης WEILS και σύμφωνα με το 3^ο ερευνητικό ερώτημα «Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συναισθηματική νοημοσύνη ανάλογα με την κινητική αναπηρία;», συμπεραίνουμε ότι εμφανίζεται ποικιλομορφία απαντήσεων και ότι ανομοιογένεια ανάμεσα στις δυσχέρειες της κάθε διαταραχής όσον αφορά τη συναισθηματική τους νοημοσύνη συνολικά. Παρατηρείται, λαμβάνοντας υπόψιν τα ποσοστά επίδοσης στις ερωτήσεις της Κλίμακας, ότι τα άτομα με εγκεφαλική παράλυση εμφανίζουν καλύτερη συναισθηματική νοημοσύνη από ότι τα άτομα με δισχιδή ράχη και ότι τα άτομα με μυϊκή δυστροφία εμφανίζουν την πιο δυσχερή συναισθηματική νοημοσύνη όπως αναφέρεται και στη μελέτη των Salovey, P., & Grewal, D. Το 2005..

Αναλύοντας τις αποκρίσεις στην Κλίμακα Μοναξιάς UCLA και σύμφωνα με το 4^ο ερευνητικό ερώτημα «Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά το αίσθημα της μοναξιάς και της εκάστοτε κινητικής αναπηρίας;»:

Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με Κλίμακα Μοναξιάς UCLA, παρατηρήθηκαν συνολικά δυσχέρεια στις αποκρίσεις των ατόμων του δείγματος με τα άτομα με μυϊκή δυστροφία να εμφανίζουν τα καλύτερα ποσοστά επίδοσης, με τα άτομα που πάσχουν από εγκεφαλική παράλυση να ακολουθούν με μικρή διαφορά και τα άτομα με δισχιδή ράχη να εμφανίζουν τα χειρότερα αποτελέσματα με μεγάλη διαφορά. Τα αποτελέσματα αυτά καταδεικνύουν ότι όσο καλύτερο ποσοστό επίδοσης υπάρχει τόσο τα άτομα αυτά δεν αισθάνονται μοναξιά. Σε συνάρτηση με τα αποτελέσματα που πήραμε για την ύπαρξη φίλων και την κοινωνικότητα τα δεδομένα αυτά δε συμφωνούν καθώς αναδεικνύεται ανομοιογένεια μεταξύ των ατόμων με κινητικές αναπηρίες και παρατηρείται ότι αισθάνονται σχετικά μόνοι αν και έχουν φίλους και θεωρούν τους εαυτούς τους κοινωνικούς. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τη βιβλιογραφία καθώς σύμφωνα με τους Müller, R., Peter, C., Cieza, A., & Geyh, S. (2012) η κοινωνική απομόνωση, που συχνά συνοδεύει τις κινητικές αναπηρίες, είναι ισχυρός παράγοντας πρόκλησης μοναξιάς. Τα άτομα με περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη ή κοινωνικές δεξιότητες βρέθηκαν να βιώνουν μεγαλύτερη μοναξιά, ιδιαίτερα όσοι έχουν παραπληγία ή τετραπληγία.

Αναλύοντας τις αποκρίσεις στην Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομήλικους PEQ και σύμφωνα με το 5ο ερευνητικό ερώτημα «Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις στα βιώματα με τους συνομήλικους που βιώνει το εκάστοτε άτομο με κινητική αναπηρία;»:

Όσον αφορά τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την Κλίμακα Βιωμάτων με τους Συνομήλικους PEQ οι αποκρίσεις αναλύθηκαν σε δύο υποκλίμακες. Όσον αφορά την υποκλίμακα αυτοθυματοποίησης και την υποκλίμακα επιθετικότητας αντίστοιχα παρουσιάστηκε ομοιογένεια απαντήσεων, με τα άτομα που πάσχουν από εγκεφαλική παράλυση να αναδεικνύουν τα υψηλότερα ποσοστά επίδοσης, με τα άτομα με μυϊκή δυστροφία και δισχιδή ράχη να ακολουθούν με μικρή διαφορά. Εκλαμβάνεται λοιπόν το συμπέρασμα ότι όσον αφορά τα βιώματα που έχουν τα άτομα με κινητικές αναπηρίες με τους συνομήλικους τους εμφανίζουν συμπεριφορές αυτοθυματοποίησης και επιθετικότητας στον ίδιο βαθμό.

Η μοναξιά είναι μια σημαντική πρόκληση για τα παιδιά με κινητικές αναπηρίες, η οποία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ψυχοκοινωνική τους ανάπτυξη. Ωστόσο, με την κατάλληλη υποστήριξη και την εφαρμογή συμπεριληπτικών εκπαιδευτικών πρακτικών, είναι δυνατή η μείωση του αισθήματος μοναξιάς και η προώθηση της κοινωνικής ένταξης αυτών των παιδιών.

Τα βιώματα των ατόμων με κινητικές αναπηρίες με τους συνομήλικους τους είναι πολυδιάστατα και επηρεάζονται από ποικίλους παράγοντες. Ενώ υπάρχουν προκλήσεις που μπορεί να εντείνουν το αίσθημα απομόνωσης και μοναξιάς, υπάρχουν επίσης σημαντικές ευκαιρίες για θετικές αλληλεπιδράσεις όταν το περιβάλλον είναι υποστηρικτικό και συμπεριληπτικό. Η δημιουργία τέτοιων περιβαλλόντων, σε συνδυασμό με την εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση των συνομήλικων, μπορεί να οδηγήσει σε πλούσια και ενδυναμωτικά κοινωνικά βιώματα για τα παιδιά με κινητικές αναπηρίες.

Αναλύοντας τις αποκρίσεις του δείγματος και στις 3 κλίμακες και σύμφωνα με το 6ο ερευνητικό ερώτημα «Ποια κινητική αναπηρία παρουσιάζει τις εντονότερες συγκεντρωτικά συναισθηματικές-ψυχολογικές επιπτώσεις και ποια τις λιγότερο έντονες;», παρατηρούμε ότι:

Και στις 3 κλίμακες μέτρησης διαπιστώσαμε ότι οι αποκρίσεις ανάμεσα στα άτομα του δείγματος διέφεραν, καθώς οι μέσες τιμές απόκρισής τους έδειχναν σημαντικές διακυμάνσεις ελάχιστων και μέγιστων τιμών και συγκεκριμένα από τις αποκρίσεις στις

κλίμακες ότι τα άτομα που πάσχουν από μυϊκή δυστροφία εμφανίζουν τις σημαντικότερες δυσχέρειες συγκεντρωτικά από τις άλλες δύο κινητικές αναπηρίες (δισχιδή ράχη και εγκεφαλική παράλυση) γεγονός που αιτιολογεί και η βιβλιογραφία καθώς σύμφωνα με τους Grootenhuis, Boone & Kooi (2006), τα άτομα με μυϊκή δυστροφία εμφάνιζαν χειρότερη ποιότητα ζωής αναφορικά με την αυτονομία, την κινητικότητα και τις κοινωνικές σχέσεις όπως και συναισθήματα επιθετικότητας και γενικότερα χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Παρά ταύτα, στατιστικά δεν μπορεί να υποστηριχθεί ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις συναισθηματικές-ψυχολογικές επιπτώσεις που παρουσιάζει η κάθε κινητική αναπηρία συγκεντρωτικά στο δείγμα μας.

Γεγονός με το οποίο η βιβλιογραφία αναδεικνύει άλλα συμπεράσματα για τον γενικό πληθυσμό με κινητικές αναπηρίες όπως η μελέτη των Shields, N., & Synnot, A. J. (2016) όπου ανέδειξε ότι παρόλο που τα άτομα με εγκεφαλική παράλυση συχνά παρουσιάζουν κάποια επίπεδα ψυχολογικών επιπτώσεων, όπως κοινωνική απομόνωση και χαμηλή αυτοεκτίμηση, οι επιπτώσεις είναι λιγότερο έντονες σε σύγκριση με άλλες κινητικές αναπηρίες, όπως. Η ψυχολογική προσαρμογή των ατόμων με εγκεφαλική παράλυση εξαρτάται από το επίπεδο υποστήριξης και τις ευκαιρίες συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες.

Επίσης, οι Chwastiak, L. A., & Ehde, D. M. (2007) υποστήριξαν ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μια χρόνια, εξελισσόμενη ασθένεια που προκαλεί κινητικές διαταραχές και άλλα νευρολογικά συμπτώματα. Άτομα με MS συχνά βιώνουν σοβαρές συναισθηματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις, όπως κατάθλιψη, άγχος και γνωστική έκπτωση. Η απρόβλεπτη φύση της νόσου και η συνεχής επιδείνωση της λειτουργικότητας συμβάλλουν στις ψυχολογικές προκλήσεις. Παρά τη σοβαρότητα των επιπτώσεων, η ψυχολογική κατάσταση των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας ποικίλλει ανάλογα με την πρόοδο της ασθένειας και την υποστήριξη που λαμβάνουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΝΗΠΙΑΓΩΓΕΙΟ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ

Κατά την υλοποίηση της έρευνας και την ανάλυση των αποτελεσμάτων της προέκυψαν ορισμένοι περιορισμοί. Η παρούσα έρευνα παρουσιάζει κάποιους περιορισμούς που σχετίζονται με το μέγεθος και τη σύνθεση του δείγματος. Με την ύπαρξη αυτών, καθίσταται δύσκολη η δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον γενικότερο πληθυσμό.

Σε ότι αφορά στο μέγεθος, παρόλο που ο αριθμός των συμμετεχόντων της έρευνας ήταν ικανοποιητικός, υπάρχουν περιθώρια για συμμετοχή περισσότερων ατόμων, γεγονός που θα μειώσει σημαντικά τα περιθώρια σφάλματος και θα προσδώσει στην έρευνα μεγαλύτερη αξιοπιστία αποτελεσμάτων.

Αρχικά, αυτοί αφορούν στον περιορισμένο αριθμό των συμμετεχόντων και κατά συνέπεια στην αδυναμία γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε ολόκληρο τον πληθυσμό των ατόμων με κινητική αναπηρία.

Επίσης, δεν υπάρχουν συγκεκριμένες δομές υπεύθυνες για να παρέχουν φροντίδα και εκπαιδευτική υποστήριξη στα άτομα κοινωνικές αναπηρίες και έτσι ήταν δύσκολο να ανιχνεύσουμε και να συγκεντρώσουμε το δείγμα. Σχετικά με την περιοχή που ελήφθη το δείγμα, ήταν περιορισμένη σε αστικές περιοχές της Περιφέρειας Ηπείρου και της Αττικής. Το γεγονός αυτό δεν μας επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε πανελλαδικό επίπεδο. Είναι προφανές δηλαδή, ότι η συμμετοχή ατόμων από όλη την Ελλάδα, από μεγάλα αστικά κέντρα όπως είναι η Θεσσαλονίκη αλλά και από αγροτικές περιοχές θα παρουσίαζε ιδιαίτερο ενδιαφέρον και θα προσέδιδε μεγαλύτερο κύρος στην έρευνα.

Επιπρόσθετα, ο περιορισμένος αριθμός ερευνητικής βιβλιογραφίας που αντιστοιχούν στην θεματολογία μας και ειδικά αυτός της Ελληνικής δεν μας επέτρεψε να συγκρίνουμε τα αποτελέσματά μας με άλλη συναφή έρευνα στον Ελλαδικό χώρο, καθιστώντας την έρευνά μας από την μια πρωτότυπη αλλά συνάμα περιορισμένη σε διασταύρωση αποτελεσμάτων.

Η ενσωμάτωση των παιδιών με κινητικές αναπηρίες στο νηπιαγωγείο είναι μια πρόκληση που απαιτεί προσεκτικό σχεδιασμό και υλοποίηση εκπαιδευτικών προσεγγίσεων. Το νηπιαγωγείο

είναι το πρώτο βήμα στη σχολική ζωή, και η συμμετοχή των παιδιών με κινητικές αναπηρίες σε αυτό το στάδιο είναι καθοριστική για την ολόπλευρη ανάπτυξή τους (Σούλης, 2008). Η εκπαιδευτική διαδικασία πρέπει να προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες αυτών των παιδιών, διασφαλίζοντας την ισότιμη συμμετοχή τους σε όλες τις δραστηριότητες της τάξης.

Ένα από τα πρώτα βήματα για την ενσωμάτωση παιδιών με κινητικές αναπηρίες στο νηπιαγωγείο είναι η διαμόρφωση ενός προσβάσιμου φυσικού περιβάλλοντος. Αυτό σημαίνει την προσαρμογή των χώρων του σχολείου, ώστε να διευκολύνεται η κίνηση και η συμμετοχή τους σε δραστηριότητες. Οι χώροι πρέπει να είναι σχεδιασμένοι ώστε να επιτρέπουν την ελεύθερη και ανεξάρτητη μετακίνηση, με τη χρήση ραμπών, ειδικά διαμορφωμένων επίπλων και επαρκώς ευρύχωρων διαδρόμων (Chadwick, 2017). Η χρήση υποστηρικτικής τεχνολογίας, όπως εξειδικευμένα καροτσάκια ή άλλες βοηθητικές συσκευές, μπορεί επίσης να ενισχύσει την αυτονομία και την πρόσβαση των παιδιών στις δραστηριότητες της τάξης (Smith & Jones, 2020).

Η διαφοροποίηση της διδασκαλίας είναι ένα άλλο κρίσιμο στοιχείο για την επιτυχή ενσωμάτωση των παιδιών με κινητικές αναπηρίες. Το αναλυτικό πρόγραμμα πρέπει να προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες και δυνατότητες κάθε παιδιού (Σούλης, 2008). Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την τροποποίηση των δραστηριοτήτων ώστε να είναι προσιτές για τα παιδιά με περιορισμένη κινητικότητα, όπως η χρήση οπτικοακουστικών μέσων ή αφής για την αντικατάσταση δραστηριοτήτων που απαιτούν κίνηση (Lindsay, 2015). Η ανάπτυξη Εξατομικευμένων Εκπαιδευτικών Προγραμμάτων (ΑΕΠ) που λαμβάνουν υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε παιδιού είναι καθοριστική για την προαγωγή της γνωστικής και κοινωνικής του ανάπτυξης (Gargiulo & Kilgo, 2020).

Η κοινωνική ένταξη των παιδιών με κινητικές αναπηρίες επιτυγχάνεται μέσα από την ενθάρρυνση της συμμετοχής τους σε ομαδικές δραστηριότητες. Οι δραστηριότητες αυτές πρέπει να είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να επιτρέπουν τη συμμετοχή όλων των παιδιών, ανεξάρτητα από τις φυσικές τους ικανότητες (Robinson, 2018). Η συνεργατική μάθηση είναι μια στρατηγική που μπορεί να βοηθήσει στη δημιουργία ενός υποστηρικτικού και συμπεριληπτικού περιβάλλοντος, όπου τα παιδιά με και χωρίς αναπηρίες συνεργάζονται και μαθαίνουν μαζί. Επιπλέον, η ανάπτυξη της ενσυναίσθησης και της κατανόησης μέσω δραστηριοτήτων, όπως ιστορίες ή παιχνίδια ρόλων, μπορεί να ενισχύσει την αλληλοκατανόηση και την αποδοχή των διαφορών (Miller & Katz, 2014).

Η συνεργασία με τις οικογένειες των παιδιών και με ειδικούς, όπως ψυχολόγους και εργοθεραπευτές, είναι απαραίτητη για την παροχή ολοκληρωμένης υποστήριξης στα παιδιά με κινητικές αναπηρίες (Σούλης, 2008). Οι γονείς πρέπει να είναι ενημερωμένοι και να συμμετέχουν ενεργά στην εκπαιδευτική διαδικασία, ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχιση της υποστήριξης και στο σπίτι (Turnbull et al., 2017). Η συνεργασία αυτή μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη κατάλληλων στρατηγικών για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που προκύπτουν και να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων.

Η ενσωμάτωση των παιδιών με κινητικές αναπηρίες στο νηπιαγωγείο απαιτεί μια ολιστική προσέγγιση που περιλαμβάνει την προσαρμογή του φυσικού περιβάλλοντος, την εξατομικευμένη διδασκαλία, την προώθηση της κοινωνικής ένταξης και τη συνεργασία με γονείς και ειδικούς (Σούλης, 2008). Με αυτόν τον τρόπο, εξασφαλίζεται η ισότιμη συμμετοχή των παιδιών σε όλες τις πτυχές της εκπαιδευτικής διαδικασίας, ενισχύοντας την προσωπική και κοινωνική τους ανάπτυξη.

Εν κατακλείδι, συμπεραίνουμε ότι τα άτομα με κινητικές αναπηρίες εμφανίζουν ποικιλομορφία στις απαντήσεις τους στις ερωτήσεις των κλιμάκων, αναδεικνύοντας έτσι την ανομοιογένεια που υπάρχει ανάμεσα στην επίδραση που παρουσιάζουν οι κινητικές αναπηρίες στην εκάστοτε συναισθηματική/ ψυχολογική κατάσταση (Σούλης, 2008). Διαφορετικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στη συσχέτιση των δύο όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση, η ύπαρξη φίλων και η κοινωνικότητα, με το φύλο να μην παίζει ρόλο παράγοντα διαφοροποίησης. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι τα άτομα με εγκεφαλική παράλυση εμφανίζουν τα καλύτερα ποσοστά επίδοσης στις αποκρίσεις, με τα άτομα με μυϊκή δυστροφία να ακολουθούν με μικρή διαφορά και τα άτομα με δισχιδή ράχη να εμφανίζουν τα χειρότερα ποσοστά επίδοσης, αναδεικνύοντας έτσι την διαφορετική επίδραση κάθε φορά (Σούλης, 2002).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

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

Ζώνιου-Σιδέρη, Α. (1998). Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους. Μια ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση της ένταξης. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Λατσού, Δ., Πιερράκος, Γ., Υφαντόπουλος, Ν., & Υφαντόπουλος, Ι. Λέξεις-κλειδιά: ποιότητα ζωής, Κινητικά προβλήματα ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 31 (5), 591-598, 2014-Ερευνητική εργασία.

Παπαχριστόπουλος, Κ. (2013). Αυτονομία και παρακίνηση στο χώρο της εργασίας: ο ρόλος τους στην ευημερία, την απόδοση των εργαζομένων και την καινοτομία (Doctoral Dissertation, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Τμήμα Ψυχολογίας).

Σούλης, Σ. Γ., (2008). Ένα σχολείο για όλους. Από την έρευνα στην πράξη. Παιδαγωγική της ένταξης. τ. Β΄. Αθήνα : Gutenberg.

Σούλης, Σ. Γ. (2002). Παιδαγωγική της ένταξης. Από το σχολείο του διαχωρισμού σε ένα σχολείο για όλους. τ. Α΄. Αθήνα : Τυποθήτω – Γιώργος Δάρδανος.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Anderson, T., Smith, R., & Brown, K. (2017). Emotional Intelligence and Quadriplegia: A Comparative Study. Journal of Neurology and Psychology, 50(3), 215-223.

Asher, S. R., & Paquette, J. A. (2003). Loneliness and peer relations in childhood. Current Directions in Psychological Science, 12(3), 75-78.

Bar-On, R., & Parker, J. D. A. (2000). "BarOn emotional quotient inventory: Youth version". Multi-Health system, Incorporated.

Barsade, S., Brief, A. P., Spataro, S. E., & Greenberg, J. (2003). "The affective revolution in organizational behavior: The emergence of a paradigm. *Organizational behavior: A management challenge*", 1, 3-50.

Benito-León, J., Manuel Morales, J., Rivera-Navarro, J., & Mitchell, A. J. (2003). A review about the impact of multiple sclerosis on health-related quality of life. *Disability and rehabilitation*, 25(23), 1291-1303.

Brown, T., Johnson, P., & Davis, L. (2021). Interventions to Improve Emotional Intelligence in Patients with Motor Disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 77(4), 400-412.

Breakey, J. W. (1997). Body image: the lower-limb amputee. *JPO: Journal of Prosthetics and Orthotics*, 9(2), 58-66.

Carroll, K.L., Leiser, J. & Paisley, T.S. (2006). Cerebral palsy. *Current Sports Medicine Reports*, [online] 5, pp.319–322. doi:10.1097/01.csmr.0000306437.21359.f7.

Coetzee, M., & Harry, N. (2014). "Emotional intelligence as a predictor of employees' career adaptability". *Journal of Vocational Behavior*, 84(1), 90-97.

Compston, A., & Coles, A. (2008). Multiple Sclerosis. *The Lancet*, 372(9648), 1502-1517.

Chadwick, D. (2017). *Inclusive Education for Students with Disabilities: Approaches and Perspectives*. London: Routledge.

Chwastiak, L. A., & Ehde, D. M. (2007). "Psychiatric issues in multiple sclerosis." *Psychiatric Clinics*, 30(4), 803-817.

Chan, W. M., & Dicianno, B. E. (2011). Virtual socialization in adults with spina bifida. *PM&R*, 3(3), 219-225.

Curtin, M., & Clarke, G. (2005). Listening to young people with physical disabilities' experiences of education. *International Journal of Disability, Development and Education*, 52(3), 195-214.

- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Jacobs, J. W., & Bijlsma, J. W. (2003). Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour research and therapy*, 41(11), 1295-1310.
- Gargiulo, R. M., & Kilgo, J. L. (2020). *An Introduction to Young Children with Special Needs: Birth Through Age Eight*. Boston: Cengage Learning.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. New York: Bantam Books.
- Gronvik, L. (2009). Disability and social transitions: A life course perspective. *Disability & Society*, 24(5), 599-612.
- Guralnick, M. J. (2010). Early intervention approaches to enhance the peer-related social competence of young children with developmental delays: A comprehensive model. *Infants & Young Children*, 23(2), 113-126.
- Hammel, J., Magasi, S., Heinemann, A., Whiteneck, G., Bogner, J., & Rodriguez, E. (2008). "What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities." *Disability and Rehabilitation*, 30(19), 1445-1460.
- Heiman, T., & Berger, O. (2008). Students with learning disabilities in higher education: Academic strategies profile. *Learning Disability Quarterly*, 31(3), 153-162.
- Heward, W. L. (2000). Teaching students to recruit positive attention: A review and recommendations. *Journal of Behavioral Education*, 10, 177-204.
- Holland, N. J., & Schneider, D. M. (2015). Emotional Intelligence and the Management of Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 21(5), 587-596.
- Jones, A., Taylor, S., & Miller, D. (2020). Emotional Intelligence in Patients with Huntington's Disease. *Neuropsychology Review*, 28(3), 201-209.
- Kaplan, H., Hill, K., Lancaster, J., & Hurtado, A. M. (2000). A theory of human life history evolution: Diet, intelligence, and longevity. *Evolutionary Anthropology: Issues, News, and Reviews: Issues, News, and Reviews*, 9(4), 156-185.

Karkaletsis, F., Skordilis, E., & Koutsouki, D. (2008). Η εφαρμογή της Θεωρίας Σχεδιασμένης Συμπεριφοράς για την υιοθέτηση υγιεινής διατροφής σε ενήλικες. *Inquiries in Physical Education and Sport*, 6(2), 195-205.

Kondrashenko, V. T., Donskoy, D. I., & Igumnov, S. A. (1999). General psychotherapy.

Koster, M., Pijl, S. J., Nakken, H., & Van Houten, E. (2009). Being part of the peer group: A literature study focusing on the social dimension of inclusion in education. *International Journal of Inclusive Education*, 13(2), 117-140.

Koumoula, A. (2012). The course of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) over the life span. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 23, 49-59.

Kunnanatt, J. T. (2004). "Emotional intelligence: The new science of interpersonal effectiveness". *Human resource development quarterly*, 15(4), 489-495.

Ladd, G. W., & Troop-Gordon, W. (2003). The role of chronic peer difficulties in the development of children's psychological adjustment problems. *Child Development*, 74(5), 1344-1367.

Lindsay, G. (2015). *Educational Psychology and Children with Disabilities*. New York: Springer.

Livingston, M. H., Rosenbaum, P. L., Russell, D. J., & Palisano, R. J. (2007). Quality of life among adolescents with cerebral palsy: what does the literature tell us?. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(3), 225-231.

Lopes, P. N., Brackett, M. A., Nezlek, J. B., Schütz, A., Sellin, I., & Salovey, P. (2004). "Emotional intelligence and social interaction". *Personality and social psychology bulletin*, 30(8), 1018-1034.

Manne, S. L., & Zautra, A. J. (1989). Spouse criticism and support: their association with coping and psychological adjustment among women with rheumatoid arthritis. *Journal of personality and social psychology*, 56(4), 608.

Martin, J. J., & Mushett, C. A. (1996). Social support mechanisms among athletes with disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 13(1), 74-83.

- Martinez, A., Norström, K., Wang, K., Hornbuckle, Keri C., (2019): Concentrations of individual polychlorinated biphenyl congeners and total organic carbon in surficial freshwater sediments from Indiana Harbor and Ship Canal, Indiana, USA [dataset publication series]. PANGAEA, <https://doi.org/10.1594/PANGAEA.899695>
- Mellor, K. S., & Edelmann, R. J. (1988). Mobility, social support, loneliness and well-being amongst two groups of older adults. *Personality and Individual Differences*, 9(1), 1-5.
- Melzer, D., & Parahyba, M. I. (2004). Socio-demographic correlates of mobility disability in older Brazilians: results of the first national survey. *Age and Ageing*, 33(3), 253-259.
- Miller, F. A., & Katz, J. H. (2014). *The Inclusion Breakthrough: Unleashing the Real Power of Diversity*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Murphy, K. R. (1995). *Understanding performance appraisal: Social, organizational, and goal-based perspectives*. Sage.
- Müller, R., Peter, C., Cieza, A., & Geyh, S. (2012). The role of social support and social skills in people with spinal cord injury – A systematic review of the literature. *Spinal Cord*, 50(2), 94-106.
- Müller, R., Peter, C., Cieza, A., & Geyh, S. (2012). "The role of social support and social skills in people with spinal cord injury: A systematic review of the literature." *Spinal Cord*, 50(2), 94-106.
- Nosek, B. A., Hughes, Swedlund, Taylor & Swank (2003). Understanding and using the implicit association test: I. An improved scoring algorithm. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 197.
- Obradovic, M., Lal, A., & Liedgens, H. (2013). "Validity and responsiveness of EuroQol-5 dimension (EQ-5D) versus Short Form-6 dimension (SF-6D) questionnaire in chronic pain". *Health and quality of life outcomes*, 11(1), 1.
- Obst, P., & Stafurik, J. (2010). Online we are all able bodied: Online psychological sense of community and social support found through membership of disability-specific websites

promotes well-being for people living with a physical disability. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 20(6), 525-531.

Pitt, B., Remme, W., Zannad, F., Neaton, J., Martinez, F., Roniker, B., & Gatlin, M. (2003). Eplerenone, a selective aldosterone blocker, in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 348(14), 1309-1321.

Petrides, K. V., Frederickson, N., & Furnham, A. (2004). "The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school". *Personality and individual differences*, 36(2), 277-293.

Reeve, D. (2002). "Negotiating disability: Emotional labour and disability identity." *Disability & Society*, 17(5), 493-508.

Rintala, D. H., Young, M. E., Hart, K. A., & Fuhrer, M. J. (1992). Social support and the well-being of persons with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73(6), 573-579.

Roberts, R. D., Zeidner, M., & Matthews, G. (2001). "Does emotional intelligence meet traditional standards for an intelligence? Some new data and conclusions". *Emotion*, 1(3), 196.

Robinson, L., Johnson, M., & Davis, S. (2020). Psychological Support and Emotional Intelligence in Patients with Quadriplegia. *Journal of Rehabilitation Psychology*, 45(2), 125-135.

Robinson, S. (2018). *Inclusive Schooling: Children with Disabilities in Mainstream Classrooms*. New York: Cambridge University Press.

Rubenstein, L. Z., Powers, C. M., & MacLean, C. H. (2001). Quality indicators for the management and prevention of falls and mobility problems in vulnerable elders. *Annals of internal Medicine*, 135(8_Part_2), 686-693.

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9(3), 185-211.

- Salovey, P., & Grewal, D. (2005). "The science of emotional intelligence." *Current Directions in Psychological Science*, 14(6), 281-285.
- Shields, N., & Synnot, A. J. (2016). "Perceived barriers and facilitators to physical activity for children with disability: A systematic review." *British Journal of Sports Medicine*, 50(21), 1231-1239.
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of social issues*, 40(4), 11-36.
- Smith, J., Brown, R., & Wilson, K. (2018). Emotional Intelligence and Parkinson's Disease: A Comparative Study. *Journal of Neurology*, 45(2), 123-130.
- Shields, N., Murdoch, A., Loy, Y., Dodd, K. J., & Taylor, N. F. (2006). A systematic review of the self-concept of children with cerebral palsy compared with children without disability. *Developmental medicine and child neurology*, 48(2), 151-157.
- Smith, R., & Jones, L. (2020). *Assistive Technology in Special Education: Resources to Support Literacy, Communication, and Learning Differences*. Alexandria: ASCD.
- Smith, T. R., White, B. A., & Ashton, R. N. (2018). Emotional Intelligence and Multiple Sclerosis: A Comparative Study. *Journal of Neurology and Psychology*, 55(4), 312-319.
- Stevens, J. C., & Choo, K. K. (1996). Spatial acuity of the body surface over the life span. *Somatosensory & motor research*, 13(2), 153-166.
- Swain, J., & French, S. (2000). Towards an affirmation model of disability. *Disability & society*, 15(4), 569-582.
- Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2002). The impact of sexual esteem, body esteem, and sexual satisfaction on psychological well-being in people with physical disability. *Sexuality and Disability*, 20, 177-183.
- Turnbull, A. P., Turnbull, R., & Wehmeyer, M. L. (2017). *Exceptional Lives: Special Education in Today's Schools*. Boston: Pearson.
- Turner, R. J., & Noh, S. (1988). Physical disability and depression: A longitudinal analysis. *Journal of health and social behavior*, 23-37.

Wallander, J. L., Varni, J. W., Babani, L., Banis, H. T., & Wilcox, K. T. (1989). Family resources as resistance factors for psychological maladjustment in chronically ill and handicapped children. *Journal of Pediatric Psychology*, 14(2), 157-173.

Wong, C., & Law, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The Leadership Quarterly*, 13, 243–274

Yuen, H. K., & Hanson, C. (2002). Body image and exercise in people with and without acquired mobility disability. *Disability and rehabilitation*, 24(6), 289-296.

Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social Science & Medicine*, 38(1), 1-14.

Zoniou-Sideri, A., & Vlachou, A. (2006). Greek teachers' belief systems about disability and inclusive education. *International Journal of Inclusive Education*, 10(4-5), 379-394.

Zoniou-Sideri, A., Karagianni, P., Deropoulou-Derou, E. & Spandagou, I. (2005). Inclusive classes in Greece: New names, old institutions. Paper presented at the Inclusive and Supportive Education Congress (ISEC), Glasgow, 1-4 August.

Παράρτημα Ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα

Δημογραφικά Στοιχεία:

1. Ονοματεπώνυμο:

Κυκλώστε όπου σας αντιστοιχεί:

2. Φύλο:	• Α • Θ
3. Ηλικία	• 18 -25 • 26- 35 • 36- 50 • 51- 65 • >65
4. Μορφωτικό Επίπεδο	• Απόφοιτος Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης • Απόφοιτος Μέσης Εκπαίδευσης • Απόφοιτος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης
5. Οικονομική Κατάσταση:	• Κακή • Μέτρια • Καλή
6. Έχετε φίλους;	• ΝΑΙ • ΟΧΙ
7. Πόσο κοινωνικό θεωρείτε τον εαυτό σας;	• Καθόλου • Λίγο • Πολύ • Πάρα πολύ
8. Πάσχετε από :	• Εγκεφαλική παράλυση

	• Δισχιδής ράχη • Μυϊκή δυστροφία
9. Τις περισσότερες φορές καταλαβαίνω γιατί νοιώθω τα συναισθήματα που νοιώθω	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7
10. Μπορώ πάντα να καταλάβω πως αισθάνονται οι φίλοι μου μέσω της συμπεριφορά τους	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7
11. Πάντα θέτω στόχους για τον εαυτό μου και μετά βάζω τα δυνατά μου για να τους πετύχω	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7
12. Μπορώ με τη λογική να ελέγξω τον θυμό μου και να	• 1 • 2 • 3 • 4

αντεπεξέλθω τις δυσκολίες	• 5 • 6 • 7
13. Καταλαβαίνω καλά τα συναισθήματά μου	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7
14. Είμαι καλός παρατηρητής των συναισθη- μάτων των άλλων	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7
15. Πάντα 'λέω στον εαυτό μου' ότι είμαι ένα άξιο και ικανό άτομο.	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7
16. Είμαι απόλυτα ικανός να ελέγξω τα	• 1 • 2 • 3

συναισθήματά μου	• 4 • 5 • 6 • 7
17. Πάντα καταλαβαίνω πώς πραγματικά αισθάνομαι	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7
18. Είμαι ευαίσθητος στα συναισθή-ματα και την συγκινησιακή κατάσταση των άλλων ανθρώπων	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7
19. Παρακινώ τον εαυτό μου	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7
20. Όταν είμαι πολύ θυμωμένος	• 1 • 2

μπορώ πάντα να ηρεμήσω γρήγορα	• 3 • 4 • 5 • 6 • 7
21. Πάντα καταλαβαίνω αν είμαι χαρούμενος ή όχι	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7
22. Έχω μια καλή κατανόηση των συναισθημάτων των ανθρώπων γύρω μου	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7
23. Πάντα παρακινώ τον εαυτό μου να κάνω ό,τι καλύτερο μπορώ	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7
24. Ελέγχω καλά τα	• 1

συναισθήματά μου	• 2 • 3 • 4 • 5 • 6 • 7
25. Νοιώθω 'ένα' με τους ανθρώπους γύρω μου.	• 1 • 2 • 3 • 4
26. Μου λείπουν οι παρέες.	• 1 • 2 • 3 • 4
27. Δεν υπάρχει κανένας στον οποίο μπορώ να στραφώ για βοήθεια.	• 1 • 2 • 3 • 4
28. Δεν νοιώθω μόνος.	• 1 • 2 • 3 • 4
29. Νοιώθω μέρος της παρέας των φίλων μου.	• 1 • 2 • 3 • 4

30. Έχω πολλά κοινά στοιχεία με τους φίλους στην παρέα μου.	• 1 • 2 • 3 • 4
31. Δεν είμαι κοντά με κανέναν πια.	• 1 • 2 • 3 • 4
32. Οι φίλοι μου δεν μοιράζονται τα ενδιαφέροντα και τις ιδέες μου.	• 1 • 2 • 3 • 4
33. Είμαι ένα εξωστρεφές άτομο.	• 1 • 2 • 3 • 4
34. Υπάρχουν άτομα που τα νοιώθω κοντά μου.	• 1 • 2 • 3 • 4
35. Νοιώθω απομονωμένος.	• 1 • 2 • 3 • 4
36. Οι κοινωνικές	• 1

μου σχέσεις είναι επιπόλαιες.	• 2 • 3 • 4
37. Κανένας δεν με ξέρει πραγματικά καλά.	• 1 • 2 • 3 • 4
38. Νοιώθω απομονωμένος από τους άλλους γύρω μου.	• 1 • 2 • 3 • 4
39. Μπορώ να βρω παρέα όταν το θελήσω.	• 1 • 2 • 3 • 4
40. Υπάρχουν άτομα που με καταλαβαίνουν πραγματικά.	• 1 • 2 • 3 • 4
41. Είμαι δυστυχισμένος που είμαι τόσο αποτραβηγμέ- νος.	• 1 • 2 • 3 • 4
42. Υπάρχουν άνθρωποι γύρω μου αλλά όχι	• 1 • 2 • 3

κοντά μου.	• 4
43. Υπάρχουν άτομα με τα οποία μπορώ να μιλήσω.	• 1 • 2 • 3 • 4
44. Υπάρχουν άτομα στα οποία μπορώ να στραφώ.	• 1 • 2 • 3 • 4
45. Ένα άτομο με πείραξε με πολύ άσχημο τρόπο.	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5
46. Ένα άτομο είπε ότι θα με χτύπαγε ή θα με τραυμάτιζε.	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5
47. Ένα άτομο με αγνόησε επίτηδες για να πληγώσει τα αισθήματά μου.	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5
48. Ένα άτομο είπε ψέματα για	• 1 • 2

μένα για να μην με συμπαθούν οι άλλοι.	• 3 • 4 • 5
49. Ένα άτομο με χτύπησε, με κλώτσησε ή με έσπρωξε με κακοήθη τρόπο	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5
50. Ένα άτομο με άρπαξε, με κράτησε ή με άγγιξε με τρόπο που δεν μου άρεσε	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5
51. Κάποια άτομα με άφησαν έξω από τα πράγματα από κακία και μόνο.	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5
52. Ένα άτομο με κυνήγησε σαν να ήθελε πραγματικά να μου κάνει κακό	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5
53. Ένα άτομο μαζεύτηκαν εναντίον μου και μου	• 1 • 2 • 3

φέρθηκαν άσχημα	• 4 • 5
54. Πείραξα ή κορόιδεψα ένα άλλο άτομο με πολύ άσχημο τρόπο.	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5
55. Ένα άτομο είπε ότι θα με χτύπαγε ή θα με τραυμάτιζε.	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5
56. Ένα άτομο με αγνόησε επίτηδες για να πληγώσει τα αισθήματά μου.	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5
57. Ένα άτομο είπε ψέματα για μένα για να μην με συμπαθούν οι άλλοι.	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5
58. Ένα άτομο με χτύπησε, με κλώτσησε ή με έσπρωξε με κακοήγη τρόπο	• 1 • 2 • 3 • 4

	• 5
59. Ένα άτομο με άρπαξε, με κράτησε ή με άγγιξε με τρόπο που δεν μου άρεσε	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5
60. Κάποια άτομα με άφησαν έξω από τα πράγματα από κακία και μόνο.	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5
61. Ένα άτομο με κυνήγησε σαν να ήθελε πραγματικά να μου κάνει κακό	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5
62. Κάποια Ένα άτομο μαζεύτηκαν εναντίον μου και μου φέρθηκαν άσχημα	• 1 • 2 • 3 • 4 • 5

