



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:
ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Το κέντρο ελέγχου ως επιδραστικός παράγοντας στην αυτοαντιλαμβανόμενη
ικανότητα επικοινωνίας και την αισιοδοξία ατόμων με αναπηρία:
εκπαιδευτικές προεκτάσεις»

Ευαγγέλου Χριστίνα

Ιωάννινα, 2025

Διπλωματική Εργασία:

«Το κέντρο ελέγχου ως επιδραστικός παράγοντας στην αυτοαντιλαμβανόμενη
ικανότητα επικοινωνίας και την αισιοδοξία ατόμων με αναπηρία:
εκπαιδευτικές προεκτάσεις»

Ευαγγέλου Χριστίνα

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Επιβλέπων καθηγητής: Σούλης Σπυρίδων - Γεώργιος, Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε,
Σχολή Επιστημών Αγωγής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μέλος: Μορφίδη Ελένη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Π.Τ.Δ.Ε, Σχολή
Επιστημών Αγωγής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μέλος: Κυπριωτάκη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, ΠΤΠΕ, Σχολή
Επιστημών Αγωγής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Ιωάννινα, 2025

Ευχαριστίες

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση» του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας και των μεταπτυχιακών μου σπουδών, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους όσους συνέβαλαν και με στήριξαν σε αυτή τη διαδρομή.

Ιδιαίτερα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Σπυρίδωνα Γεώργιο Σούλη, για τις πολύτιμες συμβουλές και την καθοδήγησή του όχι μόνο κατά τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας, αλλά καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών. Οι γνώσεις του, η συνεχής παρακίνηση, η εμπιστοσύνη, αλλά και η διαθεσιμότητά του όποτε χρειάστηκε, συνέβαλαν σημαντικά τόσο στη διαμόρφωση της επιστημονικής μου σκέψης, όσο και στην επίτευξη των στόχων μου. Επιπλέον, οφείλω να ευχαριστήσω την κ. Ελένη Μορφίδη για τις σημαντικές παρατηρήσεις και την ενθάρρυνση κατά τη διάρκεια συγγραφής της εργασίας μου, καθώς και για τις πολύτιμες γνώσεις που αποκόμισα από τη διδασκαλία της. Δεν θα μπορούσα να παραλείψω την κ. Μαρία Κυπριωτάκη, την οποία ευχαριστώ για την προθυμία της να συμμετάσχει στην αξιολόγηση της παρούσας εργασίας.

Ευχαριστώ θερμά όλους τους συλλόγους, φορείς και τις ομάδες ατόμων με αναπηρία, καθώς και φίλους και γνωστούς που συνέβαλαν στη συλλογή του δείγματος. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω ξεχωριστά κάθε συμμετέχοντα της έρευνας όχι μόνο για την προθυμία και την εθελοντική συμπλήρωση του ερευνητικού εργαλείου, αλλά και για τις ουσιαστικές συζητήσεις και την ανταλλαγή απόψεων που συχνά ακολούθησαν.

Ολοκληρώνοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και τους κοντινούς μου ανθρώπους για την κατανόηση, τη συνεχή στήριξη και την παρουσία τους, που ήταν πολύτιμη σε αυτή τη δημιουργική, αλλά απαιτητική χρονιά.

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να εξετάσει τον ρόλο του κέντρου ελέγχου στην αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας και την αισιοδοξία ατόμων με αναπηρία. Πιο συγκεκριμένα, διερευνήθηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ αυτών των μεταβλητών, εξετάστηκε αν το κέντρο ελέγχου λειτουργεί ως προβλεπτικός παράγοντας και ελέγχθηκε η επίδραση δημογραφικών και επικοινωνιακών παραγόντων στην αντίληψη της επικοινωνιακής ικανότητας και στη διαμόρφωση των προσδοκιών για το μέλλον. Το δείγμα αποτέλεσαν 188 ενήλικες, εκ των οποίων οι 93 είχαν κάποια αναπηρία ή χρόνια πάθηση (προβλήματα λόγου και ομιλίας, Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος, νοητική αναπηρία, ακουστική αναπηρία, μείζονα νευρογνωστική διαταραχή), ενώ οι υπόλοιποι 95 αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου. Ακολουθήθηκε ο ποσοτικός ερευνητικός σχεδιασμός και τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ενός ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς, που περιλάμβανε ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών, την Κλίμακα Κέντρου Ελέγχου του Rotter, το Ερωτηματολόγιο Επικοινωνίας LaTrobe και το Αναθεωρημένο Τεστ Προσανατολισμού για τη Ζωή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα με αναπηρία αντιλαμβάνονται σημαντικά μεγαλύτερες επικοινωνιακές δυσκολίες σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, ενώ παράγοντες όπως το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η ανάγκη για λογοθεραπεία και το χαμηλό εισόδημα σχετίζονται με αυξημένες αντιλαμβανόμενες δυσκολίες. Το κέντρο ελέγχου σχετίζεται τόσο με την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας όσο και με την αισιοδοξία στο σύνολο του δείγματος. Ωστόσο οι συσχετίσεις αυτές δεν ήταν σημαντικές εντός όλων των επιμέρους ομάδων αναπηρίας, γεγονός που αντανακλά την πολυπαραγοντική τους φύση. Τα ευρήματα αναδεικνύουν την ανάγκη για πολυεπίπεδες παρεμβάσεις που δεν θα περιορίζονται στην ενίσχυση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, αλλά θα στοχεύουν και στην καλλιέργεια εσωτερικού κέντρου ελέγχου και θετικών προσδοκιών για το μέλλον, προάγοντας θετικότερα αποτελέσματα τόσο σε λειτουργικό όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο.

Λέξεις κλειδιά: αναπηρία, κέντρο ελέγχου, αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας, αισιοδοξία

“Locus of Control as an influential factor in Self-Perceived Communication Ability and Optimism among individuals with Disabilities: Educational Implications”

Abstract

The present study examined the role of locus of control in self-perceived communication ability and optimism among individuals with disabilities. Specifically, we investigated the correlations between these variables, examined whether locus of control acts as a predictor, and tested the influence of demographic and communication factors on the self-perceived communication ability and the formation of future expectations. The sample consisted of 188 adults, 93 of whom had a disability or chronic condition (speech and language impairment, autism spectrum disorder, intellectual disability, hearing impairment, or major neurocognitive disorder). The remaining 95 adults formed the control group. A quantitative research design was adopted, with data collected via a self-report questionnaire. This included demographics, the Rotter Locus of Control Scale, the LaTrobe Communication Questionnaire, and the Revised Life Orientation Test. The results showed that people with disabilities perceived significantly greater communication difficulties than the control group. Factors such as a low educational level, the need for speech therapy, and a low income were also found to be associated with increased difficulties perceived. The locus of control was related to both self-perceived communication ability and optimism across the sample. However, these correlations were not significant for all disability groups, reflecting their multivariate nature. The findings highlight the need for multidimensional interventions that focus not only on enhancing communication skills but also aim to cultivate an internal locus of control and positive expectations for the future, promoting more positive outcomes at both functional and psychosocial levels.

Keywords: disability, locus of control, self-perceived communication ability, optimism

Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες	3
Περίληψη	4
Abstract	5
Κατάλογος πινάκων	8
Κατάλογος γραφημάτων	10
Εισαγωγή	13
Α΄ ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΝΑΠΗΡΙΑ	16
1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός της αναπηρίας.....	16
1.1.1 Νοητική Αναπηρία	17
1.1.2 Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	19
1.1.3 Προβλήματα Λόγου και Ομιλίας.....	21
1.1.4 Ακουστική Αναπηρία	23
1.2 Χρόνιες Παθήσεις	25
1.2.1 Μείζονα Νευρογνωστική Διαταραχή	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	28
2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός.....	28
2.2 Επιπτώσεις της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας στη ζωή των ατόμων με αναπηρία	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ.....	32
3.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός.....	32
3.1.1 Εσωτερικό κέντρο ελέγχου.....	33
3.1.2 Εξωτερικό κέντρο ελέγχου	33
3.2 Κέντρο ελέγχου και αναπηρία.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ	36
4.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός.....	36
4.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την αισιοδοξία	37
4.3 Οφέλη της αισιοδοξίας στην αναπηρία	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	40
5.1 Μελέτες σχετικά με την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας..	40

5.1.1 Αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας και αναπηρίες	40
5.1.2 Παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας	42
5.2 Μελέτες σχετικά με το κέντρο ελέγχου.....	44
5.3 Μελέτες σχετικά με την αισιοδοξία.....	47
5.4 Μελέτες που διερευνούν τη σχέση μεταξύ αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και αισιοδοξίας.....	49
5.5 Μελέτες που διερευνούν τη σχέση μεταξύ κέντρου ελέγχου και αισιοδοξίας	50
5.6 Μελέτες που διερευνούν τη σχέση μεταξύ κέντρου ελέγχου και αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας	51
Β΄ ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	55
6.1 Σκοπός της έρευνας – ερευνητικά ερωτήματα	55
6.2 Ερευνητικά εργαλεία.....	56
6.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	62
6.4 Περιγραφή δείγματος.....	63
6.5 Περιγραφικά στοιχεία των ερωτηματολογίων.....	83
6.5.1 Κλίμακα Κέντρου Ελέγχου του Rotter.....	83
<i>Εσωτερική Αξιοπιστία του LOC.....</i>	<i>83</i>
6.5.2 Ερωτηματολόγιο Επικοινωνίας La trobe	84
<i>Εσωτερική Αξιοπιστία του LCQ.....</i>	<i>84</i>
6.5.3 Τεστ Προσανατολισμού για την Ζωή – Αναθεωρημένο.....	85
<i>Εσωτερική Αξιοπιστία του LOT-R</i>	<i>85</i>
6.6 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων	86
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ..	89
7.1 Διερεύνηση της διαφοροποίησης της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ανάλογα με την ύπαρξη ή/ και το είδος αναπηρίας	89
7.1.1 Ανάλυση διαφοροποίησης ανάλογα με την ύπαρξη αναπηρίας	89
7.1.2 Ανάλυση διαφοροποίησης ανά είδος αναπηρίας	90
7.2 Διερεύνηση της διαφοροποίησης της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά ή παράγοντες καθημερινής επικοινωνιακής εμπειρίας ανά ομάδα αναπηρίας	92

7.3 Διερεύνηση της διαφοροποίησης της βαθμολογίας του κέντρου ελέγχου ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά ή παράγοντες καθημερινής επικοινωνιακής εμπειρίας ανά ομάδα αναπηρίας	98
7.4 Διερεύνηση της διαφοροποίησης του βαθμού αισιοδοξίας ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά ή παράγοντες καθημερινής επικοινωνιακής εμπειρίας ανά ομάδα αναπηρίας.....	105
7.5 Διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με τον τύπο κέντρου ελέγχου..	112
7.6 Συσχέτιση της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και της αισιοδοξίας	114
7.7 Συσχέτιση του κέντρου ελέγχου και της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας	117
7.8 Συσχέτιση του κέντρου ελέγχου και της αισιοδοξίας	118
7.9 Διερεύνηση του κέντρου ελέγχου ως παράγοντα πρόβλεψης της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και της αισιοδοξίας	120
7.10 Διερεύνηση των παραγόντων που προβλέπουν την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας.....	122
7.11 Διερεύνηση των παραγόντων που προβλέπουν την αισιοδοξία στα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση.....	125
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	128
8.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων.....	128
8.2 Συμπεράσματα.....	139
8.3 Περιορισμοί.....	142
8.4 Προτάσεις μελλοντικής έρευνας	143
8.5 Εκπαιδευτικές προεκτάσεις.....	144
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	147
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	167

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1. Κατανομή του δείγματος με βάση το είδος αναπηρίας	64
Πίνακας 2. Κατανομή του φύλου με βάση το είδος αναπηρίας.....	65
Πίνακας 3. Κατανομή της ηλικιακής ομάδας με βάση το είδος αναπηρίας	66
Πίνακας 4. Κατανομή του μορφωτικού επιπέδου με βάση το είδος αναπηρίας.....	68
Πίνακας 5. Κατανομή της οικογενειακής κατάστασης με βάση το είδος αναπηρίας .	69

Πίνακας 6. Κατανομή του δείγματος ως προς την ύπαρξη παιδιών	71
Πίνακας 7. Κατανομή του δείγματος ως προς τη διαμονή με παρέα	71
Πίνακας 8. Κατανομή του δείγματος ως προς την επαγγελματική κατάσταση	73
Πίνακας 9. Κατανομή του δείγματος με βάση το εισόδημα	74
Πίνακας 10. Κατανομή του δείγματος ως προς τη φύση της επικοινωνιακής δυσκολίας	75
Πίνακας 11. Κατανομή του δείγματος ως προς τη χρήση βοηθητικού μέσου επικοινωνίας	77
Πίνακας 12. Κατανομή του δείγματος με βάση το βαθμό επιρροής της προσωπικότητας στην επικοινωνία	78
Πίνακας 13. Κατανομή του δείγματος ως προς την υποστήριξη από το φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον	80
Πίνακας 14. Κατανομή του δείγματος ως προς την πρόσβαση σε υπηρεσίες λογοθεραπείας	81
Πίνακας 15. Κατανομή του δείγματος ως προς τη συχνότητα ανάγκης για επικοινωνία	82
Πίνακας 16. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία της Κλίμακας Κέντρου Ελέγχου του Rotter	83
Πίνακας 17. Δείκτης αξιοπιστίας LOC	83
Πίνακας 18. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία του Ερωτηματολογίου Επικοινωνίας La Trobe	84
Πίνακας 19. Δείκτης αξιοπιστίας LCQ	85
Πίνακας 20. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία του Τεστ Προσανατολισμού για τη Ζωή	85
Πίνακας 21. Δείκτης αξιοπιστίας LOT-R	86
Πίνακας 22. Μέσες κατατάξεις αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ανά ηλικιακή ομάδα στην ομάδα με ακουστική αναπηρία	93
Πίνακας 23. Μέσες κατατάξεις αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας με βάση το μορφωτικό επίπεδο στην ομάδα με Μείζονα Νευρογνωστική Διαταραχή ...	94
Πίνακας 24. Μέσες κατατάξεις αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας με βάση το επάγγελμα στην ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας	95
Πίνακας 25. Σύγκριση κατά ζεύγη μεταξύ ανέργων και δημοσίων υπαλλήλων στην ομάδα χωρίς αναπηρία ως προς την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας	95

Πίνακας 26. Σύγκριση κατά ζεύγη μεταξύ <700 και 700-1200 ευρώ στην ομάδα χωρίς αναπηρία ως προς την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας	96
Πίνακας 27. Σύγκριση κατά ζεύγη μεταξύ <700 και 1200-2000 ευρώ στην ομάδα χωρίς αναπηρία ως προς την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας.....	96
Πίνακας 28. Μέσες κατατάξεις αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ανά επίπεδο υποστήριξης στην ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας.....	97
Πίνακας 29. Μέσες κατατάξεις αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας με βάση το επίπεδο υποστήριξης στην ομάδα χωρίς αναπηρία	97
Πίνακας 30. Συνοπτική παρουσίαση στατιστικά σημαντικών διαφοροποιήσεων της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ανά μεταβλητή και ομάδα αναπηρίας	98
Πίνακας 31. Στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις του κέντρου ελέγχου ανά μεταβλητή και ομάδα αναπηρίας	105
Πίνακας 32. Σύγκριση μέσων κατατάξεων αισιοδοξίας ως προς την ύπαρξη παιδιών στην ομάδα χωρίς αναπηρία	106
Πίνακας 33. Στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις της αισιοδοξίας ανά μεταβλητή και ομάδα αναπηρίας.....	112
Πίνακας 34. Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας με προβλεπτικό παράγοντα το κέντρο ελέγχου	120
Πίνακας 35. Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης της αισιοδοξίας με προβλεπτικό παράγοντα το κέντρο ελέγχου.....	121
Πίνακας 36. Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας	124
Πίνακας 37. Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της αισιοδοξίας.....	126

Κατάλογος γραφημάτων

Γράφημα 1. Κατανομή του δείγματος με βάση το είδος αναπηρίας.....	64
Γράφημα 2. Κατανομή της ηλικιακής ομάδας ανάλογα με το είδος αναπηρίας	67
Γράφημα 3. Σύγκριση της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας μεταξύ συμμετεχόντων με και χωρίς αναπηρία μέσω θηκογράμματος	90

Γράφημα 4. Σύγκριση της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ανά είδος αναπηρίας μέσω θηκογράμματος.....	92
Γράφημα 5. Σύγκριση της βαθμολογίας του κέντρου ελέγχου σε σχέση με την ύπαρξη παιδιών στην ομάδα με νοητική αναπηρία μέσω θηκογράμματος	100
Γράφημα 6. Σύγκριση της βαθμολογίας του κέντρου ελέγχου σε σχέση με την ύπαρξη παιδιών στην ομάδα χωρίς αναπηρία μέσω θηκογράμματος.....	100
Γράφημα 7. Σύγκριση της βαθμολογίας του κέντρου ελέγχου σε σχέση με τη διαμονή με παρέα στην ομάδα με ΔΑΦ μέσω θηκογράμματος.....	101
Γράφημα 8. Σύγκριση της μέσης βαθμολογίας του κέντρου ελέγχου σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο για την ομάδα χωρίς αναπηρία μέσω διαγράμματος μέσων τιμών	102
Γράφημα 9. Σύγκριση της βαθμολογίας του κέντρου ελέγχου με βάση το εισόδημα για την ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας μέσω θηκογράμματος	103
Γράφημα 10. Σύγκριση της βαθμολογίας του κέντρου ελέγχου με βάση το επίπεδο υποστήριξης στην ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας μέσω θηκογράμματος	104
Γράφημα 11. Κατανομή τιμών αισιοδοξίας ως προς την ύπαρξη παιδιών στην ομάδα χωρίς αναπηρία μέσω θηκογράμματος.....	106
Γράφημα 12. Κατανομή τιμών αισιοδοξίας με βάση την οικογενειακή κατάσταση στην ομάδα χωρίς αναπηρία μέσω θηκογράμματος.....	108
Γράφημα 13. Κατανομή τιμών αισιοδοξίας με βάση την οικογενειακή κατάσταση στην ομάδα με ακουστική αναπηρία μέσω θηκογράμματος	109
Γράφημα 14. Κατανομή τιμών αισιοδοξίας με βάση την επαγγελματική κατάσταση στην ομάδα με ακουστική αναπηρία μέσω θηκογράμματος	110
Γράφημα 15. Κατανομή τιμών αισιοδοξίας με βάση το εισόδημα στην ομάδα χωρίς αναπηρία μέσω θηκογράμματος	111
Γράφημα 16. Κατανομή τύπου κέντρου ελέγχου με βάση το εισόδημα	113
Γράφημα 17. Κατανομή τύπου κέντρου ελέγχου σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση	113
Γράφημα 18. Συσχέτιση μεταξύ αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και αισιοδοξίας μέσω στικτογράμματος.....	114
Γράφημα 19. Συσχέτιση μεταξύ αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και αισιοδοξίας για την ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας μέσω στικτογράμματος	115

Γράφημα 20. Συσχέτιση μεταξύ αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και αισιοδοξίας για την ομάδα με Μείζονα Νευρογνωστική Διαταραχή μέσω στικτογράμματος.....	115
Γράφημα 21. Συσχέτιση μεταξύ αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και αισιοδοξίας για την ομάδα χωρίς αναπηρία μέσω στικτογράμματος.....	116
Γράφημα 22. Συσχέτιση μεταξύ αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και κέντρου ελέγχου μέσω στικτογράμματος.....	117
Γράφημα 23. Συσχέτιση μεταξύ αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και κέντρου ελέγχου για την ομάδα χωρίς αναπηρία μέσω στικτογράμματος.....	118
Γράφημα 24. Συσχέτιση μεταξύ αισιοδοξίας και κέντρου ελέγχου μέσω στικτογράμματος.....	119
Γράφημα 25. Συσχέτιση μεταξύ αισιοδοξίας και κέντρου ελέγχου στην ομάδα χωρίς αναπηρία μέσω στικτογράμματος.....	119

Εισαγωγή

Η κοινωνία μας αποδίδει μεγάλη αξία στην προφορική επικοινωνία και για τους περισσότερους ανθρώπους αυτή αποτελεί τον κύριο τρόπο επικοινωνίας με τους άλλους (Smith & Tyler, 2019). Ωστόσο, για τα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, η αποτελεσματική επικοινωνία δεν είναι πάντα αυτονόητη. Οι δυσκολίες στην έκφραση, την κατανόηση ή την πρόσληψη της γλώσσας μπορούν να περιορίσουν σημαντικά την κοινωνική συμμετοχή, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών (Douglas, O'Flaherty, & Snow, 2000· Struchen et al., 2008). Επιπλέον, οι δυσκολίες αυτές συνδέονται συχνά με εμπειρίες στίγματος, περιθωριοποίησης και ψυχολογικής επιβάρυνσης. Σε πρόσφατη μελέτη, το 83% των ενηλίκων με διαταραχές επικοινωνίας ανέφερε ότι οι επικοινωνιακές τους δυσκολίες έχουν επηρεάσει σημαντικά τη ζωή τους (ASHA, 2024).

Στο πλαίσιο αυτό, ιδιαίτερο ενδιαφέρον αποκτά ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται τις προσωπικές τους δυσκολίες στην καθημερινή επικοινωνία με τους άλλους, μια έννοια γνωστή ως αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας (Douglas et al., 2000). Πρόκειται για μια υποκειμενική εκτίμηση, η οποία δεν αντανακλά την αντικειμενική ικανότητα επικοινωνίας, αλλά επηρεάζεται και διαμορφώνεται από εσωτερικούς και εξωτερικούς παράγοντες. Μεταξύ αυτών, βρίσκεται και το κέντρο ελέγχου, ο βαθμός στον οποίο οι άνθρωποι θεωρούν προσωπική τους ευθύνη ή αποτέλεσμα εξωτερικών παραγόντων την έκβαση που θα έχουν τα γεγονότα της ζωής τους (Rotter, 1966). Έχει βρεθεί ότι ένα πιο εσωτερικό κέντρο ελέγχου, δηλαδή η πεποίθηση ότι προσωπικές ενέργειες ελέγχουν τα γεγονότα, συνδέεται με μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και υψηλότερη ψυχολογική ανθεκτικότητα (Ng, Sorensen, & Eby, 2006). Παράλληλα, η αισιοδοξία, η οποία σχετίζεται με την προσδοκία θετικών εξελίξεων στο μέλλον, έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός προστατευτικός παράγοντας για άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση (Porczykńska-Ciszewska, 2019).

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να διερευνήσει τις αλληλεπιδράσεις αυτών των μεταβλητών, εστιάζοντας στον τρόπο με τον οποίο το κέντρο ελέγχου σχετίζεται με την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας και την αισιοδοξία, και κατά πόσο μπορεί να προβλέψει την έκφραση αυτών των στοιχείων σε άτομα με αναπηρία.

Απώτερος στόχος είναι να ενισχύσει την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την επικοινωνία ατόμων με αναπηρία, να αναδείξει μεταβλητές που σχετίζονται με την αντίληψη επικοινωνιακής επάρκειας και αισιοδοξίας, και να προσφέρει τεκμηρίωση που μπορεί να αξιοποιηθεί στον χώρο της ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης, τη λογοθεραπεία και την γενικότερη υποστήριξη των ατόμων με αναπηρία.

Η εργασία οργανώνεται σε δύο κύρια μέρη. Στα πέντε πρώτα κεφάλαια παρουσιάζεται το πρώτο μέρος, που περιλαμβάνει τη θεωρητική θεμελίωση της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο κεφάλαιο εστιάζει στην έννοια της αναπηρίας και τα είδη της, με ιδιαίτερη αναφορά στις κατηγορίες που εξετάζονται στην παρούσα μελέτη. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στην αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας, την εννοιολογική της οριοθέτηση και τις επιπτώσεις της. Το τρίτο κεφάλαιο αναλύει την έννοια του κέντρου ελέγχου, διαχωρίζοντας το σε εσωτερικό και εξωτερικό, περιγράφει τα χαρακτηριστικά που συνοδεύουν κάθε τύπο κέντρου ελέγχου και τη σύνδεσή τους με την αναπηρία. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η έννοια της αισιοδοξίας, οι παράγοντες που την επηρεάζουν, καθώς και τα οφέλη της για τα άτομα με αναπηρία. Το πέμπτο κεφάλαιο περιλαμβάνει βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών σχετικών με τις βασικές μεταβλητές της μελέτης και τις μεταξύ τους σχέσεις.

Ακολούθως, παρουσιάζεται το ερευνητικό μέρος. Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας. Ειδικότερα, γίνεται αναφορά στο δείγμα, τα ερευνητικά εργαλεία και τις διαδικασίες συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων. Στο έβδομο κεφάλαιο παρατίθενται τα αποτελέσματα των αναλύσεων ανά ερευνητικό ερώτημα, ενώ το όγδοο κεφάλαιο περιλαμβάνει τη συζήτηση, τα συμπεράσματα, τους περιορισμούς της έρευνας, προτάσεις για μελλοντική διερεύνηση και τις εκπαιδευτικές προεκτάσεις των ευρημάτων.

Α΄ ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΝΑΠΗΡΙΑ

1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός της αναπηρίας

Η αναπηρία είναι μια καθολική ανθρώπινη εμπειρία, με την έννοια ότι όλοι μπορούν να τοποθετηθούν σε ένα συνεχές λειτουργικότητας και είτε βιώνουν ήδη είτε είναι ευάλωτοι στο να βιώσουν αναπηρία κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής τους (Cieza, Sabariego, Bickenbach, & Chatterji, 2018). Σύμφωνα με παγκόσμιες εκτιμήσεις, υπάρχουν περισσότερα από ένα δισεκατομμύριο άτομα με αναπηρία, αριθμός που αντιστοιχεί περίπου στο 15% του παγκόσμιου πληθυσμού ή περίπου σε έναν στους επτά ανθρώπους (Linn, Chuaqui, Wilson, & Arredondo, 2019). Παρά τη συχνότητα και την καθολικότητα του φαινομένου, η έννοια της αναπηρίας ερμηνεύεται με διαφορετικούς τρόπους. Ειδικότερα, η έννοια, ο ορισμός και η μέτρησή της έχει αποτελέσει αντικείμενο συζήτησης επί δεκαετίες σε διαφορετικούς κλάδους και για διαφορετικούς σκοπούς (Baart, Elbers, & Schippers, 2023· Mitra, 2006). Πολλές διαφορετικές διατυπώσεις έχουν υπάρξει, όμως δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός τρόπος για τον ορισμό και τη μέτρηση της αναπηρίας, καθώς κάθε προσέγγιση εξαρτάται από το θεωρητικό μοντέλο που διέπει την έννοιά της (Baart et al., 2023· Mitra, 2006). Αυτή η ποικιλοτροπία στον ορισμό της, οφείλεται στο γεγονός ότι κάθε αλλαγή στον θεωρητικό ορισμό της μπορεί να έχει εκτεταμένες κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές επιπτώσεις (Mitra, 2006· Patel & Brown, 2017). Το γεγονός αυτό καθιστά δύσκολη την κατασκευή ενός ενοποιητικού ορισμού της αναπηρίας (Patel, Cabral, Ho, & Merrick, 2020).

Πιο συγκεκριμένα, η αναπηρία έχει περιγραφεί από ιατρική, κοινωνιολογική και πολιτική σκοπιά (Patel & Brown, 2017). Ωστόσο, τις τελευταίες δεκαετίες, οι συζητήσεις για την κατανόηση της αναπηρίας επικεντρώνονται στο ιατρικό και το κοινωνικό μοντέλο (Patel & Brown, 2017· Toro, 2020). Το ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας θεωρεί ότι ένα άτομο έχει αναπηρία με βάση μια ασθένεια ή μια κατάσταση υγείας που περιορίζει την ικανότητά του να εκπληρώνει τις αναμενόμενες ατομικές και κοινωνικές υποχρεώσεις. Στο μοντέλο αυτό, το οποίο

γενικά βλέπει το άτομο με αναπηρία σε ρόλο ασθενούς, η λύση έγκειται στην αποκατάσταση, ώστε να επανέλθει το άτομο όσο το δυνατόν πιο κοντά στο «φυσιολογικό» (Baart et al., 2023· Toro, 2020· Mitra, 2006). Ελάχιστη σημασία αποδίδεται στη συμβολή των περιβαλλοντικών ή κοινωνικών παραγόντων (Patel et al., 2020).

Αντίθετα, το κοινωνικό μοντέλο αναγνωρίζει το ρόλο των παραγόντων αυτών στην κατασκευή της αναπηρίας (Patel et al., 2020). Υποστηρίζει ότι η αναπηρία δεν αποτελεί ατομική φυσική κατάσταση, αλλά το αποτέλεσμα «κοινωνικά παραγόμενης ανισότητας και εξάρτησης» (όπ. αναφ. στο Toro, 2020). Δηλαδή, δεν προκύπτει από τη βλάβη καθαυτή, αλλά είναι περισσότερο δημιούργημα του κοινωνικού περιβάλλοντος. Οι κοινωνικοπολιτισμικές προσδοκίες και το δομημένο περιβάλλον οδηγούν σε αισθητηριακά, συμπεριφορικά, γνωστικά, φυσικά και οικονομικά εμπόδια, περιορίζοντας την ικανότητα του ατόμου με αναπηρία να συμμετέχει στις αναμενόμενες ατομικές και κοινωνικές υποχρεώσεις. (Baart et al., 2023· Patel et al., 2020).

Με την πάροδο των ετών, το εννοιολογικό πλαίσιο και ο ορισμός της αναπηρίας έχει εξελιχθεί από το κυρίως ιατρικό ή κοινωνικό μοντέλο σε ένα ευρύτερο και πιο ολοκληρωμένο μοντέλο, που περιλαμβάνει και συγχωνεύει λειτουργικά τις ιατρικές, κοινωνικές και λειτουργικές πτυχές της αναπηρίας (Patel et al., 2020). Η Διεθνής Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, της Υγείας και της Αναπηρίας (International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF), θεωρεί ότι η αναπηρία είναι μια διασταύρωση μεταξύ συνθηκών υγείας, περιβαλλοντικών παραγόντων και προσωπικών παραγόντων (Baart et al., 2023· Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2002).

1.1.1 Νοητική Αναπηρία

Ο όρος Νοητική Αναπηρία (ΝΑ) αποτελεί σήμερα τη διεθνώς πιο διαδεδομένη ονομασία για την περιγραφή ενός σύνθετου φαινομένου, που έχει χαρακτηριστεί με διάφορους τρόπους στη βιβλιογραφία στο πέρασμα των δεκαετιών («ηλιθιότητα», «νοητική ανεπάρκεια», «νοητική καθυστέρηση» κ.ά.), ανάλογα με το

κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο και το εκάστοτε θεωρητικό μοντέλο προσέγγισης (Northway & Oloidi, 2023· Σούλης, 2020). Σύμφωνα με το αναθεωρημένο κείμενο της 5^{ης} έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5-TR) ορίζεται ως μια διαταραχή με έναρξη κατά την αναπτυξιακή περίοδο που περιλαμβάνει τόσο νοητικά όσο και προσαρμοστικά λειτουργικά ελλείμματα σε εννοιολογικούς (π.χ. επίλυση προβλημάτων, ακαδημαϊκές δεξιότητες, μνήμη), κοινωνικούς (π.χ. λήψη κοινωνικών αποφάσεων) και πρακτικούς τομείς (π.χ. δεξιότητες προσωπικής φροντίδας) (American Psychiatric Association, 2022, σ. 134· Green & Losh, 2024).

Οι εκτιμήσεις για τον επιπολασμό της ΝΑ παρουσιάζουν μεγάλη διακύμανση παγκοσμίως, καθώς εξαρτώνται από την έλλειψη τυποποίησης των χρησιμοποιούμενων ορισμών, το πλαίσιο των μελετών, τις μεθοδολογίες και την ηλικία των συμμετεχόντων (McBride et al., 2021). Η αιτιολογία της διαταραχής είναι ετερογενής και διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση βιολογικών, γενετικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων, ενώ οι πιο κοινές αιτίες της εντοπίζονται σε προγεννητικούς, περιγεννητικούς, μεταγεννητικούς και γενετικούς παράγοντες (Marsh & McAleer, 2023). Επιπλέον, παρουσιάζει υψηλή συννοσηρότητα και αποτελεί κοινό συνοδευτικό χαρακτηριστικό ποικίλων συνδρόμων (π.χ. σύνδρομο Down, σύνδρομο εύθραυστου Χ χρωμοσώματος, σύνδρομο Rett, σύνδρομο Cri-du-Cat κ.ά.) (Σούλης, 2020). Βέβαια, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως τα άτομα με ΝΑ δεν αποτελούν μια ομοιογενή ομάδα και δεν παρουσιάζουν όλα το ίδιο φάσμα συννοσηροτήτων. Κάθε άτομο είναι μοναδικό με διαφορετική κλινική εικόνα (Marsh & McAleer, 2023· Northway & Oloidi, 2023).

Τα άτομα με ΝΑ, εκτός από τους περιορισμούς που τους επιβάλλουν οι μειωμένες ικανότητές τους, αντιμετωπίζουν πολλές προκλήσεις (Singh, 2016). Ειδικότερα, τα ελλείμματα στις γενικές νοητικές ικανότητες οδηγούν σε έκπτωση της προσαρμοστικής λειτουργίας, επηρεάζοντας μία ή περισσότερες πτυχές της καθημερινής ζωής, όπως η επικοινωνία, η κοινωνική συμμετοχή, η ακαδημαϊκή ή επαγγελματική λειτουργία και η προσωπική ανεξαρτησία στο σπίτι ή σε περιβάλλοντα της κοινότητας (APA, 2022). Ανάλογα με το επίπεδο προσαρμοστικής λειτουργίας, τα άτομα με ΝΑ χρειάζονται διαφορετικά επίπεδα υποστήριξης για την ενίσχυση της συμμετοχής στην κοινότητα, της ποιότητας ζωής, της ασφάλειας και της ανεξαρτησίας

τους (Green & Losh, 2024). Με βάση το απαιτούμενο επίπεδο υποστήριξης η ΝΑ διακρίνεται σε ήπια, μέτρια, σοβαρή και βαθιά (APA, 2022).

1.1.2 Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος

Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) επηρεάζει περίπου το 1% του παγκόσμιου πληθυσμού, με αυξημένα ποσοστά διάγνωσης τα τελευταία χρόνια που αποδίδονται στη βελτίωση των διαγνωστικών κριτηρίων, στην αυξημένη ευαισθητοποίηση της κοινότητας και στην πρόοδο των ερευνητικών μεθόδων ανίχνευσης της διαταραχής (Zeidan et al., 2022). Πρόκειται για μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από επίμονα ελλείμματα στην κοινωνική επικοινωνία και την κοινωνική αλληλεπίδραση σε πολλαπλά πλαίσια, συμπεριλαμβανομένων των ελλειμμάτων στην κοινωνική αμοιβαιότητα, στις μη λεκτικές επικοινωνιακές συμπεριφορές που χρησιμοποιούνται για την κοινωνική αλληλεπίδραση και στις δεξιότητες ανάπτυξης, διατήρησης και κατανόησης των σχέσεων. Εκτός από τα ελλείμματα κοινωνικής επικοινωνίας, η διάγνωση της ΔΑΦ απαιτεί την παρουσία περιορισμένων, επαναλαμβανόμενων προτύπων συμπεριφοράς, ενδιαφερόντων ή δραστηριοτήτων (APA, 2022, σ. 132).

Η ακριβής αιτιολογία της ΔΑΦ παραμένει άγνωστη, ωστόσο θεωρείται πολυπαραγοντική, καθώς γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται πως επηρεάζουν τον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο, οδηγώντας σε εκτεταμένα ελλείμματα σε συνδυασμό με νησίδες ικανοτήτων που παραμένουν ανεπηρέαστες (Lord et al., 2020· Βογινδρούκας, Φρανσίζ, & Καραντάνος, 2022). Η κλινική εικόνα της διαταραχής είναι εξαιρετικά ετερογενής και επιτείνεται από τη συχνή παρουσία ποικιλόμορφων συννοσηρών διαταραχών (π.χ. φυσικές και παθολογικές, προβλήματα ψυχικής υγείας, νευρολογικά, νευροαναπτυξιακά και συμπεριφορικά προβλήματα) (Βογινδρούκας et al., 2022· Σερετόπουλος, Λάμνισος, & Γιαννακού, 2020).

Τα συμπτώματα της ΔΑΦ ενδέχεται να επηρεάσουν σημαντικά τη μάθηση, την επικοινωνία, την καθημερινή λειτουργικότητα, την ικανότητα κοινωνικής συμμετοχής, την ανάπτυξη και διατήρηση διαπροσωπικών σχέσεων, την ανεξαρτησία και τη συνολική ευημερία καθώς τα άτομα μεταβαίνουν στην ενήλικη ζωή (King,

Merrick, & Le Couteur, 2020). Οι επιπτώσεις στα κοινωνικά και εκπαιδευτικά τους επιτεύγματα είναι σημαντικές, ενώ παράλληλα περιορίζουν και τις επαγγελματικές ευκαιρίες (Σερετόπουλος et al., 2020). Όπως υποδεικνύει και η χρήση του όρου «φάσμα» για την περιγραφή της διαταραχής, υπάρχει ποικιλία στη μορφή και την ένταση των ελλειμμάτων και των ικανοτήτων των ατόμων με ΔΑΦ (Βογινδρούκας et al., 2022). Η ποικιλομορφία αυτή, σε συνδυασμό με τον διαφορετικό βαθμό σοβαρότητας των συμπτωμάτων συμβάλλει σε σημαντικές διαφορές στα επίπεδα ανεξαρτησίας των ατόμων με ΔΑΦ (Ostrowski, Religioni, Gellert, Sytnik-Czetwertyński, & Pinkas, 2024). Ορισμένα άτομα μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητα, ενώ άλλα έχουν σοβαρές αναπηρίες και χρειάζονται φροντίδα και υποστήριξη σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους (World Health Organization, 2023).

Σύμφωνα με το DSM-5-TR, η ΔΑΦ ταξινομείται σε τρία επίπεδα ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και την υποστήριξη που απαιτείται για την καθημερινή λειτουργικότητα. Στο επίπεδο 1, στο οποίο απαιτείται υποστήριξη, τα άτομα μπορούν να μιλούν με πλήρεις προτάσεις, αλλά δυσκολεύονται με την κοινωνική επικοινωνία, με τη λήψη πρωτοβουλίας για κοινωνική αλληλεπίδραση, και μπορεί να δυσκολεύονται στις αλλαγές μεταξύ δραστηριοτήτων, στην οργάνωση και στον προγραμματισμό, δυσκολίες που εμποδίζουν την ανεξαρτησία. Στο επίπεδο 2, απαιτείται ουσιαστική υποστήριξη και τα άτομα παρουσιάζουν αξιοσημείωτο έλλειμμα σε λεκτικές και μη λεκτικές κοινωνικές-επικοινωνιακές δεξιότητες. Επικοινωνούν με απλές προτάσεις, περιορίζονται σε στενά-ειδικά ενδιαφέροντα, παρουσιάζουν δύσκαμπτη συμπεριφορά και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές με αρκετή συχνότητα, καθιστώντας την προσαρμογή στις αλλαγές πρόκληση. Στο επίπεδο 3 απαιτείται πολύ ουσιαστική υποστήριξη και τα άτομα παρουσιάζουν σοβαρό έλλειμμα λεκτικών και μη λεκτικών δεξιοτήτων κοινωνικής επικοινωνίας. Η ομιλία τους, αν υπάρχει, είναι περιορισμένη και ακατάληπτη, ενώ η ακραία ανελαστικότητα της συμπεριφοράς και οι επίμονες επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές παρεμβαίνουν σημαντικά σε όλες τις λειτουργίες τους (APA, 2022).

1.1.3 Προβλήματα Λόγου και Ομιλίας

Η κοινωνία μας αποδίδει μεγάλη αξία στην προφορική επικοινωνία και για τους περισσότερους ανθρώπους αυτή αποτελεί τον κύριο μέσο για αλληλεπίδραση και κοινωνική ενσωμάτωση (Smith & Tyler, 2019). Ο λόγος και η γλώσσα είναι οι κύριες επικοινωνιακές δεξιότητες του ανθρώπου και κατακτούνται σταδιακά, ενώ εξελίσσονται στο κοινωνικό περιβάλλον (Στασινός, 2020).

Παρόλο που ο λόγος και η ομιλία συνδέονται στενά, δεν ταυτίζονται (O'Hare & Bremner, 2015). Ο λόγος, σύμφωνα με τον Bloom (1998), είναι ένας κώδικας με τον οποίο οι ιδέες για τον κόσμο αναπαρίστανται μέσω ενός συμβατικού συστήματος αυθαίρετων σημάτων με σκοπό την επικοινωνία. Αποτελείται από ένα σύστημα κανόνων (φωνολογικών, σημασιολογικών, μορφολογικών, συντακτικών, πραγματολογικών), οι οποίοι καθορίζουν τη σωστή χρήση και τους συνδυασμούς των συμβόλων (Reed, 2021). Αντίθετα, η ομιλία αφορά τη φωνητική παραγωγή του λόγου, δηλαδή την προφορική του έκφραση και περιλαμβάνει τις αισθητικοκινητικές διαδικασίες που είναι απαραίτητες για την παραγωγή του (Reed, 2021· Smith & Tyler, 2019).

Ωστόσο, για ορισμένα άτομα, η ομιλία ή η εκμάθηση των βασικών στοιχείων της γλώσσας και η αντίληψη των αποχρώσεών της είναι πηγή δυσκολιών (Smith & Tyler, 2019). Τα προβλήματα λόγου ή ομιλίας θεωρούνται διαταραχές επικοινωνίας, που περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τον τραυλισμό, την διαταραχή της άρθρωσης, τη γλωσσική διαταραχή ή τις διαταραχές φώνησης και επηρεάζουν αρνητικά τις εκπαιδευτικές επιδόσεις του παιδιού (IDEA, 2004). Σύμφωνα με τον ορισμό της Αμερικανικής Ένωσης Ομιλίας-Γλώσσας-Ακοής (ASHA) (1993), θεωρείται ότι μπορεί να υπάρχει πρόβλημα λόγου ή/και ομιλίας όταν η ομιλία ή ο λόγος ενός ατόμου αποκλίνει από εκείνη των ατόμων της ίδιας ηλικίας, του ίδιου φύλλου ή της ίδιας πολιτισμικής ομάδας. Επιπλέον, διαταραχή μπορεί να υφίσταται όταν η ομιλία ή/και ο λόγος του ατόμου είναι δυσνόητα, όταν το άτομο εκφράζει υπερβολική ανησυχία για την ομιλία του ή όταν το άτομο αποφεύγει συχνά την επικοινωνία με τους άλλους.

Οι διαταραχές ομιλίας περιλαμβάνουν τρεις κύριες κατηγορίες, οι οποίες αφορούν δυσκολίες στην άρθρωση, στην ροή του λόγου και στη φώνηση (ASHA,

1993). Η συχνότερη κατηγορία είναι οι διαταραχές άρθρωσης και αφορούν τη μη τυπική παραγωγή των φωνημάτων, που χαρακτηρίζεται από αντικαταστάσεις, παραλείψεις, προσθήκες ή αλλοιώσεις που μπορεί να επηρεάσουν την καταληπτότητα της ομιλίας (ASHA, 1993· Smith & Tyler, 2019). Οι διαταραχές της ροής της ομιλίας αφορούν διακοπές στη ροή της ομιλίας, που χαρακτηρίζονται από άτυπο ρυθμό, ταχύτητα και επαναλήψεις ήχων, συλλαβών, λέξεων και φράσεων. Συχνά συνοδεύονται από έντονη μυϊκή ένταση, αγχώδεις προσπάθειες ομιλίας και δευτερεύουσες μορφές συμπεριφοράς. Τέλος, οι διαταραχές φώνησης χαρακτηρίζονται από μη τυπική παραγωγή και/ή απουσία φωνητικής ποιότητας, τόνου, έντασης, αντήχησης και/ή διάρκειας, η οποία είναι ακατάλληλη για την ηλικία και/ή το φύλο του ατόμου (ASHA, 1993).

Όσον αφορά τις διαταραχές λόγου, αυτές χαρακτηρίζονται από μειωμένη κατανόηση ή/και χρήση του προφορικού λόγου, του γραπτού λόγου ή/και άλλων συστημάτων συμβόλων (ASHA, 1993). Μπορεί να αφορούν μία ή περισσότερες από τις τρεις διαστάσεις της γλώσσας: μορφή, περιεχόμενο και χρήση. Η μορφή της γλώσσας αποτελεί το σύστημα κανόνων όπου χρησιμοποιείται σε κάθε είδος γλώσσας (Smith & Tyler, 2019). Περιλαμβάνει τη φωνολογία, η οποία αφορά το ηχητικό σύστημα μιας γλώσσας και τους κανόνες που διέπουν τους ηχητικούς συνδυασμούς, τη μορφολογία, δηλαδή τους κανόνες που διέπουν τα τμήματα των λέξεων τα οποία αποτελούν τα βασικά στοιχεία της σημασίας και της δομής τους, καθώς και τη σύνταξη, η οποία καθορίζει τη σειρά και το συνδυασμό των λέξεων για το σχηματισμό προτάσεων. Το περιεχόμενο της γλώσσας αφορά τη σημασιολογία, δηλαδή τις έννοιες των λέξεων και των προτάσεων. Η λειτουργία της γλώσσας σχετίζεται με την πραγματολογία, η οποία αφορά τη χρήση της γλώσσας σε διάφορες περιπτώσεις επικοινωνίας, ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο της κατάστασης (ASHA, 1993· O'Hare & Bremner, 2015).

Τα προβλήματα λόγου και ομιλίας επηρεάζουν την επικοινωνία του ατόμου με τους άλλους σε όλα τα πλαίσια και ενδέχεται να επηρεάσουν αρνητικά τις σχολικές επιδόσεις, τις κοινωνικές συναναστροφές και την επαγγελματική ζωή (Smith & Tyler, 2019). Για παράδειγμα, οι διαταραχές ροής μπορεί να προκαλέσουν άγχος στο άτομο, εφόσον οι ακροατές αντιδράσουν στις γλωσσικές παραγωγές του με αμηχανία, ενοχή ή ενόχληση (Ramig & Shames, 2006). Τέτοιες καταστάσεις και συναισθήματα ενδέχεται να προκαλέσουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Μερικά άτομα υιοθετούν

επιθετική στάση, με άρνηση να αναγνωρίσουν τη δυσκολία τους. Άλλοι οδηγούνται σε κοινωνική απόσυρση, επιδιώκοντας να αποφύγουν όλες τις καταστάσεις που χρειάζεται να μιλήσουν, καταλήγοντας απομονωμένοι. Πολλοί είναι και αυτοί που καταβάλλουν μεγάλη προσπάθεια να αποφύγουν τους ήχους και τις λέξεις που τους δυσκολεύουν (Smith & Tyler, 2019). Οι επικοινωνιακές δυσκολίες των διαταραχών λόγου και ομιλίας μπορούν να περιορίσουν την ικανότητα του ατόμου να συμμετέχει στην επικοινωνία και μπορεί να οδηγήσουν σε μειωμένη κοινωνική και συναισθηματική ευημερία.

1.1.4 Ακουστική Αναπηρία

Φυσιολογική ακοή σημαίνει ότι ένα άτομο διαθέτει επαρκή ικανότητα ακοής για την κατανόηση της ομιλίας (Heward, 2011). Αυτό προσδιορίζεται μέσω ακοολογικού ελέγχου (ακοόγραμμα), όπου το κατώφλι ακοής καταγράφεται εντός του φυσιολογικού εύρους [-10 έως 15 ντεσιμπέλ (dB)] (ASHA, χ.χ.). Η ακουστική αναπηρία είναι η τέταρτη συχνότερη αιτία αναπηρίας παγκοσμίως και συνδέεται με σοβαρές επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή, καθώς επηρεάζει την αναγνώριση της ομιλίας, την επικοινωνία και την κατάκτηση της γλώσσας (Ohlenforst et al., 2017· Uthman, 2016· World Health Organization, 2018). Ένα άτομο θεωρείται ότι έχει ακουστική αναπηρία όταν δεν είναι σε θέση να ακούσει τόσο καλά όσο ένα άτομο με φυσιολογική ακοή (World Health Organization, 2025). Η ακουστική αναπηρία μπορεί να επηρεάσει το ένα ή και τα δύο αυτιά και οδηγεί σε δυσκολία στην ακοή της ομιλίας ή των δυνατών ήχων. Με βάση τον βαθμό της ακουστικής απώλειας, διακρίνεται σε ήπια, μέτρια, μέτρια-σοβαρή, σοβαρή ή βαθιά (WHO, 2025). Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες εκτιμήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), ο αριθμός των ατόμων με ακουστική αναπηρία ανέρχεται σε πάνω από 466 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως (WHO, 2018).

Η ορολογία που χρησιμοποιείται για να περιγράψει και να κατηγοριοποιήσει τα άτομα με ακουστική αναπηρία μπορεί να διαφέρει ανάλογα με το πλαίσιο, καθώς διαφορετικοί όροι χρησιμοποιούνται για την περιγραφή παραγόντων όπως τα επίπεδα ακοής, η ηλικία εμφάνισης ή ταυτοποίησης της αναπηρίας, οι αιτιολογικοί παράγοντες, οι γλώσσες και οι τρόποι επικοινωνίας, το εκπαιδευτικό και επαγγελματικό υπόβαθρο των ατόμων με απώλεια ακοής, καθώς και οι πολιτισμικές

ταυτότητες και προοπτικές, όπως η ένταξη στην Κοινότητα των Κωφών ή η αυτοαντίληψη σχετικά με την ακοή και την επικοινωνία (ASHA, χ.χ.). Ωστόσο, για την περιγραφή των ατόμων με ακουστική αναπηρία, οι δύο βασικοί όροι που υιοθετούνται συχνότερα «βαρηκοΐα» και «κώφωση», ορίζονται ξεχωριστά από τον Εκπαιδευτική Νομοθεσία για τα Ατομα με Αναπηρία (Individuals with Disabilities Education Act-IDEA). Πιο συγκεκριμένα, ως κώφωση νοείται η διαταραχή της ακοής, που είναι τόσο σοβαρή ώστε το παιδί δεν μπορεί να επεξεργαστεί γλωσσικές πληροφορίες μέσω της ακοής, με ή χωρίς ενίσχυση, η οποία επηρεάζει αρνητικά τις εκπαιδευτικές του επιδόσεις. Η βαρηκοΐα ορίζεται ως διαταραχή της ακοής, μόνιμη ή κυμαινόμενη, η οποία επηρεάζει αρνητικά τις εκπαιδευτικές επιδόσεις του παιδιού (U.S. Department of Education, 2004). Έτσι, η κώφωση μπορεί να θεωρηθεί ως μια κατάσταση που εμποδίζει το άτομο να λαμβάνει τον ήχο σε όλες ή τις περισσότερες μορφές του. Αντίθετα, ένα άτομο με βαρηκοΐα μπορεί γενικά να ανταποκριθεί σε ακουστικά ερεθίσματα, συμπεριλαμβανομένης της ομιλίας (National Association of Special Education Teachers, χ.χ.).

Η ακουστική αναπηρία μπορεί να προκληθεί από βλάβη σε ένα ή περισσότερα τμήματα του ακουστικού μηχανισμού, δηλαδή σε οποιοδήποτε τμήμα του περιφερικού και του κεντρικού ακουστικού συστήματος (Bhargava, χ.χ.). Με βάση τον τύπο και την αιτία της ακουστικής απώλειας, η βαρηκοΐα διακρίνεται σε αγωγήμη, νευροαισθητήρια, μικτή και κεντρική διαταραχή της ακουστικής επεξεργασίας, με τη νευροαισθητήρια βαρηκοΐα που σχετίζεται με την ηλικία (πρεσβυακουσία) να είναι ο πιο κοινός τύπος στους ενήλικες (Löhler et al. 2019· Michels, Duffy, & Rogers, 2019). Οι κύριες αιτίες είναι εκφυλιστικές διεργασίες που συνδέονται με τη γήρανση, γενετικές μεταλλάξεις, λοιμώξεις του αυτιού, έκθεση σε θόρυβο, έκθεση σε θεραπευτικά φάρμακα που έχουν ωτοτοξικές παρενέργειες και χρόνιες παθήσεις (όπως παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης) και άλλοι παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα (Cunningham & Tucci, 2017· WHO, 2018). Άλλοι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την απώλεια ακοής, όπως η ερυθρά και η μηνιγγίτιδα, μειώνονται σε κάποιες περιοχές, αλλά δεν ισχύει το ίδιο σε όλα τα μέρη του κόσμου (WHO, 2018).

Η ακουστική αναπηρία συνδέεται στενά με σοβαρά επικοινωνιακά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Η κύρια επίπτωσή της είναι η μειωμένη επικοινωνία (Cunningham & Tucci, 2017). Η δυσκολία στην ακρόαση της ομιλίας επηρεάζει αρνητικά την κοινωνική συμμετοχή και τις διαπροσωπικές σχέσεις, ενώ μπορεί να

δημιουργήσει δυσκολίες και στον εργασιακό χώρο. Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι συνδέεται με μείωση της γνωστικής λειτουργίας, αυξημένα επίπεδα άγχους και αυξημένο κίνδυνο για χαμηλότερη ποιότητα ζωής, εμφάνιση άνοιας και κατάθλιψης. (Contrera et al., 2017. Li et al., 2014. Zheng et al., 2017. Wei et al., 2018)

1.2 Χρόνιες Παθήσεις

Οι χρόνιες παθήσεις αφορούν καταστάσεις υγείας που επιμένουν για διάστημα μεγαλύτερο του ενός έτους και είτε απαιτούν συνεχή ιατρική φροντίδα, είτε περιορίζουν τη λειτουργικότητα στην καθημερινότητα του ατόμου, είτε και τα δύο. Συχνά απαιτούν μακροχρόνια παρακολούθηση, αλλαγές στον τρόπο ζωής και διαρκή υποστήριξη (Centers for Disease Control and Prevention, 2023). Η Μείζονα Νευρογνωστική Διαταραχή ανήκει σε αυτή την κατηγορία παθήσεων.

1.2.1 Μείζονα Νευρογνωστική Διαταραχή

Οι πιο πρόσφατες εκτιμήσεις του 2020 δείχνουν ότι περισσότεροι από 55 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως ζουν με άνοια. Οι εκτιμήσεις προβλέπουν ότι ο αριθμός των ατόμων με άνοια θα αυξηθεί σε 78 εκατομμύρια το 2030 και σε 139 εκατομμύρια το 2050, κυρίως λόγω της γήρανσης του πληθυσμού (Alzheimer's Disease International, 2021). Ο όρος «άνοια» προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό «ἀ» (στερητικό) και τη λέξη «νοῦς», που σημαίνει απώλεια του νου (Σακκά et al., 2014). Πλέον, σύμφωνα με το DSM-5-TR δεν χρησιμοποιείται ο όρος άνοια, αλλά έχει αντικατασταθεί από τον όρο «μείζων νευρογνωστική διαταραχή» (MND) (APA, 2022).

Η MND χαρακτηρίζεται από σημαντική γνωστική έκπτωση σε έναν ή περισσότερους γνωστικούς τομείς (σύνθετη προσοχή, εκτελεστική λειτουργία, μάθηση και μνήμη, γλώσσα, αντιληπτικο-κινητική ή κοινωνική γνώση), η οποία αντιπροσωπεύει μια αλλαγή σε σχέση με το προηγούμενο επίπεδο γνωστικής ικανότητας του ασθενούς και επηρεάζει την ανεξαρτησία του στις καθημερινές

δραστηριότητες (όπως η πληρωμή λογαριασμών ή η διαχείριση φαρμάκων). Η διαταραχή δεν μπορεί να αποδοθεί αποκλειστικά σε παραλήρημα ή άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, σχιζοφρένεια) (APA, 2022). Παρότι ο όρος άνοια εξακολουθεί να χρησιμοποιείται συχνά στην κοινωνία και την ιατρική βιβλιογραφία, αλλά και στους αιτιολογικούς υποτύπους της ΜΝΔ, ο ορισμός της ΜΝΔ είναι πιο ευρύς (Emmady, Schoo, & Tadi, 2022). Η διάγνωση της μπορεί να τεθεί με την παρουσία σημαντικής γνωστικής έκπτωσης σε έναν μόνο γνωστικό τομέα, ενώ η διάγνωση της ΜΝΔ στο ICD-11, απαιτεί πολλαπλά γνωστικά ελλείμματα (APA, 2022· World Health Organization, 2024).

Η ΜΝΔ μπορεί να προκύψει από ποικίλες εκφυλιστικές νευρολογικές ασθένειες, αγγειακά, τραυματικά, νεοπλασματικά, λοιμώδη ή τοξικά-μεταβολικά αίτια (Emmady et al., 2022). Ταυτόχρονα, μη γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου, όπως η ηλικία, το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, η βαρνηκοΐα και η απώλεια όρασης, η υπέρταση, η κατάθλιψη, οι περιορισμένες κοινωνικές συναναστροφές, η παχυσαρκία, η σωματική αδράνεια, ο διαβήτης, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και οι διατροφικές συνήθειες φαίνεται να επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης ΜΝΔ (Livingston et al., 2024· Σακκά et al., 2014).

Ανάλογα με την αιτιολογία της, η ΜΝΔ διακρίνεται σε διάφορες κατηγορίες, συμπεριλαμβανομένων των ΜΝΔ οφειλόμενων σε νόσο Alzheimer, σε μετωποκροταφική εκφύλιση, σε νόσο με σωμάτια Lewy, σε αγγειακή νόσο, σε τραυματική εγκεφαλική βλάβη (ΤΕΒ), σε χρήση ουσιών ή φαρμάκων, σε λοίμωξη από τον ιό HIV, σε νόσο Prion, σε νόσο του Parkinson, σε νόσο του Huntington και σε άλλη ιατρική κατάσταση, πολλαπλής αιτιολογίας και απροσδιόριστης αιτιολογίας (APA, 2022). Οι πιο συχνές υποκατηγορίες ΜΝΔ είναι η οφειλόμενη σε νόσο Alzheimer, σε αγγειακή νόσο, σε νόσο με σωμάτια Lewy και σε μετωποκροταφική εκφύλιση, με τη ΜΝΔ που οφείλεται στη νόσο Alzheimer να αντιπροσωπεύει το 60-80% των περιπτώσεων (Alzheimer's Association, χ.χ.· McDonald, 2017).

Στα αρχικά στάδια, τα άτομα μπορεί να διατηρούν σε έναν βαθμό την ικανότητα να επικοινωνούν, ωστόσο όσο η νόσος εξελίσσεται, οι δυσκολίες επιτείνονται, καθιστώντας την καθημερινή επικοινωνία ιδιαίτερα απαιτητική (Holst & Hallberg, 2003). Τα άτομα με ΜΝΔ αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην παραγωγή και κατανόηση γλωσσικών πληροφοριών, καθώς οι δυνατότητες επεξεργασίας της μνήμης,

όπως της δηλωτικής μνήμης και της μνήμης εργασίας, επηρεάζονται σημαντικά. Οι δυσκολίες αυτές εντείνονται από ελλείμματα στις γνωστικές διεργασίες αντίληψης, αναγνώρισης, προσοχής και μνήμης, καθώς και από υποβάθμιση της γλώσσας (Bayles, McCullough, & Tomoeda, 2020). Ωστόσο, οι συνέπειες της ΜΝΔ εκτείνονται πέρα από τη γνωστική έκπτωση, με σημαντικό αντίκτυπο σε διάφορους τομείς της ζωής των ατόμων, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητάς τους να ολοκληρώνουν με επιτυχία τις καθημερινές τους δραστηριότητες και να συμμετέχουν στη ζωή, να επικοινωνούν αποτελεσματικά με τους άλλους και να διατηρούν κοινωνικές σχέσεις (όπ. αναφ. στο Górska, Forsyth, & Maciver, 2018). Αυτές οι δυσκολίες, επηρεάζουν όχι μόνο την καθημερινότητα των ατόμων με ΜΝΔ, αλλά και τις οικογένειές τους, καθώς και την κοινότητα (Krishna, Shivakumar, & Amanullah, 2018).

Τα άτομα που ζουν με ΜΝΔ βιώνουν ένα εύρος συναισθημάτων, συχνά αντικρουόμενων, όπως άγχος, ανασφάλεια, φόβο για την απώλεια ελέγχου της ζωής τους, απογοήτευση και αβεβαιότητα για το μέλλον. Πολλοί περνούν περιόδους κατάθλιψης, αισθάνονται απελπισία ή γίνονται απαθείς (Górska et al., 2018· Holst & Hallberg, 2003). Ο βαθμός ελέγχου που διατηρούν στις αποφάσεις που τους αφορούν αποτελεί έναν μεγάλο προβληματισμό για τα άτομα με ΜΝΔ. Συχνά, άλλοι αναλαμβάνουν να πάρουν αποφάσεις για λογαριασμό τους, περιορίζοντας την αυτονομία και την ανεξαρτησία τους. Η διατήρηση του ελέγχου στις προσωπικές τους αποφάσεις συνδέεται στενά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής τους (Fetherstonhaugh, Tarzia, & Nay, 2013). Επιπλέον, η αποστασιοποίηση από δραστηριότητες αποτελεί συχνό φαινόμενο, καθώς η απώλεια δεξιοτήτων, η μειωμένη αυτοπεποίθηση και η έλλειψη υποστήριξης εμποδίζουν τη συμμετοχή τους στην καθημερινή ζωή, εντείνοντας έτσι την κοινωνική απομόνωση (Górska et al., 2018). Συνεκτιμώντας τα παραπάνω, είναι προφανές πως η ενίσχυση της αυτονομίας και της ανεξαρτησίας των ατόμων με ΜΝΔ, καθώς και η υποστήριξη της κοινωνικής τους συμμετοχής, είναι κρίσιμες για την ευημερία και την ποιότητα ζωής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

2.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός

Η επικοινωνία αναφέρεται στη διαδικασία αποστολής και λήψης (ανταλλαγής) μηνυμάτων, πληροφοριών, ιδεών, απόψεων ή συναισθημάτων. Είναι ένας ευρύτερος όρος που δεν περιλαμβάνει μόνο την υλική πλευρά της παραγωγής του λόγου και τη συμβολική φύση του λόγου, αλλά και οποιαδήποτε συμπεριφορά ή δράση που μεταφέρει ένα μήνυμα (Reed, 2021· Smith & Tyler, 2019). Αν και τις περισσότερες φορές αυτή η ανταλλαγή γίνεται στη βάση ενός γλωσσικού κώδικα, η επικοινωνία μπορεί να είναι και μη γλωσσική, όταν χρησιμοποιούνται άλλα συστήματα συμβόλων, όπως η μαθηματική σημειογραφία, η νοηματική γλώσσα ή άλλα εναλλακτικά συστήματα επικοινωνίας (Bayles et al., 2020· Νικολόπουλος, 2016). Όπως έχει ήδη επισημανθεί, άτομα με αναπηρία ή χρόνιες παθήσεις αντιμετωπίζουν ποικίλες προκλήσεις στην επικοινωνία τους, γεγονός που επηρεάζει την ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο και τη ποιότητα ζωής τους.

Στο πλαίσιο αυτό, η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα ίδια τα άτομα αντιλαμβάνονται την επικοινωνιακή τους ικανότητα αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Η αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας (self-perceived communication ability) αφορά την προσωπική εκτίμηση ενός ατόμου σχετικά με την ικανότητά του να επικοινωνεί αποτελεσματικά σε διάφορα περιβάλλοντα (Douglas, 2000). Δεν πρόκειται για μια αντικειμενική μέτρηση δεξιοτήτων, αλλά για μια υποκειμενική εκτίμηση αναφορικά με το πόσο ικανό αισθάνεται ένα άτομο να επικοινωνεί σε διάφορα πλαίσια επικοινωνίας. Στη διεθνή βιβλιογραφία, ο όρος εμφανίζεται συχνά σε συνάρτηση ή ακόμη και ως συνώνυμος με όρους όπως η αυτοαντιλαμβανόμενη επικοινωνιακή επάρκεια (self-perceived communication competence), η επάρκεια κοινωνικής επικοινωνίας (social communication competence) ή οι δυσκολίες στην κοινωνική επικοινωνία (social communication difficulties (Douglas, 2010).

Σύμφωνα με τους McCroskey και McCroskey (1988) η αυτοαντιλαμβανόμενη επικοινωνιακή επάρκεια (self-perceived communication competence - SPCC) αφορά την αξιολόγηση του ατόμου ως προς την εμπιστοσύνη του στην ικανότητά του να επικοινωνεί. Η έννοια αυτή, διαφέρει από την έννοια της επικοινωνιακής επάρκειας (communication competence), η οποία ορίζεται ως «η επαρκής ικανότητα να μεταδίδει ή να δίνει κανείς πληροφορίες, η ικανότητα να κάνει κανείς γνωστές τις πληροφορίες μιλώντας ή γράφοντας» (McCroskey, 1984). Βέβαια, ο ορισμός αυτός έχει δεχθεί κριτική καθώς περιορίζει την επικοινωνία στις διαδικασίες της ομιλίας και της γραφής, ενώ στην πραγματικότητα πρόκειται για μια σύνθετη διαδικασία. Η επικοινωνιακή επάρκεια έχει οριστεί επίσης και ως η ικανότητα λειτουργικής επικοινωνίας μέσα στο φυσικό περιβάλλον και η επαρκής κάλυψη των καθημερινών αναγκών επικοινωνίας (Light, 1989). Η διαφορά των δύο εννοιών έγκειται στο ότι η SPCC, σε αντίθεση με την επικοινωνιακή επάρκεια, δεν εστιάζει στο αν κάποιος έχει τις δεξιότητες, αλλά στο κατά πόσο πιστεύει ότι τις έχει.

Επιπλέον, η έννοια της αυτοαντιλαμβανόμενης επικοινωνιακής ικανότητας συνδέεται στενά με τη θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας. Σύμφωνα με τον Bandura (1977), η αυτοαποτελεσματικότητα αφορά τις πεποιθήσεις ενός ατόμου σχετικά με την ικανότητά του να εκτελεί συγκεκριμένες συμπεριφορές, και όχι την αντικειμενική δεξιότητα. Οι πεποιθήσεις αυτές επηρεάζουν τη σκέψη, την αυτοεκτίμηση, την κινητοποίηση, ακόμη και τις καταστάσεις στις οποίες επιλέγει να εμπλακεί το άτομο (Bandura, 1989). Όπως επισημαίνουν οι Rubin, Martin, Bruning και Powers (1993), η αυτοαποτελεσματικότητα μπορεί να προβλέψει την εκτίμηση που έχει κάποιος για την ικανότητά του να επικοινωνεί αποτελεσματικά, ιδιαίτερα σε διαπροσωπικά πλαίσια. Συνεπώς, η αυτοαντιλαμβανόμενη επικοινωνιακή ικανότητα μπορεί να θεωρηθεί ως εφαρμογή της έννοιας της αυτοαποτελεσματικότητας στον τομέα της επικοινωνίας.

Στην περίπτωση ατόμων με αναπηρία, η αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς μπορεί να επηρεάζεται όχι μόνο από τις πραγματικές δυσκολίες στην επικοινωνία, αλλά και από κοινωνικούς, ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

2.2 Επιπτώσεις της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας στη ζωή των ατόμων με αναπηρία

Οι επικοινωνιακές δυσκολίες μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την αποδοτικότητα και την κοινωνική ενσωμάτωση, τη συναισθηματική λειτουργία και την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία (Struchen et al., 2008). Οι McCroskey και McCroskey (1988) υποστηρίζουν ότι τα άτομα κάνουν επικοινωνιακές επιλογές με βάση την αυτοαντίληψή τους για την ικανότητά τους να επικοινωνούν, ανεξάρτητα από την αντικειμενική επικοινωνιακή τους ικανότητα (Werle, Winters, & Byrd, 2021). Ειδικότερα, όταν τα άτομα πιστεύουν ότι είναι λιγότερο ικανά στην επικοινωνία, μπορεί να υιοθετήσουν ποικίλες επικοινωνιακές συμπεριφορές, όπως μειωμένη λεκτική παραγωγή και αυξημένη επιφυλακτικότητα κατά την επικοινωνία, συμπεριφορές που ενισχύουν αυτή την πεποίθησή τους για την επικοινωνιακή τους ικανότητα. Παράλληλα, αυτές οι επικοινωνιακές συμπεριφορές ενδέχεται να μεταφέρουν την εικόνα ανεπαρκούς επικοινωνιακής ικανότητας του ατόμου και στους άλλους συνομιλητές (Werle et al., 2021)

Άτομα που τραυλίζουν όχι μόνο αναφέρουν αρνητικές στάσεις και αρνητικό αντίκτυπο του τραυλισμού, αλλά επίσης αναφέρουν σοβαρότερο συνολικό αντίκτυπο του τραυλισμού με αυξημένη αρνητική σκέψη για τον εαυτό τους, τις ικανότητες και τις εμπειρίες τους (Tichenor & Yaruss, 2020). Αντίθετα, καλύτερη αυτοαντίληψη της επικοινωνιακής ικανότητας προβλέπει λιγότερο σοβαρές συνολικές επιπτώσεις του τραυλισμού στην επικοινωνία και στην ποιότητα ζωής (Werle et al., 2021).

Επιπλέον, διαφορές στην αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας επιφέρουν σημαντικές επιπτώσεις στη συμμετοχή των ατόμων σε καθημερινές επικοινωνιακές καταστάσεις. Σύμφωνα με τους Jin, Baylor και Yorkston (2021), τα άτομα που αντιλαμβάνονται σοβαρότερες δυσκολίες φώνησης ή ομιλίας και συγκεκριμένα τα άτομα με διαταραχές φώνησης, αναφέρουν μεγαλύτερους περιορισμούς στην συμμετοχή σε επικοινωνιακές καταστάσεις συγκριτικά με άλλες ομάδες διαταραχών, ενώ μεταβλητές όπως η αντιλαμβανόμενη προσπάθεια και η ανθεκτικότητα επηρεάζουν διαφορετικά τη συμμετοχή στην επικοινωνία, ανάλογα με το είδος της διαταραχής. Αυτό υποδηλώνει ότι η επικοινωνιακή ικανότητα όπως τη βιώνει το ίδιο το άτομο δεν έχει απλώς εσωτερικό χαρακτήρα, αλλά επηρεάζει

γενικότερα την κοινωνική του δραστηριότητα και αλληλεπίδραση, ανάλογα με τη διαταραχή.

Σε πρόσφατη μελέτη που συμμετείχαν άτομα με διαταραχές επικοινωνίας, η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με ακουστική αναπηρία ή προβλήματα λόγου και ομιλίας (83%) ανέφερε ότι οι δυσκολίες επικοινωνίας τους έχουν επηρεάσει τη ζωή τους και σχεδόν οι μισοί (49%) δήλωσαν ότι έχουν επηρεαστεί σημαντικές σχέσεις τους. Συγκρίνοντας τις δύο ομάδες, τα άτομα που αντιμετωπίζουν γλωσσικές δυσκολίες ανέφεραν μεγαλύτερες επιπτώσεις στη ζωή και τις σχέσεις τους (ASHA, 2024). Αναφορικά με την αντίληψη των επικοινωνιακών τους δυσκολιών, σχεδόν τα τρία τέταρτα των συμμετεχόντων (73%) δήλωσαν ότι είναι σε θέση να επικοινωνούν αποτελεσματικά, ενώ περισσότεροι από τους μισούς (58%) ανέφεραν πως οι άνθρωποι γύρω τους δείχνουν κατανόηση και υπομονή. Ωστόσο, ένα σημαντικό ποσοστό (60%) ανέφερε ότι αισθάνεται έντονο άγχος σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και θα επιθυμούσε μεγαλύτερη διάθεση εξυπηρέτησης και κατανόηση από τους άλλους. Επιπλέον, το 38% ανέφερε αισθήματα ανεπάρκειας και απομόνωσης, σχεδόν το 30% ένιωθε ότι κρίνεται αρνητικά, ενώ περίπου το ένα τέταρτο ανέφερε πως το περιβάλλον του το θεωρεί λιγότερο ικανό ή ότι του έχει αποδώσει αρνητικές ταμπέλες. Τα δεδομένα αυτά συνδέουν στενά την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας με τη συναισθηματική εμπειρία των ατόμων, αναδεικνύοντας τις κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της (ASHA, 2024).

Συμπερασματικά, η αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας φαίνεται να συνδέεται όχι μόνο με την προσωπική λειτουργικότητα, αλλά και με την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, τη συναισθηματική ευεξία και τη συνολική συμμετοχή σε κοινωνικές και επικοινωνιακές αλληλεπιδράσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ

3.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός

Η έννοια του κέντρου ελέγχου αποτελεί αντικείμενο ενδιαφέροντος για ψυχολόγους και άλλους επιστήμονες συμπεριφοράς και κοινωνικούς επιστήμονες που ασχολούνται με την προσωπικότητα και την ψυχοπαθολογία (Lefcourt, 2014). Πρόκειται για μια έννοια της προσωπικότητας που προτάθηκε αρχικά από τον Rotter (1966), στο πλαίσιο της Θεωρίας Κοινωνικής Μάθησης (Beretvas, Suizzo, Durham, & Yarnell, 2008). Σύμφωνα με τον Rotter (1966) το κέντρο ελέγχου ορίζεται ως «ο βαθμός στον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται ότι μια ανταμοιβή προκύπτει ή εξαρτάται από τη δική του συμπεριφορά ή τα δικά του χαρακτηριστικά έναντι του βαθμού στον οποίο αισθάνεται ότι η ανταμοιβή ελέγχεται από δυνάμεις εκτός του εαυτού του και μπορεί να συμβεί ανεξάρτητα από τις δικές του ενέργειες».

Η έννοια αυτή αντανακλά μια γενικευμένη διαρκή προσδοκία ή πεποίθηση του ατόμου σχετικά με το πόσο ανταποκρινόμενο και ελεγχόμενο είναι το περιβάλλον (Wang & Lv, 2017). Σύμφωνα με τη Θεωρία Κοινωνικής Μάθησης, όταν μια συμπεριφορά ενισχύεται, αυξάνεται η προσδοκία ότι αυτή η συμπεριφορά θα ενισχυθεί με παρόμοιο τρόπο στο μέλλον. Με την πάροδο του χρόνου τα άτομα καταλήγουν σε ένα συμπέρασμα σχετικά με το είδος της συμπεριφοράς που θα οδηγήσει σε επιθυμητά (ή ανεπιθύμητα) αποτελέσματα και αναπτύσσουν προσδοκίες για μελλοντικές αλληλεπιδράσεις και ανταλλαγές (Beretvas et al., 2008). Επεκτείνοντας τη θεωρία αυτή, ο Rotter κατέληξε στο συμπέρασμα ότι εάν το άτομο πιστεύει πως η έκβαση των γεγονότων είναι πέρα από τον έλεγχό του, αυτή η σχέση συμπεριφοράς-αποτελέσματος αποδυναμώνεται (Galvin, Randel, Collins, & Johnson, 2018).

Ανάλογα με το βαθμό στον οποίο τα άτομα θεωρούν προσωπική τους ευθύνη την έκβαση που θα έχουν τα γεγονότα της ζωής τους, ο Rotter διαχωρίζει τους ανθρώπους, σε αυτούς που έχουν εσωτερικό και σε αυτούς που έχουν εξωτερικό κέντρο ελέγχου (Λουμάκου, 1989).

3.1.1 Εσωτερικό κέντρο ελέγχου

Τα άτομα με εσωτερικό κέντρο ελέγχου αισθάνονται ότι ελέγχουν τα γεγονότα της ζωής τους και θεωρούν ότι η συμπεριφορά και οι προσωπικές τους ενέργειες μπορούν να επιφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα (Allen, Weeks, & Moffitt, 2005· Rotter, 1966· Spector, 1982). Αντιλαμβάνονται τα «κερδισμένα» αποτελέσματά τους ως άμεση απόρροια της προσπάθειας που καταβάλλουν οι ίδιοι (Galvin et al., 2018). Αυτή η αίσθηση ελέγχου στον καθορισμό της πορείας της ζωής τους ενδέχεται να αυξάνει την αυτοπεποίθησή τους, την προσήλωση στους στόχους που θέτουν και την αντίληψη ότι ελέγχουν τη μοίρα τους, ενισχύει την ευτυχία, μειώνει το άγχος και συμβάλλει σε μια γενικότερη αίσθηση ευημερίας, αυξημένη ψυχολογική ανθεκτικότητα και πιο θετική αυτοαντίληψη (Erdilek Karabay, Akyuz, & Elçi, 2016· Gray-Stanley et al., 2010· Ng et al., 2006). Η πίστη στον εαυτό τους και όχι σε εξωτερικούς παράγοντες, βοηθάει τα άτομα να διαχειρίζονται πιο αποτελεσματικά τις δυσκολίες της καθημερινότητας, να υιοθετούν ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης και μειώνει τα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Gray-Stanley et al., 2010). Επιπλέον, τα άτομα με αυτόν τον τύπο κέντρου ελέγχου θεωρείται ότι είναι περισσότερο προσανατολισμένα στην επιτυχία, κοινωνικά, ικανά και ανεξάρτητα, ενώ επιδιώκουν διαρκώς την προσωπική τους ανάπτυξη όσον αφορά τον έλεγχο και είναι λιγότερο ευάλωτα στην κοινωνική επιρροή (Basım, Çetin, & Meydan, 2009· Spyridaki & Galanakis, 2022).

3.1.2 Εξωτερικό κέντρο ελέγχου

Αντίθετα, τα άτομα που αποδίδουν την έκβαση των γεγονότων σε εξωτερικούς παράγοντες, όπως ενέργειες άλλων προσώπων, παράγοντες του περιβάλλοντος ή στην τύχη, έχουν εξωτερικό κέντρο ελέγχου (Rotter, 1966· Spector, 1982). Αυτός ο τύπος κέντρου ελέγχου είναι πιο σύνθετος καθώς σχετίζεται με την αντίληψη ότι η προσωπική προσπάθεια έχει περιορισμένη επίδραση στην τελική έκβαση των αποτελεσμάτων. Κατά συνέπεια, άτομα με εξωτερικό κέντρο ελέγχου είναι πιο πιθανό να θεωρούν τους εαυτούς τους θύματα των περιστάσεων και του περιβάλλοντος, να επηρεάζονται έντονα από τα κοινωνικά ζητήματα και να

επιδεικνύουν καχύποπτες και ανασφαλείς συμπεριφορές (Basim et al., 2009· Spyridaki & Galanakis, 2022). Έχουν την τάση να κατακλύζονται από αρνητικότητα, χαρακτηρίζονται από έλλειψη προσδοκίας επιτυχίας, διατηρούν παθητική στάση, δεν επιδιώκουν να αποτρέψουν κάποια αποτελέσματα και τείνουν να εγκαταλείπουν την προσπάθεια σε δύσκολες καταστάσεις αντί να αναζητούν στρατηγικές επίλυσης των προβλημάτων (Galvin et al., 2018; Ng et al., 2006· Spyridaki & Galanakis, 2022).

Τα χαρακτηριστικά αυτά συνοδεύονται από άγχος, αισθήματα αδυναμίας, ντροπής και θλίψης, ενώ παράλληλα κάνουν τα άτομα επιρρεπή στην κατάθλιψη καθώς και σε άλλα προβλήματα υγείας (Erdilek Karabay et al., 2016· Khan, Saleem, & Shahid, 2012).

3.2 Κέντρο ελέγχου και αναπηρία

Ορισμένα εγγενή χαρακτηριστικά των ατόμων μπορούν είτε να τα προστατεύσουν είτε να τα καταστήσουν πιο ευάλωτα ψυχολογικά σε δύσκολες καταστάσεις της ζωής, συμπεριλαμβανομένων και των καταστάσεων αναπηρίας ή χρόνιων παθήσεων. Μεταξύ αυτών, το κέντρο ελέγχου ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, έχει μελετηθεί εκτενώς στο πεδίο των επιστημών υγείας και έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για την προσαρμογή σε χρόνιες καταστάσεις, τη συμμόρφωση στη θεραπεία, αλλά και για την έκβαση των αποτελεσμάτων της (Bijoux Leist & Leist, 2022· Halse, Bjørkløf, Engedal, Selbæk, & Barca, 2022· Janowski, Kurpas, Kusz, Mroczek, & Jedynek, 2013· McDonough & Quesal, 1988).

Η βιβλιογραφία τείνει να συνδέει ένα εσωτερικό κέντρο ελέγχου με θετικότερη ψυχολογική προσαρμογή, αυξημένη ψυχολογική ανθεκτικότητα, καλύτερη λειτουργικότητα και ενεργητικές συμπεριφορές (Bijoux Leist & Leist, 2022). Ειδικότερα, πιστεύεται ότι το εσωτερικό κέντρο ελέγχου λειτουργεί ως ψυχολογικός προστατευτικός παράγοντας έναντι πολλών αρνητικών γεγονότων, με μελέτες να υποστηρίζουν ότι τα άτομα με αυτόν τον τύπο κέντρου ελέγχου υποφέρουν λιγότερο από σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές, όπως χρόνια κατάθλιψη και διαταραχή

μετατραυματικού στρες, ενώ αναφέρουν γενικά υψηλότερη ευημερία (Buddelmeyer & Powdthavee, 2017· Erdilek Karabay et al., 2016). Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η μελέτη των Musich et al. (2022) σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω με χρόνιες παθήσεις. Τα άτομα με ισχυρό εσωτερικό κέντρο ελέγχου εμφάνισαν μειωμένη ένταση πόνου, γεγονός που υποδηλώνει ότι η πεποίθηση πως μπορούν να ελέγχουν οι ίδιοι την κατάσταση, ενισχύει την ικανότητά τους να διαχειρίζονται τον πόνο και να προσαρμόζονται στη χρόνια πάθηση.

Ωστόσο, υπάρχουν μερικές ενδείξεις ότι σε περιπτώσεις χρόνιων παθήσεων ή σοβαρών αναπηριών, η υιοθέτηση ενός εξωτερικού κέντρου ελέγχου μπορεί επίσης να λειτουργεί προσαρμοστικά (Bijoux Leist & Leist, 2022· Halse et al., 2022). Σε δύσκολες καταστάσεις, η απόδοση του ελέγχου σε εξωτερικούς παράγοντες (όπως στους επαγγελματίες ή στο περιβάλλον υποστήριξης) μπορεί να συνδέεται με βελτιωμένες συμπεριφορές αυτοφροντίδας και θετικότερη αντίληψη της ποιότητας ζωής. Αυτή η υπόθεση αντικρούει την παραδοχή ότι ένα εσωτερικό κέντρο ελέγχου συνδέεται πάντα με την υιοθέτηση αποτελεσματικότερων στρατηγικών αντιμετώπισης (Büssing, Ostermann, Neugebauer, & Heusser, 2010).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των Budyakova, Baturkina και Nizhnik (2021) η οποία αναδεικνύει την πολύπλοκη σχέση μεταξύ του κέντρου ελέγχου και της αναπηρίας. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι ενώ το εξωτερικό κέντρο ελέγχου είναι πιο συχνό σε όσους έχουν βιώσει επανειλημμένες αποτυχίες (π.χ. άτομα με μαθησιακές δυσκολίες), αυτό δεν ισχύει για όλα τα άτομα με αναπηρία. Προτείνουν πως ένα μικτό κέντρο ελέγχου, που δίνει έμφαση τόσο στην προσωπική ευθύνη όσο και στην αξία της υποστήριξης από άλλους, μπορεί να είναι πιο ευεργετικό για την προώθηση της προσαρμογής, της ανθεκτικότητας και της ικανοποίησης στα άτομα με αναπηρίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ

4.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός

Οι άνθρωποι διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό μεταξύ τους ως προς τον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζουν τον κόσμο. Η αισιοδοξία (dispositional optimism) αποτελεί μια γενικευμένη προσδοκία ότι στο μέλλον θα συμβούν περισσότερο θετικά παρά αρνητικά γεγονότα (Scheier & Carver, 1985). Ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας αφορά στην προσαρμοστική λειτουργία ενός ατόμου να διατηρεί θετικές προσδοκίες ακόμη και όταν αντιμετωπίζει αντιξοότητες, ενώ ως έννοια, η αισιοδοξία αφορά στην αντίληψη και στα κίνητρα που διαθέτει το άτομο για να αντιμετωπίσει ένα γεγονός μέσω της προσπάθειάς του (Θεοδωρακοπούλου et al., 2024). Συχνά συγχέεται με άλλες έννοιες, όπως η ελπίδα, το στυλ απόδοσης αιτιών και η αυτοαποτελεσματικότητα, αλλά διαφοροποιείται από αυτές. Η διαφορά της έγκειται στο ότι εστιάζει στις γενικευμένες θετικές προσδοκίες για μελλοντικά αποτελέσματα, ανεξαρτήτως του τρόπου με τον οποίο θα επιτευχθούν αυτά (Carver & Scheier, 2014).

Η εννοιολόγηση της αισιοδοξίας προήλθε από τη Θεωρία της Αυτορρύθμισης (self-regulation theory) των Carver και Scheier (1998), ένα ολοκληρωμένο μοντέλο της ανθρώπινης συμπεριφοράς που υποστηρίζει ότι όλες οι συμπεριφορές οργανώνονται γύρω από την επιδίωξη στόχων. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, οι άνθρωποι προσπαθούν να ελέγχουν τις συμπεριφορές τους, ή αλλιώς να ρυθμίσουν τους εαυτούς τους, για να μεγιστοποιήσουν την πιθανότητα να επιτευχθούν οι στόχοι που θέτουν (Rand & Shea, 2013). Στο πλαίσιο αυτό, η αισιοδοξία μπορεί να λειτουργήσει ως αυτοεκπληρούμενη προφητεία και να διαμορφώσει την έκβαση των μελλοντικών γεγονότων. Γενικότερα, άνθρωποι που είναι πιο αισιόδοξοι πιστεύεται ότι είναι πιο ευτυχισμένοι, πιο υγιείς και πιο επιτυχημένοι από τους απαισιόδοξους (Rand & Shea, 2013).

4.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την αισιοδοξία

Η αισιοδοξία αποτελεί έναν από τους βασικούς γνωστικούς και συναισθηματικούς πόρους του ατόμου, καθώς συνδέεται με την ικανότητα να διατηρεί θετικές προσδοκίες για το μέλλον, ακόμη και σε συνθήκες δυσκολίας ή αβεβαιότητας. Στο πεδίο της αξιολόγησης της αισιοδοξίας, η ελληνική στάθμιση του εργαλείου «Life Orientation Test-Revised» δεν κατέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ως προς το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο ή την περιοχή κατοικίας (Lyraeos, Damigos, Mavreas, Georgia, & Dimoliatis, 2010).

Πρόκειται για μια σύνθετη έννοια που επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση ατομικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Έχει βρεθεί, για παράδειγμα, ότι οι νεότερες ηλικίες και τα υψηλότερα μορφωτικά επίπεδα συσχετίζονται θετικά με την ύπαρξη αισιόδοξων προσδοκιών (Θεοδωρακοπούλου et al., 2024). Παράλληλα, η σταθερή και υποστηρικτική οικογένεια, ως πηγή ασφάλειας, συναισθηματικής συνέχειας και εμπιστοσύνης, συμβάλλει καθοριστικά στη διαμόρφωση μιας θετικής στάσης απέναντι στο μέλλον. Σε αυτό το πλαίσιο, η αισιοδοξία δεν μπορεί να εξεταστεί ανεξάρτητα από τις ενδοπροσωπικές ψυχολογικές παραμέτρους. Έχει αποδειχθεί ότι η ευγνωμοσύνη, καθώς και η υψηλή αυτοεκτίμηση, λειτουργούν ενισχυτικά ως προς την ανάπτυξη και διατήρησή της (Lestari & Fajar, 2020). Τα άτομα που διαθέτουν τέτοιου είδους θετικά ψυχικά αποθέματα, τείνουν να ερμηνεύουν τις εμπειρίες τους θετικότερα.

Από την άλλη πλευρά, ορισμένα δημογραφικά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά έχουν συσχετιστεί με χαμηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας. Πιο αναλυτικά, άτομα που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες, όπως οι άνεργοι και εκείνοι με χαμηλό εισόδημα, καθώς και άτομα με παχυσαρκία ή καπνιστική συνήθεια, παρουσιάζουν στατιστικά χαμηλότερες τιμές στην κλίμακα αισιοδοξίας (Hinz et al., 2017· Schiavon et al., 2017). Έτσι, η αισιοδοξία προκύπτει ως το αποτέλεσμα ενός δυναμικού συστήματος επιρροών, όπου οι γνωστικές αντιλήψεις του ατόμου αλληλεπιδρούν με το κοινωνικό και οικογενειακό του περιβάλλον.

4.3 Οφέλη της αισιοδοξίας στην αναπηρία

Η διάθεση της αισιοδοξίας έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην ευημερία και την υγεία των ανθρώπων, ενώ μεγαλύτερα επίπεδα αισιοδοξίας έχει βρεθεί ότι προβλέπουν μεγαλύτερη επαγγελματική επιτυχία και καλύτερες κοινωνικές σχέσεις (Carver & Scheier, 2014· Scheier, Carver, & Bridges 2001). Μελέτες υπογραμμίζουν την σημασία της, καθώς λειτουργεί ως ψυχολογικός προστατευτικός μηχανισμός για την διατήρηση της υγείας και επηρεάζει την ανθρώπινη λειτουργικότητα (Karademas, 2006· Lestari & Fajar, 2020· Rasmussen, Scheier, & Greenhouse, 2009). Συνδέεται με ποικίλα και σημαντικά οφέλη για την ψυχική και σωματική υγεία, την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση από τη ζωή των ατόμων. Συσχετίζεται, επίσης, με αυξημένη επιμονή για την επίτευξη των στόχων, καλύτερες στρατηγικές αντιμετώπισης και ταχύτερη ανάρρωση μετά από σοβαρή ασθένεια ή χειρουργική επέμβαση (Hinz et al., 2017· Kreis et al., 2015· Lyrakos et al., 2010). Επιπλέον, η αισιοδοξία θεωρείται βασικό συστατικό της ψυχικής ανθεκτικότητας, καθώς ενισχύει την τάση του ατόμου να διατηρεί ενεργητική στάση, τη χρήση θετικών στρατηγικών αντιμετώπισης και αποτελεσματικότερη ανάκαμψη από στρεσογόνες καταστάσεις (Carver et al., 2010).

Αναφορικά με την υγεία, τα άτομα που διαθέτουν αισιοδοξία στάση ζωής φαίνεται να παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ύπνου, λιγότερο άγχος και λιγότερη δυσαρέσκεια στην καθημερινότητά τους (Θεοδωρακοπούλου et al., 2024). Τα αισιοδόξα άτομα φαίνεται να παρουσιάζουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα και μειωμένα ποσοστά κατάθλιψης, καθώς διαθέτουν καλύτερη προσαρμοστική ικανότητα σε σχέση με τα απαισιόδοξα άτομα και επιτυγχάνουν να διατηρούν σχετικά σταθερή ψυχολογική και σωματική λειτουργία όταν έρχονται αντιμέτωπα με δύσκολες καταστάσεις (Θεοδωρακοπούλου et al., 2024· Zhao, Tong, & Yang, 2022). Επίσης, ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από χρόνια νοσήματα και διαθέτουν αισιοδοξία και ανθεκτικότητα εφαρμόζουν καλύτερες στρατηγικές αντιμετώπισης που επιφέρουν βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και εμφανίζουν πιο ασθενή συμπτώματα. Σε ασθενείς με καρκίνο, έχει διαπιστωθεί πως υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας σε συνδυασμό με υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα συνδέονται με γενικότερη καλύτερη ποιότητα ζωής (Chu et al., 2021).

Σύμφωνα με την Porczyńska-Ciszewska (2019) η αισιοδοξία, μεταξύ άλλων ψυχικών καταστάσεων, είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση των αντιξοοτήτων την αποκατάσταση και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Ειδικότερα, από τη μελέτη της προέκυψε πως η αισιοδοξία λειτουργεί ως σημαντικός μηχανισμός παρακίνησης για τα άτομα με ΝΑ, τα βοηθάει στην επιδίωξη καλύτερων συνθηκών διαβίωσης και στην μείωση του άγχους. Έτσι, σαν χαρακτηριστικό μπορεί να επιδράσει θετικά στην έκβαση της αναπηρίας, στη συμμόρφωση με τη θεραπεία και στη διαμόρφωση ποιοτικότερων συνθηκών καθημερινής διαβίωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

5.1 Μελέτες σχετικά με την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας

5.1.1 Αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας και αναπηρίες

Η αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας φαίνεται πως διαμορφώνεται σημαντικά από την ύπαρξη κάποιας μορφής αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης. Σε πρόσφατη μελέτη της Αμερικανικής Ένωσης Ομιλίας-Λόγου-Ακοής (2024), η οποία εξέτασε το στίγμα που βιώνουν οι Αμερικανοί ενήλικες με διαταραχές επικοινωνίας, διαπιστώθηκε πως άτομα με ακουστική αναπηρία σημείωσαν υψηλότερα ποσοστά αντιλαμβανόμενης επικοινωνιακής επάρκειας (80%) σε σύγκριση με άτομα με προβλήματα λόγου και ομιλίας (49%), τα οποία ανέφεραν και περισσότερες αρνητικές επιπτώσεις των δυσκολιών τους (ASHA, 2024).

Εστιάζοντας στις διαταραχές ροής, τα ευρήματα δείχνουν ότι οι έφηβοι που τραυλίζουν παρουσιάζουν χαμηλότερη αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους που μιλούν με ευχέρεια (Blood & Blood, 2004; Blood, Blood, Tellis, & Gabel, 2001). Συγκεκριμένα, ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερη αυτοαντιλαμβανόμενη επικοινωνιακή επάρκεια για δημόσιες, ομαδικές και δυαδικές συνδιαλλαγές, και ακόμα χαμηλότερη αντιλαμβανόμενη επάρκεια κατά την επικοινωνία με έναν άγνωστο. Αντίστοιχα, οι Werle et al. (2021), υποστηρίζουν πως τα άτομα με τραυλισμό ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερες συνολικές βαθμολογίες στην κλίμακα «Self-Perceived Communication Competence» σε σύγκριση με τους ενήλικες που δεν τραυλίζουν, υποδηλώνοντας ότι αντιλαμβάνονται περισσότερες δυσκολίες που σχετίζονται με την επικοινωνιακή τους επάρκεια. Επιπλέον, συμμετέχοντες με λιγότερο σοβαρές συνολικές επιπτώσεις του τραυλισμού ανέφεραν μεγαλύτερη επικοινωνιακή επάρκεια, ενώ η συχνότητα του τραυλισμού δεν φάνηκε να επηρεάζει την αυτοαντιλαμβανόμενη επικοινωνιακή τους ικανότητα.

Μελέτες έχουν καταγραφεί και σε πληθυσμούς με προβλήματα λόγου και ομιλίας μετά από ΤΕΒ. Στη βιβλιογραφία, κάποιοι ερευνητές αναφέρουν σημαντική υποεκτίμηση των προβλημάτων ή άρνηση των ελλειμμάτων όταν αξιολογούνται από το ίδιο το άτομο, ενώ αρκετοί συγγραφείς αναφέρουν ευρήματα που συνάδουν με την υπερανάφορα προβλημάτων. Επιπλέον, στους ενήλικες με ΤΕΒ, υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η μεγαλύτερη συνειδητοποίηση των ελλειμμάτων μπορεί να αναπτυχθεί με την πάροδο του χρόνου και την επανειλημμένη εμπειρία δυσκολιών σε καταστάσεις καθημερινής ζωής (Douglas, 2010).

Πιο συγκεκριμένα, η Douglas (2010) εξέτασε την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας σε 19 εφήβους με ΤΕΒ και άλλους 19 εφήβους χωρίς διαταραχή που αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι βαθμολογίες της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ήταν σημαντικά υψηλότερες στην ομάδα με ΤΕΒ συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι έφηβοι με ΤΕΒ αντιλαμβάνονταν συχνότερες δυσκολίες στην επικοινωνία. Όμοια, στη μελέτη των Struchen et al. (2008), τα άτομα με ΤΕΒ ανέφεραν σημαντικά μεγαλύτερες δυσκολίες στην επικοινωνία όσον αφορά την έναρξη/συνομιλιακή ροή, την αποτελεσματικότητα των συνομιλιών και τη συνολική βαθμολογία αυτοαντιλαμβανόμενης δυσκολίας επικοινωνίας σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου. Σε άλλη μελέτη, οι Bracy και Douglas (2005) διερεύνησαν διαφορές στις αντιλήψεις επικοινωνιακής ικανότητας μεταξύ ζευγαριών όπου ο σύζυγος είχε ΤΕΒ και ζευγαριών ελέγχου όπου ο σύζυγος είχε ορθοπεδικό τραυματισμό. Τα αποτελέσματα επίσης ανέδειξαν ότι τόσο οι άνδρες με ΤΕΒ όσο και οι σύζυγοί τους αντιλαμβάνονταν σημαντικά περισσότερες δυσκολίες στις διαπροσωπικές επικοινωνιακές δεξιότητες σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

Διερευνώντας την αυτοαντιλαμβανόμενη κοινωνική επάρκεια (self-perceived social competence) σε άτομα με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας, οι Vickerstaff, Heriot, Wong, Lopes και Dossetor (2007) διαπίστωσαν πως τα άτομα με ΔΑΦ αξιολογούν χαμηλότερα την κοινωνική τους επάρκεια συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, γεγονός που υποδηλώνει ότι αντιλαμβάνονται περισσότερες δυσκολίες στην κοινωνική τους λειτουργικότητα. Αν και η μελέτη δεν εστίασε αποκλειστικά στην επικοινωνία, η επικοινωνιακή ικανότητα αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της κοινωνικής λειτουργικότητας. Συνεπώς, τα ευρήματα αυτά μπορούν να συμβάλουν στην κατανόηση του πλαισίου μέσα στο οποίο διαμορφώνεται η αυτοαντιλαμβανόμενη

ικανότητα επικοινωνίας. Αντίστοιχα, η μελέτη των Olthof-Nefkens et al. (2023) σε άτομα με ΜΝΔ κατέδειξε πως είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να αποτυπώνουν βιωματικά τις επικοινωνιακές τους δυσκολίες. Μέσω του εργαλείου «Experienced Communication in Dementia Questionnaire» καταγράφηκαν συναισθήματα άγχους, αποφυγής και μειωμένης εμπιστοσύνης κατά την επικοινωνία, ιδίως σε κοινωνικά πλαίσια.

5.1.2 Παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας

Διάφοροι ατομικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν συνδεθεί με την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας. Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Έχει διαπιστωθεί πως άτομα που αισθάνονται περισσότερο φόβο ή ντροπή κατά την επικοινωνία, τείνουν να αξιολογούν χαμηλότερα την αυτοαντιλαμβανόμενη επικοινωνιακή τους ικανότητα. Αντίθετα, όσοι παρουσιάζουν μεγαλύτερη προθυμία για επικοινωνία, τείνουν να έχουν υψηλότερη αυτοαντίληψη για την επικοινωνιακή τους ικανότητα (Teven, Richmond, McCroskey, & McCroskey, 2010).

Επιπλέον, η αυτοαντίληψη της επικοινωνιακής ικανότητας επηρεάζεται και από κοινωνικές παραμέτρους. Σύμφωνα με τη μελέτη των Abdullah και Eng (2012), άτομα με ακουστική αναπηρία που ήταν επαγγελματικά ενεργά αξιολόγησαν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες σημαντικά υψηλότερα σε σύγκριση με άτομα που δεν εργάζονταν. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η ένταξη σε επαγγελματικό περιβάλλον ενισχύει την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας, πιθανώς λόγω των αυξημένων αναγκών και ευκαιριών κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της καθημερινής χρήσης των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και κατ' επέκταση της ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι η υποστήριξη από το περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει θετικά τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα με αναπηρία αντιλαμβάνονται την ικανότητά τους να επικοινωνούν. Ειδικότερα, σε άτομα με ΤΕΒ, η εκπαίδευση των επικοινωνιακών τους συνομιλητών οδήγησε σε της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας τόσο στα ίδια τα άτομα όσο και στα μέλη της οικογένειάς τους (Togher, McDonald, Tate, Rietdijk, & Power, 2016). Το

εύρημα αυτό δείχνει ότι η υποστήριξη και η ενεργή συμμετοχή του περιβάλλοντος μπορεί να ενισχύσει την εμπιστοσύνη που αισθάνεται το άτομο για την καθημερινή του επικοινωνία.

Αναφορικά με ατομικά χαρακτηριστικά, όπως η σοβαρότητα της αναπηρίας ή των επικοινωνιακών δυσκολιών, τα οποία μπορεί να διαμορφώνουν την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας, τα δεδομένα είναι αμφιλεγόμενα. Υπάρχουν στοιχεία τόσο υπέρ (Blood et al., 2001) όσο και κατά (Erickson & Block, 2013) μιας σχέσης μεταξύ της σοβαρότητας του τραυλισμού και της αυτοαντιλαμβανόμενης επικοινωνιακής επάρκειας, όπως μετράται από την κλίμακα «Self-Perceived Communication Competence» (SPCC). Στη μελέτη των Struchen et al. (2008) η μεγαλύτερη σοβαρότητα του τραυματισμού, συσχετίστηκε με μεγαλύτερη αντιλαμβανόμενη δυσκολία σε ό,τι αφορά την ευαισθησία προς τον συνομιλητή κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας. Σε άλλη μελέτη, η συχνότητα τραυλισμού δεν φάνηκε ότι προβλέπει την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας (Werle, Winters, & Byrd, 2021). Ένα άλλο ατομικό χαρακτηριστικό, που διερευνήθηκε και αφορά τα έτη εκπαίδευσης δεν φάνηκε να επηρεάζει σημαντικά την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας (Struchen et al., 2008).

Άλλες μελέτες αναδεικνύουν πως η αντίληψη της επικοινωνιακής ικανότητας σε άτομα με ΤΕΒ δεν επηρεάζεται αποκλειστικά από τη σοβαρότητα και τα συμπτώματα της διαταραχής, αλλά και από άλλους παράγοντες, όπως το χρονικό διάστημα που έχει μεσολαβήσει από τη βλάβη, η συναισθηματική προσαρμογή του ατόμου και η εμπειρία κοινωνικών αποτυχιών (Douglas, 2010). Ειδικότερα, σε άτομα με ΤΕΒ, οι αυτοαναφορές κατά το πρώτο έτος μετά τον τραυματισμό καταγράφουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενων δυσκολιών σε σύγκριση με τις αναφορές των συγγενών τους, υποδεικνύοντας περιορισμένη επίγνωση (Douglas, 2010; McNeill-Brown & Douglas, 1997). Αντίθετα, σε περιπτώσεις όπου είχαν μεσολαβήσει κατά μέσο όρο επτά έτη από τον τραυματισμό, οι ασθενείς ανέφεραν σημαντικά υψηλότερες αντιλαμβανόμενες δυσκολίες επικοινωνίας (Bracy & Douglas, 2005). Τα δεδομένα αυτά υποστηρίζουν ότι η αυτοαντιλαμβανόμενη δυσκολία στην επικοινωνία τείνει να αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου από την εμφάνιση της αναπηρίας, ενδεχομένως επειδή τα άτομα συσσωρεύουν εμπειρίες αποτυχημένων επικοινωνιακών αλληλεπιδράσεων στην καθημερινότητά τους ή/και επειδή αυξάνεται η αυτοεπίγνωσή τους. Ωστόσο, άλλη μελέτη δεν ανέδειξε την επίδραση του χρονικού

διαστήματος από τον τραυματισμό στην αυτοαντίληψη της επικοινωνιακής ικανότητας (Struchen et al., 2008).

Τέλος, παρά το γεγονός ότι η έννοια της αυτοαντιλαμβανόμενης επικοινωνιακής ικανότητας διαφέρει από αυτήν της αυτοαποτελεσματικότητας (self-efficacy), και οι δύο προσεγγίσεις εστιάζουν στην υποκειμενική εμπιστοσύνη του ατόμου στην ικανότητά του να επικοινωνεί. Σε αυτό το πλαίσιο, η μελέτη των Cuevas, Chen, Vang, και Saladin (2019) σε δείγμα ατόμων με ακουστική αναπηρία ανέδειξε τον ρόλο της αυτοαποτελεσματικότητας στην αντιμετώπιση επικοινωνιακών προκλήσεων. Παράγοντες όπως το μορφωτικό επίπεδο, ο εσωτερικός τρόπος ελέγχου, η κοινωνική υποστήριξη και η επαγγελματική κατάσταση προέκυψαν ως σημαντικοί προβλεπτικοί δείκτες της αυτοαποτελεσματικότητας, επιβεβαιώνοντας ότι η ψυχοκοινωνική εμπειρία αλληλοεπιδρά στενά με την αίσθηση επικοινωνιακής επάρκειας. Σε παρόμοιο πλαίσιο και δεδομένου ότι η επικοινωνία αποτελεί βασικό στοιχείο της κοινωνικής λειτουργικότητας, η διερεύνηση της αυτοαντιλαμβανόμενης κοινωνικής επάρκειας σε άτομα με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας ανέδειξε σημαντικούς δείκτες. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε πως η μεγαλύτερη ηλικία και ο υψηλότερος δείκτης νοημοσύνης προβλέπουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοαντιλαμβανόμενης κοινωνικής επάρκειας (Vickerstaff et al., 2007).

5.2 Μελέτες σχετικά με το κέντρο ελέγχου

Το κέντρο ελέγχου έχει διερευνηθεί σε άτομα με διαφορετικά είδη αναπηρίας και έχουν καταγραφεί σημαντικές διαφοροποιήσεις συγκριτικά με τον τυπικό πληθυσμό. Πολλές μελέτες αναφέρουν ότι οι μαθητές με αναπηρίες τείνουν να έχουν περισσότερο εξωτερικό κέντρο ελέγχου από τους συνομηλίκους τους χωρίς αναπηρία (Shogren, Bovaird, Palmer, & Wehmeyer, 2010). Ειδικότερα, οι Wehmeyer και Palmer (1997) διαπίστωσαν ότι οι μαθητές με γνωστικές δυσκολίες έτειναν να έχουν πιο ισχυρό εξωτερικό κέντρο ελέγχου σε σχέση με τους συνομηλίκους τους χωρίς αναπηρίες, τόσο σε γενικές πτυχές της ζωής τους όσο και σε ακαδημαϊκά ζητήματα. Όμοια, η μελέτη του Knight (1994) ανέδειξε ότι οι μαθητές με ΝΑ έχουν γενικά έναν

πιο εξωτερικό κέντρο ελέγχου σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους χωρίς αναπηρία.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των Shogren et al., 2010, οι οποίοι διερεύνησαν τον προσανατολισμό του κέντρου ελέγχου σε παιδιά και εφήβους με ΝΑ, μαθησιακές δυσκολίες και χωρίς αναπηρία. Τα ευρήματα έδειξαν πως οι συμμετέχοντες με ΝΑ παρουσίαζαν πιο εξωτερικό κέντρο ελέγχου σε σύγκριση με συνομηλίκους τους χωρίς αναπηρία ή με μαθησιακές δυσκολίες, χωρίς να σημειώνεται διαφοροποίηση αναφορικά με την ηλικία. Αντίθετα οι μετρήσεις των μαθητών με μαθησιακές δυσκολίες ή χωρίς αναπηρία κατέδειξαν πως με την αύξηση της ηλικίας το κέντρο ελέγχου τείνει να γίνεται πιο εσωτερικό.

Όσον αφορά τα άτομα με ακουστική αναπηρία, έχει σημειωθεί επίσης μια τάση για πιο εξωτερικό προσανατολισμό του κέντρου ελέγχου. Διερευνώντας τις κοινωνικές δεξιότητες, την ικανοποίηση από τη ζωή και το κέντρο ελέγχου σε μαθητές με φυσιολογική ακοή και σε μαθητές με προβλήματα ακοής, οι Davoudi, Kascani και Honarmand (2014) διαπίστωσαν πως το κέντρο ελέγχου στους μαθητές με προβλήματα ακοής ήταν περισσότερο εξωτερικό.

Αντίστοιχα, έχει υποστηριχθεί ότι τα προβλήματα λόγου και ομιλίας, και συγκεκριμένα οι δυσκολίες στον έλεγχο της ροής της ομιλίας (όπως προκύπτουν από τον τραυλισμό), είναι πιθανό να ενισχύουν την αίσθηση ότι τα γεγονότα και οι καταστάσεις δεν καθορίζονται από τις ίδιες τις ενέργειες του ατόμου, αλλά από εξωτερικούς παράγοντες, αντανακλώντας ένα εξωτερικό κέντρο ελέγχου. Ωστόσο, οι McDonough και Quesal (1988) συγκρίνοντας το κέντρο ελέγχου σε 21 άτομα με τραυλισμό και 21 άτομα τυπικού πληθυσμού δεν επιβεβαίωσαν αυτή την υπόθεση. Διαπίστωσαν ότι παρόλο που οι βαθμολογίες σχετικά με το κέντρο ελέγχου των ατόμων με τραυλισμό (στην κλίμακα Adult Nowicki-Strickland Internal-External Control Scale) ήταν ελαφρώς υψηλότερες σε σύγκριση με εκείνες της ομάδας ελέγχου, οι διαφορές δεν κρίθηκαν στατιστικά σημαντικές. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και ο Sheehan (1970), σημειώνοντας ότι τα άτομα με τραυλισμό δεν διαφέρουν σημαντικά από τον τυπικό πληθυσμό σε γενικές μετρήσεις προσωπικότητας και εσωτερικού-εξωτερικού ελέγχου, παρά το γεγονός ότι ενδέχεται να παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις σε ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά.

Επιπρόσθετα, άτομα που πιθανώς αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επίτευξη ορισμένων από τους στόχους τους εξαιτίας δυσκολιών στην επικοινωνία και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, όπως άτομα με ΔΑΦ, φαίνεται ότι αναπτύσσουν συνήθως πιο εξωτερικό κέντρο ελέγχου (Bertrams, 2021). Οι Hillier, Buckingham και Schena (2020) υποστηρίζουν ότι τα άτομα με ΔΑΦ αντιλαμβάνονται τις επιλογές ελέγχου τους ως περιορισμένες, λόγω στιγματισμού ή κοινωνικού αποκλεισμού, κάτι που ενδέχεται να ενισχύει την αίσθηση ότι εξωτερικοί παράγοντες καθορίζουν τα αποτελέσματα στη ζωή τους. Αυτό δεν αποτελεί κανόνα για όλα τα άτομα με ΔΑΦ, όμως ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι τα άτομα με ΔΑΦ εμφανίζουν ισχυρότερο εξωτερικό κέντρο ελέγχου σε σύγκριση με τον τυπικό πληθυσμό, ενώ τα υψηλότερα αυτιστικά χαρακτηριστικά επίσης συσχετίζονται με εντονότερη απόδοση των αιτιών σε εξωτερικούς παράγοντες (Bertrams, 2021).

Όσον αφορά τα άτομα με ΜΝΔ, έχει αναφερθεί πως οι αντιλήψεις για τον προσωπικό έλεγχο (δηλαδή ένα εσωτερικό κέντρο ελέγχου) αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου και την εξέλιξη της διαταραχής. Πρόσφατη μελέτη εξέτασε τη μεταβολή του κέντρου ελέγχου κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 12 μηνών σε άτομα με ΜΝΔ και έδειξε ότι, παρότι ο μέσος όρος του κέντρου ελέγχου στο σύνολο του δείγματος δεν μεταβλήθηκε σημαντικά, εντοπίστηκαν δύο επιμέρους ομάδες. Η μία από αυτές παρουσίασε μετατόπιση προς ένα περισσότερο εσωτερικό κέντρο ελέγχου, ενώ η άλλη εμφάνισε αύξηση του εξωτερικού προσανατολισμού του κέντρου ελέγχου. Ο προσανατολισμός σε ένα πιο εξωτερικό κέντρο ελέγχου φάνηκε πως συνδέεται με επιδείνωση της γνωστικής λειτουργίας και αύξηση της εξάρτησης από άλλους στις καθημερινές δραστηριότητες (Halse, Bjørkløf, Engedal, Selbæk, & Barca, 2022). Στο πλαίσιο αυτό, οι Gruber-Baldini, Ye, Anderson και Shulman (2009) υποστηρίζουν ότι παρεμβάσεις που ενισχύουν την αίσθηση προσωπικού ελέγχου μπορεί να συμβάλουν στη μείωση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της αναπηρίας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής σε χρόνιες νευροεκφυλιστικές παθήσεις. Σε μελέτη με άτομα που ζουν με νόσο Parkinson, διαπίστωσαν ότι το υψηλότερο εσωτερικό κέντρο ελέγχου σχετιζόταν με χαμηλότερα επίπεδα αναπηρίας, ακόμη και όταν ελεγχόταν η βαρύτητα της νόσου. Αντίθετα, τα άτομα με λιγότερο εσωτερικό έλεγχο ανέφεραν μεγαλύτερη λειτουργική επιβάρυνση.

Γενικότερα, μελέτες προτείνουν ότι ο προσανατολισμός του κέντρου ελέγχου ακολουθεί μια προβλέψιμη αναπτυξιακή πορεία. Καθώς τα παιδιά και οι νέοι

μεγαλώνουν, έχουν αυξημένη εμπειρία με την άσκηση ελέγχου στη ζωή τους και αρχίζουν να αναγνωρίζουν την εξαρτημένη σχέση μεταξύ της συμπεριφοράς τους και των αποτελεσμάτων που βιώνουν. Κατ' επέκταση με την πάροδο του χρόνου το κέντρο ελέγχου τείνει να γίνεται πιο εσωτερικό (όπ. αναφ. στο Shogren et al., 2010). Επιπλέον, έχει αναφερθεί ότι οι άνδρες τείνουν να έχουν πιο εσωτερικό κέντρο ελέγχου από τις γυναίκες, ενώ το ίδιο παρατηρείται και για τα άτομα που κατέχουν υψηλότερες θέσεις εργασίας (Gangai et al., 2016).

5.3 Μελέτες σχετικά με την αισιοδοξία

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η παράμετρος της αισιοδοξίας έχει διερευνηθεί επανειλημμένα στους φροντιστές και το κοντινό περιβάλλον των ατόμων με αναπηρία. Ωστόσο, οι μελέτες που εστιάζουν στην αισιοδοξία των ίδιων των ατόμων με αναπηρία παραμένουν περιορισμένες, γεγονός που αναδεικνύει την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα, καθώς η αισιοδοξία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την αντιμετώπιση της αναπηρίας και την προσαρμογή των ατόμων στις δυσκολίες που προκύπτουν από αυτή.

Τα άτομα με σωματική αναπηρία συχνά βιώνουν αισθήματα απελπισίας ή αβεβαιότητας για το μέλλον. Ωστόσο, οι Lestari και Fajar (2020) διαπίστωσαν πως τα άτομα αυτά έχουν υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας. Παρόμοια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε άτομα με σωματική, ακουστική και οπτική αναπηρία, διαπιστώθηκε ότι η ελπίδα (έννοια διαφορετική αλλά στενά συνδεδεμένη με την αισιοδοξία) λειτουργεί ως εσωτερική δύναμη, βοηθώντας τα άτομα να αντιμετωπίζουν τις αρνητικές επιπτώσεις δύσκολων καταστάσεων. Συγκεκριμένα, τα άτομα με ακουστική ή οπτική αναπηρία παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα ελπίδας σε σύγκριση με τα άτομα με σωματική αναπηρία. Τα αποτελέσματα έδειξαν επίσης ότι οι γυναίκες, τα άτομα νεότερης ηλικίας, οι εργαζόμενοι, οι φοιτητές και όσοι είχαν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ελπίδας (Dragojević, Milačić-Vidojević, & Čolić, 2016).

Όσον αφορά τις χρόνιες παθήσεις, τα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την αισιοδοξία είναι περισσότερα και επιβεβαιώνουν τη θετική της επίδραση. Σε μια

συστηματική ανασκόπηση, οι Schiavon et al. (2017) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αισιοδοξία και η ελπίδα είναι ευεργετικές για την προσαρμογή και τη θεραπευτική αντιμετώπιση σε χρόνιες ασθένειες. Συγκεκριμένα, στη σκλήρυνση κατά πλάκας, η αισιοδοξία βρέθηκε ότι σχετίζεται θετικά με την ψυχική υγεία και την ικανοποίηση από τη ζωή, ενώ διαπιστώθηκε ότι μειώνει το άγχος που σχετίζεται με την αναπηρία. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι η αισιοδοξία μπορεί να μειώσει τις αρνητικές επιπτώσεις του άγχους και να ενισχύσει την ευημερία των ατόμων με αναπηρία (Lee, Reyes, Rumrill, & Bishop, 2023).

Επιπλέον, σε μελέτη με άτομα που πάσχουν από φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, διαπιστώθηκε ότι η χαμηλή αισιοδοξία συσχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα αναπηρίας, όπως τα αντιλαμβάνονται τα ίδια τα άτομα. Οι συμμετέχοντες με χαμηλότερες βαθμολογίες στο τεστ αισιοδοξίας εμφάνισαν μεγαλύτερες δυσκολίες στη λειτουργικότητα, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες, όπως για παράδειγμα το φύλο και η συννοσηρότητα. Τα ευρήματα αυτά, επιβεβαιώνουν τη σημαντική σχέση μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων, όπως η αισιοδοξία, και του επιπέδου αναπηρίας ή των δυσκολιών που βιώνουν οι ασθενείς (Costa, Matos, Arroja, Gonçalves, & Soares, 2019).

Παρόμοια ευρήματα έχουν αναφερθεί και σε άλλες παθήσεις. Οι Dos Santos, Rocha, Fernandez, De Padua και Reppold (2018) σύγκριναν άτομα με ήπια γνωστική διαταραχή (ΗΓΔ) και ΜΝΔ με ομάδα ελέγχου. Διαπιστώθηκε ότι οι βαθμολογίες αισιοδοξίας δεν διέφεραν μεταξύ της ομάδας ήπιας ΜΝΔ και της ΗΝΔ. Και οι δύο ομάδες εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας, μαζί με μειωμένη αυτοεκτίμηση και ικανοποίηση από τη ζωή, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Αντίθετα, στα άτομα με μέτρια ΜΝΔ δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές, πιθανώς λόγω της ύπαρξης ανοσογνωσίας. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η αισιοδοξία επηρεάζεται στα αρχικά στάδια της γνωστικής έκπτωσης.

Αναφορικά με τα άτομα που ζουν με νόσο Parkinson, οι Gison, Dall'Armi, Donati, Rizza και Giaquinto (2014) διερεύνησαν τη σχέση της αισιοδοξίας ως σταθερού προσωπικού χαρακτηριστικού με δείκτες ψυχικής και σωματικής υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στο επίπεδο αισιοδοξίας μεταξύ των ασθενών και της ομάδας ελέγχου. Ωστόσο, η υψηλή αισιοδοξία σχετιζόταν θετικά με υψηλότερη ποιότητα ζωής, χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής δυσφορίας

(άγχος και κατάθλιψη), και χαμηλότερη βαρύτητα της νόσου. Αντίστοιχα, σε άλλη μελέτη τα χαμηλά επίπεδα αισιοδοξίας συσχετίστηκαν με μειωμένη ποιότητα ζωής ατόμων με νόσο του Parkinson (Gruber-Baldini et al., 2009). Ο Shifren (1996) εστιάζοντας στη διακύμανση της καθημερινής αισιοδοξίας, διαπίστωσαν ότι υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας κατά τη διάρκεια μιας ημέρας προέβλεπαν χαμηλότερη αντιλαμβανόμενη σοβαρότητα της νόσου την επόμενη ημέρα, για ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων, ενώ τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας ανέφεραν μικρότερη ανάγκη για βοήθεια στις βασικές καθημερινές λειτουργίες, συγκριτικά με τα λιγότερο αισιόδοξα.

Συνολικά, σε πολλές από τις μελέτες που εξετάστηκαν, η χαμηλή αισιοδοξία σχετίστηκε με αυξημένη σοβαρότητα της αναπηρίας ή της πάθησης, όπως αυτή αξιολογήθηκε τόσο υποκειμενικά όσο και αντικειμενικά. Τα ευρήματα ενισχύουν την άποψη ότι η αισιοδοξία, τόσο ως σταθερό προσωπικό χαρακτηριστικό, όσο και ως καθημερινή ψυχική κατάσταση, συνδέεται με ενισχυμένη αίσθηση αυτονομίας και καλύτερη διαχείριση της αναπηρίας ή χρόνιων παθήσεων.

5.4 Μελέτες που διερευνούν τη σχέση μεταξύ αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και αισιοδοξίας

Η αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας δεν περιορίζεται στην εκτίμηση λειτουργικών δεξιοτήτων, αλλά αντανακλά και τη συναισθηματική εμπειρία του ατόμου κατά την επικοινωνία. Όπως υποστηρίζεται σε μελέτη με άτομα με ΜΝΔ (Olthof-Nefkens et al., 2023), οι συμμετέχοντες απέδωσαν συναισθήματα άγχους, απογοήτευσης και τάση αποφυγής στις επικοινωνιακές τους δυσκολίες. Το γεγονός αυτό υποστηρίζει τη θεώρηση ότι η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, όπως η αισιοδοξία, μπορεί να επηρεάσει την αντίληψη που έχει για την επικοινωνιακή του ικανότητα.

Όμοια, η μελέτη των Vickerstaff et al. (2007) κατέδειξε πως η χαμηλή αυτοαντιλαμβανόμενη κοινωνική επάρκεια προβλέπει υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει πως άτομα που

αντιλαμβάνονται περισσότερες δυσκολίες στην κοινωνική λειτουργικότητα, και κατ' επέκταση στην επικοινωνιακή ικανότητα ως αναπόσπαστο μέρος της, εμφανίζουν χαρακτηριστικά κατάθλιψης, επιβεβαιώνοντας την ύπαρξη σχέσης μεταξύ της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και της αισιοδοξίας.

Σε πρόσφατη μελέτη των Luo και Wang (2024), διερευνήθηκε η επίδραση παρεμβάσεων βασισμένων στη Θετική Ψυχολογία (οι οποίες συχνά περιλαμβάνουν την ενίσχυση της αισιοδοξίας και της αυτοαντίληψης) σε άτομα με διαταραχές λόγου. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντική βελτίωση στην ψυχική υγεία, στη συναισθηματική αναγνώριση, στις γνωστικές λειτουργίες και στην επικοινωνιακή επάρκεια. Αν και δεν χρησιμοποιήθηκαν υποκειμενικά εργαλεία για τη μέτρηση της αυτοαντιλαμβανόμενης επικοινωνιακής ικανότητας ή της αισιοδοξίας, η βελτίωση σε βασικούς δείκτες λόγου και συναισθηματικής λειτουργίας υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες πιθανώς ανέπτυξαν πιο θετική στάση απέναντι στην επικοινωνιακή τους ικανότητα.

5.5 Μελέτες που διερευνούν τη σχέση μεταξύ κέντρου ελέγχου και αισιοδοξίας

Η συσχέτιση μεταξύ της αντίληψης των ατόμων για τον έλεγχο των γεγονότων στη ζωή τους και της ψυχολογικής τους κατάστασης, όπως η αισιοδοξία αλλά και άλλες κοντινές έννοιες (π.χ. ελπίδα), έχει απασχολήσει αρκετούς ερευνητές στο πλαίσιο της αναπηρίας.

Σε πειραματική μελέτη σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, διαπιστώθηκε ότι η εφαρμογή παρέμβασης με στόχο την ενίσχυση της ελπίδας, δηλαδή της θετικής προσδοκίας για το μέλλον συνεπάγεται ισχυροποίηση του εσωτερικού κέντρου ελέγχου, προσφέροντας ψυχολογική ενδυνάμωση σε άτομα με χρόνιες παθήσεις (Winarsunu, Utami, Fasikhah, & Anwar, 2023). Η εσωτερική αίσθηση ελέγχου φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά, ενισχύοντας την ψυχική ανθεκτικότητα και ενδυναμώνοντας τις στρατηγικές αυτορρύθμισης. Αντίστοιχα, μελέτη σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση έδειξε ότι η μειωμένη αίσθηση ελέγχου (ασθενές εσωτερικό κέντρο ελέγχου) σχετιζόταν με χαμηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας, ενισχύοντας την

άποψη ότι η το εσωτερικό κέντρο ελέγχου συνδέεται με θετικές προσδοκίες για το μέλλον (Sinnakaruppan, Macdonald, McCafferty και Mattison, 2010).

Αντίθετα, οι Halse et al. (2022) υποστήριξαν την ύπαρξη διαφορετικής συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών. Ειδικότερα, στην περίπτωση της ΜΝΔ, η εξέλιξη της διαταραχής και η συνακόλουθη επιδείνωση της γνωστικής λειτουργίας φάνηκε να σχετίζονται με μετατόπιση προς ένα ισχυρότερο εξωτερικό κέντρο ελέγχου, η οποία συνοδεύτηκε από μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Αυτή η μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ίσως να αποτυπώνει την αποδοχή της περιορισμένης ικανότητας ελέγχου των ατόμων με ΜΝΔ, η οποία φαίνεται να συνδέεται με θετικότερη συναισθηματική κατάσταση και πιθανή αύξηση της αισιοδοξίας αυτών των ατόμων.

Επιπλέον, υπάρχουν ενδείξεις για τη συμπληρωματική λειτουργία της αισιοδοξίας και του κέντρου ελέγχου στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας. Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη των Jiménez, Montorio και Izal (2017) διαπιστώθηκε πως η αισιοδοξία, η αυτοεκτίμηση και το κέντρο ελέγχου επηρεάζουν τη σχέση ανάμεσα στην ηλικία και τη συναισθηματική δυσφορία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μεγαλύτεροι συμμετέχοντες εμφάνισαν μεγαλύτερα επίπεδα αισιοδοξίας αλλά πιο ασθενές εσωτερικό κέντρο ελέγχου. Ωστόσο, η αισιοδοξία και η αυτοεκτίμηση φαίνεται πως λειτούργησαν προστατευτικά, μειώνοντας την αρνητική επίδραση του χαμηλότερου εσωτερικού ελέγχου στη συναισθηματική τους κατάσταση. Αυτό δείχνει πως τα θετικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά μπορούν να ενισχύσουν την ψυχική ανθεκτικότητα, ακόμα και όταν η αίσθηση ελέγχου είναι χαμηλή.

5.6 Μελέτες που διερευνούν τη σχέση μεταξύ κέντρου ελέγχου και αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας

Αν και δεν εντοπίζεται μεγάλο πλήθος μελετών που διερευνούν την σύνδεση του κέντρου ελέγχου με την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας σε άτομα με αναπηρία, μελέτες που διερευνούν κοντινούς όρους, όπως η αυτοαποτελεσματικότητα, μπορούν να συμβάλλουν στη διαμόρφωση μιας γενικής σχετικής ιδέας. Αν και εξ ορισμού η αυτοαποτελεσματικότητα δεν αναφέρεται

αποκλειστικά στην επικοινωνία, σχετίζεται στενά με την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα των ατόμων να ανταποκριθούν στις καθημερινές επικοινωνιακές προκλήσεις.

Η διερεύνηση των παραγόντων που προβλέπουν την αυτοαποτελεσματικότητα σε άτομα με ακουστική αναπηρία ανέδειξε ότι το εσωτερικό κέντρο ελέγχου αποτελεί σημαντικό θετικό προβλεπτικό παράγοντα (Cuevas et al., 2019). Παρόμοια, άλλη μελέτη σε δείγμα ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας ανέδειξε ότι το εσωτερικό κέντρο ελέγχου υγείας σχετίζεται θετικά με την υποκειμενική εκτίμηση της κατάστασης υγείας, υποδηλώνοντας ότι τα άτομα που αισθάνονται ότι ελέγχουν οι ίδιοι την υγεία τους, τείνουν να την αξιολογούν θετικότερα (Zhang & Jang, 2017). Παρά το γεγονός ότι οι μελέτες δεν εστιάζουν άμεσα στην επικοινωνία, συμβάλλουν στη διαμόρφωση της άποψης ότι το εσωτερικό κέντρο ελέγχου συνδέεται με μεγαλύτερη αίσθηση ικανότητας διαχείρισης δυσκολιών και θετικότερη αυτοαντίληψη, γεγονός που μπορεί να επηρεάζει θετικά και την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας.

Η σύνδεση του κέντρου ελέγχου με την αντίληψη του ατόμου ότι διαθέτει την ικανότητα για να επιτύχει κάτι που θέτει ως στόχο έχει διερευνηθεί εκτενέστερα σε άτομα με χρόνιες παθήσεις. Αναλυτικότερα, διερευνώντας τη σκλήρυνση κατά πλάκας, οι Sinnakaruppan et al., (2010) έδειξαν ότι ασθενές εσωτερικό κέντρο ελέγχου σχετίζεται με μειωμένη αυτοαποτελεσματικότητα και αυξημένη απελπισία, δείχνοντας ότι το κέντρο ελέγχου επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται την ικανότητά του να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Σε παρόμοιο πλαίσιο, μελέτη σε άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα και οστεοαρθρίτιδα έδειξε ότι η υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα σχετιζόταν με καλύτερη αντίληψη της υγείας τους. Αν και το κέντρο ελέγχου της υγείας δεν είχε πάντα σταθερή επίδραση, άτομα με υψηλό εξωτερικό κέντρο ελέγχου ανέφεραν χειρότερη λειτουργικότητα και αυξημένες επισκέψεις σε επαγγελματίες υγείας (Cross, March, Lapsley, Byrne, & Brooks, 2005). Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την άποψη ότι ο τύπος του κέντρου ελέγχου και η αίσθηση της προσωπικής ικανότητας επηρεάζουν τη γενικότερη αυτοαντίληψη του ατόμου, και θα μπορούσαν να επεκταθούν και στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αξιολογεί την επικοινωνιακή του ικανότητα, ειδικά στο πλαίσιο χρόνιων καταστάσεων που απαιτούν τον ενεργό ρόλο του ασθενή και τη συχνή επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας.

Ωστόσο, στη βιβλιογραφία έχει καταγραφεί και η αντίθετη άποψη. Για παράδειγμα, μεταξύ των ατόμων με κινητική αναπηρία, η στήριξη σε «ισχυρούς άλλους» (εξωτερικό κέντρο ελέγχου) μπορεί να σχετίζεται θετικά με την αυτοαποτελεσματικότητα. Μία ενδεχόμενη εξήγηση ίσως να εντοπίζεται στην αναγκαιότητα αναζήτησης και λήψης βοήθειας ως στρατηγική προσαρμογής στην αναπηρία (Rogowska, Zmaczyńska-Witek, Mazurkiewicz, & Kardasz, 2020). Το εύρημα αυτό φάνηκε να εξαρτάται σημαντικά από την ύπαρξη αναπηρίας, αφού δεν επιβεβαιώθηκε στους συμμετέχοντες χωρίς αναπηρία. Αντίθετα, για τα άτομα χωρίς κινητική αναπηρία, βρέθηκε μια αρνητική συσχέτιση του κέντρου ελέγχου και της αυτοαποτελεσματικότητας. Η σχέση αυτή υποδηλώνει πως όσο περισσότερο κάποιος αποδίδει τον έλεγχο των γεγονότων σε άλλους, τόσο λιγότερο θεωρεί ότι ο ίδιος μπορεί να ελέγξει τις καταστάσεις στη ζωή του και να επιτύχει τους στόχους που θέτει.

Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Σκοπός της έρευνας – ερευνητικά ερωτήματα

Ο σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η διερεύνηση του ρόλου του κέντρου ελέγχου στην αυτοαντίληψη των επικοινωνιακών δυσκολιών και στον βαθμό αισιοδοξίας ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Ειδικότερα, επιδιώκεται να εξεταστεί κατά πόσο το εσωτερικό ή εξωτερικό κέντρο ελέγχου επηρεάζει την αντίληψη των ατόμων για την ικανότητά τους να επικοινωνούν αποτελεσματικά, καθώς και τις προσδοκίες τους για το μέλλον. Παράλληλα, μελετάται η επίδραση άλλων παραγόντων, όπως δημογραφικά χαρακτηριστικά και παράγοντες που σχετίζονται με την καθημερινή επικοινωνία, στη διαμόρφωση των παραπάνω μεταβλητών.

Ειδικότερα επιχειρήθηκε να απαντηθούν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- 1) Διαφοροποιείται η αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας ανάλογα με την ύπαρξη ή/και το είδος αναπηρίας;
- 2) Διαφοροποιείται η αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά ή παράγοντες που σχετίζονται με την καθημερινή επικοινωνία ανά ομάδα αναπηρίας;
- 3) Διαφοροποιείται η βαθμολογία του κέντρου ελέγχου ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά ή παράγοντες που σχετίζονται με την καθημερινή επικοινωνία ανά ομάδα αναπηρίας;
- 4) Διαφοροποιείται ο βαθμός αισιοδοξίας ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά ή παράγοντες που σχετίζονται με την καθημερινή επικοινωνία ανά ομάδα αναπηρίας;
- 5) Ποια κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά σχετίζονται με εσωτερικό ή εξωτερικό κέντρο ελέγχου;
- 6) Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας και την αισιοδοξία των ατόμων;

- 7) Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του κέντρου ελέγχου και της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας των ατόμων;
- 8) Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του κέντρου ελέγχου και του επιπέδου αισιοδοξίας των ατόμων;
- 9) Προβλέπει το κέντρο ελέγχου την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας και την αισιοδοξία;
- 10) Ποιοι παράγοντες προβλέπουν καλύτερα την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας στα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση;
- 11) Ποιοι παράγοντες προβλέπουν καλύτερα την αισιοδοξία στα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση;

6.2 Ερευνητικά εργαλεία

Προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός της παρούσας εργασίας, να συγκεντρωθούν τα απαραίτητα δεδομένα και να ελεγχθούν τα ερευνητικά ερωτήματα, συγκροτήθηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο περιλάμβανε συνολικά 85 ερωτήσεις κατανεμημένες σε 2 βασικές ενότητες. Η πρώτη ενότητα αφορούσε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Η δεύτερη ενότητα περιλάμβανε ερωτήσεις τριών ψυχομετρικών εργαλείων, για τη συλλογή δεδομένων με τρεις διαφορετικούς στόχους: α) τον έλεγχο του κέντρου ελέγχου, β) τη μέτρηση της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και γ) τη διερεύνηση της αισιόδοξης ή απαισιόδοξης στάσης απέναντι στη ζωή. Το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από ένα σύντομο ενημερωτικό σημείωμα, στο οποίο αναφερόταν ο σκοπός της έρευνας, παρέχονταν οδηγίες για τον τρόπο συμπλήρωσης και υπογραμμίζονταν η διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων. Επιπλέον, περιλαμβάνονταν τα στοιχεία επικοινωνίας της ερευνήτριας για τυχόν διευκρινίσεις.

6.2.1 Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελούνταν από ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικού περιεχομένου με 16 ερωτήσεις (βλ. [Παράρτημα](#), ερωτήσεις 1-16), οι οποίες αποσκοπούσαν στην καταγραφή των βασικών ατομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις αφορούσαν το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή, επαγγελματική και οικονομική κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, τις συνθήκες διαμονής (με παρέα ή μόνοι), το είδος της αναπηρίας, τη φύση της επικοινωνιακής δυσκολίας (εκ γενετής ή επίκτητη), τη χρήση βοηθητικών μέσων επικοινωνίας, το βαθμό υποστήριξης από το οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον, την πρόσβαση σε υπηρεσίες λογοθεραπείας, τις επικοινωνιακές καταστάσεις στις οποίες καλούνται οι συμμετέχοντες να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά, καθώς και τη συχνότητα με την οποία αυτές προκύπτουν στην καθημερινότητά τους.

6.2.2 Ψυχομετρικά εργαλεία

6.2.2.1 Κλίμακα Κέντρου Ελέγχου του Rotter (Rotter's Locus of Control Scale)

Η κλίμακα κέντρου ελέγχου του Rotter (LOC) αναπτύχθηκε από τον Julian B. Rotter (1966) και βασίζεται στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, μια ενίσχυση δρα για να ενισχύσει την προσδοκία ότι μια συγκεκριμένη συμπεριφορά ή γεγονός θα ακολουθηθεί από αυτή την ενίσχυση στο μέλλον. Μόλις δημιουργηθεί μια προσδοκία για μια τέτοια ακολουθία συμπεριφοράς-ενίσχυσης, η αποτυχία της ενίσχυσης θα μειώσει ή θα εξαλείψει την προσδοκία (Rotter, 1966, 2). Στην ελληνική γλώσσα, η κλίμακα μεταφράστηκε και δοκιμάστηκε πιλοτικά από την Μ. Λουμάκου (1989), στο πλαίσιο της διδακτορικής της διατριβής, σε δείγμα 20 ατόμων διαφορετικού μορφωτικού επιπέδου, προκειμένου να διασφαλιστεί η κατανόηση της διατύπωσης των δηλώσεων.

Πρόκειται για ένα εργαλείο αξιολόγησης αυτοαναφοράς που αποτελείται από 29 ερωτήσεις αναγκαστικής επιλογής (forced-choice). Έξι από τις 29 ερωτήσεις λειτουργούν ως ουδέτερα στοιχεία για να καταστήσουν ασαφές το αντικείμενο του ερωτηματολογίου, ενώ οι υπόλοιπες είκοσι τρεις ερωτήσεις καθορίζουν την τελική βαθμολογία. Κάθε ερώτηση περιλαμβάνει ένα ζεύγος δηλώσεων, οι οποίες είναι διατυπωμένες με τέτοιο τρόπο ώστε να εκφράζουν αντίθετες απόψεις, με τη μία να

αντανακλά εσωτερικό και την άλλη εξωτερικό κέντρο ελέγχου. Το άτομο καλείται να επιλέξει τη δήλωση με την οποία συμφωνεί περισσότερο, αποκαλύπτοντας έτσι τον προσανατολισμό του προς έναν εσωτερικό ή εξωτερικό έλεγχο των γεγονότων.

Η βαθμολόγηση γίνεται με βάση τις επιλεγμένες δηλώσεις και συγκεκριμένα προκύπτει από τον αριθμό των απαντήσεων που δηλώνουν εξωτερικό έλεγχο. Κάθε επιλογή που δηλώνει εξωτερικό έλεγχο αντιστοιχεί σε έναν βαθμό (δηλαδή οι επιλογές: 2α, 3β, 4β, 5β, 6α, 7α, 9α, 10β, 11β, 12β, 13β, 15β, 16α, 17α, 18α, 20α, 21α, 22β, 23α, 25α, 26β, 28β, 29α), ενώ κάθε επιλογή που δηλώνει εσωτερικό έλεγχο, συγκεντρώνει μηδέν βαθμούς. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 23. Υψηλή βαθμολογία υποδεικνύει εξωτερικό κέντρο ελέγχου, ενώ χαμηλή βαθμολογία υποδεικνύει εσωτερικό κέντρο ελέγχου. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία, τόσο περισσότερο τείνει το άτομο να πιστεύει ότι οι εξωτερικές συνθήκες επηρεάζουν τις καταστάσεις της ζωής του. Αντίθετα, χαμηλή βαθμολογία υποδηλώνει πίστη στην προσωπική ευθύνη και στον έλεγχο των γεγονότων μέσω των ίδιων των ενεργειών του ατόμου (Lefcourt, 2014). Συμμετέχοντες που έχουν επιλέξει 8 ή περισσότερες δηλώσεις εξωτερικού ελέγχου, έχουν εξωτερικό κέντρο ελέγχου, ενώ συμμετέχοντες που έχουν δώσει μέχρι 7 ενδεικτικές απαντήσεις εξωτερικού ελέγχου, έχουν εσωτερικό κέντρο (Λουμάκου, 1989).

6.2.2.2 Ερωτηματολόγιο επικοινωνίας La Trobe (*La Trobe communication questionnaire- LCQ*)

Το Ερωτηματολόγιο Επικοινωνίας La Trobe (LCQ) των Douglas, O'Flaherty και Snow (2000) αποτελεί εργαλείο αξιολόγησης της αντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας, βάσει πληροφοριών που συλλέγονται από τον ίδιο τον ασθενή, αλλά και από τους οικείους του (Rehabilitation Measures Database, n.d.). Σχεδιάστηκε για να καλύψει την ανάγκη ύπαρξης ενός ενιαίου μέσου αξιολόγησης της επικοινωνιακής ικανότητας σε νεαρούς ενήλικες με ΤΕΒ, επιτρέποντας ταυτόχρονα τη σύγκριση αντιλήψεων μεταξύ κλινικών και μη πληθυσμών.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει, δύο φόρμες: μία φόρμα αυτοαναφοράς (LCQ-Self), η οποία συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή και μία φόρμα για στενούς συγγενείς (LCQ-Other). Οι δύο εκδοχές είναι πανομοιότυπες ως προς το περιεχόμενο, με μόνη διαφορά τη διατύπωση. Η LCQ-S χρησιμοποιεί το πρώτο ενικό

πρόσωπο όταν περιγράφει τις επικοινωνιακές συμπεριφορές, ενώ η LCQ-O το τρίτο. Υπάρχει επίσης μια παραλλαγή της LCQ-O προσαρμοσμένη για χρήση από επαγγελματίες υγείας με σκοπό τη συλλογή δεδομένων από κλινικούς πληθυσμούς. Κάθε φόρμα αποτελείται από 30 ερωτήσεις και χρησιμοποιεί μια τροποποιημένη κλίμακα τύπου Likert με τέσσερα πιθανά επίπεδα απάντησης για κάθε ερώτηση:

- 1 = ποτέ ή σπάνια
- 2 = μερικές φορές
- 3 = συχνά
- 4 = συνήθως ή πάντα

Όλες οι ερωτήσεις διατυπώνονται με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε οι απαντήσεις να εκφράζονται με όρους συχνότητας εμφάνισης και όχι με ποιοτικές κρίσεις σχετικά με το επίπεδο δυσκολίας. Η επιλογή για αξιολόγηση της συχνότητας και όχι της ποιότητας των δυσκολιών, έγινε για μεγαλύτερη ακρίβεια και αντικειμενικότητα των απαντήσεων.

Η επιλογή του περιεχομένου των ερωτήσεων επιλέχθηκαν με γνώμονα δύο βασικούς άξονες: 1) τα θεμελιώδη χαρακτηριστικά της αποτελεσματικής φυσιολογικής επικοινωνίας και 2) τη φύση της γνωστικής-επικοινωνιακής διαταραχής μετά από διάχυτη εγκεφαλική βλάβη. Ειδικότερα, το περιεχόμενο των στοιχείων βασίζεται στην κλινική ανάλυση λόγου (Clinical Discourse Analysis) του Damico, η οποία προέρχεται από τους τέσσερις τομείς της Συνεργατικής Αρχής της Συνομιλίας του Grice (Cooperative Principle of Conversation), με την προσθήκη επιμέρους στοιχείων που περιγράφουν συγκεκριμένα γνωστικά-επικοινωνιακά ελλείμματα συχνά συνδεόμενα με TEB (Damico, 1985· Douglas, Bracy, & Snow, 2016).

Οι τέσσερις τομείς της Συνεργατικής Αρχής της Συνομιλίας περιλαμβάνουν τις αρχές της ποσότητας, της ποιότητας, της συνάφειας και του τρόπου (Grice, 1975). Πιο συγκεκριμένα, η αρχή της ποσότητας (quantity maxim) αφορά την ποσότητα των πληροφοριών που παρέχονται σε μια αλληλεπίδραση. Ο συνομιλητής καλείται να προσφέρει τόσο πληροφοριακό περιεχόμενο όσο απαιτείται, αποφεύγοντας την υπερβολική ή περιττή πληροφόρηση, σε σχέση με τον σκοπό της τρέχουσας επικοινωνίας. Η αρχή της ποιότητας (quality maxim) αφορά την ακρίβεια της πληροφορίας, δηλαδή με βάση αυτή οι συνομιλητές οφείλουν να αποφεύγουν ψευδείς δηλώσεις και δηλώσεις για τις οποίες δεν έχουν επαρκή στοιχεία. Η αρχή της

συνάφειας/σχετικότητας (relation maxim) αφορά τη συνάφεια των πληροφοριών, δηλαδή την παραμονή στην τρέχουσα θεματολογία και την παροχή πληροφοριών που είναι σχετικές με το εκάστοτε επικοινωνιακό πλαίσιο. Τέλος, η αρχή του τρόπου (manner maxim) δεν αφορά το περιεχόμενο, αλλά τον τρόπο που διατυπώνεται η πληροφορία. Σύμφωνα με αυτή συνίσταται να αποφεύγονται οι ασάφειες και να επιδιώκονται σύντομες και οργανωμένες παραγωγές (Douglas, 2010).

Είκοσι από τις τριάντα ερωτήσεις του LCQ δημιουργήθηκαν για να αξιολογήσουν προβληματικές συμπεριφορές σε σχέση με τις τέσσερις παραπάνω αρχές. Οχτώ ερωτήσεις εστιάζουν στις γνωστικές-επικοινωνιακές λειτουργίες που είναι ιδιαίτερα ευάλωτες σε μετωποκροταφικές και διάχυτες εγκεφαλικές βλάβες (όπως προβλήματα μνήμης, εύρεσης λέξεων, ασάφειες, διάσπαση της προσοχής, αναστολή και δυσκολία στην έναρξη του λόγου) και τέλος, δύο ερωτήσεις μετρούν τον ρυθμό απόκρισης.

Η βαθμολόγηση των ερωτήσεων έχει σχεδιαστεί έτσι ώστε να αποτυπώνει τη συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων επικοινωνιακών συμπεριφορών. Οι απαντήσεις διαμορφώνουν μια συνολική βαθμολογία, η οποία χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της επικοινωνιακής δυσκολίας. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία, τόσο μεγαλύτερη είναι η αντιλαμβανόμενη δυσκολία από τον ασθενή. Σε 24 από τα 30 στοιχεία, η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης υποδηλώνει μεγαλύτερη δυσκολία. Για παράδειγμα, στο στοιχείο: «Όταν μιλάτε σε άλλους, παραλείπετε σημαντικές λεπτομέρειες;», η κλίμακα κυμαίνεται από 1 (ποτέ ή σπάνια) έως 4 (συνήθως ή πάντα). Τα υπόλοιπα 6 στοιχεία (11, 15, 19, 21, 23 και 28) απαιτούν αντίστροφη βαθμολόγηση, καθώς η χαμηλή συχνότητα υποδηλώνει μεγαλύτερη δυσκολία.

Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 30 έως 120, με υψηλότερη βαθμολογία, να αντιστοιχεί σε υψηλότερη συχνότητα επικοινωνιακών δυσκολιών όπως την αντιλαμβάνεται ο ερωτώμενος (Douglas, Bracy, & Snow, 2016). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του LCQ έχει ελεγχθεί σε νέους υγιείς ενήλικες (Douglas et al., 2000) και σε ενήλικες με ΤΕΒ (Douglas et al., 2007b) και κρίθηκε ικανοποιητική (Douglas, Bracy, & Snow, 2007a). Αναλυτικότερα, τα αποτελέσματα με το κανονιστικό δείγμα υποδεικνύουν υψηλή εσωτερική συνοχή (δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach α: LCQ-S= 0,85, LCQ-O = 0,86), όπως και στον πληθυσμό με ΤΕΒ (α: LCQ-S = 0,91, LCQ-O = 0,92) (Douglas et al., 2000· Douglas et al., 2007a· Douglas et al., 2007b), ενώ

η σταθερότητα με την πάροδο του χρόνου για την αυτοαναφορά κρίθηκε αποδεκτή (αξιοπιστία δοκιμής-επαναληπτικής εξέτασης - 8 εβδομάδες: $r = .76$) (Douglas, 2010).

Στην Ελλάδα, το LCQ έχει μεταφραστεί και προσαρμόστηκε σε ερευνητικό επίπεδο. Αρχικά, χορηγήθηκε σε άτομα με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας της Φιλιππακοπούλου (2024), ενώ ακολούθως αξιολογήθηκε και σε πιλοτική μελέτη που παρουσιάστηκε από την ίδια ερευνήτρια σε συνεργασία με άλλους ερευνητές (Filippakopoulou et al., 2024). Τα ευρήματα αυτών των μελετών ενισχύουν τη θέση ότι το LCQ αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο αυτοαναφοράς και μπορεί να αξιοποιηθεί για την καταγραφή υποκειμενικών δυσκολιών στην επικοινωνία και στον ελληνικό πληθυσμό.

6.2.2.3 Τεστ προσανατολισμού για τη ζωή – Αναθεωρημένο (*Revised Life Orientation Test - LOT-R*)

Το αναθεωρημένο τεστ προσανατολισμού για την ζωή (*Revised Life Orientation Test - LOT-R*) αναπτύχθηκε από τους Scheier, Carver και Bridges (1994) ως αναθεώρηση του αρχικού *Life Orientation Test* των Scheier και Carver (1985). Πρόκειται για ένα εργαλείο αυτοαναφοράς, το οποίο αξιολογεί την αισιοδοξία των ανθρώπων σε διάφορα πλαίσια ή αλλιώς το γενικευμένο αίσθημα αισιοδοξίας. Η γενικευμένη αισιοδοξία ορίζεται ως η σχετικά σταθερή, γενικευμένη προσδοκία ότι θα υπάρξουν θετικά αποτελέσματα σε σημαντικούς τομείς της ζωής και αποτελεί ένα σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Scheier & Carver, 1985· Scheier & Carver, 2018).

Το τεστ είναι ευρέως διαδεδομένο και συχνά προτιμάται λόγω της συντομίας του (Scheier & Carver, 2018). Αποτελείται από δέκα προτάσεις, εκ των οποίων μόνο οι έξι χρησιμοποιούνται για τη βαθμολόγηση. Οι υπόλοιπες τέσσερις προτάσεις λειτουργούν ως ουδέτερες (*fillers*) και δεν λαμβάνονται υπόψη στη βαθμολογία (βλ. [Παράρτημα](#): ερωτήσεις 77, 80, 81, 83). Από τις έξι προτάσεις που καθορίζουν τη βαθμολογία, οι τρεις έχουν θετική κατεύθυνση (βλ. [Παράρτημα](#): ερωτήσεις 76, 79, 85), ενώ οι τρεις έχουν αρνητική κατεύθυνση (βλ. [Παράρτημα](#): ερωτήσεις 78, 82, 84) και απαιτούν αντίστροφη βαθμολόγηση (Scheier, Carver, & Bridges, 1994). Η απάντηση σε κάθε πρόταση γίνεται δηλώνοντας το βαθμό συμφωνίας, χρησιμοποιώντας μια πενταβάθμια κλίμακα Likert:

- 1 = Διαφωνώ απόλυτα
- 2 = Διαφωνώ
- 3 = Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
- 4 = Συμφωνώ
- 5 = Συμφωνώ απόλυτα

Το συνολικό σκορ προκύπτει από τις έξι βαθμολογούμενες προτάσεις και μπορεί κυμαίνεται από 0 έως 24, με υψηλότερη βαθμολογία να υποδεικνύει μεγαλύτερη αισιοδοξία.

Στην ελληνική γλώσσα, το εργαλείο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί από τον Λυράκο (2008) σε συνεργασία με τους δημιουργούς του. Η ελληνική εκδοχή του LOT-R έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες που εξετάζουν την αισιοδοξία ως γνωστικό και ψυχολογικό παράγοντα σε ποικίλους πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων επαγγελματιών υγείας, φοιτητών, ηλικιωμένων και ατόμων με χρόνιες παθήσεις (Βρυώνη, 2013· Θεοδωρακοπούλου et al., 2024· Κολοκοτρώνη, 2018· Λυράκος, 2013· Μακρή, 2010· Παπαδόπουλος, 2011· Σιόντη, 2014).

6.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η διαδικασία διανομής των ερωτηματολογίων και συλλογής των ερευνητικών δεδομένων ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2024 και ολοκληρώθηκε τον Μάρτιο του 2025. Ο εντοπισμός και η προσέγγιση των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με οργανωμένους φορείς και συλλόγους ατόμων με αναπηρία, ομάδες ατόμων με αναπηρία και ομάδες ευαισθητοποίησης στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, κέντρα αποκατάστασης, μονάδες παροχής ειδικών θεραπειών, καθώς και με επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται στον χώρο της ειδικής αγωγής. Πραγματοποιήθηκε άμεση επικοινωνία από την ερευνήτρια με τους υπεύθυνους των φορέων και ομάδων, είτε τηλεφωνικά είτε μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας είτε δια ζώσης, προκειμένου να ζητηθεί άδεια διάθεσης του ερωτηματολογίου στους ωφελούμενους. Σε όλες τις περιπτώσεις, οι υπεύθυνοι των δομών ενημερώθηκαν για τον σκοπό και τη διαδικασία της έρευνας, καθώς και για τη

διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων. Επιπλέον, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι, κατόπιν πρωτοβουλίας των ίδιων των φορέων και ομάδων, το ερωτηματολόγιο προωθήθηκε και σε άλλα άτομα εντός των δικτύων τους, συμβάλλοντας έτσι στη διεύρυνση της συμμετοχής και στην αύξηση της ερευνητικής κάλυψης.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους συμμετέχοντες που εξέφρασαν ενδιαφέρον για εθελοντική συμμετοχή, και η συμπλήρωση πραγματοποιήθηκε είτε σε έντυπη μορφή είτε ηλεκτρονικά, μέσω της πλατφόρμας «Google Forms». Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες έπρεπε να πληρούν τα εξής κριτήρια:

α) ηλικία άνω των 18 ετών

β) ικανότητα κατανόησης του περιεχομένου του ερωτηματολογίου

γ) επιθυμία για εθελοντική συμμετοχή στην έρευνα

δ) δυνατότητα αυτόνομης ή υποστηριζόμενης συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου

Σε περιπτώσεις όπου υπήρχε δυσκολία κατανόησης, λόγω της έκτασης ή της πολυπλοκότητας των διατυπώσεων, η συμπλήρωση γινόταν με τη βοήθεια φροντιστή ή οικείου προσώπου. Το άτομο αυτό λειτουργούσε ως ουδέτερος διαμεσολαβητής, παρέχοντας αποκλειστικά τεχνική υποστήριξη, χωρίς να παρεμβαίνει και να επηρεάζει τις απαντήσεις, σύμφωνα με τις οδηγίες της ερευνήτριας.

Η επιλογή του δείγματος ακολούθησε μη πιθανή δειγματοληψία ευκολίας, η οποία είναι συνήθης σε ερευνητικά πλαίσια όπου η πρόσβαση στον πληθυσμό είναι περιορισμένη και εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα και τη συνεργασία των συμμετεχόντων (Bryman, 2017).

6.4 Περιγραφή δείγματος

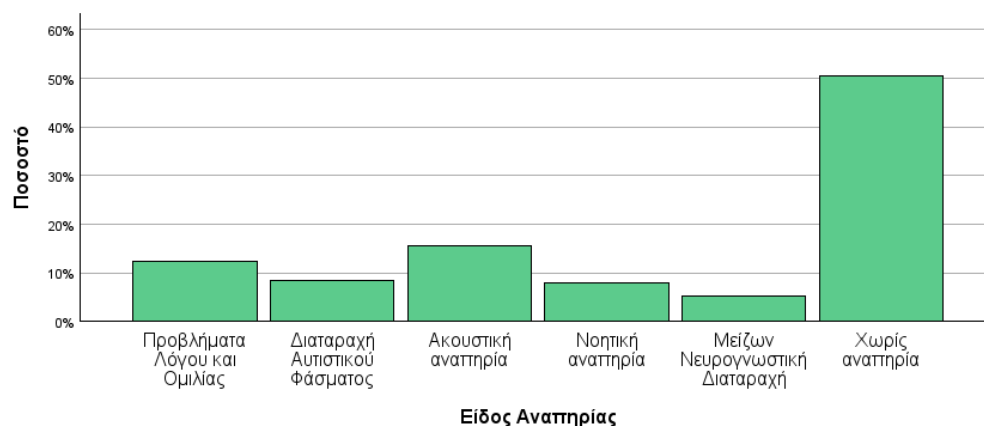
Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν συνολικά 188 άτομα, εκ των οποίων το 49.5% ήταν άτομα με αναπηρία/χρόνια πάθηση (N=93) και το 50.5% άτομα χωρίς

αναπηρία/χρόνια πάθηση (N=95). Ειδικότερα, η ομάδα των ατόμων με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις, αποτελούνταν από 16 άτομα με ΝΑ, 15 άτομα με ΔΑΦ, 23 άτομα με προβλήματα λόγου και ομιλίας, 27 άτομα με ακουστική αναπηρία και 10 άτομα με ΜΝΔ. Σημαντικό είναι να αναφερθεί πως στα άτομα με προβλήματα λόγου και ομιλίας συμπεριλαμβάνονταν άτομα με διαταραχή ροής της ομιλίας, διαταραχή φωνής, δυσαρθρία και αφασία.

Πίνακας 1. Κατανομή του δείγματος με βάση το είδος αναπηρίας

Είδος αναπηρίας	Προβλήματα λόγου και ομιλίας	Νοητική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	Μείζων Νευρογνωστική Διαταραχή	Χωρίς αναπηρία	Σύνολο
Συχνότητα (N)	23	16	29	15	10	95	188
Ποσοστό (%)	12.2	8.5	15.4	8.0	5.3	50.5	100

Γράφημα 1. Κατανομή του δείγματος με βάση το είδος αναπηρίας



Όσον αφορά το φύλο, από τους 188 συμμετέχοντες, οι 105 ήταν γυναίκες (55.9%) και οι 83 άνδρες (44.1%). Ο πίνακας 2 που ακολουθεί παρουσιάζει την κατανομή του φύλου σε σχέση με το είδος αναπηρίας. Μεταξύ των ατόμων χωρίς αναπηρία, η πλειονότητα ήταν γυναίκες (64.2%), ενώ το 35.8% άνδρες. Η κατανομή

του φύλου ανά είδος αναπηρίας παρουσιάζει διαφοροποιήσεις. Στην κατηγορία προβλημάτων λόγου και ομιλίας συμμετείχαν 9 γυναίκες (39,1%) και 14 άνδρες (60,9%). Αντίστοιχα, στη ΝΑ καταγράφηκαν 5 γυναίκες (31,3%) και 11 άνδρες (68,8%). Στην κατηγορία της ακουστικής αναπηρίας, συμμετείχαν 17 γυναίκες (58,6%) και 12 άνδρες (41,4%), ενώ στην ΔΑΦ συμμετείχαν 6 γυναίκες (40,0%) και 9 άνδρες (60,0%). Αναφορικά με τα άτομα με ΜΝΔ, 7 συμμετέχουσες ήταν γυναίκες (70,0%) και 3 άνδρες (30,0%).

Πίνακας 2. Κατανομή του φύλου με βάση το είδος αναπηρίας

Είδος αναπηρίας			Προβλήματα λόγου και ομιλίας	Νοητική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	Μείζων Νευρογνωστική Διαταραχή	Χωρίς αναπηρία	Σύνολο
Φύλο	γυναίκα	N	9	5	17	6	7	61	105
		%	39.1	31.3	58.6	40.0	70.0	64.2	55.9
	άνδρας	N	14	11	12	9	3	34	83
		%	60.9	68.8	41.4	60.0	30.0	35.8	44.1

Στην έρευνα συμμετείχαν ενήλικα άτομα όλων των ηλικιακών ομάδων. Η ηλικιακή κατανομή του δείγματος παρουσιάζει σχετική ισοκατανομή, με ελαφρώς αυξημένη συμμετοχή στις μικρότερες και μεγαλύτερες ηλικιακές κατηγορίες. Πιο συγκεκριμένα, η πολυπληθέστερη ομάδα του δείγματος ήταν αυτή των 18-25 ετών, στην οποία ανήκαν 46 από τα 188 άτομα (24.5%). Ακολουθεί η ομάδα των 66 ετών και άνω με 34 άτομα (18.1%) και η ηλικιακή ομάδα των 26-35 ετών με 32 άτομα (17%). Στην ηλικιακή ομάδα των 46-55 και 56-65 ετών κατατάσσονται 31 άτομα στην καθεμία (31%) ενώ στην ηλικιακή ομάδα 36-45 ετών συμμετείχαν 14 άτομα (7.4%). Από τα 95 άτομα χωρίς αναπηρία που συμμετείχαν, 22 ανήκαν στην ομάδα 18-25 ετών και 22 στην ομάδα των 46-55 ετών (23.2%), τα 21 άτομα ανήκαν στην ομάδα των 56-65 ετών (22.1%), τα 17 στην ομάδα 26-35 ετών (17.9%), τα 7 στην ομάδα 66 ετών και άνω (7.4%) και τα 6 στην ηλικιακή ομάδα 36-45 ετών (6.3%).

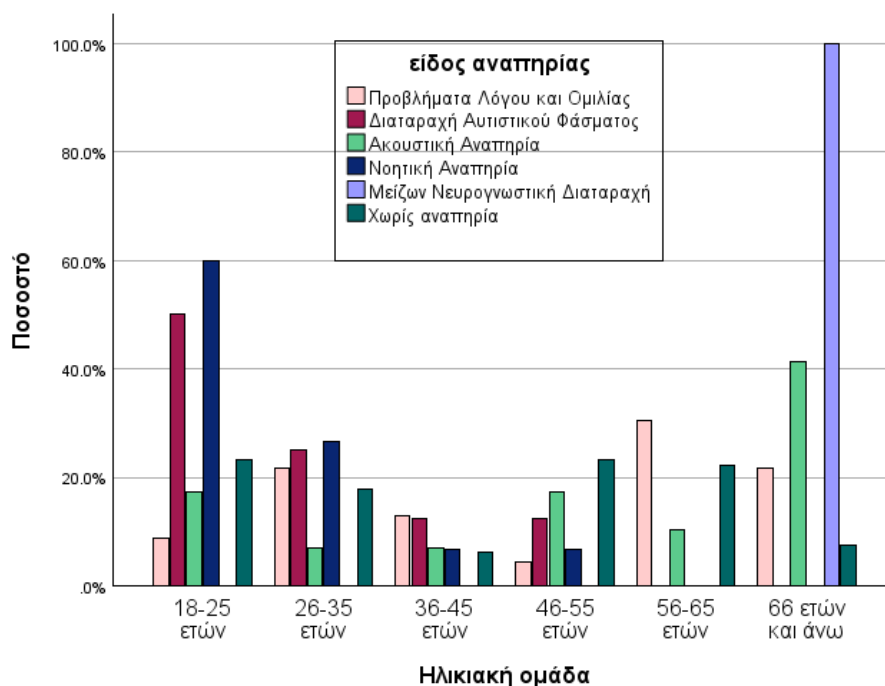
Λαμβάνοντας υπόψη το είδος αναπηρίας, παρατηρούνται διαφοροποιήσεις στην ηλικιακή κατανομή των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων με ΔΑΦ είναι από 18-25 ετών (60%). Λιγότερα άτομα με ΔΑΦ είναι από 26-35 ετών (26.7%) ενώ 1 άτομο ανήκει στην κατηγορία 36-45 ετών και 1 στην κατηγορία 46-55 ετών (6.7%). Αντίστοιχα, από τα άτομα με ΝΑ, τα περισσότερα ήταν 18-25 ετών (50%), 4 άτομα 26-35 ετών (25%), 2 άτομα 36-45 ετών και 2 άτομα ήταν 46-55 ετών (12.5%). Αντίθετα, από τους συμμετέχοντες με κάποια αναπηρία ή χρόνια πάθηση άνω των 66 ετών, οι περισσότεροι φαίνεται πως παρουσιάζουν ακουστική αναπηρία και ΜΝΔ. Και οι 10 συμμετέχοντες με ΜΝΔ ανήκαν σε αυτή την ηλικιακή ομάδα (100%), ενώ από τα 29 άτομα με ακουστική αναπηρία, τα 12 ήταν επίσης πάνω από 66 ετών (41.4%). Τα υπόλοιπα άτομα με ακουστική αναπηρία κατανέμονται περίπου ίσα στις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Η εμφάνιση της ακουστικής αναπηρίας και της ΜΝΔ στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες είναι κάτι αναμενόμενο, καθώς η συχνότητα εμφάνισής τους, αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας από τα 65 έτη και πάνω. Τέλος, τα άτομα με προβλήματα λόγου και ομιλίας δεν παρουσιάζουν πολύ μεγάλες διαφοροποιήσεις στην ηλικιακή κατανομή. Τα 7 άτομα ανήκουν στην κατηγορία 56-65 ετών (30.4%), 5 άτομα ανήκουν στην κατηγορία 65 ετών και άνω και 5 στα 26-35 έτη (21.7%), 3 άτομα στην ομάδα 36-45 ετών (13%), 2 άτομα στην ομάδα 18-25 ετών (8.7%) και 1 άτομο στην κατηγορία 46-55 ετών (4.3%).

Πίνακας 3. Κατανομή της ηλικιακής ομάδας με βάση το είδος αναπηρίας

Είδος αναπηρίας			Προβλήματα λόγου και ομιλίας	Νοητική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	Μείζων Νευρογενετική Διαταραχή	Χωρίς αναπηρία	Σύνολο
Ηλικία	18-25 ετών	N	2	8	5	9	0	22	46
		%	8.7	50.0	17.2	60.0	0.0	23.2	24.5
	26-35 ετών	N	5	4	2	4	0	17	32
		%	21.7	25.0	6.9	26.7	0.0	17.9	17.0
	36-45 ετών	N	3	2	2	1	0	6	14
		%	13.0	12.5	6.9	6.7	0.0	6.3	7.4
	46-55 ετών	N	1	2	5	1	0	22	31
		%	3.3	6.3	16.1	3.3	0.0	22.9	23.2
	66 ετών και άνω	N	10	10	10	10	10	10	10
		%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Είδος αναπηρίας			Προβλήματα λόγου και ομιλίας	Νοητική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	Μείζων Νευρογνωστική Διαταραχή	Χωρίς αναπηρία	Σύνολο
		%	4.3	12.5	17.2	6.7	0.0	23.2	16.5
	56-65 ετών	N	7	0	3	0	0	21	31
		%	30.4	0.0	10.3	0.0	0.0	22.1	16.5
	66 ετών και άνω	N	5	0	12	0	10	7	34
		%	21.7	0.0	41.4	0.0	100.0	7.4	18.1

Γράφημα 2. Κατανομή της ηλικιακής ομάδας ανάλογα με το είδος αναπηρίας



Ως προς το μορφωτικό επίπεδο, σημαντικό ποσοστό του δείγματος (41,5%) είχε ολοκληρώσει Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο/Λύκειο). Ακολουθεί η κατηγορία των ατόμων με Πτυχίο Ανώτατης Εκπαίδευσης (ΑΕΙ/ΤΕΙ), η οποία περιλαμβάνει 64 άτομα (34%), ενώ 29 άτομα (15,4%) δήλωσαν ότι διέθεταν Μεταπτυχιακό ή Διδακτορικό τίτλο. Τέλος, 17 άτομα (9,0%) είχαν ολοκληρώσει μόνο Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (Δημοτικό). Στο υποσύνολο των συμμετεχόντων χωρίς αναπηρία, 42 είχαν ολοκληρώσει Ανώτατη εκπαίδευση (44.2%), 27 είχαν

Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (28.4%), 24 άτομα κατείχαν Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό τίτλο, ενώ μόλις 2 είχαν ολοκληρώσει μόνο την Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (2.1%). Στην κατηγορία των ατόμων με προβλήματα λόγου και ομιλίας, η πλειονότητα είχε ολοκληρώσει Δευτεροβάθμια (52.2%) ή Ανώτατη εκπαίδευση (34.8%), ενώ το 8.7% είχε μόνο Πρωτοβάθμια εκπαίδευση, και μόλις 1 άτομο (4.3%) διέθετε Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό τίτλο.

Σε σχέση με το είδος αναπηρίας, παρατηρείται ότι τα άτομα με ΜΝΔ ανήκουν κυρίως στη χαμηλότερη βαθμίδα εκπαίδευσης, καθώς το 50% από αυτούς είχε ολοκληρώσει μόνο το Δημοτικό, ενώ κανένα δεν είχε σπουδές πανεπιστημιακού επιπέδου. Όσον αφορά τα άτομα με ΝΑ και ΔΑΦ φαίνεται πως στην πλειοψηφία τους είχαν ολοκληρώσει Δευτεροβάθμια εκπαίδευση με ποσοστά 87.5% και 73.3%, αντίστοιχα. Ωστόσο, παρατηρούνται διαφοροποιήσεις εντός των κατηγοριών. Στην περίπτωση της ΝΑ, τα υπόλοιπα 2 άτομα (12.5%) είχαν μόνο Πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Αντιθέτως, στους συμμετέχοντες με ΔΑΦ, 3 άτομα (20%) είχαν λάβει Ανώτατη εκπαίδευση και 1 άτομο (6.7%) κατείχε Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό τίτλο. Όσον αφορά τα άτομα με ακουστική αναπηρία και με προβλήματα λόγου και ομιλίας, μεγαλύτερα ποσοστά συμμετεχόντων είχαν ολοκληρώσει Δευτεροβάθμια ή Ανώτατη εκπαίδευση, και μικρότερα ποσοστά είχαν Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό τίτλο ή μόνο Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (βλ. Πίνακα 4).

Πίνακας 4. Κατανομή του μορφωτικού επιπέδου με βάση το είδος αναπηρίας

Είδος αναπηρίας			Προβλήματα λόγου και ομιλίας	Νοητική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	Μείζων Νευρογνωστική Διαταραχή	Χωρίς αναπηρία	Σύνολο
Μορφωτικό επίπεδο	Δημοτικό	N	2	2	6	0	5	2	17
		%	8.7	12.5	20.7	0.0	50.0	2.1	9.0
	Γυμνάσιο/Λύκειο	N	12	14	11	11	3	27	78
		%	52.2	87.5	37.9	73.3	30.0	28.4	41.5
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	N	8	0	9	3	2	42	64
		%	34.8	0.0	31.0	20.0	20.0	44.2	34.0
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	N	1	0	3	1	0	24	29
		%	4.3	0.0	10.3	6.7	0.0	25.3	15.4

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, συνολικά, 82 άτομα (43,6%) δήλωσαν ότι είναι ελεύθεροι/ες, ενώ 83 άτομα (44,1%) ήταν παντρεμένοι/ες. Μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν στις κατηγορίες διαζευγμένος/η με 8 άτομα (4,3%) και χήρος/α με 15 άτομα (8,0%). Μεταξύ των συμμετεχόντων χωρίς αναπηρία, οι περισσότεροι ήταν παντρεμένοι/ες (50,5%), ενώ 39 άτομα (41,1%) δήλωσαν ότι είναι ελεύθεροι/ες. Οι διαζευγμένοι/ες και χήροι/ες αποτελούσαν 4,2% έκαστος.

Αντίθετα, τα άτομα με αναπηρία παρουσίασαν διαφοροποιημένη κατανομή ως προς την οικογενειακή κατάσταση, ανάλογα με το είδος της αναπηρίας. Συγκεκριμένα, όλα τα άτομα με ΝΑ (N=16) και το 80% των ατόμων με ΔΑΦ (N = 12) ήταν ελεύθερα, ενώ τα υπόλοιπα 3 άτομα με ΔΑΦ (20%) ήταν παντρεμένα. Στην κατηγορία των ατόμων με προβλήματα λόγου και ομιλίας, 10 άτομα (43,5%) ήταν παντρεμένοι/ες, 8 άτομα (34,8%) ελεύθεροι/ες, 3 άτομα (13,0%) διαζευγμένοι/ες και 2 άτομα (8,7%) χήροι/ες. Αντίστοιχη ποικιλομορφία παρατηρήθηκε και στα άτομα με ακουστική αναπηρία, καθώς το 58,6% (N = 17) ήταν παντρεμένοι/ες και το 24,1% (N = 7) ελεύθεροι/ες, ενώ καταγράφηκαν επίσης 4 χήροι/ες (13,8%) και 1 διαζευγμένος/η (3,4%). Τέλος, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η κατηγορία των ατόμων με ΜΝΔ, όπου το 50,0% ήταν παντρεμένοι/ες και το υπόλοιπο 50,0% χήροι/ες, χωρίς να καταγραφούν περιπτώσεις ελευθερίας ή διαζυγίου.

Πίνακας 5. Κατανομή της οικογενειακής κατάστασης με βάση το είδος αναπηρίας

Είδος αναπηρίας			Προβλήματα λόγου και ομιλίας	Νοητική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	Μείζων Νευρογνωστική Διαταραχή	Χωρίς αναπηρία	Σύνολο
Οικογενειακή κατάσταση	Ελεύθερος/η	N	8	16	7	12	0	39	82
		%	34.8	100.0	24.1	80.0	0.0	41.1	43.6
	Παντρεμένος/η	N	10	0	17	3	5	48	83
		%	43.5	0.0	58.6	20.0	50.0	50.5	44.1
	Διαζευγμένος/η	N	3	0	1	0	0	4	8
		%	13.0	0.0	3.4	0.0	0.0	4.2	4.3
	Χήρος/α	N	2	0	4	0	5	4	15
		%							

Είδος αναπηρίας			Προβλήματα λόγου και ομιλίας	Νοητική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	Μείζων Νευρογενετική Διαταραχή	Χωρίς αναπηρία	Σύνολο
		%	8.7	0.0	13.8	0.0	50.0	4.2	8.0

Εκτός από την οικογενειακή τους κατάσταση, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν και στο ερώτημα εάν έχουν παιδιά ή όχι. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, 92 άτομα (48.9%) δήλωσαν ότι έχουν παιδιά, ενώ 96 άτομα (51.1%) ανέφεραν πως δεν έχουν. Στην κατηγορία χωρίς αναπηρία, η κατανομή των συμμετεχόντων στις δύο ομάδες (με παιδιά ή όχι) είναι ομοιόμορφη, καθώς 47 άτομα (49,5%) έχουν παιδιά και 48 άτομα (50,5%) δεν έχουν. Ωστόσο, η κατανομή αυτή διαφοροποιείται, ανάλογα με το είδος της αναπηρίας. Στα άτομα με ακουστική αναπηρία, το 72,4% (N = 21) ανέφερε ότι έχει παιδιά, ενώ το 27,6% (N = 8) όχι. Αντίθετα, στην ομάδα με ΝΑ, και οι 16 συμμετέχοντες (100%) ανέφεραν πως δεν έχουν παιδιά. Αντίστοιχα, στα άτομα με ΔΑΦ, 13 άτομα που αποτελούν την πλειονότητα (86,7%) δεν είχαν παιδιά, ενώ μόλις 2 άτομα (13,3%) είχαν. Στην κατηγορία των ατόμων με ΜΝΔ, όλα τα άτομα (100%) είχαν παιδιά, κάτι που είναι αναμενόμενο δεδομένης της ηλικιακής τους ομάδας. Όσον αφορά τα άτομα με προβλήματα λόγου και ομιλίας, οι απαντήσεις ήταν πιο ισομερώς κατανεμημένες, με 12 άτομα (52,2%) να δηλώνουν ότι έχουν παιδιά και 11 (47,8%) όχι. Τα παραπάνω ευρήματα υποδηλώνουν ότι η ύπαρξη παιδιών σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με το είδος της αναπηρίας, πιθανώς επηρεαζόμενη από παράγοντες όπως η ηλικία, το επίπεδο λειτουργικότητας και η κοινωνική ένταξη.

Πίνακας 6. Κατανομή του δείγματος ως προς την ύπαρξη παιδιών

Είδος αναπηρίας			Προβλήματα λόγου και ομιλίας	Νοητική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	Μειζων Νευρογενετική Διαταραχή	Χωρίς αναπηρία	Σύνολο
Παιδιά	ναι	N	12	0	21	2	10	47	92
		%	52.2	0.0	72.4	13.3	100.0	49.5	48.9
	όχι	N	11	16	8	13	0	48	96
		%	47.8	100.0	27.6	86.7	0.0	50.5	51.1

Σύμφωνα με τα δεδομένα του δείγματος, η πλειονότητα των συμμετεχόντων (78,2%) συμβιώνει με άλλα άτομα, ενώ 41 άτομα (21,8%) ζουν μόνα τους. Αντίστοιχα, και στην ομάδα των ατόμων χωρίς κάποια αναπηρία, η πλειονότητα των συμμετεχόντων (84,2%) ζει με παρέα, ενώ μόνο το 15,8% ζει μόνο του. Μεταξύ των ατόμων με αναπηρία, τα 12 άτομα με προβλήματα λόγου και ομιλίας (52,2%) ζουν μόνα τους, ενώ τα άλλα 11 (47,8%) διαμένουν με άλλα άτομα. Αντίθετα, η πλειονότητα των ατόμων με ΝΑ (87,5%) και με ακουστική αναπηρία (72,4%) ζει με παρέα, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά που ζουν μόνα είναι 12,5% και 27,6%. Επιπλέον, όλοι οι συμμετέχοντες με ΔΑΦ (100%) ζουν με παρέα. Από τα άτομα με ΜΝΔ, τα 6 (60%) μένουν μόνα τους, ενώ τα 4 άτομα (40%) μένουν με κάποιον άλλον.

Πίνακας 7. Κατανομή του δείγματος ως προς τη διαμονή με παρέα

Είδος αναπηρίας			Προβλήματα λόγου και ομιλίας	Νοητική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	Μειζων Νευρογενετική Διαταραχή	Χωρίς αναπηρία	Σύνολο
διαμονή	Μόνος/η	N	12	2	8	0	4	15	41
		%	52.2%	12.5%	27.6%	0.0%	40.0%	15.8%	21.8%
	Με παρέα	N	11	14	21	15	6	80	147
		%	47.8%	87.5%	72.4%	100.0%	60.0%	84.2%	78.2%

Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση, σημαντικό ποσοστό του συνολικού δείγματος, και συγκεκριμένα 30.9% (N=58) είναι άνεργοι, ενώ 41 άτομα είναι δημόσιοι υπάλληλοι και 41 συνταξιούχοι (21.8%). Επιπλέον, 27 άτομα (14.4%) εργάζονται ως ιδιωτικοί υπάλληλοι και 21 άτομα (11.2%) δηλώνουν αυτοαπασχολούμενοι. Στην ομάδα των ατόμων χωρίς αναπηρία, 28 άτομα (29.5%) εργάζονται στον δημόσιο τομέα, 26 άτομα (27.4%) είναι άνεργοι, 18 άτομα (18.9%) εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα, 14 άτομα (14.7%) είναι συνταξιούχοι και 9 άτομα (9.5%) αυτοαπασχολούμενοι.

Στις ομάδες ατόμων με αναπηρία, ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά ανεργίας παρατηρούνται στους συμμετέχοντες με ΝΑ και ΔΑΦ, με 93.8% και 66.7% αντίστοιχα, να δηλώνουν άνεργοι. Από τα υπόλοιπα άτομα με ΝΑ, μόνο 1 άτομο (6.3%) ανέφερε ότι εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα. Αντίστοιχα, από τα υπόλοιπα άτομα με ΔΑΦ, 2 άτομα (13.3%) είναι δημόσιοι υπάλληλοι και 3 άτομα (20%) αυτοαπασχολούμενοι. Αντίθετα, χαμηλά ποσοστά ανεργίας παρατηρούνται στις ομάδες με προβλήματα λόγου και ομιλίας, ακουστική αναπηρία και ΜΝΔ. Συγκεκριμένα, στην ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας, μόνο 2 άτομα (8.7%) είναι άνεργα, 6 άτομα (26.1%) είναι αυτοαπασχολούμενα, 3 εργάζονται ως δημόσιοι υπάλληλοι και 3 (13%) ως ιδιωτικοί υπάλληλοι, η πλειονότητα (39.1%) είναι συνταξιούχοι/ες. Ομοίως, η πλειονότητα των συμμετεχόντων με ΜΝΔ (80%) είναι συνταξιούχοι/ες, και μόνο 2 άτομα (20%) δήλωσαν άνεργοι/ες. Τέλος, στην ομάδα με ακουστική αναπηρία παρατηρείται καλύτερη κατανομή, με 10 άτομα (34.5%) συνταξιούχους, 8 άτομα (27.6%) δημόσιους υπαλλήλους, 5 άτομα (17.2%) ιδιωτικούς υπαλλήλους, 3 άτομα αυτοαπασχολούμενα και 3 άνεργα (10.3%).

Πίνακας 8. Κατανομή του δείγματος ως προς την επαγγελματική κατάσταση

Είδος αναπηρίας			Προβλήματα λόγου και ομιλίας	Νοητική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	Μείζον Νευρογνωστική Διαταραχή	Χωρίς αναπηρία	Σύνολο
Επαγγελματική κατάσταση	Αυτοαπασχολούμενος/η	N	6	0	3	3	0	9	21
		%	26.1%	0.0%	10.3%	20.0%	0.0%	9.5%	11.2%
	Ιδιωτικός/ή Υπάλληλος	N	3	1	5	0	0	18	27
		%	13.0%	6.3%	17.2%	0.0%	0.0%	18.9%	14.4%
	Δημόσιος/α Υπάλληλος	N	3	0	8	2	0	28	41
		%	13.0%	0.0%	27.6%	13.3%	0.0%	29.5%	21.8%
	Άνεργος/η	N	2	15	3	10	2	26	58
		%	8.7%	93.8%	10.3%	66.7%	20.0%	27.4%	30.9%
	Συνταξιούχος /α	N	9	0	10	0	8	14	41
		%	39.1%	0.0%	34.5%	0.0%	80.0%	14.7%	21.8%

Αναφορικά με το μηνιαίο εισόδημα των συμμετεχόντων, η πλειονότητα του δείγματος δηλώνει εισόδημα λιγότερο από 700€ (N=67, 35,6%) ή 700–1200€ (N=66, 35,1%), γεγονός που υποδηλώνει ότι πάνω από τα δύο τρίτα του δείγματος ανήκουν σε χαμηλά εισοδηματικά στρώματα. Αντίθετα, μόνο 24 άτομα (12,8%) δηλώνουν εισόδημα μεταξύ 1200–2000€, 6 άτομα (3,2%) πάνω από 2000€, ενώ 25 άτομα (13,3%) επέλεξαν να μην απαντήσουν. Από τα άτομα χωρίς αναπηρία, 20 άτομα (21,1%) δήλωσαν εισόδημα κάτω των 700€, 38 (40%) από 700–1200€, 17 (17,9%) από 1200–2000€, 2 (2,1%) άνω των 2000€, και 18 (18,9%) δεν έδωσαν απάντηση.

Η κατανομή ανά ομάδα αναπηρίας παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Στην ομάδα με ΝΑ, το 93,8% (N=15) δηλώνει εισόδημα κάτω των 700€, ενώ μόνο 1 άτομο (6,3%) ανήκει στην κατηγορία των 700–1200€, και κανένα άτομο δεν δηλώνει υψηλότερο εισόδημα. Αντίστοιχα υψηλά ποσοστά χαμηλού εισοδήματος παρατηρούνται και στην ομάδα με ΔΑΦ, με 10 άτομα (66,7%) να δηλώνουν εισόδημα κάτω των 700€, και 3 άτομα (20%) μεταξύ 700–1200€. Μόνο 2 άτομα (13,3%) από την ομάδα ΔΑΦ επέλεξαν να μην απαντήσουν, ενώ δεν εμφανίζεται καμία δήλωση εισοδήματος άνω των 1200€. Στην ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας, 6 άτομα

(26,1%) ανήκουν στην κατώτερη εισοδηματική κατηγορία (<700€), 12 άτομα (52,2%) δηλώνουν εισόδημα μεταξύ 700–1200€, 3 άτομα (13%) μεταξύ 1200–2000€, και 2 άτομα (8,7%) δεν απάντησαν. Η ομάδα των συμμετεχόντων με ακουστική αναπηρία παρουσιάζει ευρύτερη κατανομή, με 11 άτομα (37,9%) να δηλώνουν εισόδημα κάτω των 700€, 10 άτομα (34,5%) μεταξύ 700–1200€, 3 άτομα (10,3%) από 1200–2000€, 4 άτομα (13,8%) άνω των 2000€, και 1 άτομο (3,4%) δεν απάντησε. Τέλος, στην ομάδα με ΜΝΔ, 5 άτομα (50%) ανήκουν στην κατώτερη κατηγορία εισοδήματος (<700€), 2 άτομα (20%) στην αμέσως επόμενη (700–1200€), 1 άτομο (10%) δήλωσε εισόδημα 1200–2000€, και 2 άτομα (20%) επέλεξαν να μην απαντήσουν. Η γενική εικόνα δείχνει ότι το χαμηλό εισόδημα κυριαρχεί ιδιαίτερα στις ομάδες με ΝΑ και ΔΑΦ, ενώ οι ομάδες με ακουστική αναπηρία και χωρίς αναπηρία εμφανίζουν πιο διαφοροποιημένο οικονομικό προφίλ. Επίσης, η αποφυγή απάντησης στο ερώτημα του εισοδήματος παρατηρείται συχνότερα στα άτομα χωρίς αναπηρία και σε όσους αντιμετωπίζουν ΜΝΔ.

Πίνακας 9. Κατανομή του δείγματος με βάση το εισόδημα

Είδος αναπηρίας			Προβλήματα λόγου και ομιλίας	Νοητική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	Μείζων Νευρογνωστική Διαταραχή	Χωρίς αναπηρία	Σύνολο
Εισόδημα	Λιγότερο από 700€	N	6	15	11	10	5	20	67
		%	26.1%	93.8%	37.9%	66.7%	50.0%	21.1%	35.6%
	700-1200€	N	12	1	10	3	2	38	66
		%	52.2%	6.3%	34.5%	20.0%	20.0%	40.0%	35.1%
	1200-2000€	N	3	0	3	0	1	17	24
		%	13.0%	0.0%	10.3%	0.0%	10.0%	17.9%	12.8%
	Περισσότερο από 2000€	N	0	0	4	0	0	2	6
		%	0.0%	0.0%	13.8%	0.0%	0.0%	2.1%	3.2%
	Δεν απαντώ	N	2	0	1	2	2	18	25
		%	8.7%	0.0%	3.4%	13.3%	20.0%	18.9%	13.3%

Εκτός από το είδος της αναπηρίας, το δείγμα κατανέμεται και ως προς τη φύση της επικοινωνιακής δυσκολίας. Συνολικά, 118 άτομα (62.8%) δήλωσαν πως δεν αντιμετωπίζουν κάποια επικοινωνιακή δυσκολία, 38 άτομα (20.2%) ανέφεραν εκ γενετής δυσκολία, ενώ 32 άτομα (17%) επίκτητη. Η πλειονότητα των ατόμων χωρίς αναπηρία (97.9%) δεν θεωρούν ότι έχουν δυσκολία στην επικοινωνία, ενώ ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι 1 άτομο (1.1%) ανέφερε επίκτητη και 1 άτομο εκ γενετής επικοινωνιακή δυσκολία, χωρίς όμως να έχει δηλώσει την ύπαρξη κάποιας αναπηρίας.

Αναφορικά με τις επιμέρους ομάδες αναπηρίας, παρατηρείται ότι η πλειονότητα των ατόμων με ΝΑ (93,8%) και των ατόμων με ΔΑΦ (93,3%) δήλωσε ότι η επικοινωνιακή τους δυσκολία είναι εκ γενετής, κάτι που είναι αναμενόμενο βάσει της φύσης των συγκεκριμένων διαγνώσεων. Αντίθετα, στην ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας, η πλειοψηφία (65,2%) ανέφερε ότι η δυσκολία τους είναι επίκτητη, ενώ 6 άτομα (26,1%) τη χαρακτήρισαν ως εκ γενετής. Από τους συμμετέχοντες με ΜΝΔ, το 60% δηλώνει ότι δεν έχει δυσκολία, ενώ το 40% αναφέρει επίκτητη δυσκολία, στοιχείο που συνάδει με τον νευροεκφυλιστικό χαρακτήρα της διαταραχής. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η ομάδα με ακουστική αναπηρία, στην οποία η πλειονότητα των συμμετεχόντων (51,7%) δηλώνει μη ύπαρξη δυσκολίας, ενώ 12 άτομα (41,4%) αναφέρουν επίκτητη δυσκολία και μόνο 2 άτομα (6,9%) εκ γενετής. Αυτό υποδηλώνει πιθανόν ότι αρκετοί από τους συμμετέχοντες με ακουστική απώλεια έχουν αναπτύξει επαρκείς επικοινωνιακές στρατηγικές ή έχουν υποστηριχθεί από τεχνολογικά βοηθήματα.

Πίνακας 10. Κατανομή του δείγματος ως προς τη φύση της επικοινωνιακής δυσκολίας

Είδος αναπηρίας			Προβλήματα λόγου και ομιλίας	Νοητική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	Μείζων Νευρογενετική Διαταραχή	Χωρίς αναπηρία	Σύνολο
Φύση δυσκολία	Εκ γενετής	N	6	15	2	14	0	1	38
		%	26.1%	93.8%	6.9%	93.3%	0.0%	1.1%	20.2%
	Επίκτητη	N	15	0	12	0	4	1	32

Είδος αναπηρίας			Προβλήματα λόγου και ομιλίας	Νοητική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	Μείζων Νευρογνωστική Διαταραχή	Χωρίς αναπηρία	Σύνολο
		%	65.2%	0.0%	41.4%	0.0%	40.0%	1.1%	17.0%
	Δεν έχω	N	2	1	15	1	6	93	118
	δυσκολία	%	8.7%	6.3%	51.7%	6.7%	60.0%	97.9%	62.8%

Όσον αφορά τη χρήση βοηθητικών μέσων επικοινωνίας, η πλειονότητα του δείγματος, δηλαδή 153 άτομα (81,4%), δήλωσε ότι δεν χρησιμοποιεί κάποιο μέσο υποβοήθησης, ενώ 34 συμμετέχοντες (18,6%) ανέφεραν ότι κάνουν χρήση κάποιου βοηθητικού μέσου. Το συχνότερο βοηθητικό μέσο επικοινωνίας στο δείγμα είναι το ακουστικό βαρηκοΐας, το οποίο χρησιμοποιείται αποκλειστικά από την ομάδα με ακουστική αναπηρία. Πιο αναλυτικά, από τα 29 άτομα με ακουστική αναπηρία, τα 27 (93.1%) δήλωσαν ότι χρησιμοποιούν. Το υψηλό αυτό ποσοστό είναι αναμενόμενο και επιβεβαιώνει τον ρόλο του ακουστικού βαρηκοΐας ως βασικού τεχνολογικού υποστηρικτικού μέσου για άτομα με ακουστική αναπηρία. Τα υπόλοιπα βοηθήματα επικοινωνίας εμφανίζονται σε πολύ μικρότερα ποσοστά και σχεδόν αποκλειστικά στην ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας. Συγκεκριμένα, 3 άτομα (13%) χρησιμοποιούν λαρυγγόφωνο, 2 άτομα (8,7%) κάποια συσκευή υποβοήθησης ομιλίας, 1 άτομο (4,3%) μετρονόμο ροής ομιλίας, και 1 άτομο (4,3%) χειλόφωνο. Επίσης, 1 άτομο με ΔΑΦ (6,7%) δήλωσε ότι κάνει χρήση εφαρμογής επικοινωνίας.

Πίνακας 11. Κατανομή του δείγματος ως προς τη χρήση βοηθητικού μέσου επικοινωνίας

Είδος αναπηρίας			Προβλήματα λόγου και ομιλίας	Νοητική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	Μείζων Νευρογενετική Διαταραχή	Χωρίς αναπηρία	Σύνολο
Βοηθητικό μέσο επικοινωνίας	Ακουστικό βαρηκοΐας	N	0	0	27	0	0	0	27
		%	0.0%	0.0%	93.1%	0.0%	0.0%	0.0%	14.4%
	Εφαρμογή επικοινωνίας	N	0	0	0	1	0	0	1
		%	0.0%	0.0%	0.0%	6.7%	0.0%	0.0%	0.5%
	Συσκευή υποβοήθησης ομιλίας	N	2	0	0	0	0	0	2
		%	8.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.1%
	Μετρονόμος ροής ομιλίας	N	1	0	0	0	0	0	1
		%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%
	Λαρυγγόφωνο	N	3	0	0	0	0	0	3
		%	13.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%
	Χειλόφωνο	N	1	0	0	0	0	0	1
		%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%
	Όχι	N	16	16	2	14	10	95	153
		%	69.6%	100.0 %	6.9%	93.3%	100.0 %	100.0%	81.4%

Αναφορικά με την ερώτηση εάν η προσωπικότητα (και συγκεκριμένα, χαρακτηριστικά όπως η εσωστρέφεια ή η εξωστρέφεια) επηρεάζει την επικοινωνία, τα περισσότερα άτομα του δείγματος φαίνεται να συμφωνούν. Συγκεκριμένα, 75 άτομα (39,9%) απάντησαν ότι η προσωπικότητα επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό, ενώ 33 άτομα (17,6%) δήλωσαν ότι επηρεάζει απόλυτα. Βέβαια υπήρχαν και άτομα που υποστήριξαν το αντίθετο, καθώς 35 άτομα (18,6%) απάντησαν ότι επηρεάζει λίγο, ενώ 45 άτομα (23,9%) θεωρούν ότι δεν επηρεάζει καθόλου την επικοινωνία. Σημαντικό ποσοστό (42.1%) των ατόμων χωρίς αναπηρία θεωρεί ότι η προσωπικότητα επηρεάζει την επικοινωνία σε μεγάλο βαθμό, 22 άτομα (23.2%) θεωρούν ότι την επηρεάζει απόλυτα, 11 άτομα (11.6%) λίγο και 22 άτομα (23.2%) καθόλου.

Υψηλά ποσοστά συμφωνίας παρατηρούνται και στα άτομα με ΔΑΦ, από τα οποία 6 (40%) θεωρούν ότι η προσωπικότητα επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό, 4 άτομα (26.7%) απόλυτα και 5 άτομα (33.3%) λίγο. Από τα άτομα με προβλήματα λόγου και ομιλίας, τα 10 (43,5%) θεωρούν ότι η προσωπικότητα επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό, ενώ 3 (13%) απάντησαν απόλυτα και 4 (17,4%) καθόλου. Αντίθετα, πιο συγκρατημένες απαντήσεις εμφανίζονται στην ομάδα των ατόμων με ΝΑ, όπου μόνο το 6,3% θεωρεί ότι η προσωπικότητα επηρεάζει απόλυτα, ενώ το 50% απαντά ότι επηρεάζει λίγο και το 18,8% καθόλου. Παρόμοια εικόνα παρατηρείται και στην ομάδα με ΜΝΔ, όπου 50% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι η προσωπικότητα δεν επηρεάζει καθόλου την επικοινωνία και μόνο το 40% πιστεύει ότι επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό. Τέλος, η ομάδα με ακουστική αναπηρία εμφανίζει διαφοροποιημένη κατανομή, καθώς 11 άτομα (37,9%) απάντησαν ότι επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό, αλλά ισόποσο ποσοστό απάντησε πως δεν επηρεάζει καθόλου, γεγονός που πιθανόν αντανακλά διαφορετικές εμπειρίες ως προς την επικοινωνία μέσω εναλλακτικών τρόπων (π.χ. χειλανάγνωση ή γραπτή επικοινωνία).

Πίνακας 12. Κατανομή του δείγματος με βάση το βαθμό επιρροής της προσωπικότητας στην επικοινωνία

Είδος αναπηρίας			Προβλήματα λόγου και ομιλίας	Νοητική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	Μείζων Νευρογνωστική Διαταραχή	Χωρίς αναπηρία	Σύνολο
Προσωπικότητα	Απόλυτα	N	3	1	3	4	0	22	33
		%	13.0%	6.3%	10.3%	26.7%	0.0%	23.2%	17.6%
	Σε μεγάλο βαθμό	N	10	4	11	6	4	40	75
		%	43.5%	25.0%	37.9%	40.0%	40.0%	42.1%	39.9%
	Λίγο	N	6	8	4	5	1	11	35
		%	26.1%	50.0%	13.8%	33.3%	10.0%	11.6%	18.6%
	Καθόλου	N	4	3	11	0	5	22	45
		%	17.4%	18.8%	37.9%	0.0%	50.0%	23.2%	23.9%

Σχετικά με το επίπεδο υποστήριξης από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, η πλειονότητα του δείγματος φαίνεται να έχει πρόσβαση σε κάποιο είδος κοινωνικής υποστήριξης, είτε από οικογένεια είτε από φίλους. Ειδικότερα, 80 άτομα (42,6%) δήλωσαν ότι λαμβάνουν πολύ στενή υποστήριξη από φίλους και οικογένεια, ενώ 62 άτομα (33%) ανέφεραν ότι δέχονται υποστήριξη μόνο από την οικογένεια. Επιπλέον, 12 άτομα (6,4%) ανέφεραν υποστήριξη αποκλειστικά από φίλους, ενώ υπήρχαν και 34 άτομα (18,1%) που δήλωσαν ότι δεν έχουν καμία υποστήριξη. Στην ομάδα των ατόμων χωρίς αναπηρία καταγράφεται το υψηλότερο ποσοστό έλλειψης υποστήριξης σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες (31,6%), ενώ την ίδια στιγμή μόνο το 16,8% αυτών αναφέρουν υποστήριξη αποκλειστικά από την οικογένεια και το 44,2% αναφέρουν πολύ στενή υποστήριξη.

Αντίθετα, στις ομάδες με αναπηρία, παρατηρείται πιο ενεργός ρόλος του οικογενειακού ή φιλικού περιβάλλοντος. Τα άτομα με ακουστική αναπηρία παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά πολύ στενής υποστήριξης από οικογένεια και φίλους (51,7%) και υποστήριξης από την οικογένεια (44,8%), ενώ κανένα άτομο αυτής της ομάδας δεν δήλωσε ότι στερείται υποστήριξης. Αντίστοιχα, στα άτομα με ΜΝΔ, 60% δηλώνουν ότι υποστηρίζονται από την οικογένεια και 40% ότι έχουν πολύ στενή υποστήριξη, χωρίς επίσης καμία αναφορά σε έλλειψη υποστήριξης. Στην ομάδα των ατόμων ΔΑΦ, κυριαρχεί η υποστήριξη από την οικογένεια σε 10 άτομα (66,7%), ενώ 5 άτομα (33,3%) δηλώνει πολύ στενή υποστήριξη από την οικογένεια και φίλους. Καμία άλλη μορφή υποστήριξης δεν καταγράφεται σε αυτή την ομάδα. Τα άτομα με ΝΑ παρουσιάζουν επίσης σημαντικά ποσοστά στενής (43,8%) και οικογενειακής υποστήριξης (31,3%), με 18,8% να δηλώνουν υποστήριξη αποκλειστικά από φίλους και μόνο 6,3% να αναφέρουν έλλειψη υποστήριξης. Στην ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας, οι περισσότεροι συμμετέχοντες (52,2%) δήλωσαν ότι υποστηρίζονται κυρίως από την οικογένεια, ενώ 7 (30,4%) ανέφεραν πολύ στενή υποστήριξη. Μικρά ποσοστά εμφανίζονται στην κατηγορία υποστήριξης από φίλους (4,3%) και στην έλλειψη υποστήριξης (13%). Συνολικά, τα ευρήματα αναδεικνύουν τον κρίσιμο ρόλο της κοινωνικής και οικογενειακής υποστήριξης στην επικοινωνία ατόμων με αναπηρία, σε αντίθεση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, όπου παρατηρείται σημαντικό ποσοστό κοινωνικής απομόνωσης ή ελλιπούς στήριξης.

Πίνακας 13. Κατανομή του δείγματος ως προς την υποστήριξη από το φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον

Είδος αναπηρίας			Προβλήματα λόγου και ομιλίας	Νοητική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	Μείζων Νευρογνωστική Διαταραχή	Χωρίς αναπηρία	Σύνολο
Υποστήριξη	Πολύ στενή υποστήριξη	N	7	7	15	5	4	42	80
		%	30.4%	43.8%	51.7%	33.3%	40.0%	44.2%	42.6%
	Υποστήριξη από οικογένεια	N	12	5	13	10	6	16	62
		%	52.2%	31.3%	44.8%	66.7%	60.0%	16.8%	33.0%
	Υποστήριξη από φίλους	N	1	3	1	0	0	7	12
		%	4.3%	18.8%	3.4%	0.0%	0.0%	7.4%	6.4%
	Καθόλου υποστήριξη	N	3	1	0	0	0	30	34
		%	13.0%	6.3%	0.0%	0.0%	0.0%	31.6%	18.1%

Όσον αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες λογοθεραπείας, 129 άτομα του συνολικού δείγματος (68,6%) ανέφερε ότι δεν χρειάζεται λογοθεραπεία, ενώ 20 άτομα (10,6%) δήλωσαν ότι παρακολουθούν τακτικά, και άλλα 20 άτομα (10,6%) ότι παρακολουθούν περιστασιακά. Επιπλέον, 19 άτομα (10,1%) απάντησαν ότι δεν παρακολουθούν λογοθεραπευτικές συνεδρίες, αλλά θα ήθελαν. Η ομάδα χωρίς αναπηρία, στην πλειονότητά της (92.6%) δήλωσε πως δεν χρειάζεται λογοθεραπεία, ενώ πολύ μικρά ποσοστά ανέφεραν περιστασιακή παρακολούθηση (1,1%) ή επιθυμία για πρόσβαση σε σχετική υποστήριξη (6,3%).

Αναλύοντας την κατανομή ανά κατηγορία αναπηρίας, παρατηρείται ότι η τακτική λογοθεραπεία είναι πιο συχνή στα άτομα με προβλήματα λόγου και ομιλίας (34,8%), καθώς και σε άτομα με ΔΑΦ (33,3%) και ΝΑ (31,3%). Αντίστοιχα υψηλά ποσοστά παρατηρούνται και για την περιστασιακή λογοθεραπεία, με 30,4% στην ομάδα με προβλήματα λόγου, 31,3% στα άτομα με ΝΑ και 26,7% στα άτομα με ΔΑΦ. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η επιλογή "Όχι, αλλά θα ήθελα", που επιλέχθηκε από 26,1% των ατόμων με προβλήματα λόγου, 30% των ατόμων με ΜΝΔ, αλλά και από μικρότερα ποσοστά σε άλλες ομάδες (π.χ. 13,3% στα άτομα με ΔΑΦ). Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ανεκπλήρωτες ανάγκες για λογοθεραπεία σε μερίδα του πληθυσμού,

κυρίως εκεί όπου η δυσκολία στην επικοινωνία δεν συνοδεύεται απαραίτητα από επίσημη διάγνωση ή οργανωμένη παρέμβαση. Η ομάδα με ακουστική αναπηρία σε ποσοστό 82,8% δήλωσε ότι δεν χρειάζεται λογοθεραπεία, ενώ μόνο 6,9% παρακολουθεί τακτικά και άλλο 6,9% περιστασιακά. Παρόμοια εικόνα παρατηρείται και στην ομάδα με ΜΝΔ, όπου 60% δήλωσαν ότι δεν χρειάζονται λογοθεραπεία, αλλά 30% εξέφρασαν επιθυμία για πρόσβαση σε σχετική υποστήριξη.

Πίνακας 14. Κατανομή του δείγματος ως προς την πρόσβαση σε υπηρεσίες λογοθεραπείας

Είδος αναπηρίας			Προβλήματα λόγου και ομιλίας	Νοητική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	Μείζων Νευρογνωστική Διαταραχή	Χωρίς αναπηρία	Σύνολο
Λογοθεραπεία	Ναι, τακτικά	N	8	5	2	5	0	0	20
		%	34.8%	31.3%	6.9%	33.3%	0.0%	0.0%	10.6%
	Ναι, περιστασιακά	N	7	5	2	4	1	1	20
		%	30.4%	31.3%	6.9%	26.7%	10.0%	1.1%	10.6%
	Όχι, αλλά θα ήθελα	N	6	1	1	2	3	6	19
		%	26.1%	6.3%	3.4%	13.3%	30.0%	6.3%	10.1%
	Όχι, δε χρειάζομαι	N	2	5	24	4	6	88	129
		%	8.7%	31.3%	82.8%	26.7%	60.0%	92.6%	68.6%

Η συχνότητα στην οποία τα άτομα καλούνται να επικοινωνήσουν είναι εξίσου σημαντική με τις επικοινωνιακές καταστάσεις. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (90,4%, N=170) δήλωσε ότι επικοινωνεί καθημερινά. Πολύ μικρότερα είναι τα ποσοστά των συμμετεχόντων που επικοινωνούν 2–3 φορές την εβδομάδα (4,8%, N=9), 1 φορά την εβδομάδα (2,7%, N=5) ή λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα (2,1%, N=4). Η καθημερινή επικοινωνία είναι κυρίαρχη σε όλες τις ομάδες, με τα υψηλότερα ποσοστά να εμφανίζονται στην ομάδα με ΝΑ (93,8%), ακουστική αναπηρία (93,1%), ΔΑΦ (93,3%), και προβλήματα λόγου και ομιλίας (91,3%). Σχετικά υψηλό είναι και το ποσοστό στα άτομα με ΜΝΔ (90%), ενώ στα άτομα χωρίς αναπηρία, το 88,4% δήλωσε καθημερινή επικοινωνία.

Όπως προαναφέρθηκε, η μη καθημερινή επικοινωνία καταγράφεται σε πολύ μικρό αριθμό ατόμων. Μόνο 9 άτομα συνολικά ανέφεραν ότι επικοινωνούν 2–3 φορές την εβδομάδα, μεμονωμένα σε διάφορες ομάδες, ενώ 5 άτομα (2,7%) δήλωσαν επικοινωνία 1 φορά την εβδομάδα, εκ των οποίων 1 άτομο με προβλήματα λόγου, 1 με ΔΑΦ, και 3 χωρίς αναπηρία. Η επιλογή "λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα" καταγράφηκε μόνο σε 4 άτομα χωρίς αναπηρία (4,2%). Η γενική εικόνα υποδεικνύει ότι η επικοινωνία αποτελεί καθημερινή ανάγκη ή δραστηριότητα για το σύνολο σχεδόν των συμμετεχόντων, ανεξαρτήτως ύπαρξης ή είδους αναπηρίας. Το μικρό ποσοστό μη καθημερινής επικοινωνίας εντοπίζεται κυρίως σε άτομα χωρίς αναπηρία, ενδεχομένως εξαιτίας κοινωνικών, επαγγελματικών ή άλλων συνθηκών, και όχι λόγω λειτουργικού περιορισμού.

Πίνακας 15. Κατανομή του δείγματος ως προς τη συχνότητα ανάγκης για επικοινωνία

Είδος αναπηρίας			Προβλήματα λόγου και ομιλίας	Νοητική αναπηρία	Ακουστική αναπηρία	Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος	Μείζων Νευρογνωστική Διαταραχή	Χωρίς αναπηρία	Σύνολο
Συχνότητα	Κάθε μέρα	N	21	15	27	14	9	84	170
		%	91.3%	93.8%	93.1%	93.3%	90.0%	88.4%	90.4%
	2-3 φορές/εβδομάδα	N	1	1	2	0	1	4	9
		%	4.3%	6.3%	6.9%	0.0%	10.0%	4.2%	4.8%
	1 φορά/εβδομάδα	N	1	0	0	1	0	3	5
		%	4.3%	0.0%	0.0%	6.7%	0.0%	3.2%	2.7%
	Λιγότερο από 1 φορά/εβδομάδα	N	0	0	0	0	0	4	4
		%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.2%	2.1%

6.5 Περιγραφικά στοιχεία των ερωτηματολογίων

6.5.1 Κλίμακα Κέντρου Ελέγχου του Rotter

Όσον αφορά το κέντρο ελέγχου, η συνολική βαθμολογία στην αντίστοιχη κλίμακα κυμάνθηκε από 4 έως 22. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες συγκέντρωσαν κατά μέσο όρο (Μ.Ο.) 11.66 βαθμούς με τυπική απόκλιση (Τ.Α.) 3.52. Η τιμή του Μ.Ο. υποδηλώνει ότι το σύνολο του δείγματος παρουσιάζει, αν και ασθενές, εξωτερικό κέντρο ελέγχου, δηλαδή την πεποίθηση ότι τα αποτελέσματα στη ζωή καθορίζονται κυρίως από εξωτερικούς παράγοντες, όπως η τύχη ή ισχυρά πρόσωπα.

Πίνακας 16. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία της Κλίμακας Κέντρου Ελέγχου του Rotter

Μεταβλητή	Πλήθος (N)	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος (Μ.Ο.)	Τυπική Απόκλιση (Τ.Α.)
Βαθμολογία Κέντρου Ελέγχου	188	4	22	11.66	3.524

Εσωτερική Αξιοπιστία του LOC

Ο συντελεστής Cronbach's α για την κλίμακα LOC στην παρούσα μελέτη ήταν 0.603, υποδηλώνοντας οριακά αποδεκτή εσωτερική αξιοπιστία. Ωστόσο, το συγκεκριμένο αποτέλεσμα ήταν αναμενόμενο και ευθυγραμμίζεται με προηγούμενες έρευνες, καθώς η συγκεκριμένη κλίμακα παρουσιάζει συχνά σχετικά χαμηλές τιμές εσωτερικής συνοχής, εξαιτίας της διχοτομικής φύσης των ερωτήσεων και της θεματικής ετερογένειας των στοιχείων της.

Πίνακας 17. Δείκτης αξιοπιστίας LOC

Κλίμακα Κέντρου Ελέγχου του Rotter	Cronbach's Alpha	Σύνολο ερωτήσεων
	0.603	23

6.5.2 Ερωτηματολόγιο Επικοινωνίας La Trobe

Η αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας αξιολογήθηκε μέσω του LCQ. Η χαμηλότερη βαθμολογία που καταγράφηκε ήταν 37, ενώ η μέγιστη 105 (σε εύρος τιμών 30 έως 120). Οι συμμετέχοντες συγκέντρωσαν Μ.Ο. 58.40, με Τ.Α. 13.717. Δεδομένου ότι χαμηλότερες τιμές υποδηλώνουν καλύτερη αντιλαμβανόμενη επικοινωνιακή ικανότητα, η εν λόγω βαθμολογία αντανάκλα μια μέτρια προς καλή αντιλαμβανόμενη επικοινωνιακή ικανότητα, σε επίπεδο συνολικού πληθυσμού. Ωστόσο, η σχετικά υψηλή τυπική απόκλιση υποδηλώνει διασπορά στις απαντήσεις, γεγονός που φανερώνει ανομοιογένεια στο επίπεδο των αντιλαμβανόμενων δυσκολιών μεταξύ των συμμετεχόντων. Αυτό σημαίνει πως στο δείγμα περιλαμβάνονται τόσο άτομα με χαμηλές βαθμολογίες, που αναφέρουν λιγότερες δυσκολίες, όσο και άτομα με υψηλότερες βαθμολογίες, οι οποίες υποδηλώνουν μεγαλύτερη αντιλαμβανόμενη δυσκολία στην επικοινωνία, σε σύγκριση με την συνολική εικόνα. Αυτό αναδεικνύει μια διαφοροποίηση στο επικοινωνιακό προφίλ των συμμετεχόντων και υπογραμμίζει την ανάγκη ανάλυσης ανά επιμέρους υποομάδες, προκειμένου να εντοπιστούν πιθανές διαφορές που σχετίζονται με δημογραφικούς ή λειτουργικούς παράγοντες.

Πίνακας 18. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία του Ερωτηματολογίου Επικοινωνίας La Trobe

Μεταβλητή	Πλήθος (N)	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος (Μ.Ο.)	Τυπική Απόκλιση (Τ.Α.)
Βαθμολογία Αυτοαντιλαμβανόμενης Ικανότητας Επικοινωνίας	188	37	105	58.40	13.717

Εσωτερική Αξιοπιστία του LCQ

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας του εργαλείου LCQ ελέγχθηκε με τον συντελεστή Cronbach's α . Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας έδειξαν έναν υψηλό συντελεστή Cronbach's ($\alpha=0.904$), υποδεικνύοντας εξαιρετική εσωτερική συνοχή για το εργαλείο. Αυτή η τιμή δείχνει ότι το LCQ είναι αξιόπιστο στην εκτίμηση της αντιλαμβανόμενης επικοινωνιακής ικανότητας στην παρούσα έρευνα.

Πίνακας 19. Δείκτης αξιοπιστίας LCQ

Ερωτηματολόγιο Επικοινωνίας	Cronbach's Alpha	Σύνολο ερωτήσεων
La Trobe	0.904	30

6.5.3 Τεστ Προσανατολισμού για την Ζωή – Αναθεωρημένο

Αναφορικά με τον προσανατολισμό για τη ζωή και το βαθμό αισιοδοξίας, όπως αυτός αποτυπώθηκε μέσω του LOT-R, οι συνολικές βαθμολογίες του δείγματος κυμάνθηκαν από 11 έως 30. Οι συμμετέχοντες συγκέντρωσαν σχετικά υψηλό Μ.Ο. (Μ.Ο.=20.06) με Τ.Α. 3.848. Η μέση βαθμολογία των συμμετεχόντων δείχνει ότι, συνολικά, παρουσιάζουν μέτριο προς υψηλό βαθμό αισιοδοξίας, με ελαφρά κλίση προς θετικές προσδοκίες για μελλοντικά γεγονότα και για τη ζωή γενικότερα.

Πίνακας 20. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία του Τεστ Προσανατολισμού για τη Ζωή

Μεταβλητή	Πλήθος (N)	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος (Μ.Ο.)	Τυπική Απόκλιση (Τ.Α.)
Βαθμολογία Αισιοδοξίας	188	11	30	20.06	3.848

Εσωτερική Αξιοπιστία του LOT-R

Ο συντελεστής Cronbach's α για την κλίμακα LOT-R ήταν 0.657, υποδηλώνοντας οριακά αποδεκτή εσωτερική αξιοπιστία. Διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση του τρίτου ερωτήματος «Αν κάτι μπορεί να πάει στραβά για μένα, θα πάει» ([Παράρτημα](#): ερ. 78) με τα υπόλοιπα. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στη διατύπωσή του, η οποία είναι ιδιαίτερα απόλυτη και ενδέχεται να ερμηνεύεται διαφορετικά από τους συμμετέχοντες, επηρεάζοντας έτσι αρνητικά τη συνοχή της κλίμακας. Η αφαίρεση το στοιχείου, θα οδηγούσε σε μικρή αύξηση του α (σε 0.673). Ωστόσο, το συγκεκριμένο στοιχείο αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της κλίμακας και είναι απαραίτητο για τον καθορισμό της τελικής βαθμολογίας. Έτσι, αποφασίστηκε να διατηρηθεί στον

υπολογισμό του συντελεστή α αφού και η αύξηση ήταν μικρή, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ψυχομετρική συνέπεια του εργαλείου.

Επιπλέον, η τιμή αυτή του Cronbach's α είναι συγκρίσιμη με εκείνες που έχουν αναφερθεί στη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία για το εργαλείο, όπως στην περίπτωση της γερμανικής έκδοσης, όπου αναφέρθηκαν τιμές 0,71 για την υποκλίμακα της αισιοδοξίας και 0,68 για εκείνη της απαισιοδοξίας (Herzberg, Glaesmer, & Hoyer, 2006). Αντίστοιχα, στην ελληνική προσαρμογή, οι συντελεστές αξιοπιστίας για τις δύο υποκλίμακες ήταν 0,72 και 0,66 αντίστοιχα. Τα στοιχεία αυτά ενισχύουν την αξιοπιστία του εργαλείου και στον συγκεκριμένο πληθυσμό της παρούσας μελέτης (Lyrakos et al., 2010).

Πίνακας 21. Δείκτης αξιοπιστίας LOT-R

Τεστ Προσανατολισμού για τη Ζωή-Αναθεωρημένο	Cronbach's Alpha	Σύνολο ερωτήσεων
	0.657	6

6.6 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων

Η στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με χρήση του ηλεκτρονικού στατιστικού πακέτου IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences), έκδοσης 29.0.2.0.

Η περιγραφή του δείγματος και η ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών, δηλαδή των κατηγορικών δεδομένων πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση περιγραφικών στατιστικών δεικτών και συγκεκριμένα συχνοτήτων και ποσοστών. Για τα περιγραφικά στοιχεία των ερωτηματολογίων, δηλαδή την περιγραφή των συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν ελάχιστες και μέγιστες τιμές, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις, προκειμένου να αποτυπωθεί η συνολική εικόνα των απαντήσεων στις κλίμακες μέτρησης. Επιπλέον, ελέγχθηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των ερωτηματολογίων με το συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach's α .

Πριν την επιλογή των κατάλληλων στατιστικών ελέγχων, προηγήθηκε ο απαραίτητος έλεγχος κανονικότητας των συνεχών μεταβλητών. Η κανονικότητα της κατανομής των δεδομένων εξετάστηκε με το τεστ Shapiro–Wilk, καθώς είναι κατάλληλο για τους περισσότερους τύπους αποκλίσεων και για τα διάφορα μεγέθη δείγματος, συμπεριλαμβανομένου μικρού έως μεσαίου μεγέθους δείγματα, όπως το δείγμα της παρούσας έρευνας ($N=188$). Αρχικά, είχε δημιουργηθεί για μικρά δείγματα ($N<50$). Επιπλέον, έχει τεκμηριωθεί ότι παρουσιάζει υψηλότερη ισχύ ανίχνευσης αποκλίσεων από την κανονικότητα σε σύγκριση με άλλους ελέγχους (Μαλεφάκη, Μπατσίδης, & Οικονόμου, 2023· Razali & Wah, 2011). Συμπληρωματικά, ελέγχθηκε και η συμμετρία των ιστογραμμάτων, ενώ το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0.05$. Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκαν συγκριτικές αναλύσεις μεταξύ επιμέρους υποομάδων του δείγματος, με στόχο τη διερεύνηση πιθανών διαφορών στη βαθμολογία των ερωτηματολογίων ανάλογα με δημογραφικά ή επικοινωνιακά χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η ηλικία, το είδος της αναπηρίας, η λήψη λογοθεραπείας και η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης. Πιο συγκεκριμένα, για τη διερεύνηση διαφορών στις εξαρτημένες μεταβλητές μεταξύ δύο ομάδων (π.χ. φύλου ή άλλων διχοτόμων μεταβλητών), χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό τεστ Mann–Whitney U, λόγω απόκλισης από την κανονικότητα της κατανομής των δεδομένων. Για τη σύγκριση περισσότερων από δύο ομάδες (πολυκατηγορικές μεταβλητές) χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό τεστ Kruskal–Wallis H. Για τον εντοπισμό των συγκεκριμένων ομάδων που παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, πραγματοποιήθηκαν συγκρίσεις κατά ζεύγη μέσω του τεστ Mann–Whitney U. Σε αυτές τις περιπτώσεις πολλαπλών συγκρίσεων, προκειμένου να περιοριστεί ο κίνδυνος σφάλματος τύπου I, εφαρμόστηκε διόρθωση Bonferroni, με αποτέλεσμα η τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας να προσαρμοστεί ανάλογα με τον αριθμό των συγκρίσεων (π.χ. $\alpha = 0.05/6 = 0.0083$ ή $\alpha = 0.05/15 = 0.0033$ κτλ.).

Επιπλέον, διερευνήθηκαν οι σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών μέσω ελέγχων συσχέτισης. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης Spearman, καθώς οι περισσότερες μεταβλητές δεν παρουσίαζαν κανονική κατανομή. Τέλος, πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις παλινδρομήσεων. Συγκεκριμένα, για να διερευνηθεί κατά πόσο το κέντρο ελέγχου επιδρά στην αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας και την αισιοδοξία πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις γραμμικής παλινδρόμησης. Για να διερευνηθούν γενικότερα οι παράγοντες που προβλέπουν την

αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας και την αισιοδοξία πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Για την εισαγωγή των κατηγορικών μεταβλητών στα μοντέλα παλινδρόμησης, κωδικοποιήθηκαν σε νέες ψευδομεταβλητές και ορίστηκαν οι ομάδες αναφοράς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

7.1 Διερεύνηση της διαφοροποίησης της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ανάλογα με την ύπαρξη ή/ και το είδος αναπηρίας

Προς απάντηση του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος, διερευνήθηκε εάν η αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας διαφοροποιείται τόσο με βάση την ύπαρξη ή μη αναπηρίας, όσο και με βάση το είδος της αναπηρίας. Αρχικά, εξετάστηκε κατά πόσο διαφέρει η αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας ανάμεσα στα άτομα με και χωρίς αναπηρία και στη συνέχεια, μελετήθηκαν ενδοομαδικές διαφοροποιήσεις. Για τη διεξαγωγή των αναλύσεων εφαρμόστηκαν μη παραμετρικές μέθοδοι, καθώς τα δεδομένα δεν πληρούσαν τις προϋποθέσεις κανονικότητας.

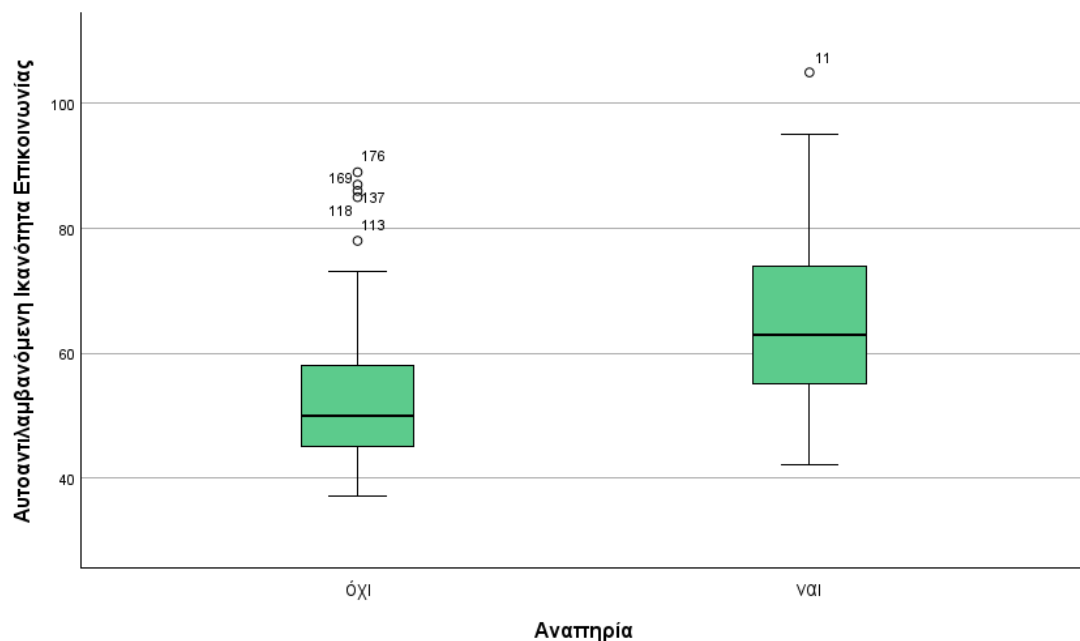
7.1.1 Ανάλυση διαφοροποίησης ανάλογα με την ύπαρξη αναπηρίας

Για τη διερεύνηση της διαφοροποίησης της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας με βάση την ύπαρξη αναπηρίας, δημιουργήθηκε μια νέα μεταβλητή, η οποία ομαδοποιεί τους συμμετέχοντες βάσει της ύπαρξης αναπηρίας. Αρχικά πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος κανονικότητας Shapiro-Wilk, σύμφωνα με τον οποίο τα δεδομένα δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή ($p < 0.001$ και $p = 0.024$). Καθώς δεν πληρούταν η προϋπόθεση κανονικότητας, για τη σύγκριση των δύο ομάδων επιλέχθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney U.

Τα αποτελέσματα κατέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς την βαθμολογία τους στην αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας ($p < 0.001 < 0.005$). Η ομάδα με αναπηρία σημείωσε σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας (Μέση Κατάταξη-MK = 120.24) σε σχέση με την ομάδα χωρίς αναπηρία (MK=70.36), γεγονός που υποδηλώνει μεγαλύτερες αντιλαμβανόμενες δυσκολίες στην επικοινωνία. Η σύγκριση απεικονίζεται στο γράφημα 3. Παρατηρείται ότι η διάμεσος είναι υψηλότερη

για τα άτομα με αναπηρία σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, επιβεβαιώνοντας τα παραπάνω, ότι δηλαδή κατά μέσο όρο, τα άτομα με αναπηρία αντιλαμβάνονται περισσότερες δυσκολίες στην επικοινωνία. Επιπλέον, η ομάδα με αναπηρία παρουσιάζει μεγαλύτερη διασπορά στις βαθμολογίες, δηλαδή παρουσιάζει μεγαλύτερη ποικιλομορφία στις απαντήσεις. Εντός της ίδιας ομάδας καταγράφεται πλήθος ακραίων τιμών, στοιχείο που δείχνει ότι ορισμένοι συμμετέχοντες βιώνουν πολύ μεγαλύτερες επικοινωνιακές δυσκολίες σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ομάδας.

Γράφημα 3. Σύγκριση της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας μεταξύ συμμετεχόντων με και χωρίς αναπηρία μέσω θηκογράμματος



7.1.2 Ανάλυση διαφοροποίησης ανά είδος αναπηρίας

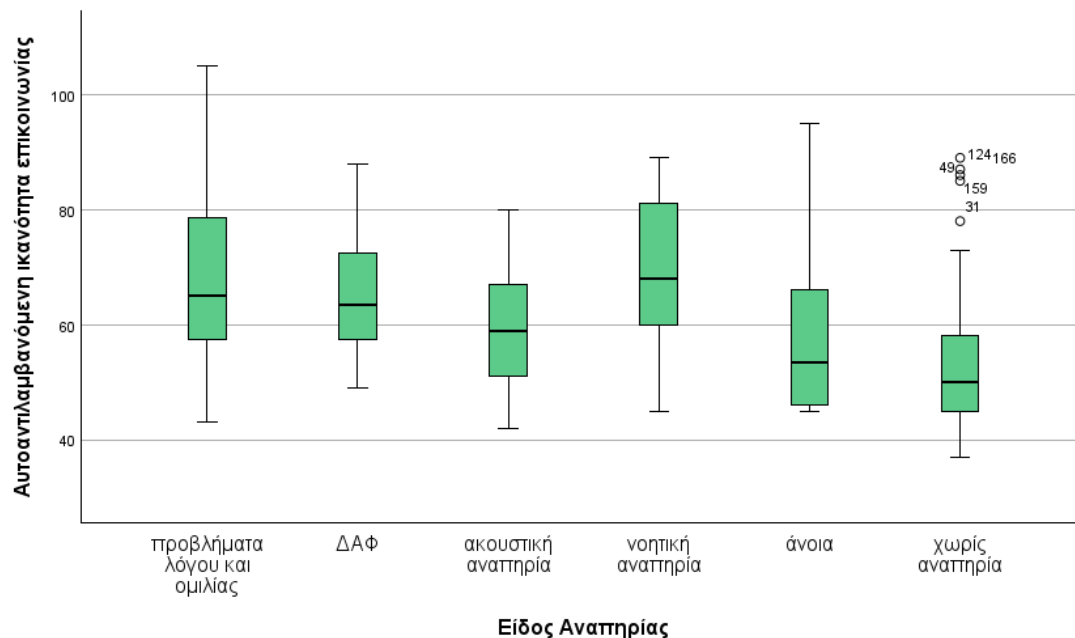
Στη συνέχεια, διερευνήθηκε κατά πόσο η αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας διαφοροποιείται μεταξύ των επιμέρους ειδών αναπηρίας. Ο έλεγχος κανονικότητας με το τεστ Shapiro-Wilk έδειξε ότι, αν και οι περισσότερες ομάδες ακολουθούσαν κανονική κατανομή, δεν ίσχυε το ίδιο για τις ομάδες με ΜΝΔ και χωρίς αναπηρία ($p = 0.045$ και $p < 0.001$, αντίστοιχα). Για το λόγο αυτό, χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό τεστ Kruskal-Wallis, από το οποίο προέκυψε στατιστικά σημαντική

διαφορά σε τουλάχιστον μία ομάδα ($p < 0.001 < 0.05$). Ακολούθως, πραγματοποιήθηκαν κατά ζεύγη συγκρίσεις με διόρθωση Bonferroni ($p < 0.0033$).

Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0.001 < 0.0033$) στη βαθμολογία των ατόμων με προβλήματα λόγου και ομιλίας και των ατόμων χωρίς αναπηρία. Συγκεκριμένα, η ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας συγκέντρωσε σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ($MK = 89.98$) από την ομάδα χωρίς αναπηρία ($MK = 52.12$), γεγονός που υποδηλώνει μεγαλύτερες αντιλαμβανόμενες δυσκολίες στην επικοινωνία. Το ίδιο ισχύει και για τα άτομα με ΔΑΦ, τα οποία συγκέντρωσαν υψηλότερη βαθμολογία ($MK=88.19$) σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς αναπηρία ($MK=50.58$). Ομοίως, στατιστικά σημαντικά διαφέρει η ομάδα με ακουστική αναπηρία από την ομάδα χωρίς αναπηρία και η ομάδα με ΝΑ από την ομάδα χωρίς αναπηρία. Συνεπώς σχεδόν όλες οι ομάδες με αναπηρία σημείωσαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας σε σχέση με την ομάδα χωρίς αναπηρία, υποδηλώνοντας μεγαλύτερες αντιλαμβανόμενες επικοινωνιακές δυσκολίες. Μόνο για την ομάδα με ΜΝΔ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά.

Αντίθετα, δεν εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφορετικών ειδών αναπηρίας, γεγονός που σημαίνει πως το είδος αναπηρίας δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας. Σημαντικό ρόλο λοιπόν, φαίνεται να διαδραματίζει η ίδια η ύπαρξη ή μη αναπηρίας στη διαφοροποίηση της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας, καθώς σχεδόν όλες οι ομάδες ατόμων με αναπηρία αντιλαμβάνονται σημαντικά μεγαλύτερες επικοινωνιακές δυσκολίες σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς αναπηρία. Παρακάτω, στο γράφημα 4 απεικονίζονται οι υψηλότερες τιμές αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας των ομάδων με προβλήματα λόγου και ομιλίας, ΔΑΦ, ακουστική και νοητική αναπηρία, σε σύγκριση με τις τιμές της ομάδας χωρίς αναπηρία.

Γράφημα 4. Σύγκριση της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ανά είδος αναπηρίας μέσω θηκογράμματος



7.2 Διερεύνηση της διαφοροποίησης της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά ή παράγοντες καθημερινής επικοινωνιακής εμπειρίας ανά ομάδα αναπηρίας

Για την απάντηση στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα διερευνήθηκε η διαφοροποίηση της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά ή με παράγοντες που σχετίζονται με την καθημερινή επικοινωνιακή εμπειρία εντός των ομάδων αναπηρίας. Χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικοί έλεγχοι Kruskal-Wallis και Mann-Whitney U, καθώς διαπιστώθηκε πως δεν πληρούταν η προϋπόθεση της κανονικότητας των δεδομένων. Συγκεκριμένα, οι μεταβλητές των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των παραγόντων που σχετίζονται με την καθημερινή επικοινωνία συγκρίθηκαν ως προς τις βαθμολογίες

αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ξεχωριστά για κάθε κατηγορία αναπηρίας, μέσω της επιλογής διάσπασης αρχείου και σύγκρισης ομάδων.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, μεταβλητές όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η διαμονή με παρέα, η ύπαρξη παιδιών και η συχνότητα επικοινωνίας δεν εμφάνισαν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της αυτοαντιλαμβανόμενης επικοινωνιακής ικανότητας εντός των υποομάδων.

Αντιθέτως, εφαρμόζοντας τον μη παραμετρικό έλεγχο Kruskal-Wallis, κατά την εξέταση της διαφοροποίησης της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ανά ηλικιακή ομάδα εντός των επιμέρους κατηγοριών αναπηρίας, διαπιστώθηκε ότι μόνο στην ομάδα με ακουστική αναπηρία η ηλικία συνδέεται στατιστικά σημαντικά με την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας ($p = 0.009 < 0.05$). Ακολούθως, πραγματοποιήθηκαν κατά ζεύγη συγκρίσεις με τον έλεγχο Mann-Whitney U και εφαρμόστηκε διόρθωση Bonferroni, θέτοντας $p < 0.0033$. Παρότι ο αρχικός έλεγχος έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά, οι κατά ζεύγη συγκρίσεις δεν ανέδειξαν συγκεκριμένα ζεύγη ηλικιακών ομάδων με στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις. Ωστόσο, παρατηρείται τάση διαφοροποίησης στις μέσες κατατάξεις. Ειδικότερα, οι νεότεροι συμμετέχοντες (18–25 ετών) εμφάνισαν την υψηλότερη μέση κατάταξη ($MK = 23.40$) και ακολούθησαν οι συμμετέχοντες που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 46–55 ετών ($MK = 20.70$), γεγονός που υποδηλώνει αντίληψη μεγαλύτερων δυσκολιών στην επικοινωνία. Αντίθετα άτομα ηλικίας 26–35 και 56–65 ετών εμφάνισαν τις χαμηλότερες ($MK = 4.50$ και $MK = 4.83$, αντίστοιχα).

Πίνακας 22. Μέσες κατατάξεις αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ανά ηλικιακή ομάδα στην ομάδα με ακουστική αναπηρία

Ηλικιακή ομάδα	N	Μέση Κατάταξη
18-25 ετών	5	23.40
26-35 ετών	2	4.50
36-45 ετών	2	9.50
46-55 ετών	5	20.70
56-65 ετών	3	4.83
66 ετών και άνω	12	14.33

Επιπλέον, το μορφωτικό επίπεδο διαφοροποίησε σημαντικά τη βαθμολογία αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας στην ομάδα με ΜΝΔ ($p = 0.040 < 0.05$), όμως δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις σε συγκεκριμένα ζεύγη. Παρόλα αυτά, σύμφωνα με τις τιμές μέσης κατάταξης, τα άτομα χαμηλής μόρφωσης (Πρωτοβάθμια εκπαίδευση) παρουσιάζουν μεγαλύτερες αντιλαμβανόμενες δυσκολίες επικοινωνίας ($MK = 7.60$) σε σχέση με εκείνα που είχαν ολοκληρώσει Δευτεροβάθμια ($MK = 2.00$) ή Ανώτατη Εκπαίδευση ($MK = 5.50$). Τα ευρήματα αυτά ωστόσο ερμηνεύονται με επιφύλαξη, λόγω του πολύ μικρού μεγέθους ορισμένων υποομάδων (π.χ. μόνο 2 άτομα στην κατηγορία ΑΕΙ και 3 στη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση).

Πίνακας 23. Μέσες κατατάξεις αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας με βάση το μορφωτικό επίπεδο στην ομάδα με Μείζονα Νευρογνωστική Διαταραχή

Μορφωτικό επίπεδο	N	Μέση Κατάταξη
Δημοτικό	5	7.60
Γυμνάσιο/Λύκειο	3	2.00
ΑΕΙ	2	5.50

Η επαγγελματική κατάσταση φάνηκε να διαφοροποιεί στατιστικά σημαντικά την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας στην ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας ($p = 0.034$) και στην ομάδα χωρίς αναπηρία ($p = 0.023$). Όσον αφορά την ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας, οι συγκρίσεις κατά ζεύγη δεν κατέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ συγκεκριμένων επαγγελματικών ομάδων, γεγονός που ενδέχεται να αποδίδεται στο μικρό μέγεθος ορισμένων υποομάδων ή στη σχετικά περιορισμένη ισχύ του τεστ. Ωστόσο, από τις μέσες κατατάξεις προκύπτει ότι οι άνεργοι ($MK = 17.25$), οι συνταξιούχοι ($MK = 15.06$) και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι ($MK = 16.00$) έχουν υψηλότερες βαθμολογίες αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας, δηλαδή χειρότερες αντιλήψεις για την επικοινωνιακή τους ικανότητα, σε σύγκριση με άλλες ομάδες, όπως οι δημόσιοι υπάλληλοι ($MK = 4.83$) και οι αυτοαπασχολούμενοι ($MK = 7.25$).

Πίνακας 24. Μέσες κατατάξεις αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας με βάση το επάγγελμα στην ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας

Επαγγελματική κατάσταση	N	Μέση Κατάταξη
αυτοαπασχολούμενοι	6	7.25
ιδιωτικοί υπάλληλοι	3	16.00
δημόσιοι υπάλληλοι	3	4.83
άνεργοι	2	17.25
συνταξιούχοι	9	15.06

Οι κατά ζεύγη συγκρίσεις (διόρθωση Bonferroni $p < 0.005$) για την ομάδα ατόμων χωρίς αναπηρία, έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0.003$) μεταξύ των ανέργων και των δημοσίων υπαλλήλων, με τους άνεργους να συγκεντρώνουν υψηλότερη βαθμολογία αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ($MK = 34.06$) σε σχέση με τους δημοσίους υπαλλήλους ($MK = 21.41$). Η διαφορά αυτή στις τιμές, υποδηλώνει πως η ομάδα των ανέργων αντιλαμβάνεται περισσότερες δυσκολίες στην επικοινωνία σε σχέση με την ομάδα των δημοσίων υπαλλήλων.

Πίνακας 25. Σύγκριση κατά ζεύγη μεταξύ ανέργων και δημοσίων υπαλλήλων στην ομάδα χωρίς αναπηρία ως προς την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας

Επαγγελματική κατάσταση	N	Μέση Κατάταξη
άνεργοι	26	34.06
Δημόσιοι υπάλληλοι	28	21.41

Ομοίως, η μεταβλητή του εισοδήματος φάνηκε να διαφοροποιεί στατιστικά σημαντικά τη βαθμολογία αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας στην ίδια ομάδα ($p=0.017$). Από τις κατά ζεύγη συγκρίσεις (διόρθωση Bonferroni $p < 0.005$) προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0.004 < 0.005$) μεταξύ των ομάδων με εισόδημα μικρότερο των 700 ευρώ και με εισόδημα 700-1200 ευρώ. Η ομάδα χωρίς αναπηρία με εισόδημα μικρότερο των 700 ευρώ είχε υψηλότερες βαθμολογίες αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ($MK=38.20$) από την ομάδα χωρίς αναπηρία με εισόδημα 700-1200 ευρώ ($MK=24.92$). Το ίδιο διαπιστώνεται με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0.004 < 0.005$) και για την ομάδα με εισόδημα

μικρότερο των 700 ευρώ (MK=23.73) σε σύγκριση με την ομάδα με εισόδημα 1200-2000 ευρώ (MK=13.44). Παρατηρείται λοιπόν, πως τα άτομα που δήλωσαν εισόδημα κάτω των 700 ευρώ παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη αυτοαντιλαμβανόμενη επικοινωνιακή ικανότητα συγκριτικά με άτομα σε μεγαλύτερες μεσαίες εισοδηματικές ομάδες.

Πίνακας 26. Σύγκριση κατά ζεύγη μεταξύ <700 και 700-1200 ευρώ στην ομάδα χωρίς αναπηρία ως προς την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας

Εισόδημα	N	Μέση Κατάταξη
<700 €	20	38.20
700-1200 €	38	24.92

Πίνακας 27. Σύγκριση κατά ζεύγη μεταξύ <700 και 1200-2000 ευρώ στην ομάδα χωρίς αναπηρία ως προς την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας

Εισόδημα	N	Μέση Κατάταξη
<700 €	20	23.73
1200-2000 €	17	13.44

Όσον αφορά το επίπεδο υποστήριξης στην καθημερινότητα, διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τη βαθμολογία αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας στην ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας ($p = 0.020 < 0.05$) και στην ομάδα χωρίς αναπηρία ($p = 0.018 < 0.05$). Αν και οι κατά ζεύγη συγκρίσεις δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, οι μέσες κατατάξεις υποδεικνύουν συγκεκριμένες τάσεις. Συγκεκριμένα, τα άτομα χωρίς αναπηρία που δήλωσαν υποστήριξη από φίλους είχαν την υψηλότερη μέση κατάταξη (MK = 74.29), ενώ όσα δήλωσαν πως δεν έχουν υποστήριξη είχαν τη χαμηλότερη (MK = 41.63). Αντίστοιχα, στην ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας, η ύπαρξη οικογενειακής υποστήριξης φάνηκε να σχετίζεται με υψηλότερη αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας σε σχέση με τα υπόλοιπα επίπεδα υποστήριξης.

Πίνακας 28. Μέσες κατατάξεις αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ανά επίπεδο υποστήριξης στην ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας

Επίπεδο υποστήριξης	N	Μέση Κατάταξη
πολύ στενή	7	8.29
Από οικογένεια	12	16.13
Από φίλους	1	3.00
καθόλου	3	7.17

Πίνακας 29. Μέσες κατατάξεις αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας με βάση το επίπεδο υποστήριξης στην ομάδα χωρίς αναπηρία

Επίπεδο υποστήριξης	N	Μέση Κατάταξη
πολύ στενή	42	44.94
Από οικογένεια	16	56.47
Από φίλους	7	74.29
καθόλου	30	41.63

Αναφορικά με την πρόσβαση σε υπηρεσίες λογοθεραπείας, η βαθμολογία αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας διαφοροποιήθηκε στατιστικά σημαντικά μόνο εντός της ομάδας χωρίς αναπηρία ($p = 0.010 < 0.05$). Οι κατά ζεύγη συγκρίσεις (Bonferroni $p < 0.0083$), κατέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0.007 < 0.0083$) στην αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας μεταξύ των ατόμων που δήλωσαν ότι δεν κάνουν λογοθεραπεία αλλά θα το επιθυμούσαν, και των ατόμων που δήλωσαν ότι δεν κάνουν λογοθεραπεία και δεν χρειάζονται. Οι πρώτοι συγκέντρωσαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας (MK = 76.50) από τους δεύτερους (MK = 45.52), αντιλαμβανόμενοι χειρότερα την επικοινωνιακή τους ικανότητα.

Τέλος, η χρήση βοηθήματος επικοινωνίας δεν φάνηκε να διαφοροποιεί στατιστικά σημαντικά την βαθμολογία αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ανά τα είδη αναπηρίας. Βέβαια, όσον αφορά την ομάδα με ακουστική αναπηρία οριακά δεν σημειώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0.054$). Οι μέσες κατατάξεις καταδεικνύουν πως οι συμμετέχοντες με ακουστικό βαρηκοΐας (MK = 15.52) είχαν υψηλότερες βαθμολογίες από αυτούς που δεν χρησιμοποιούν βοηθητικό

μέσο (MK = 8.00), υποδηλώνοντας πως έχουν χαμηλότερη αντιλαμβανόμενη επικοινωνιακή ικανότητα.

Πίνακας 30. Συνοπτική παρουσίαση στατιστικά σημαντικών διαφοροποιήσεων της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ανά μεταβλητή και ομάδα αναπηρίας

Μεταβλητή	Ομάδα Αναπηρίας	p-τιμή
Ηλικιακή ομάδα	Ακουστική αναπηρία	0.009
Μορφωτικό επίπεδο	Μείζων Νευρογνωστική Διαταραχή	0.040
Επαγγελματική κατάσταση	Προβλήματα λόγου και ομιλίας	0.034
Επαγγελματική κατάσταση	Χωρίς αναπηρία	0.023
Εισόδημα	Χωρίς αναπηρία	0.017
Επίπεδο υποστήριξης	Προβλήματα λόγου και ομιλίας	0.020
Επίπεδο υποστήριξης	Χωρίς αναπηρία	0.018
Πρόσβαση σε λογοθεραπεία	Χωρίς αναπηρία	0.010
Χρήση βοηθήματος επικοινωνίας	Ακουστική αναπηρία	0.054

7.3 Διερεύνηση της διαφοροποίησης της βαθμολογίας του κέντρου ελέγχου ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά ή παράγοντες καθημερινής επικοινωνιακής εμπειρίας ανά ομάδα αναπηρίας

Για την απάντηση του τρίτου ερευνητικού ερωτήματος, εξετάστηκε κατά πόσο η βαθμολογία του κέντρου ελέγχου διαφοροποιείται ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά ή παράγοντες καθημερινής επικοινωνίας εντός των επιμέρους ομάδων αναπηρίας.

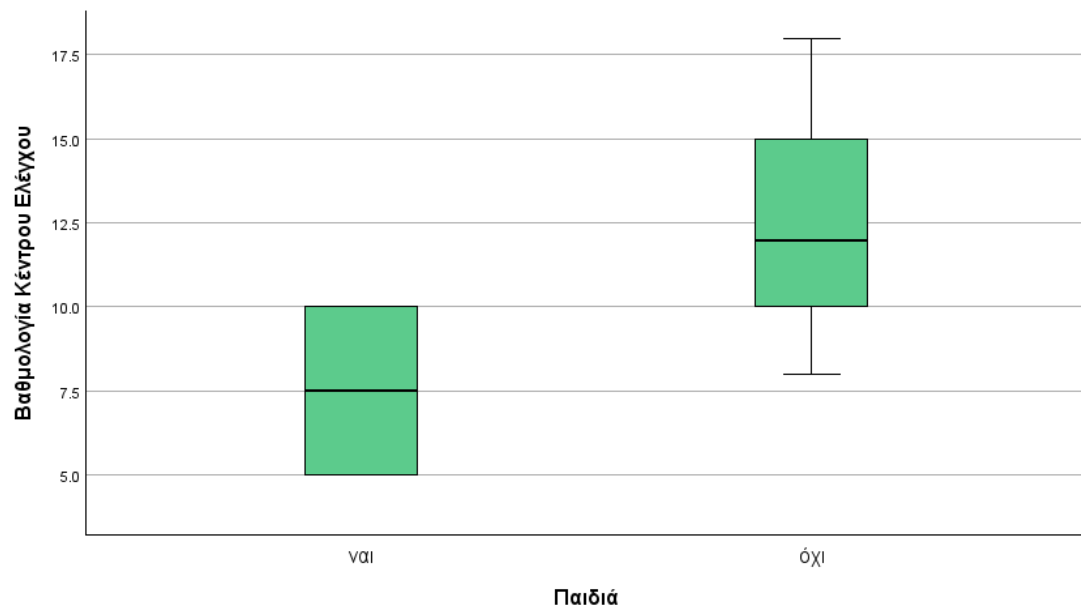
Η διαδικασία διερεύνησης, ακολούθησε αντίστοιχη διαδικασία με αυτή του προηγούμενου ερευνητικού ερωτήματος, με χρήση της επιλογής διάσπασης του

αρχείου. Διενεργήθηκαν έλεγχοι κανονικότητας με το τεστ Shapiro–Wilk. Δεδομένου ότι δεν πληρούνταν παντού η προϋπόθεση της κανονικότητας, χρησιμοποιήθηκαν τόσο παραμετρικές (t-test, one-way ANOVA) όσο και μη παραμετρικές μέθοδοι (Kruskal–Wallis, Mann–Whitney U), ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των δεδομένων κάθε περίπτωσης. Στις περιπτώσεις που χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης (one-way ANOVA), πραγματοποιήθηκε ξεχωριστά το τεστ ομοιογένειας διακυμάνσεων (Levene’s test), το οποίο επιβεβαίωσε σε όλες τις περιπτώσεις τη μη παραβίαση της παραδοχής ισότητας των διακυμάνσεων ($p > 0.05$), επιτρέποντας την εφαρμογή του παραμετρικού ελέγχου.

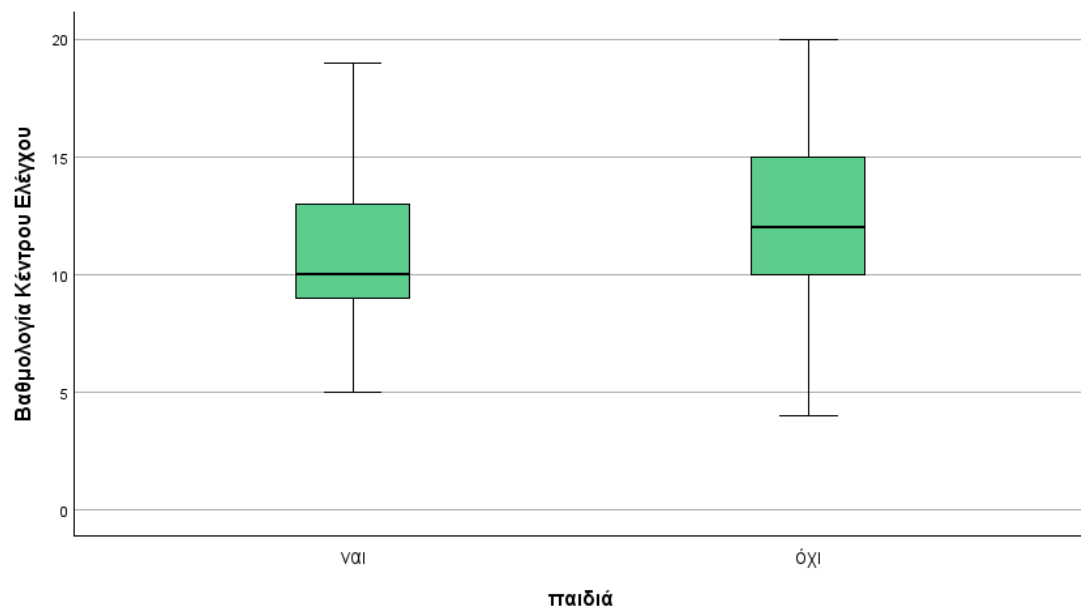
Το φύλο, η ηλικιακή ομάδα, η οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση, η φύση της επικοινωνιακής δυσκολίας, η αντίληψη επίδρασης της προσωπικότητας στην επικοινωνία, η χρήση βοηθητικού μέσου επικοινωνίας και η συχνότητα επικοινωνίας δεν διαφοροποίησαν στατιστικά σημαντικά τη βαθμολογία κέντρου ελέγχου εντός των ομάδων αναπηρίας. Ωστόσο, σε σχέση με άλλες μεταβλητές, προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Σε σχέση με την ύπαρξη παιδιών, το τεστ Shapiro–Wilk έδειξε ότι τα δεδομένα ακολουθούν κανονική κατανομή και πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος t-test. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η ύπαρξη παιδιών διαφοροποιεί τη βαθμολογία κέντρου ελέγχου στις ομάδες με ΝΑ ($p = 0.039$) και χωρίς αναπηρία ($p = 0.021$). Στην ομάδα με ΝΑ, οι συμμετέχοντες με παιδιά σημείωσαν χαμηλότερη βαθμολογία (Μ.Ο. = 7.50) σε σχέση με τους συμμετέχοντες χωρίς παιδιά (Μ.Ο. = 12.69), ενώ στην ομάδα χωρίς αναπηρία, οι συμμετέχοντες με παιδιά σημείωσαν επίσης χαμηλότερη βαθμολογία (Μ.Ο. = 10.83) σε σχέση με όσους δεν είχαν παιδιά (Μ.Ο. = 12.46). Οι διαφοροποιήσεις στη βαθμολογία του κέντρου ελέγχου απεικονίζονται οπτικά στα γραφήματα 5 και 6. Για τις ομάδες με ΔΑΦ και ΜΝΔ, δεν πραγματοποιήθηκαν ενδοομαδικές συγκρίσεις, καθώς όλοι οι συμμετέχοντες με ΔΑΦ απάντησαν πως δεν έχουν παιδιά, ενώ όλοι οι συμμετέχοντες με ΜΝΔ πως έχουν.

Γράφημα 5. Σύγκριση της βαθμολογίας του κέντρου ελέγχου σε σχέση με την ύπαρξη παιδιών στην ομάδα με νοητική αναπηρία μέσω θηκογράμματος



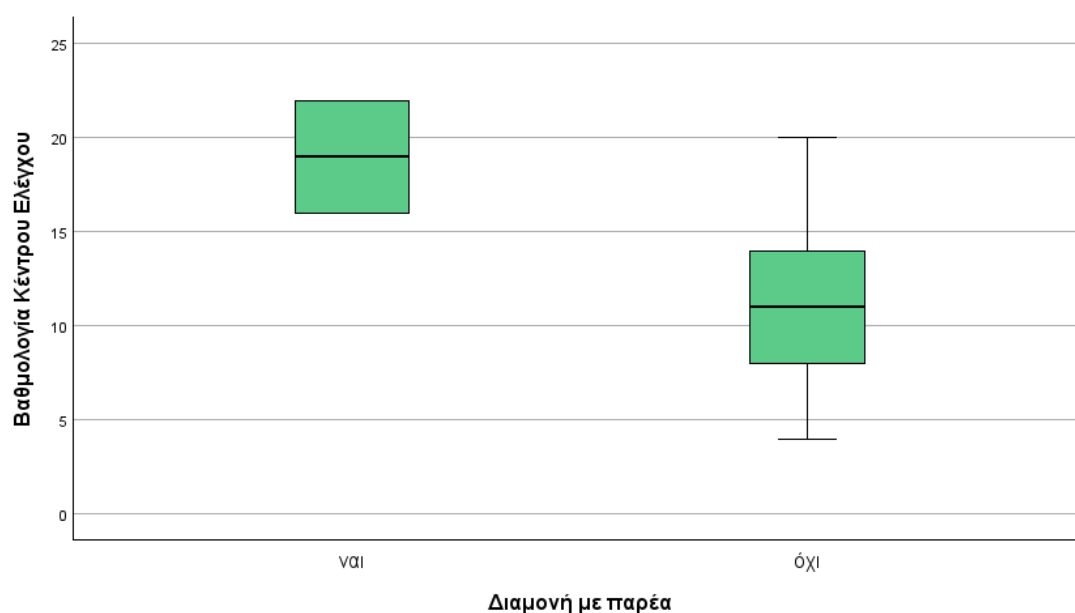
Γράφημα 6. Σύγκριση της βαθμολογίας του κέντρου ελέγχου σε σχέση με την ύπαρξη παιδιών στην ομάδα χωρίς αναπηρία μέσω θηκογράμματος



Όσον αφορά τη διαμονή με παρέα, από τον έλεγχο t-test προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο στην ομάδα με ΔΑΦ ($p = 0.044 < 0.05$). Τα άτομα

με ΔΑΦ που διαμένουν με παρέα σημείωσαν υψηλότερη μέση βαθμολογία κέντρου ελέγχου (M.O. = 19.00) σε σχέση με εκείνα που ζουν μόνα τους (M.O. = 11.36). Η υψηλότερη μέση τιμή στα άτομα που συμβιώνουν με άλλους υποδηλώνει ότι μια τάση να αντιλαμβάνονται τα αποτελέσματα της ζωής τους περισσότερο ως προϊόν εξωτερικών δυνάμεων.

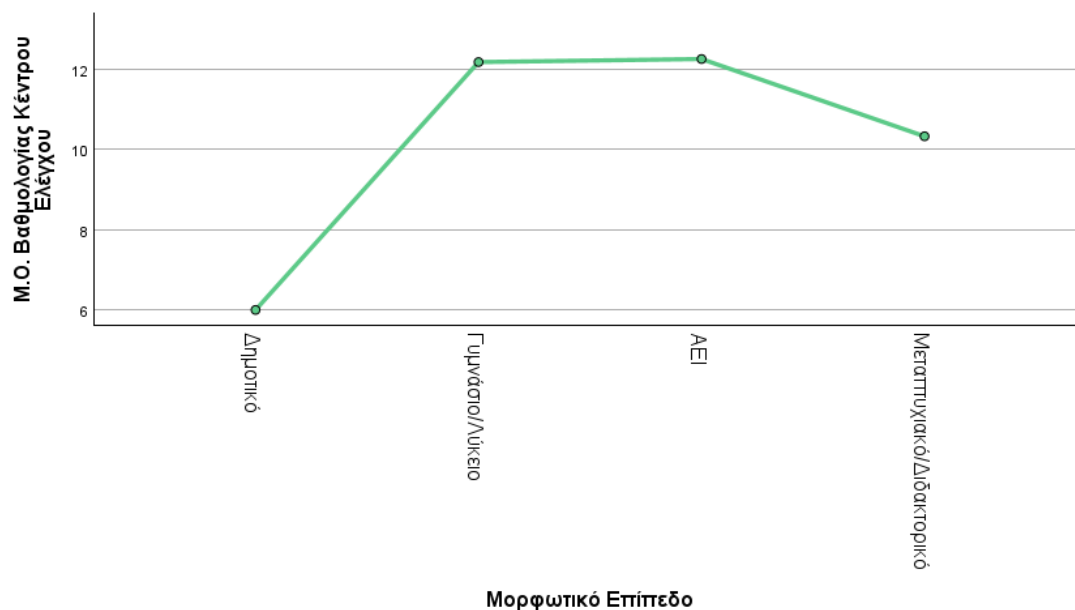
Γράφημα 7. Σύγκριση της βαθμολογίας του κέντρου ελέγχου σε σχέση με τη διαμονή με παρέα στην ομάδα με ΔΑΦ μέσω θηκογράμματος



Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο, αφού επιβεβαιώθηκε η κανονικότητα των δεδομένων και η ισότητα των διακυμάνσεων (με χρήση των τεστ Shapiro-Wilk και Levene), εφαρμόστηκε έλεγχος διακύμανσης ενός παράγοντα one-way ANOVA. Στην ομάδα χωρίς αναπηρία καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0.043 < 0.05$). Ωστόσο, λόγω μικρού αριθμού συμμετεχόντων σε κάποιες κατηγορίες (π.χ. μόνο ένας συμμετέχων με επίπεδο εκπαίδευσης Δημοτικού), δεν ήταν δυνατή η διεξαγωγή πλήρους Post Hoc ανάλυσης. Από την παρατήρηση των περιγραφικών στατιστικών και την οπτική απεικόνιση (γράφημα 8), φαίνεται ότι η μέση βαθμολογία κέντρου ελέγχου για τον συμμετέχοντα με επίπεδο εκπαίδευσης Δημοτικού (M.O. = 6.00) είναι πολύ χαμηλότερη σε σύγκριση με τα επίπεδα εκπαίδευσης, όπως το Γυμνάσιο/Λύκειο (M.O. = 12.19) και το ΑΕΙ (M.O. = 12.26). Η

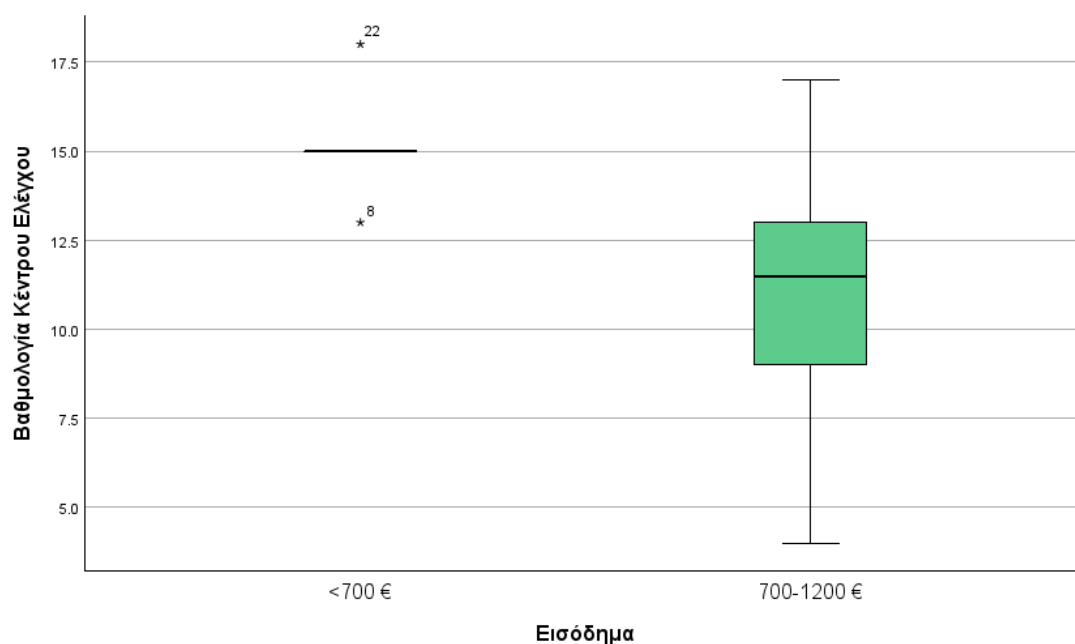
χαμηλή βαθμολογία κέντρου ελέγχου στην ομάδα του Δημοτικού ενδέχεται να αντανακλά μειωμένο αντιλαμβανόμενο έλεγχο στη ζωή και στα γεγονότα από άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, ωστόσο το εύρημα αυτό πρέπει να ερμηνευτεί με επιφύλαξη λόγω του εξαιρετικά μικρού μεγέθους δείγματος.

Γράφημα 8. Σύγκριση της μέσης βαθμολογίας του κέντρου ελέγχου σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο για την ομάδα χωρίς αναπηρία μέσω διαγράμματος μέσων τιμών



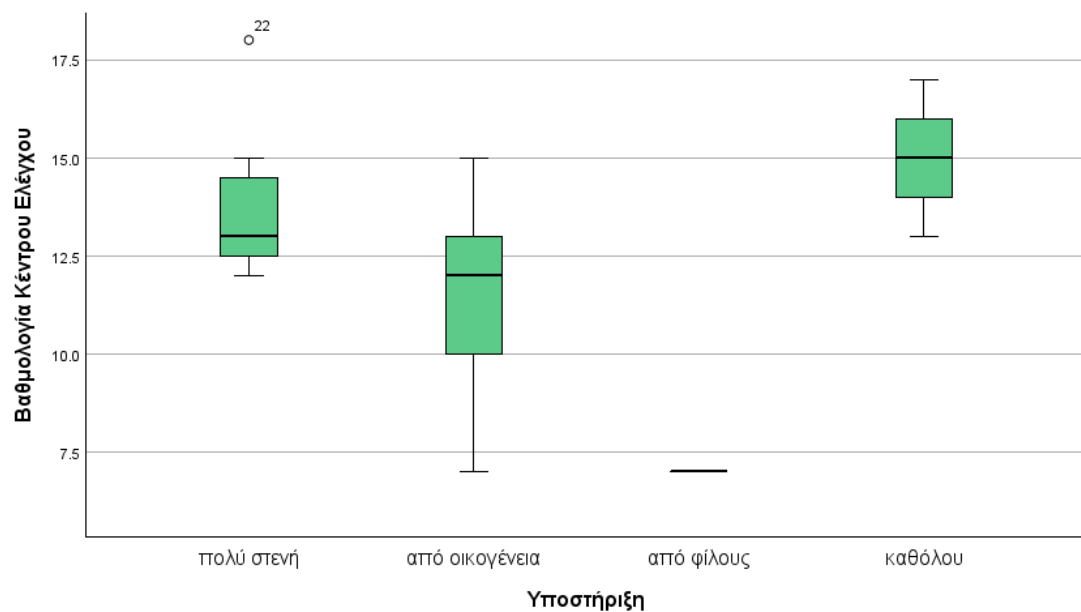
Για τη διερεύνηση της διαφοροποίησης της βαθμολογίας κέντρου ελέγχου με βάση το εισόδημα ανά είδος αναπηρίας, διαπιστώθηκε ότι τα δεδομένα δεν ακολουθούν κανονική κατανομή και πραγματοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis. Σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0.005 < 0.05$) εντός της ομάδας με προβλήματα λόγου και ομιλίας. Οι κατά ζεύγη συγκρίσεις (διόρθωση Bonferroni, $p < 0.0083$) έδειξαν ότι τα άτομα με εισόδημα μικρότερο των 700 ευρώ συγκέντρωσαν υψηλότερη βαθμολογία κέντρου ελέγχου ($MK = 14.50$) σε σύγκριση με άτομα με εισόδημα 700–1200 ευρώ ($MK = 7.00$), γεγονός που υποδηλώνει μεγαλύτερη εξωγενή απόδοση ευθυνών από άτομα με χαμηλότερο εισόδημα. Το γράφημα 9 αποτυπώνει αυτές τις διαφορές στη βαθμολογία κέντρου ελέγχου μεταξύ των υποομάδων εισοδήματος στην ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας.

Γράφημα 9. Σύγκριση της βαθμολογίας του κέντρου ελέγχου με βάση το εισόδημα για την ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας μέσω θηκογράμματος



Όσον αφορά το επίπεδο υποστήριξης, ο έλεγχος κανονικότητας Shapiro-Wilk επιβεβαίωσε την κανονικότητα των δεδομένων και πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης ενός παράγοντα (one-way ANOVA). Εντός της ομάδας ατόμων με προβλήματα λόγου και ομιλίας, διαπιστώθηκε ότι το επίπεδο υποστήριξης σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη βαθμολογία κέντρου ελέγχου ($p = 0.016 < 0.05$). Παρά την ύπαρξη συνολικής στατιστικής σημαντικότητας, οι συγκρίσεις κατά ζεύγη (Post Hoc) δεν ήταν εφικτές για όλες τις υποκατηγορίες, πιθανόν εξαιτίας του περιορισμένου αριθμού συμμετεχόντων σε ορισμένες ομάδες και της περιορισμένης διακύμανσης των δεδομένων (π.χ. μόνο ένα άτομο ανέφερε υποστήριξη αποκλειστικά από φίλους). Η σχετική κατανομή απεικονίζεται στο Γράφημα 10. Από την οπτική ανάλυσή του διαφαίνεται ότι τα άτομα χωρίς υποστήριξη συγκεντρώνουν υψηλότερες τιμές στη βαθμολογία κέντρου ελέγχου σε σχέση με άτομα που λαμβάνουν υποστήριξη από το στενό οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον. Το εύρημα αυτό ωστόσο πρέπει να ερμηνευθεί με επιφύλαξη, λόγω της απουσίας επαρκών στατιστικών συγκρίσεων που να επιβεβαιώνουν την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς.

Γράφημα 10. Σύγκριση της βαθμολογίας του κέντρου ελέγχου με βάση το επίπεδο υποστήριξης στην ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας μέσω θηκογράμματος



Σχετικά με τη μεταβλητή «πρόσβαση σε υπηρεσίες λογοθεραπείας», ο έλεγχος κανονικότητας Shapiro-Wilk υπέδειξε ότι τα δεδομένα δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή και, συνεπώς, εφαρμόστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η βαθμολογία LOC διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά εντός της ομάδας χωρίς αναπηρία ($p = 0.035 < 0.05$). Ωστόσο, οι αναλύσεις κατά ζεύγη με το τεστ Mann-Whitney U δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μετά τη διόρθωση Bonferroni ($p < 0.0083$). Ειδικότερα, αν και διαπιστώθηκε εμφανής διαφορά στις μέσες κατατάξεις μεταξύ των ατόμων που δήλωσαν ότι χρειάζονται περιστασιακά λογοθεραπεία ($MK = 1.00$) και εκείνων που δεν τη χρειάζονται ($MK = 45.00$), η στατιστική σύγκριση δεν ήταν σημαντική ($p = 0.085 > 0.0083$). Η έλλειψη στατιστικής σημαντικότητας αποδίδεται στον εξαιρετικά μικρό αριθμό συμμετεχόντων στην ομάδα "περιστασιακά" ($N=1$), γεγονός που περιορίζει την ακρίβεια και την ισχύ του ελέγχου. Επιπλέον, η σύγκριση μεταξύ ατόμων που επιθυμούσαν λογοθεραπεία και εκείνων που δεν τη χρειαζόνταν έδειξε οριακή διαφορά ($p = 0.051$), η οποία επίσης δεν κρίθηκε στατιστικά σημαντική με βάση το προσαρμοσμένο όριο σημαντικότητας.

Πίνακας 31. Στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις του κέντρου ελέγχου ανά μεταβλητή και ομάδα αναπηρίας

Μεταβλητή	Ομάδα Αναπηρίας	p-τιμή
Ύπαρξη παιδιών	Νοητική αναπηρία	0.039
Ύπαρξη παιδιών	Χωρίς αναπηρία	0.021
Διαμονή με παρέα	ΔΑΦ	0.044
Μορφωτικό επίπεδο	Χωρίς αναπηρία	0.043
Εισόδημα	Προβλήματα λόγου και ομιλίας	0.005
Επίπεδο υποστήριξης	Προβλήματα λόγου και ομιλίας	0.016
Πρόσβαση σε λογοθεραπεία	Χωρίς αναπηρία	0.035

7.4 Διερεύνηση της διαφοροποίησης του βαθμού αισιοδοξίας ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά ή παράγοντες καθημερινής επικοινωνιακής εμπειρίας ανά ομάδα αναπηρίας

Η διερεύνηση του τέταρτου ερευνητικού ερωτήματος επικεντρώθηκε στην ανάλυση πιθανών διαφοροποιήσεων στη βαθμολογία αισιοδοξίας (LOT-R) βάσει δημογραφικών και επικοινωνιακών χαρακτηριστικών, εντός κάθε ομάδας αναπηρίας. Οι αναλύσεις κανονικότητας (Shapiro-Wilk) έδειξαν ότι σε αρκετές περιπτώσεις δεν πληρούνταν η προϋπόθεση της κανονικής κατανομής των δεδομένων ή το μέγεθος των υποομάδων ήταν μικρό ($n < 30$). Για τον λόγο αυτό, εφαρμόστηκαν μη παραμετρικοί έλεγχοι Kruskal-Wallis και Mann-Whitney U για τη διερεύνηση των διαφοροποιήσεων στη βαθμολογία αισιοδοξίας και τις κατά ζεύγη συγκρίσεις.

Συνολικά, οι μεταβλητές του φύλου, της ηλικιακής ομάδας, της διαμονής με παρέα, του μορφωτικού επιπέδου, της φύσης της δυσκολίας, της αντίληψης επίδρασης της προσωπικότητας στην επικοινωνία, του επιπέδου υποστήριξης από το κοντινό περιβάλλον, της συχνότητας επικοινωνίας και της χρήσης βοηθητικού μέσου

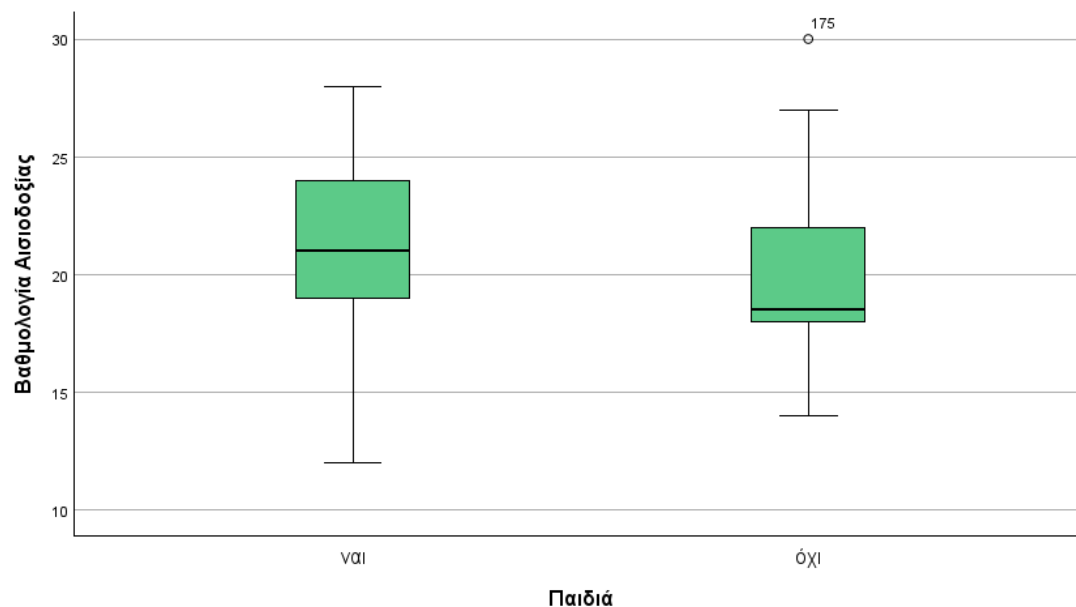
επικοινωνίας δεν επηρέασαν στατιστικά σημαντικά τη βαθμολογία αισιοδοξίας στις επιμέρους ομάδες αναπηρίας.

Όσον αφορά την ύπαρξη παιδιών, ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αισιοδοξία στην ομάδα χωρίς αναπηρία ($p = 0.034 < 0.05$). Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες με παιδιά σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα LOT-R ($MK = 54.03$) σε σχέση με τους συμμετέχοντες χωρίς παιδιά ($MK = 42.09$), γεγονός που υποδηλώνει πως τα άτομα με παιδιά παρουσιάζουν μεγαλύτερες θετικές προσδοκίες για τη ζωή και το μέλλον τους.

Πίνακας 32. Σύγκριση μέσων κατατάξεων αισιοδοξίας ως προς την ύπαρξη παιδιών στην ομάδα χωρίς αναπηρία

Ύπαρξη παιδιών	N	Μέση Κατάταξη
ναι	47	54.03
όχι	48	42.09

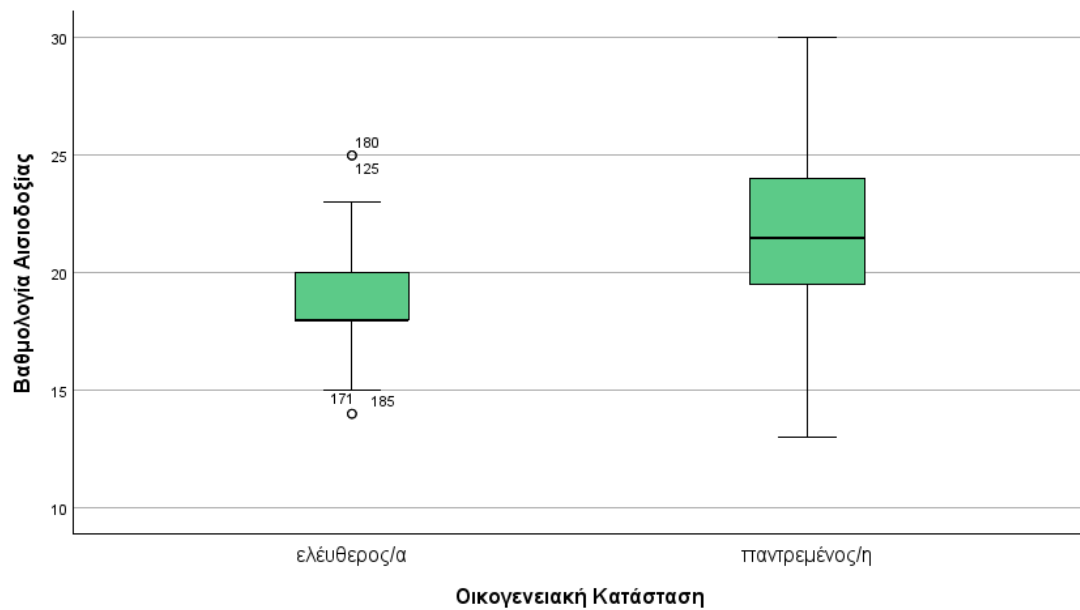
Γράφημα 11. Κατανομή τιμών αισιοδοξίας ως προς την ύπαρξη παιδιών στην ομάδα χωρίς αναπηρία μέσω θηκογράμματος



Η ηλικία δεν διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά τη βαθμολογία αισιοδοξίας, σύμφωνα με τον έλεγχο Kruskal-Wallis. Ωστόσο, τα περιγραφικά στοιχεία των δεδομένων δείχνουν ορισμένες τάσεις διαφοροποίησης ανά ομάδα αναπηρίας. Στην ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας, η ηλικιακή ομάδα 36–45 ετών εμφάνισε υψηλότερη μέση κατάταξη, ενώ η ομάδα 26–35 ετών χαμηλότερη. Αντίστοιχα, στην ομάδα με ΔΑΦ, τα άτομα 26–35 ετών σημείωσαν την υψηλότερη μέση κατάταξη. Στην ομάδα ακουστικής αναπηρίας, παρατηρήθηκαν υψηλότερες μέσες κατατάξεις στις ηλικίες 56–65 και 66+ ετών. Στην ομάδα ΝΑ, η ηλικία 46–55 ετών εμφάνισε υψηλότερες τιμές. Στην ομάδα χωρίς αναπηρία, οι υψηλότερες μέσες κατατάξεις καταγράφηκαν στις ηλικίες 36–65 ετών, με τις μικρότερες ηλικίες να σημειώνουν χαμηλότερες τιμές. Συνεπώς, η ηλικία δεν φαίνεται να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα διαφοροποίησης της αισιοδοξίας εντός των ομάδων αναπηρίας, αν και τα περιγραφικά στοιχεία υποδεικνύουν κάποιες τάσεις που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης σε μελλοντικές μελέτες.

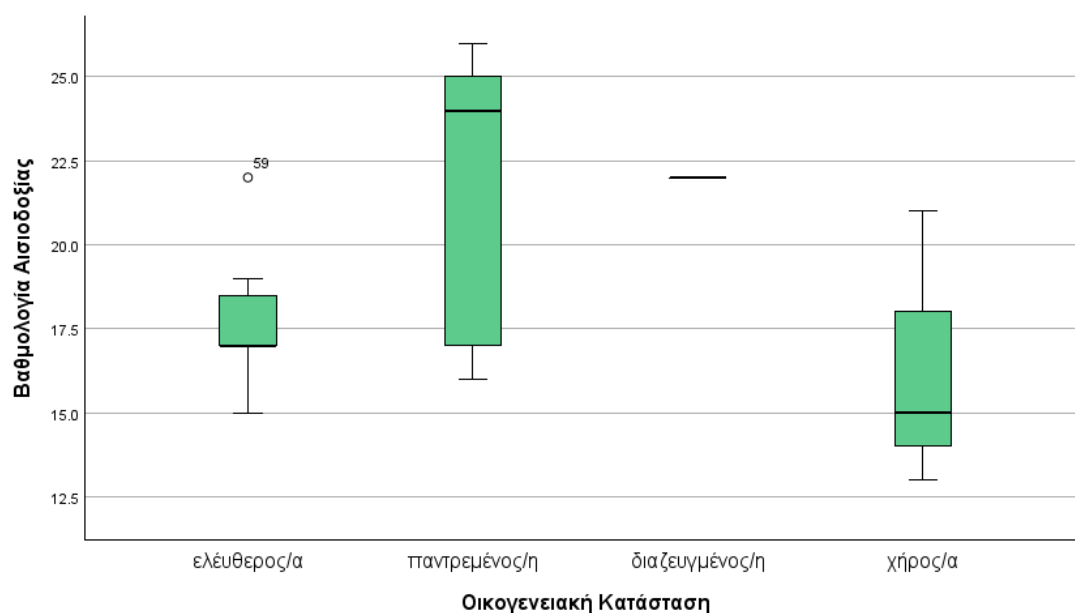
Η οικογενειακή κατάσταση διαφοροποίησε στατιστικά σημαντικά την αισιοδοξία στις ομάδες με ακουστική αναπηρία ($p = 0.042 < 0.05$) και χωρίς αναπηρία ($p = 0.003 < 0.05$). Για τις δύο ομάδες πραγματοποιήθηκαν κατά ζεύγη συγκρίσεις (με το τεστ Mann-Whitney U) και εφαρμόστηκε διόρθωση Bonferroni, με αναπροσδιορισμό του επιπέδου σημαντικότητας ($p < 0.0083$). Στην ομάδα χωρίς αναπηρία, στατιστικά σημαντική διαφορά σημειώθηκε μεταξύ των ελεύθερων και παντρεμένων συμμετεχόντων. Οι παντρεμένοι συμμετέχοντες συγκέντρωσαν υψηλότερες βαθμολογίες ($MK = 52.53$) από τους ελεύθερους ($MK = 33.50$), όπως απεικονίζεται και στο γράφημα 12.

Γράφημα 12. Κατανομή τιμών αισιοδοξίας με βάση την οικογενειακή κατάσταση στην ομάδα χωρίς αναπηρία μέσω θηκογράμματος



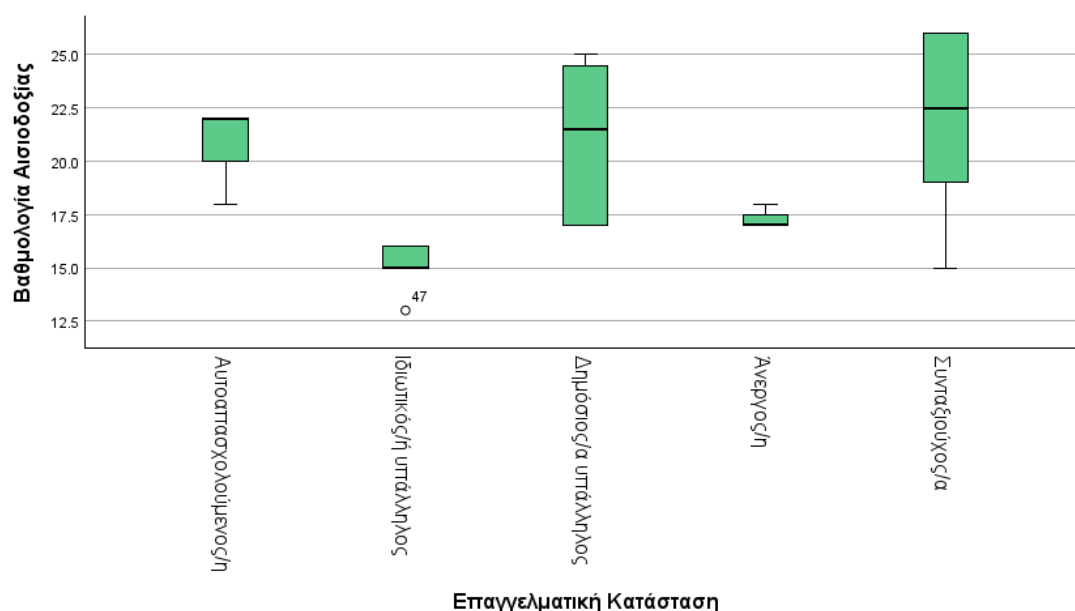
Για την ομάδα με ακουστική αναπηρία, οι κατά ζεύγη συγκρίσεις δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ συγκεκριμένων ζευγών ομάδων, πιθανώς λόγω της αυστηρότητας της διόρθωσης Bonferroni και του περιορισμένου μεγέθους υποομάδων. Βέβαια, παρατηρώντας την οπτική απεικόνιση κατανομής των τιμών, φαίνεται πως οι παντρεμένοι συμμετέχοντες τείνουν να είναι πιο αισιόδοξοι και να έχουν υψηλότερες προσδοκίες για το μέλλον από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες, ενώ οι χήροι συμμετέχοντες έχουν τις χαμηλότερες.

Γράφημα 13. Κατανομή τιμών αισιοδοξίας με βάση την οικογενειακή κατάσταση στην ομάδα με ακουστική αναπηρία μέσω θηκογράμματος



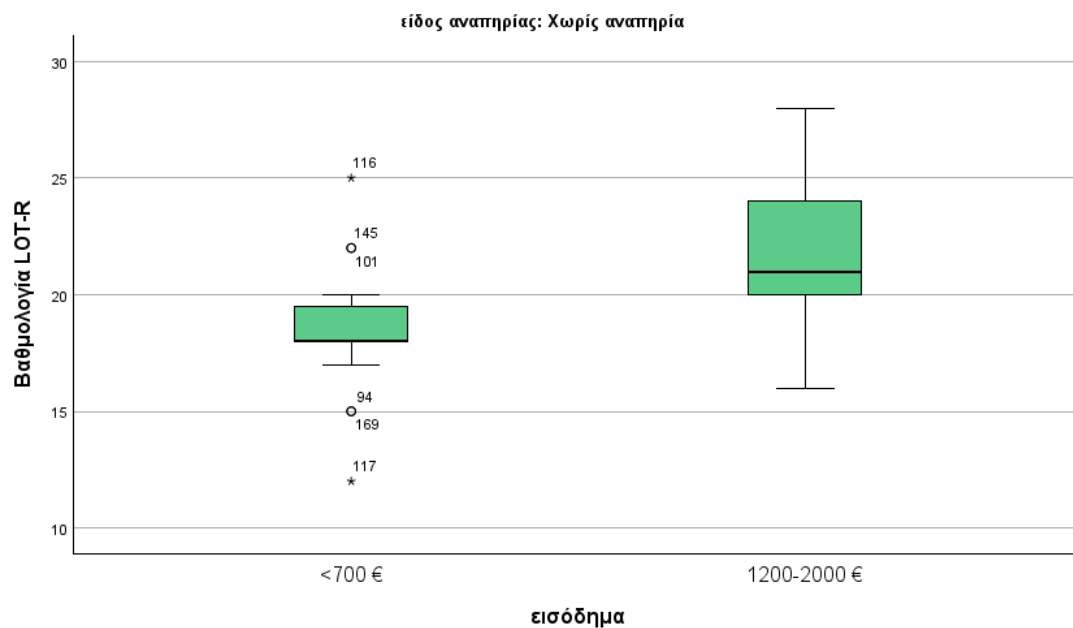
Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση, ο έλεγχος Kruskal-Wallis έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ομάδα με ακουστική αναπηρία ($p = 0.013$). Συγκεκριμένα, πραγματοποιώντας κατά ζεύγη συγκρίσεις (διόρθωση Bonferroni, $p < 0.005$), διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της βαθμολογίας αισιοδοξίας μεταξύ των ατόμων που εργάζονται ως ιδιωτικοί υπάλληλοι και των ατόμων που εργάζονται ως δημόσιοι υπάλληλοι ($p = 0.003 < 0.005$). Οι συμμετέχοντες που εργάζονται στον δημόσιο τομέα συγκέντρωσαν υψηλότερες βαθμολογίες ($MK = 9.50$) από τους συμμετέχοντες που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα ($MK = 3.00$), γεγονός που υποδηλώνει πως έχουν πιο αισιόδοξη στάση για τη ζωή. Μεταξύ των υπόλοιπων ομάδων δε διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, όμως ερμηνεύοντας το οπτικό διάγραμμα φαίνεται πως οι συνταξιούχοι, οι δημόσιοι υπάλληλοι και οι αυτοαπασχολούμενοι συμμετέχοντες είχαν τις υψηλότερες μέσες βαθμολογίες αισιοδοξίας, ενώ οι ιδιωτικοί υπάλληλοι και οι άνεργοι συμμετέχοντες τις χαμηλότερες, δηλαδή είχαν χαμηλότερο επίπεδο αισιοδοξίας σε σχέση με τους πρώτους.

Γράφημα 14. Κατανομή τιμών αισιοδοξίας με βάση την επαγγελματική κατάσταση στην ομάδα με ακουστική αναπηρία μέσω θηκογράμματος



Για την μεταβλητή «εισόδημα», ο έλεγχος Kruskal-Wallis κατέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά για την ομάδα χωρίς αναπηρία ($p = 0.034 < 0.05$). Από τις κατά ζεύγη συγκρίσεις (διόρθωση Bonferroni, $p < 0.083$), εντοπίστηκε πως οι συμμετέχοντες με εισόδημα μικρότερο των 700 ευρώ διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ($p = 0.005 < 0.0083$) από τους συμμετέχοντες με εισόδημα 1200-2000 ευρώ ως προς την αισιοδοξία. Το υψηλότερο εισόδημα (1200-2000 ευρώ) φάνηκε ότι συνδέεται με υψηλότερες βαθμολογίες αισιοδοξίας ($MK = 24.38$) σε σχέση με το χαμηλότερο ($MK = 14.43$), δηλαδή η οικονομική ευχέρεια συνδέεται με θετικότερες προσδοκίες για το μέλλον. Το εύρημα αυτό αποτυπώνεται και στο γράφημα 15. Παράλληλα, οι ακραίες τιμές στην ομάδα εισοδήματος κάτω των 700 ευρώ υποδηλώνουν μεγαλύτερη εσωτερική διασπορά και ποικιλομορφία στην αισιοδοξία, παρά την κατά μέσο όρο χαμηλότερη βαθμολογία της ομάδας.

Γράφημα 15. Κατανομή τιμών αισιοδοξίας με βάση το εισόδημα στην ομάδα χωρίς αναπηρία μέσω θηκογράμματος



Τέλος, όσον αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες λογοθεραπείας, ο έλεγχος Kruskal-Wallis ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του βαθμού αισιοδοξίας στην ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας ($p = 0.019 < 0.05$). Πραγματοποιήθηκαν κατά ζεύγη συγκρίσεις με εφαρμογή διόρθωσης Bonferroni ($p < 0.0083$), αλλά δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αν και η στατιστική σύγκριση μεταξύ των ομάδων που λαμβάνουν περιστασιακά και τακτικά λογοθεραπεία ανέδειξε οριακή τιμή ($p = 0.009$), αυτή δεν θεωρείται στατιστικά σημαντική με βάση το προσαρμοσμένο επίπεδο σημαντικότητας. Ωστόσο, από την ανάλυση των μέσων κατατάξεων παρατηρείται τάση υψηλότερης αισιοδοξίας στα άτομα που λαμβάνουν λογοθεραπεία περιστασιακά, σε σύγκριση με εκείνα που συμμετέχουν τακτικά σε προγράμματα. Η παρατήρηση αυτή ενδέχεται να σχετίζεται με το γεγονός ότι τα άτομα που κάνουν περιστασιακά λογοθεραπεία αντιμετωπίζουν μικρότερης έντασης επικοινωνιακές δυσκολίες, οι οποίες δεν απαιτούν σταθερή και συστηματική παρέμβαση, γεγονός που μπορεί να ενισχύει τη θετική τους στάση και τις αισιόδοξες προσδοκίες τους.

Πίνακας 33. Στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις της αισιοδοξίας ανά μεταβλητή και ομάδα αναπηρίας

Μεταβλητή	Ομάδα Αναπηρίας	p-τιμή
Ύπαρξη παιδιών	Χωρίς αναπηρία	0.034
Οικογενειακή κατάσταση	Ακουστική αναπηρία	0.042
Οικογενειακή κατάσταση	Χωρίς αναπηρία	0.003
Επαγγελματική κατάσταση	Ακουστική αναπηρία	0.013
Εισόδημα	Χωρίς αναπηρία	0.034
Πρόσβαση σε λογοθεραπεία	Προβλήματα λόγου και ομιλίας	0.019

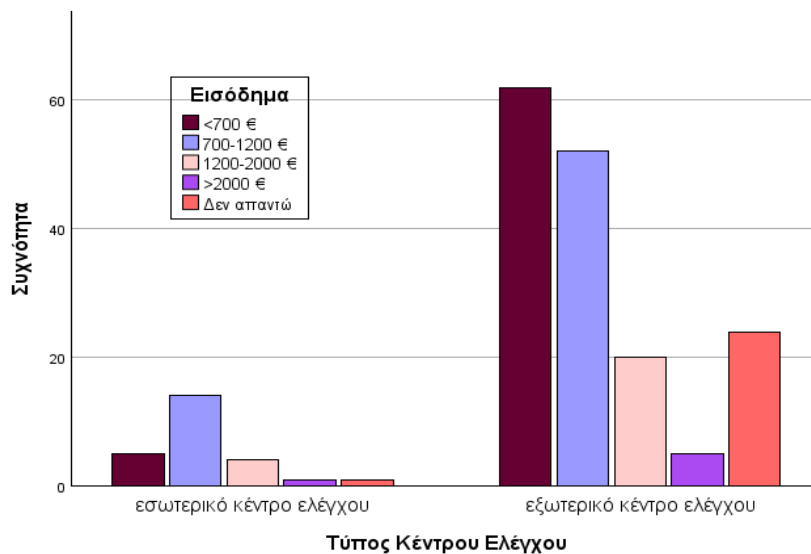
7.5 Διερεύνηση παραγόντων που σχετίζονται με τον τύπο κέντρου ελέγχου

Για τη διερεύνηση πιθανών παραγόντων που σχετίζονται με τον τύπο κέντρου ελέγχου πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι ανεξαρτησίας χ^2 του Pearson. Για την εφαρμογή αυτού του τύπου ελέγχου, δημιουργήθηκε μια νέα μεταβλητή που κατηγοριοποιεί τους συμμετέχοντες ανάλογα με τον τύπο του κέντρου ελέγχου (εσωτερικό ή εξωτερικό). Πιο αναλυτικά, η κατηγοριοποίηση γίνεται σύμφωνα με τον αριθμό των εξωτερικών απαντήσεων που έχουν δώσει οι συμμετέχοντες: τουλάχιστον 8 ή περισσότερες απαντήσεις υποδηλώνουν εξωτερικό κέντρο ελέγχου, ενώ 7 ή λιγότερες απαντήσεις υποδηλώνουν εσωτερικό κέντρο ελέγχου.

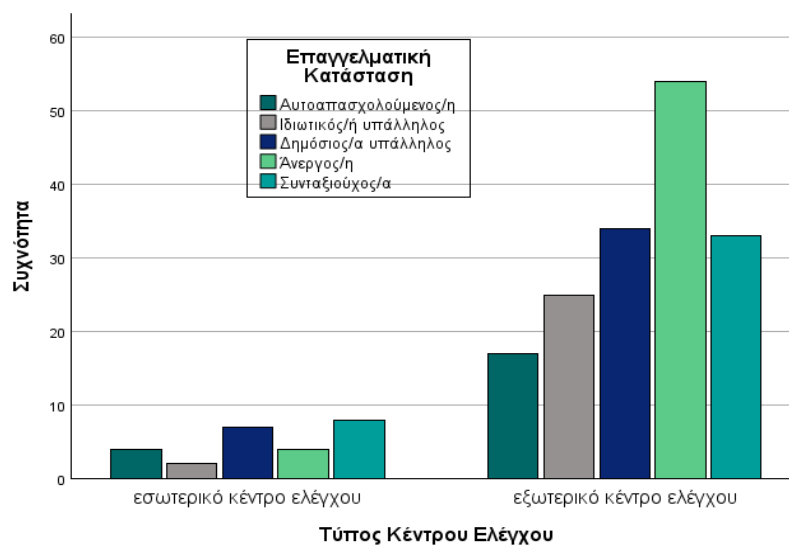
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των αναλύσεων, δε διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ($p > 0.05$ σε όλους τους ελέγχους) στον τύπο κέντρου ελέγχου ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τους παράγοντες καθημερινής επικοινωνιακής εμπειρίας που εξετάστηκαν (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, ύπαρξη παιδιών, διαμονή, επαγγελματική κατάσταση, εισόδημα, είδος αναπηρίας, βοήθημα επικοινωνίας, προσωπικότητα, λογοθεραπεία, συχνότητα επικοινωνίας). Ωστόσο, εξαιτίας του μεγάλου ποσοστού κελιών (έως και 70%) με αναμενόμενες συχνότητες μικρότερες του 5, τα αποτελέσματα του ελέγχου χ^2 δεν κρίνονται αξιόπιστα, γεγονός που απαιτεί ιδιαίτερη επιφύλαξη κατά την ερμηνεία των ευρημάτων. Έτσι, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν

ορισμένες τάσεις που φαίνονται από την κατανομή των δεδομένων. Μεγαλύτερος αριθμός ατόμων με εξωτερικό κέντρο ελέγχου παρατηρήθηκε μεταξύ όσων δήλωσαν χαμηλότερο εισόδημα ή ήταν άνεργοι. Οι απεικονίσεις αυτές αποτυπώνονται στα γραφήματα 16 και 17. Ωστόσο αυτές οι τάσεις δεν υποστηρίχθηκαν στατιστικά από τους σχετικούς ελέγχους.

Γράφημα 16. Κατανομή τύπου κέντρου ελέγχου με βάση το εισόδημα



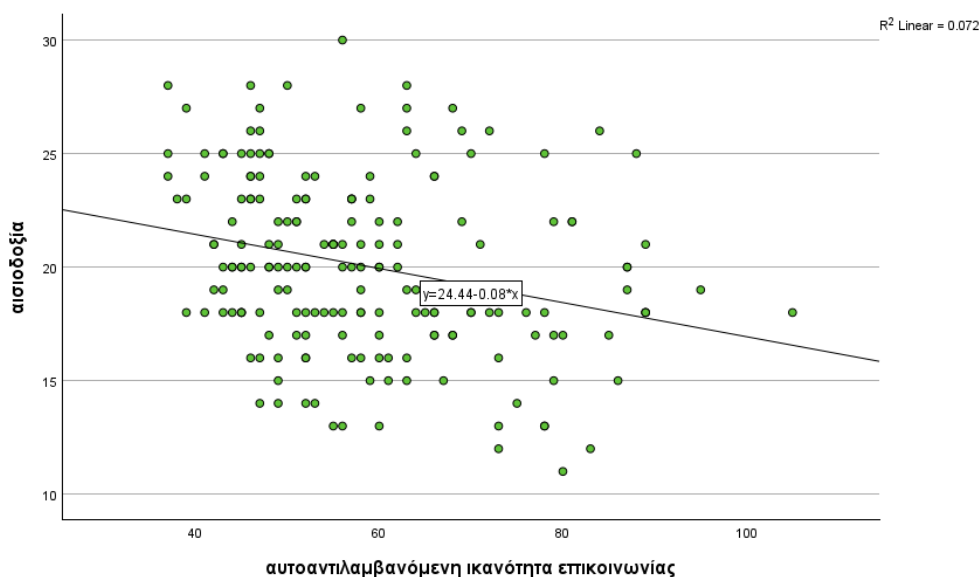
Γράφημα 17. Κατανομή τύπου κέντρου ελέγχου σε σχέση με την επαγγελματική κατάσταση



7.6 Συσχέτιση της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και της αισιοδοξίας

Το έκτο ερευνητικό ερώτημα διερευνά την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και της αισιοδοξίας. Για τη διερεύνηση πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας Shapiro-Wilk, σύμφωνα με τον οποίο τα δεδομένα των μεταβλητών της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και της αισιοδοξίας δεν ακολουθούν κανονική κατανομή ($p < 0.001$ και $p = 0.042$, αντίστοιχα, < 0.05 -correlation significance level). Έτσι, επιλέχθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος γραμμικής συσχέτισης Spearman, οποίος έδειξε στατιστικά σημαντική ($p < 0.001 < 0.01$ -correlation significance level) αλλά χαμηλή αρνητική συσχέτιση ($r = -0.286$) μεταξύ των δύο μεταβλητών. Το εύρημα αυτό σημαίνει πως όσο περισσότερες αντιλαμβανόμενες δυσκολίες στην επικοινωνία αναφέρουν οι συμμετέχοντες τόσο χαμηλότερο επίπεδο αισιοδοξίας έχουν.

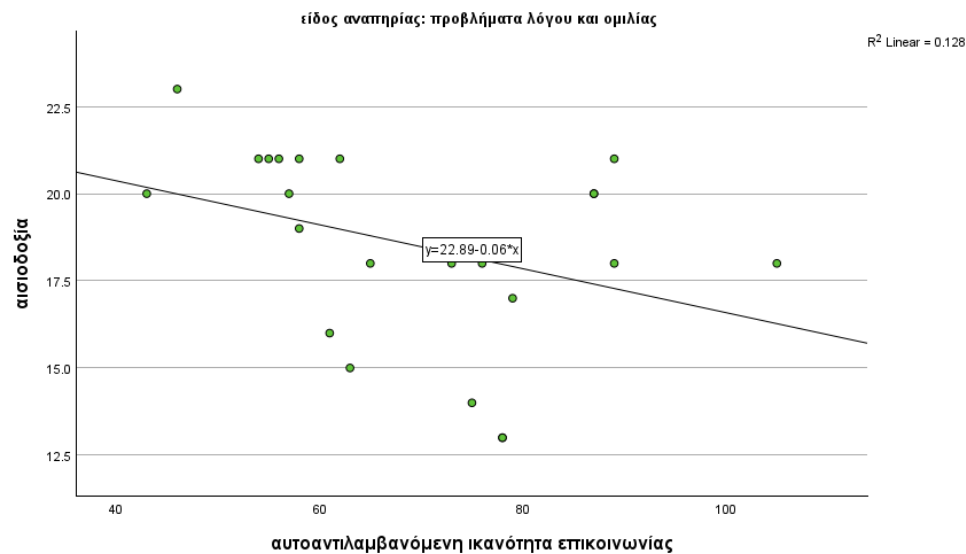
Γράφημα 18. Συσχέτιση μεταξύ αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και αισιοδοξίας μέσω στικτογράμματος



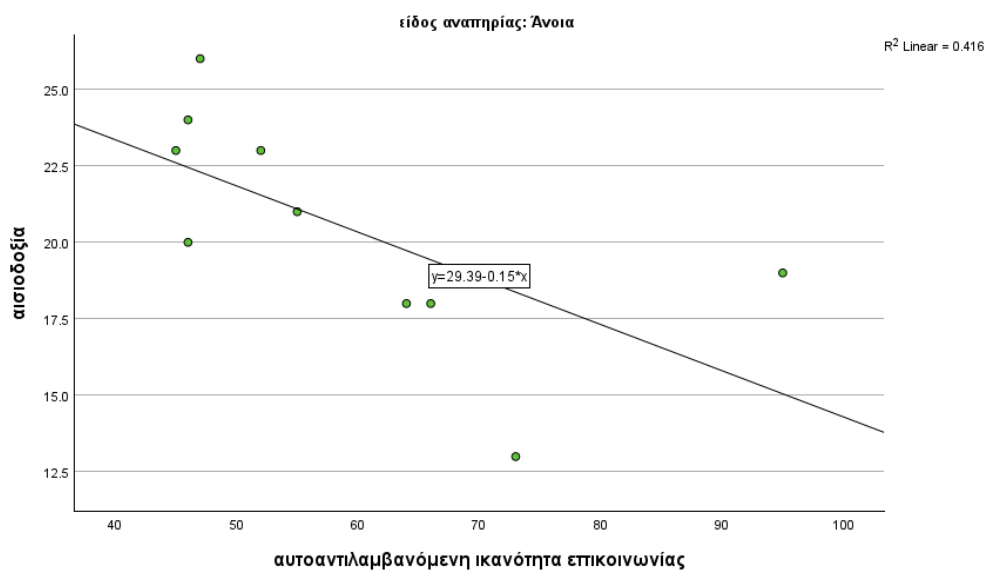
Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης Spearman για κάθε είδος αναπηρίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μόνο στις ομάδες με προβλήματα λόγου και ομιλίας και ΜΝΔ ($p = 0.024$ και $p = 0.016$, αντίστοιχα). Στην ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας, ο δείκτης γραμμικής

συσχέτισης r έδειξε πως υπάρχει μέτρια αρνητική συσχέτιση ($r = -0.468$) μεταξύ της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και της αισιοδοξίας, ενώ στην ομάδα με ΜΝΔ παρατηρήθηκε ισχυρή αρνητική συσχέτιση ($r = -0.734$).

Γράφημα 19. Συσχέτιση μεταξύ αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και αισιοδοξίας για την ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας μέσω στικτογράμματος

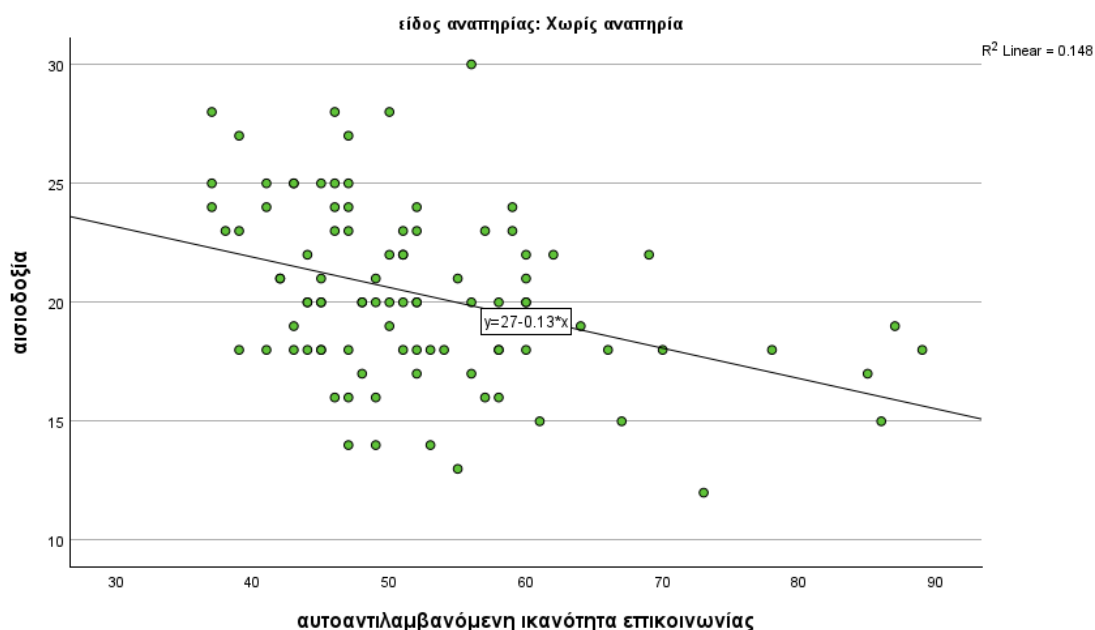


Γράφημα 20. Συσχέτιση μεταξύ αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και αισιοδοξίας για την ομάδα με Μείζονα Νευρογνωστική Διαταραχή μέσω στικτογράμματος



Επιπλέον, στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε και για την ομάδα χωρίς αναπηρία ($p < 0.001 < 0.01$ -correlation significance level). Ο δείκτης γραμμικής συσχέτισης r έκρινε συσχέτιση χαμηλής έντασης ($r = -0.393$).

Γράφημα 21. Συσχέτιση μεταξύ αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και αισιοδοξίας για την ομάδα χωρίς αναπηρία μέσω στικτογράμματος

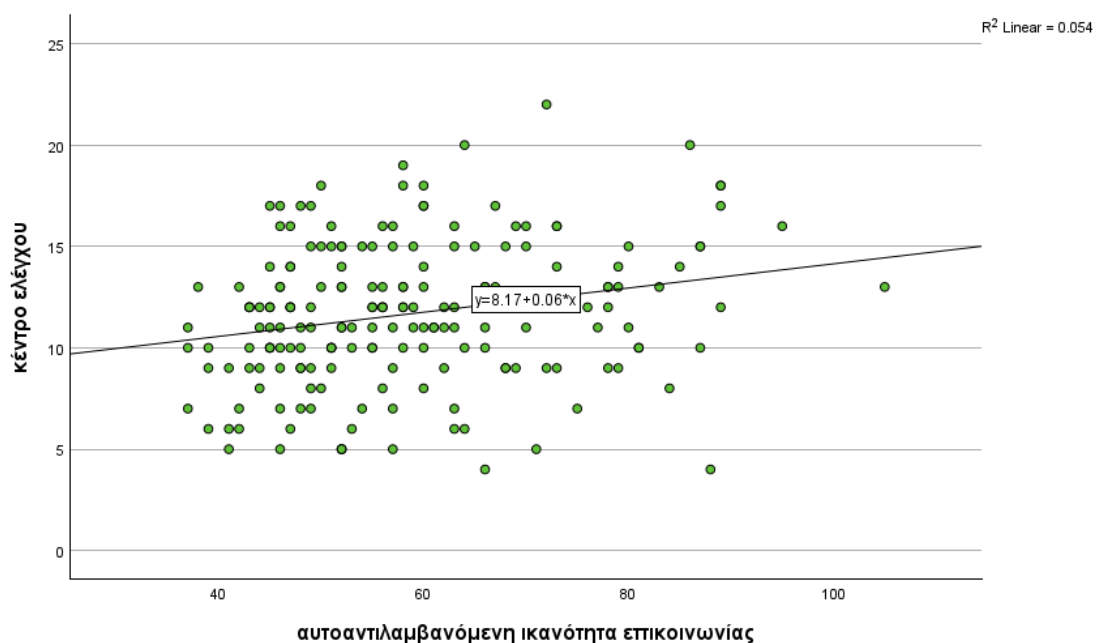


Συνοψίζοντας, τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι σε άτομα με προβλήματα λόγου και ομιλίας, ΜΝΔ και χωρίς αναπηρία, η αντίληψη των επικοινωνιακών δυσκολιών σχετίζεται με μειωμένη αισιοδοξία. Ιδιαίτερα στην ομάδα με ΜΝΔ, η συσχέτιση είναι ισχυρότερη, υποδηλώνοντας σημαντική επίδραση των επικοινωνιακών δυσκολιών στην ψυχολογική στάση και τις προσδοκίες για τη ζωή. Αντίθετα, στις άλλες ομάδες αναπηρίας (ΔΑΦ, ακουστική αναπηρία, ΝΑ) δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση, γεγονός που ενδέχεται να συνδέεται με την ετερογένεια των δυσκολιών ή το περιορισμένο μέγεθος δείγματος. Αν και τα ευρήματα έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, η ερμηνεία τους πρέπει να γίνεται με σχετική επιφύλαξη, λαμβάνοντας υπόψη το περιορισμένο μέγεθος ορισμένων υποομάδων και την ετερογένειά τους.

7.7 Συσχέτιση του κέντρου ελέγχου και της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας

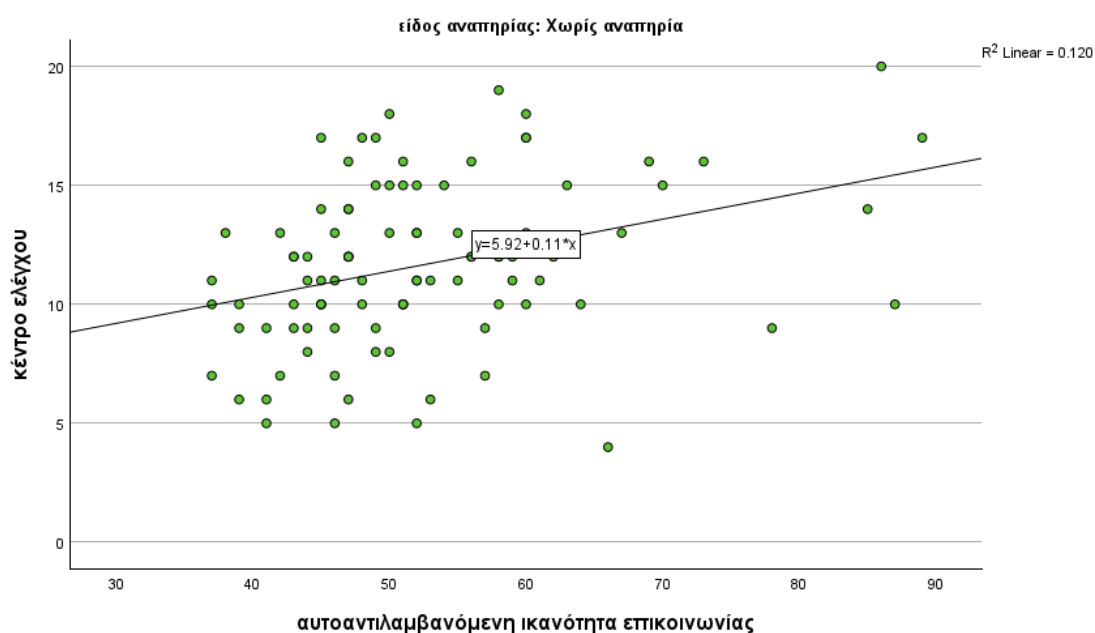
Για τη διερεύνηση της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ του κέντρου ελέγχου και της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας, αρχικά πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας Shapiro-Wilk, σύμφωνα με τον οποίο τα δεδομένα της πρώτης μεταβλητής ακολουθούν κανονική κατανομή, αλλά της δεύτερης όχι ($p = 0.062$ και $p < 0.001$, αντίστοιχα). Έτσι, πραγματοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος γραμμικής συσχέτισης Spearman. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση ($p=0.001$), όμως ο δείκτης γραμμικής συσχέτισης $r = 0.234$ υποδηλώνει πως η συσχέτιση αυτή είναι ασθενής. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι όσο αυξάνονται οι δυσκολίες που αντιλαμβάνονται οι συμμετέχοντες στην επικοινωνία, τόσο αυξάνεται και η τάση για εξωτερικό κέντρο ελέγχου. Δηλαδή, οι συμμετέχοντες με περισσότερες δυσκολίες στην επικοινωνία εμφανίζουν μεγαλύτερη εξάρτηση από εξωτερικούς παράγοντες ως προς τον έλεγχο των γεγονότων της ζωής τους.

Γράφημα 22. Συσχέτιση μεταξύ αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και κέντρου ελέγχου μέσω στικτογράμματος



Ελέγχοντας την ύπαρξη συσχέτισης ανά είδος αναπηρίας, δεν βρέθηκαν στατιστικά αποτελέσματα. Μόνο στα άτομα χωρίς αναπηρία βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και του κέντρου ελέγχου ($p < 0.001 < 0.01$, $r = 0.359$).

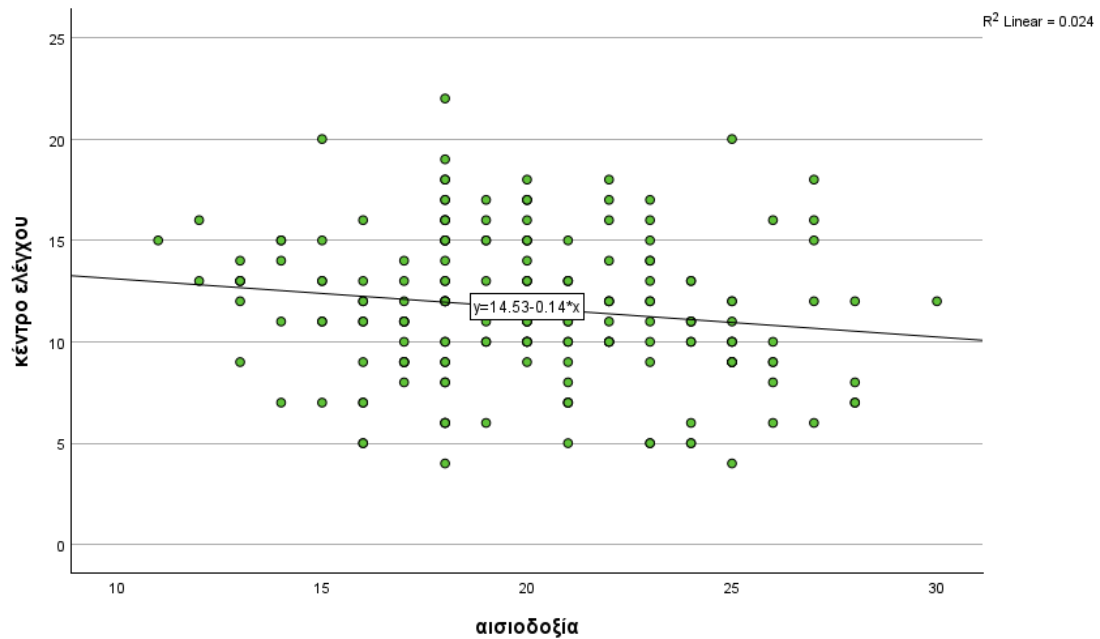
Γράφημα 23. Συσχέτιση μεταξύ αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και κέντρου ελέγχου για την ομάδα χωρίς αναπηρία μέσω στικτογράμματος



7.8 Συσχέτιση του κέντρου ελέγχου και της αισιοδοξίας

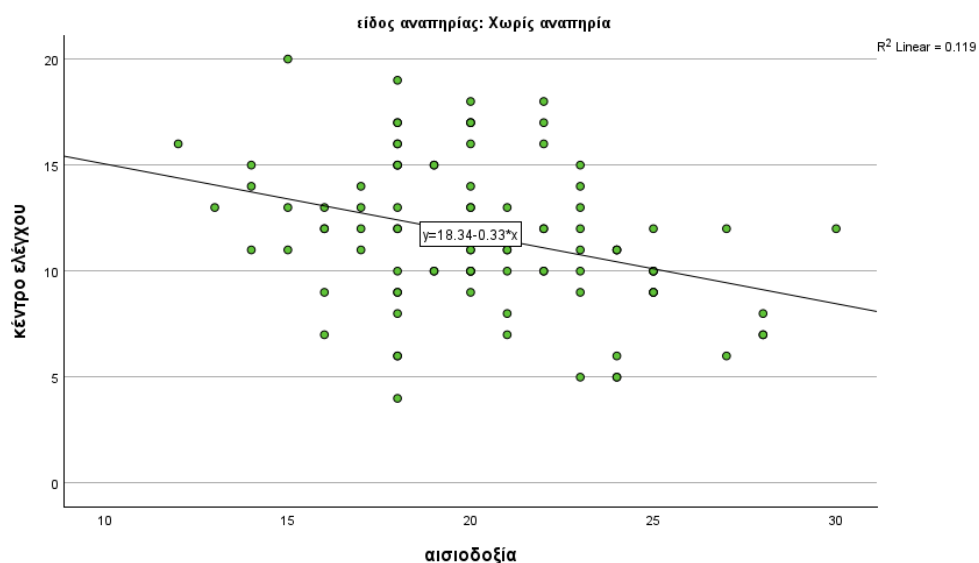
Για τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στο κέντρο ελέγχου και το επίπεδο αισιοδοξίας πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης Spearman. Η ανάλυση ανέδειξε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του κέντρου ελέγχου και του επιπέδου αισιοδοξίας ($r = -0.156$, $p = 0.033$). Παρότι η ένταση της συσχέτισης χαρακτηρίζεται ως πολύ χαμηλή, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι ισχυρότερο εσωτερικό κέντρο ελέγχου συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας.

Γράφημα 24. Συσχέτιση μεταξύ αισιοδοξίας και κέντρου ελέγχου μέσω στικτογράμματος



Ελέγχοντας την ύπαρξη συσχέτισης ανά είδος αναπηρίας, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Μόνο για τα άτομα χωρίς αναπηρία βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και του κέντρου ελέγχου ($p < 0.001$, $r = -0.344$).

Γράφημα 25. Συσχέτιση μεταξύ αισιοδοξίας και κέντρου ελέγχου στην ομάδα χωρίς αναπηρία μέσω στικτογράμματος



7.9 Διερεύνηση του κέντρου ελέγχου ως παράγοντα πρόβλεψης της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και της αισιοδοξίας

Για να διερευνηθεί κατά πόσο το κέντρο ελέγχου προβλέπει την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας στα άτομα με αναπηρία, πραγματοποιήθηκε γραμμική παλινδρόμηση (linear regression analysis) με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας και ανεξάρτητη το κέντρο ελέγχου, η οποία έδειξε πως το μοντέλο δεν ήταν στατιστικά σημαντικό ($F = 3.619$, $p = 0.060 > 0.05$). Ειδικότερα, ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού είναι ιδιαίτερα χαμηλός, και υποδεικνύει πως μόλις το 3.9% της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας εξηγείται από το κέντρο ελέγχου, ενώ το υπόλοιπο 96.1% εξηγείται από άλλους παράγοντες. Ο σταθμισμένος συντελεστής Beta ($Beta = 0.198$, $t = 1.902$, $p = 0.060$) ήταν οριακά μη στατιστικά σημαντικός, με τάση προς θετική συσχέτιση, αλλά χωρίς επαρκή στατιστική ισχύ. Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν πως το κέντρο ελέγχου δεν αποτελεί στατιστικά σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας στα άτομα με αναπηρία, αν και η θετική κατεύθυνση της σχέσης δείχνει μια τάση που θα μπορούσε να διερευνηθεί παραπάνω.

Πίνακας 34. Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας με προβλεπτικό παράγοντα το κέντρο ελέγχου

Ομάδα	Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μη σταθμισμένος συντελεστής B	Σταθμισμένος συντελεστής Beta	Τυπική Απόκλιση	p-τιμή	Προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού
Με αναπηρία	Κέντρο ελέγχου	0.747	0.198	0.393	0.060	2.8%
Χωρίς αναπηρία		1.087	0.342	0.306	<0.001	10.8%
Συνολικό δείγμα		0.904	0.232	0.278	0.001	4.9%

Ωστόσο, όταν η ανάλυση έγινε στο σύνολο του δείγματος ή μόνο στην ομάδα χωρίς αναπηρία, το κέντρο ελέγχου αναδείχθηκε ως στατιστικά σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας ($p = 0.001$ και $p < 0.001$, αντίστοιχα). Αυτό ενδεχομένως δείχνει ότι στα άτομα με αναπηρία, άλλοι παράγοντες (οι οποίοι θα αναλυθούν παρακάτω, βλέπε [7.10](#)) διαδραματίζουν πιο καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της επικοινωνιακής αυτοαντίληψης. Βέβαια, στα δύο αυτά μοντέλα η προσαρμογή είναι μέτρια, κάτι που υποδεικνύει την ύπαρξη επιπρόσθετων παραγόντων που πιθανόν να συνεισφέρουν στην αυτοαντιλαμβανόμενη επικοινωνιακή ικανότητα.

Όμοια, προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσο το κέντρο ελέγχου προβλέπει την αισιοδοξία στα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, πραγματοποιήθηκε γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την αισιοδοξία και ανεξάρτητη το κέντρο ελέγχου. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το μοντέλο δεν ήταν στατιστικά σημαντικό ($F = 0.004$, $p = 0.950 > 0.05$). Ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού είναι ιδιαίτερα χαμηλός με αρνητικό πρόσημο ($\text{Adjusted } R^2 = -0.011$), υποδεικνύοντας πως εξηγείται από άλλους παράγοντες. Ωστόσο, η ίδια ανάλυση για την ομάδα χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση, αλλά και για το συνολικό δείγμα της μελέτης έδειξε πως το κέντρο ελέγχου αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της αισιοδοξίας ($p < 0.001$ και $p = 0.032$, αντίστοιχα).

Πίνακας 35. Μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης της αισιοδοξίας με προβλεπτικό παράγοντα το κέντρο ελέγχου

Ομάδα	Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μη σταθμισμένος συντελεστής B	Σταθμισμένος συντελεστής Beta	Τυπική Απόκλιση	p-τιμή	Προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού
Με αναπηρία	Κέντρο ελέγχου	0.008	0.007	0.120	0.950	-1.1%
Χωρίς αναπηρία		-0.355	-0.338	0.101	<0.001	10.5%
Συνολικό δείγμα		-0.171	-0.156	0.079	0.032	1.9%

7.10 Διερεύνηση των παραγόντων που προβλέπουν την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας

Για τη διερεύνηση των παραγόντων που προβλέπουν την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (multiple regression analysis) με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας και ανεξάρτητες τις μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων και των παραγόντων που σχετίζονται με την καθημερινή επικοινωνία. Επειδή οι μεταβλητές ήταν κατηγορικές κωδικοποιήθηκαν σε ψευδομεταβλητές (dummy variables), ώστε να μπορέσουν να συμπεριληφθούν στο μοντέλο παλινδρόμησης. Η ομάδα αναφοράς δεν συμπεριλήφθηκε στο μοντέλο (ηλικία 66+, μορφωτικό επίπεδο: Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό, συνταξιούχοι, προβλήματα λόγου και ομιλίας, όχι πρόσβαση σε λογοθεραπεία, αντίληψη ότι η προσωπικότητα δεν επηρεάζει καθόλου την επικοινωνία, μη χρήση βοηθητικού μέσου επικοινωνίας, συχνότητα επικοινωνίας: λιγότερο από 1 φορά/εβδομάδα). Για την επιλογή των ανεξάρτητων μεταβλητών, πραγματοποιήθηκε σταδιακή αφαίρεση μη σημαντικών μεταβλητών, μέχρι να επιτευχθεί ο υψηλότερος προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού ($\text{Adjusted } R^2 = 0.525$). Περαιτέρω αφαίρεση οδηγούσε σε μείωση της τιμής του, δηλαδή μείωση της προβλεπτικής ακρίβειας του μοντέλου, συνεπώς διατηρήθηκε το μοντέλο με την υψηλότερη τιμή που προαναφέρθηκε. Το τελικό μοντέλο περιλάμβανε 21 μεταβλητές και παρουσίαζε καλή προσαρμογή ($R^2 = 0.636$, $\text{Adjusted } R^2 = 0.525$), εξηγώντας το 52.5% της διακύμανσης της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας.

Ο έλεγχος ANOVA έδειξε ότι το μοντέλο είναι στατιστικά σημαντικό ($F = 5.743$, $p < 0.001$), γεγονός που σημαίνει ότι τουλάχιστον μία από τις ανεξάρτητες μεταβλητές που περιλαμβάνονται στο μοντέλο συμβάλλει σημαντικά στην πρόβλεψη της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας. Σύμφωνα με τον μη σταθμισμένο συντελεστή B και την p-τιμή, αρκετές μεταβλητές παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συμβολή. Ειδικότερα, τα άτομα με πρωτοβάθμια εκπαίδευση (Δημοτικό) προβλέπεται να αντιλαμβάνονται περισσότερες επικοινωνιακές δυσκολίες σε σχέση με τα άτομα που έχουν λάβει υψηλότερη μόρφωση και έχουν Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό τίτλο (ομάδα αναφοράς) ($B = 10.490$, $p = 0.002$). Άτομα με εισόδημα 700-1200 ευρώ ($B = 5.593$, $p = 0.045$) και εισόδημα 1200-2000 ευρώ ($B = 10.560$, $p = 0.034$) αναμένεται επίσης να

αντιλαμβάνονται περισσότερες δυσκολίες στην επικοινωνία τους σε σχέση με άτομα με υψηλότερο εισόδημα (μεγαλύτερο από 2000 ευρώ). Επιπλέον, η αντίληψη πως η προσωπικότητα επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την επικοινωνία φαίνεται πως προβλέπει επίσης περισσότερες αντιλαμβανόμενες επικοινωνιακές δυσκολίες σε σχέση με την αντίληψη ότι η προσωπικότητα δεν την επηρεάζει καθόλου ($B = 8.794$, $p < 0.001$). Περισσότερες δυσκολίες προβλέπονται και για τα άτομα που κάνουν λογοθεραπεία περιστασιακά ($B = 10.607$, $p = 0.001$) ή δεν κάνουν, αλλά το επιθυμούν ($B = 12.512$, $p < 0.001$) σε σύγκριση με τα άτομα που δήλωσαν ότι δεν χρειάζονται λογοθεραπευτική υποστήριξη. Τέλος, η χρήση συσκευής υποβοήθησης ομιλίας ($B = 26.065$, $p = 0.003$) συνδέεται με πολύ περισσότερες αντιλαμβανόμενες επικοινωνιακές δυσκολίες από τα άτομα που τις χρησιμοποιούν, σε σχέση με τα άτομα που δεν χρησιμοποιούν κανένα βοηθητικό μέσο επικοινωνίας.

Παράλληλα, σημειώθηκαν και παράγοντες, με τους οποίους η σχέση με την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας έχει αρνητική κατεύθυνση (αρνητικές τιμές του συντελεστή B). Πιο συγκεκριμένα, η ηλικιακή ομάδα 35-45 ετών ($B = -13.560$, $p = 0.002$) προβλέπει λιγότερες αντιλαμβανόμενες δυσκολίες στην επικοινωνία σε σχέση με την μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα (66 ετών και άνω). Επιπλέον, άτομα που εργάζονται ως αυτοαπασχολούμενοι ($B = -8.022$, $p = 0.020$), και δημόσιοι υπάλληλοι ($B = -9.596$, $p = 0.011$) συνδέονται με λιγότερες δυσκολίες σε σύγκριση με τους συνταξιούχους. Άτομα που δήλωσαν πως χρειάζεται να επικοινωνούν αποτελεσματικά 2 με 3 φορές την εβδομάδα ($B = -15.951$, $p = 0.003$) προβλέπεται να έχουν λιγότερες δυσκολίες αναφορικά με τα άτομα που χρειάζεται να επικοινωνήσουν λιγότερο από 1 φορά. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η ΜΝΔ ($B = -9.948$, $p = 0.008$) αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα λιγότερων αντιλαμβανόμενων επικοινωνιακών δυσκολιών σε σχέση με τα προβλήματα λόγου και ομιλίας. Τέλος, η χρήση λαρυγγόφωνου ($B = -19.299$, $p = 0.017$) συνδέεται με καλύτερη αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας (λιγότερες δυσκολίες), σε σχέση με την απουσία επικοινωνιακών βοηθημάτων, γεγονός που επιβεβαιώνει τον ενισχυτικό ρόλο του συγκεκριμένου βοηθήματος για την επικοινωνία.

Συνολικά, το μοντέλο ανέδειξε ότι η αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων, οι οποίοι προβλέπουν θετικά ή αρνητικά τις αντιλαμβανόμενες επικοινωνιακές δυσκολίες, σε σύγκριση με τις ομάδες αναφοράς.

Πίνακας 36. Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μη σταθμισμένος συντελεστής B	Σταθμισμένος συντελεστής Beta	Τυπική Απόκλιση	p-τιμή	Προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού
ηλικιακή ομάδα 35-45 ετών	-13.560	-0.283	4.106	0.002	52.5%
ηλικιακή ομάδα 55-65 ετών	7.467	0.172	4.510	0.102	
Μόρφωση: Δημοτικό	10.490	0.278	3.282	0.002	
Οικ. Κατάσταση: διαζευγμένος	-8.797	-0.133	7.438	0.241	
επαγγελματική κατάσταση αυτοαπασχολούμενου	-8.022	-0.200	3.369	0.020	
επαγγελματική κατάσταση δημοσίου υπαλλήλου	-9.596	-0.247	3.689	0.011	
Εισόδημα: 700-1200 ευρώ	5.593	0.190	2.743	0.045	
Εισόδημα: 1200-2000 ευρώ	10.560	0.207	4.870	0.034	
Προσωπικότητα: σε μεγάλο βαθμό	8.794	0.315	2.511	<0.001	
Προσωπικότητα: λίγο	4.384	0.140	2.896	0.135	
Τακτική λογοθεραπεία	5.564	0.170	3.224	0.089	
Περιστασιακή λογοθεραπεία	10.607	0.317	3.198	0.001	
Επιθυμία για λογοθεραπεία	12.512	0.311	3.404	<0.001	
Ανάγκη για επικοινωνία: 2-3 φορές την εβδομάδα	-15.951	-0.267	5.272	0.003	
Συσκευή υποβοήθησης ομιλίας	26.065	0.281	8.378	0.003	
Λαρυγγόφωνο	-19.299	-0.254	7.872	0.017	
Χειλόφωνο	-16.500	-0.127	13.159	0.214	
Μετρονόμος	12.190	0.093	10.031	0.228	
Νοητική αναπηρία	5.333	0.146	2.929	0.073	
Μείζων Νευρογνωστική Διαταραχή	-9.948	-0.229	3.627	0.008	
Φύλο	4.510	0.166	2.323	0.056	

7.11 Διερεύνηση των παραγόντων που προβλέπουν την αισιοδοξία στα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση

Για τους σκοπούς αυτού του ερευνητικού ερωτήματος πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την αισιοδοξία και ανεξάρτητες μεταβλητές δημογραφικών στοιχείων και παραγόντων που σχετίζονται με την καθημερινή επικοινωνία. Χρησιμοποιήθηκαν οι ψευδομεταβλητές που προαναφέρθηκαν, με ομάδες αναφοράς: χήροι, συνταξιούχοι, όσους δεν χρειαζόταν λογοθεραπεία, εισόδημα μεγαλύτερο των 2000 ευρώ, όσους ανέφεραν ότι δεν έχουν δυσκολία, συχνότητα επικοινωνίας λιγότερο από 1 φορά/εβδομάδα και απουσία βοηθητικών μέσων επικοινωνίας. Αφαιρέθηκαν οι ασήμαντοι παράγοντες και το τελικό μοντέλο περιλάμβανε 17 μεταβλητές. Από τον έλεγχο ANOVA προέκυψε πως το μοντέλο είναι στατιστικά σημαντικό ($F = 2.878$, $p < 0.001$). Η προσαρμογή του ήταν μέτρια ($\text{Adjusted } R^2 = 0.262$), υποδηλώνοντας πως οι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες του μοντέλου εξηγούν το 26.2% της διακύμανσης της αισιοδοξίας.

Με βάση τον συντελεστή B και τις p -τιμές, προέκυψαν ορισμένοι στατιστικά σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες του βαθμού αισιοδοξίας. Ειδικότερα, τα αποτελέσματα υποδεικνύουν πως μεγαλύτερη αισιοδοξία προβλέπεται για τους ελεύθερους συμμετέχοντες ($B = 2.069$, $p = 0.035$) σε σχέση με τους χήρους, καθώς και για όσους χρειάζεται να επικοινωνήσουν 2 με 3 φορές την εβδομάδα ($B = 7.886$, $p < 0.001$) σε σύγκριση με εκείνους που χρειάζεται να επικοινωνήσουν λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα.

Αντίθετα, η αρνητική τιμή του συντελεστή B δείχνει αρνητική κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ ορισμένων παραγόντων και του βαθμού αισιοδοξίας. Πιο συγκεκριμένα, η εργασία στον ιδιωτικό τομέα ($B = -3.344$, $p = 0.044$) επιδρά αρνητικά στον βαθμό αισιοδοξίας σε σύγκριση με τους συνταξιούχους, όπως και το εισόδημα 1200-2000 ευρώ ($B = -3.743$, $p = 0.028$) σε σχέση με το υψηλότερο εισόδημα (περισσότερο από 2000 ευρώ). Επιπλέον, φαίνεται πως για τα άτομα με επίκτητη δυσκολία ($B = -2.266$, $p = 0.024$) προβλέπεται χαμηλότερος βαθμός αισιοδοξίας σε σύγκριση με τα άτομα που θεωρούν ότι δεν έχουν κάποια δυσκολία. Τέλος, για όσους δήλωσαν ότι κάνουν τακτικά λογοθεραπεία ($B = -2.282$, $p = 0.039$) και για όσους δήλωσαν ότι δεν κάνουν αλλά θα το ήθελαν ($B = -3.329$, $p = 0.011$) προβλέπεται επίσης

χαμηλότερος βαθμός αισιοδοξίας σε σχέση με όσους δήλωσαν ότι κάνουν λογοθεραπεία, καθώς δεν χρειάζονται.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η αισιοδοξία επηρεάζεται από ένα σύνολο δημογραφικών και επικοινωνιακών παραγόντων, οι οποίοι μπορούν να λειτουργήσουν ενισχυτικά ή περιοριστικά στον βαθμό αισιοδοξίας.

Πίνακας 37. Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της αισιοδοξίας

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μη σταθμισμένος συντελεστής B	Σταθμισμένος συντελεστής Beta	Τυπική Απόκλιση	p-τιμή	Προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού
Ηλικιακή ομάδα: 56-65 ετών	2.268	0.175	1.474	0.128	26.2%
Μόρφωση: AEI	-0.925	-0.096	1.054	0.383	
Οικ. Κατάσταση: ελεύθερος	2.069	0.248	0.963	0.035	
Επαγγελματική κατάσταση: αυτοαπασχολούμενος	1.658	0.138	1.187	0.166	
Επαγγελματική κατάσταση: ιδιωτικός υπάλληλος	-3.344	-0.246	1.631	0.044	
Εισόδημα: 700-1200 ευρώ	-1.703	-0.194	1.075	0.117	
Εισόδημα: 1200-2000 ευρώ	-3.743	-0.246	1.668	0.028	
Επίκτητη δυσκολία	-2.266	-0.265	0.985	0.024	
Προσωπικότητα: λίγο	-1.625	-0.174	0.943	0.089	
Πολύ στενή υποστήριξη	1.306	0.158	0.850	0.129	
Τακτική λογοθεραπεία	-2.282	-0.233	1.087	0.039	
Επιθυμία για λογοθεραπεία	-3.329	-0.277	1.280	0.011	
Συχνότητα επικοινωνίας: 2-3 φορές την εβδομάδα	7.886	0.443	1.905	<0.001	

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μη σταθμισμένος συντελεστής B	Σταθμισμένος συντελεστής Beta	Τυπική Απόκλιση	p-τιμή	Προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού
Ακουστικό βαρηκοΐας	-1.140	-0.125	1.038	0.276	
Συσκευή υποβοήθησης ομιλίας	3.902	0.141	3.074	0.208	
Λαρυγγόφωνο	-2.607	-0.115	2.779	0.351	
Μετρονόμος	-3.801	-0.098	3.723	0.311	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

8.1 Συζήτηση αποτελεσμάτων

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης του κέντρου ελέγχου με τον τρόπο που αντιλαμβάνονται άτομα με αναπηρία την επικοινωνιακή τους ικανότητα και με το βαθμό αισιοδοξίας τους. Στο πλαίσιο αυτό εξετάστηκαν επίσης δημογραφικά χαρακτηριστικά και παράγοντες που σχετίζονται με την καθημερινή επικοινωνία, οι οποίοι ενδέχεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των παραπάνω μεταβλητών.

Η διερεύνηση των διαφοροποιήσεων των τριών μεταβλητών ανέδειξε ενδιαφέροντα ευρήματα. Ειδικότερα, η ομάδα με αναπηρία φάνηκε πως αντιλαμβάνεται την ικανότητα επικοινωνίας της ως χειρότερη, δηλαδή αντιλαμβάνεται μεγαλύτερες επικοινωνιακές δυσκολίες, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Το εύρημα αυτό ευθυγραμμίζεται με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, στην οποία πλήθος μελετών έχει αναδείξει όμοια διαφοροποίηση (Bracy & Douglas, 2005· Douglas, 2010· Struchen et al., 2008· Vickerstaff et al., 2007· Werle et al., 2021). Όλες οι επιμέρους ομάδες αναπηρίας, εκτός από την ομάδα με ΜΝΔ, κατέγραψαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες στην αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας. Η εξαίρεση της ομάδας με ΜΝΔ, δεν αποτελεί έκπληξη, καθώς τα άτομα αυτά συχνά δεν έχουν πλήρη επίγνωση των δυσκολιών τους λόγω της γνωστικής έκπτωσης. Αν και μπορεί να αναγνωρίζουν κάποιες μνημονικές δυσκολίες, είναι συνηθισμένο να μην αντιλαμβάνονται πλήρως τις επιπτώσεις σε άλλους τομείς, όπως η λειτουργικότητα και η επικοινωνία (Mograbi, Huntley, & Critchley, 2021· Norberg, 2019). Επιπλέον, η μειωμένη αναφορά δυσκολιών ενδέχεται να συνδέεται με την εσωτερίκευση του κοινωνικού στίγματος ή τον φόβο αποδοχής της διάγνωσης, περιορίζοντας έτσι την αντικειμενικότητα της αυτοαξιολόγησης (Prigatano, Russell, & Meites, 2024).

Αντίθετα, μεταξύ των διαφορετικών αναπηριών δεν σημειώθηκε σημαντική διαφοροποίηση στην αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας, γεγονός που υποδηλώνει ότι η διαμόρφωσή της καθορίζεται σημαντικά από την ύπαρξη αναπηρίας και όχι τόσο από το είδος της. Σύμφωνα με την πρόσφατη μελέτη της ASHA (2024),

αναμενόταν μια πιθανή διαφοροποίηση μεταξύ των διαφορετικών ομάδων αναπηρίας, η οποία σχετίζεται με περισσότερες αντιλαμβανόμενες επικοινωνιακές δυσκολίες από άτομα με προβλήματα λόγου και ομιλίας σε σχέση με άλλες ομάδες (π.χ. ακουστική αναπηρία), κάτι το οποίο όμως δεν παρατηρήθηκε. Αυτό πιθανόν να αποδίδεται στην ετερογένεια εντός των υποομάδων αναπηρίας του δείγματος, ή σε άλλους παράγοντες, όπως η αποδοχή των δυσκολιών, η χρήση αντισταθμιστικών στρατηγικών και ο τρόπος αντιμετώπισης από το κοντινό περιβάλλον.

Πέρα από την ίδια την ύπαρξη αναπηρίας, σε ορισμένες ομάδες αναπηρίας αναδείχθηκαν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας. Πιο συγκεκριμένα, στην ομάδα με ακουστική αναπηρία η αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας διαπιστώθηκε πως επηρεάζεται από την ηλικία. Με μια πρώτη ματιά, τα ευρήματα φαίνονται αλλόκοτα καθώς δεν φαίνεται να υπάρχει μια γραμμική τάση. Η ηλικιακή ομάδα 18–25 ετών δήλωσε την χειρότερη επικοινωνιακή αυτοαντίληψη, ενώ οι ομάδες 26–35 και 56–65 ετών την καλύτερη, υποδεικνύοντας μικρότερη αντίληψη επικοινωνιακών εμποδίων. Αυτά τα ευρήματα επιδέχονται πολλαπλές ερμηνείες. Η αυξημένη αντίληψη δυσκολιών από τους νεότερους ενδέχεται να σχετίζεται με υψηλότερες προσδοκίες για επικοινωνιακή αποτελεσματικότητα, αυξημένη κοινωνική έκθεση ή χαμηλότερο βαθμό αποδοχής της αναπηρίας σε νεαρή ηλικία. Αντίθετα, άτομα σε μεγαλύτερες ηλικίες, όπως οι ομάδες 56–65 και άνω των 66 ετών, ενδέχεται να έχουν υιοθετήσει περισσότερο ρεαλιστικές στάσεις απέναντι στην αναπηρία, να έχουν αναπτύξει στρατηγικές αντισταθμιστικής επικοινωνίας ή να έχουν περιορισμένες κοινωνικές απαιτήσεις, με συνέπεια την υποκειμενική μείωση των αντιλαμβανόμενων εμποδίων. Γενικά, τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι η ηλικία, σε συνδυασμό με τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά κάθε φάσης ζωής, επηρεάζει την υποκειμενική εκτίμηση της επικοινωνιακής ικανότητας.

Στην ομάδα με ΜΝΔ, το μορφωτικό επίπεδο διαφοροποίησε σημαντικά την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας, με τα άτομα χαμηλότερης μόρφωσης (πρωτοβάθμια εκπαίδευση) να αναφέρουν μεγαλύτερες επικοινωνιακές δυσκολίες. Δεδομένου ότι η υψηλότερη εκπαίδευση σχετίζεται με μεγαλύτερα γνωστικά αποθέματα, τα άτομα που έχουν ολοκληρώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση ενδέχεται να αντιμετωπίζουν σοβαρότερες επιπτώσεις της ΜΝΔ και συνεπώς να

αντιλαμβάνονται περισσότερες επικοινωνιακές δυσκολίες, συγκριτικά με άτομα με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης (Farfel et al., 2013· McDowell, 2023).

Όσον αφορά την ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας, η επαγγελματική κατάσταση φάνηκε να διαφοροποιεί την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας. Ειδικότερα, οι άνεργοι, οι συνταξιούχοι και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας, ανέφεραν δηλαδή περισσότερες επικοινωνιακές δυσκολίες, σε σύγκριση με άλλες επαγγελματικές ομάδες, όπως οι δημόσιοι υπάλληλοι και οι αυτοαπασχολούμενοι. Το εύρημα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα των Abdullah και Eng (2012), ότι η ένταξη σε επαγγελματικό περιβάλλον ενισχύει την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας. Επίσης, η αυξημένη αντίληψη επικοινωνιακών δυσκολιών στους άνεργους και τους συνταξιούχους μπορεί να σχετίζεται με το αυξημένο άγχος, τη μειωμένη αυτοεκτίμηση και λιγότερες ευκαιρίες για κοινωνική αλληλεπίδραση που χαρακτηρίζουν αυτές τις ομάδες (Chattopadhyay, 2021). Για τους ιδιωτικούς υπαλλήλους η φύση της εργασίας και οι αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις ενδέχεται να ενισχύσουν το άγχος και να επηρεάσουν την αντίληψη της επικοινωνίας.

Ένας ακόμη παράγοντας που φάνηκε να συνδέεται με αυξημένες δυσκολίες στην επικοινωνία στα άτομα με προβλήματα λόγου και ομιλίας ήταν το επίπεδο υποστήριξης. Παρά τη γενική παραδοχή ότι η οικογενειακή υποστήριξη θεωρείται γενικά ευεργετική, σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να λειτουργήσει περιοριστικά. Σύμφωνα με τους Ryan και Deci (2017) υπερβολική στήριξη ενδέχεται να μειώνει την αίσθηση αυτονομίας και, συνεπώς, την αυτοαποτελεσματικότητα του ατόμου, ενισχύοντας την αντίληψη μεγαλύτερων δυσκολιών. Στην παρούσα μελέτη, το εύρημα αυτό πιθανώς αντανάκλα ότι άτομα με εντονότερες επικοινωνιακές δυσκολίες είναι εκείνα που δέχονται μεγαλύτερη οικογενειακή υποστήριξη.

Τα παραπάνω ευρήματα υπογραμμίζουν πως η αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας διαμορφώνεται τόσο από την ύπαρξη της αναπηρίας, όσο και από προσωπικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Στη συνέχεια, η διερεύνηση της διαφοροποίησης του κέντρου ελέγχου ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά ή παράγοντες που σχετίζονται με την καθημερινή επικοινωνία εντός των επιμέρους ομάδων αναπηρίας ανέδειξε λιγότερες αλλά εξίσου σημαντικές σχέσεις. Αναλυτικότερα, ύπαρξη παιδιών φάνηκε να σχετίζεται με σημαντικά χαμηλότερη

βαθμολογία του κέντρου ελέγχου στις ομάδες με ΝΑ και χωρίς αναπηρία. Τα άτομα με ΝΑ με παιδιά σημείωσαν οριακά εξωτερικό κέντρο ελέγχου, ενώ τα άτομα χωρίς παιδιά σημείωσαν ισχυρότερο εξωτερικό κέντρο ελέγχου. Η βιβλιογραφία επιβεβαιώνει αυτό το εύρημα, σημειώνοντας πως η ιδιότητα του γονέα μπορεί να ενισχύσει το εσωτερικό κέντρο ελέγχου σε ορισμένους γονείς με αναπηρίες, ενδεχομένως επειδή ενισχύει την ανάγκη για ανάληψη ευθύνης και διατήρηση ελέγχου. Ειδικότερα, γονείς με ΝΑ που ασχολούνται ενεργά με τη φροντίδα αναπτύσσουν συχνά μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα, θεωρώντας τη γονική μέριμνα ως πηγή σκοπού και αυτονομίας (Parchomiuk, 2014). Συγκρίνοντας τη βαθμολογία κέντρου ελέγχου των γονέων με νοητική και χωρίς αναπηρία, διαπιστώθηκε πως οι γονείς με αναπηρία έχουν πιο εσωτερικό κέντρο ελέγχου, ενώ οι γονείς χωρίς αναπηρία πιο εξωτερικό. Αυτό ενισχύει την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία για τους γονείς χωρίς αναπηρία η ανατροφή των παιδιών μπορεί να αυξήσει το εξωτερικό κέντρο ελέγχου λόγω των κοινωνικών πιέσεων που αισθάνονται ότι δέχονται (Freed & Tompson, 2011).

Αναφορικά με τα άτομα με ΔΑΦ, παρατηρήθηκε επίσης στατιστικά σημαντική διαφορά στο κέντρο ελέγχου ανάλογα με το αν το άτομο διαμένει μόνο ή με παρέα. Όσοι συμμετέχοντες με ΔΑΦ διαμένουν με παρέα παρουσίασαν υψηλότερη μέση βαθμολογία κέντρου ελέγχου, δηλαδή πιο ισχυρό εξωτερικό κέντρο ελέγχου σε σχέση με αυτούς που μένουν μόνοι. Η παρατήρηση αυτή υποδηλώνει ότι η συμβίωση με άλλους μπορεί να ενισχύει την τάση ανάθεσης του ελέγχου σε εξωτερικούς παράγοντες, ενδεχομένως εξαιτίας της συνεχούς παρουσίας άλλων προσώπων που παρέχουν υποστήριξη. Στη βιβλιογραφία υποστηρίζεται τόσο αυτή, όσο και η αντίθετη άποψη, με καθοριστικό παράγοντα να θεωρείται ο τρόπος με τον οποίο υποστηρίζεται το άτομο κατά την συμβίωση με άλλους. Αν η συμβίωση ενισχύει την αυτονομία του ατόμου μπορεί να ενδυναμώσει την αντίληψη προσωπικού ελέγχου (εσωτερικό κέντρο) στη ζωή του, αν όμως την περιορίζει, τότε μπορεί να ενισχύσει την αίσθηση ότι άλλα πρόσωπα έχουν τον έλεγχο (εξωτερικό κέντρο) (Cicirelli, 1980· Serin, Serin, & Şahin, 2010).

Στην ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας, το εισόδημα κατείχε σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση του κέντρου ελέγχου. Το χαμηλό εισόδημα (χαμηλότερο των 700€) συνδέθηκε με ισχυρότερο εξωτερικό κέντρο ελέγχου, υποδηλώνοντας πως η οικονομική ανασφάλεια μπορεί να ενισχύει την αντίληψη ότι οι

εξωτερικοί παράγοντες καθορίζουν τα γεγονότα, κάτι που αντανακλάται και στα δεδομένα άλλων ερευνών (Frankham, Richardson, & Maguire, 2020). Επίσης, στην ίδια ομάδα, τα άτομα χωρίς υποστήριξη από το περιβάλλον, διαπιστώθηκε πως έχουν πιο εξωτερικό κέντρο ελέγχου σε σχέση με όσους έχουν υποστήριξη είτε από φίλους είτε από την οικογένειά τους, εύρημα που συμπίπτει με διάφορα μοντέλα όπως η θεωρία του αυτοπροσδιορισμού (Ryan & Deci, 2017).

Συνολικά, τα επίπεδα αισιοδοξίας των συμμετεχόντων ήταν μέτρια προς θετικά και δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά ανάλογα με την ύπαρξη ή το είδος της αναπηρίας. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι, ανεξάρτητα από την ύπαρξη αναπηρίας, οι συμμετέχοντες διατηρούν σχετικά ικανοποιητικά επίπεδα αισιοδοξίας, γεγονός που ενδέχεται να αντανακλά προσωπικούς, κοινωνικούς ή και υποστηρικτικούς μηχανισμούς που συμβάλλουν στη διατήρηση θετικής στάσης απέναντι στη ζωή. Παρότι σε αρκετές ομάδες αναπηρίας δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις, η ανάλυση εντός των ομάδων αναπηρίας ανέδειξε ουσιαστικές διαφορές, οι οποίες προσφέρουν ενδιαφέροντα σημεία προς συζήτηση.

Η ύπαρξη παιδιών φάνηκε να σχετίζεται θετικά με την αισιοδοξία στην ομάδα χωρίς αναπηρία, εύρημα που συνάδει με τη σχετική βιβλιογραφία, η οποία αναγνωρίζει τη γονεϊκή ιδιότητα ως πηγή νοήματος και μελλοντικών προσδοκιών (Carver & Scheier, 2002). Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκαν αντίστοιχες σχέσεις σε άλλες ομάδες αναπηρίας, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί σε μικρό αριθμό συμμετεχόντων ή στο γεγονός ότι αρκετοί από τους συμμετέχοντες με αναπηρία δεν είχαν παιδιά.

Στην ομάδα με ακουστική αναπηρία, η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται πως επηρεάζει την αισιοδοξία, με τους συμμετέχοντες που βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας να παρουσιάζουν τις χαμηλότερες τιμές αισιοδοξίας, πιθανώς λόγω του πένθους και της μοναξιάς που συχνά συνοδεύουν την απώλεια συντρόφου. Επίσης, σημαντικός φαίνεται να είναι και ο παράγοντας της επαγγελματικής κατάστασης, η οποία διαφοροποιεί σημαντικά την αισιοδοξία μεταξύ των ατόμων που εργάζονται ως ιδιωτικοί υπάλληλοι και των ατόμων που εργάζονται ως δημόσιοι υπάλληλοι. Όσοι εργάζονται στον δημόσιο τομέα παρουσιάζουν πιο αισιόδοξη στάση για τη ζωή από τους συμμετέχοντες που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα, γεγονός που ίσως ερμηνεύεται μέσα από το πρίσμα της επαγγελματικής ασφάλειας και των σταθερών συνθηκών εργασίας στον δημόσιο τομέα.

Επιπλέον, εξετάζοντας την ομάδα με προβλήματα λόγου και αναπηρίας, παρατηρήθηκε σημαντική διαφοροποίηση του βαθμού αισιοδοξίας με βάση την πρόσβαση σε λογοθεραπεία. Άτομα που συμμετέχουν σε ένα τακτικό πρόγραμμα λογοθεραπείας φαίνεται πως είναι λιγότερο αισιόδοξα συγκριτικά με όσα κάνουν λογοθεραπεία περιστασιακά, γεγονός που πιθανώς να αντανάκλα την έμμεση σύνδεση της τακτικής λογοθεραπείας με εντονότερες αντικειμενικές και υποκειμενικές δυσκολίες στην επικοινωνία. Δηλαδή, η ανάγκη για συστηματική παρέμβαση μπορεί να συνοδεύεται από αυξημένη επίγνωση των δυσκολιών, επιδρώντας αρνητικά στο επίπεδο αισιοδοξίας. Το εύρημα αυτό, συμπίπτει με αυτά των Lestari και Fajar (2020), οι οποίοι υποστηρίζουν τη σχέση της χαμηλής αυτοεκτίμησης, η οποία μπορεί να είναι αποτέλεσμα της επίγνωσης αυξημένων επικοινωνιακών δυσκολιών, με χαμηλά επίπεδα αισιοδοξίας.

Η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τον τύπο του κέντρου ελέγχου δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές σχέσεις για κανέναν δημογραφικό ή επικοινωνιακό παράγοντα, όμως η ύπαρξη μεγάλου ποσοστού κελιών με χαμηλές αναμενόμενες τιμές καθιστά επισφαλής τη στατιστική αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών και αναδεικνύει την ανάγκη για μελέτη σε μεγαλύτερο και πιο ομοιογενές δείγμα. Παρόλα αυτά, αξίζει να αναφερθούν ορισμένες τάσεις που παρατηρήθηκαν, οι οποίες όμως θα πρέπει να ερμηνευτούν με επιφύλαξη. Μεγαλύτερος αριθμός ατόμων με εξωτερικό κέντρο ελέγχου παρατηρήθηκε μεταξύ όσων δήλωσαν χαμηλότερο εισόδημα ή ήταν άνεργοι. Το γεγονός ότι το χαμηλό εισόδημα και η ανεργία συνδέονται με εξωτερικό κέντρο ελέγχου, ενισχύει την υπόθεση ότι οι κοινωνικοοικονομικοί περιορισμοί ενδέχεται να αποδυναμώνουν την αίσθηση προσωπικής κυριαρχίας ή τον έλεγχο στα γεγονότα της ζωής. Άτομα που βιώνουν διαρκή αβεβαιότητα ή μειωμένες ευκαιρίες φαίνεται να τείνουν περισσότερο να αποδίδουν τις επιτυχίες ή τις αποτυχίες τους σε εξωτερικούς παράγοντες – όπως η τύχη, οι συνθήκες ή οι άλλοι άνθρωποι. Μάλιστα, Μελέτες δείχνουν ότι η οικονομική στέρηση προβλέπει ισχυροποίηση του εξωτερικού κέντρου ελέγχου κατά 15-20% (Caliendo, Cobb-Clark, & Uhlenhorff, 2015· Favasuli, 2012· Gangai et al., 2016).

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για τις σχέσεις μεταξύ των τριών βασικών μεταβλητών της παρούσας εργασίας. Αρχικά, αναδείχθηκε χαμηλή αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας και της αισιοδοξίας, επιβεβαιώνοντας ευρήματα

προηγούμενων μελετών που δείχνουν ότι η θετική στάση απέναντι στο μέλλον συνδέεται με αυξημένη εμπιστοσύνη στις επικοινωνιακές ικανότητες αλλά και την άποψη ότι η αντίληψη περισσότερων επικοινωνιακών δυσκολιών συσχετίζεται με χαμηλά θετικά συναισθήματα, όπως η αισιοδοξία (Luo & Wang, 2024· Vickerstaff et al., 2007). Η διαπίστωση αυτή υποδηλώνει ότι η αισιοδοξία μπορεί να λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στις επικοινωνιακές προκλήσεις, ενισχύοντας την αυτοπεποίθηση και τη συμμετοχή σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Επιπλέον, η αισιοδοξία φαίνεται να σχετίζεται με χαρακτηριστικά όπως η ψυχική ανθεκτικότητα και η ενσυναίσθηση, τα οποία ενισχύουν τη θετική αντίληψη του ατόμου για την επικοινωνιακή του επάρκεια.

Παρόλα αυτά, η συσχέτιση αυτή δεν επιβεβαιώθηκε με την ίδια ένταση για κάθε ομάδα αναπηρίας όταν εξετάστηκε ξεχωριστά. Στην ομάδα με προβλήματα λόγου και ομιλίας διαπιστώθηκε μέτρια αρνητική συσχέτιση, αναδεικνύοντας τον αρνητικό αντίκτυπο των αντιλαμβανόμενων επικοινωνιακών δυσκολιών στην αισιόδοξη διάθεση των συμμετεχόντων. Ακόμα πιο ισχυρή ήταν η αρνητική συσχέτιση στην ομάδα με ΜΝΔ, γεγονός που παρότι βασίζεται σε μικρό αριθμό συμμετεχόντων, είναι ενδεικτικό της επίγνωσης των ελλειμμάτων και της συνεπακόλουθης ψυχικής διάθεσης ως αποτέλεσμα της γνωστικής εξασθένησης. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει τη μελέτη των Dos Santos et al. (2018), σύμφωνα με την οποία η αισιοδοξία μειώνεται στα αρχικά στάδια της γνωστικής έκπτωσης, πιθανώς λόγω αυξημένης επίγνωσης των δυσκολιών.

Στις υπόλοιπες ομάδες αναπηρίας (ΔΑΦ, ακουστική αναπηρία και ΝΑ) δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση, κάτι που ενδεχομένως να οφείλεται στο μικρό μέγεθος δείγματος ή στην ετερογένεια που παρουσιάζει. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι καταγράφηκε αρνητική συσχέτιση και στην ομάδα χωρίς αναπηρία, υποδηλώνοντας πως ακόμα και στον γενικό πληθυσμό, οι υποκειμενικές αντιλήψεις δυσκολίας στην επικοινωνία, παρότι δεν συνιστούν τυπική διαταραχή, φαίνεται να σχετίζονται με μειωμένη αισιοδοξία. Ακόμη και ήπιες δυσκολίες μπορεί να λειτουργούν ως στρεσογόνος παράγοντας, επηρεάζοντας αρνητικά τις προσδοκίες του ατόμου για το μέλλον.

Επιπλέον, σημαντική, αλλά ασθενούς έντασης, θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ εξωτερικού κέντρου ελέγχου και αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας. Με άλλα λόγια, τα άτομα που θεωρούσαν ότι τα γεγονότα ελέγχονται

από εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. τύχη, άλλοι άνθρωποι) ανέφεραν μειωμένη ικανότητα επικοινωνίας. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τη βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι ένα εσωτερικό κέντρο ελέγχου συνδέεται με μεγαλύτερη ενεργοποίηση και θετικότερη αυτοαντίληψη (Buddelmeyer & Powdthavee, 2017· Cross et al., 2005· Cuevas et al., 2019· Sinnakaruppan et al., 2010· Zhang & Jang, 2017). Επίσης αντικρούει τους Rogowska et al. (2020) που υποστήριξαν την ύπαρξη αντίστροφης σχέσης μεταξύ των δύο εννοιών, ότι δηλαδή στα άτομα με αναπηρία ένα εξωτερικό κέντρο ελέγχου μπορεί να σχετίζεται με καλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα. Συνεπώς, άτομα που θεωρούν ότι δεν έχουν τον έλεγχο των συνθηκών ζωής τους, τείνουν να αναπτύσσουν πιο παθητική στάση και να βιώνουν μεγαλύτερη δυσκολία στην αποτελεσματική επικοινωνία.

Ωστόσο, είναι αξιοσημείωτο ότι η παραπάνω συσχέτιση ενισχύεται στο γενικό πληθυσμό αλλά εξασθενεί στις ομάδες με αναπηρία, καθώς δεν διαπιστώθηκε αντίστοιχη στατιστικά σημαντική συσχέτιση για καμία από τις επιμέρους ομάδες αναπηρίας. Η απουσία συσχέτισης ενδέχεται να υποδηλώνει ότι τα άτομα με αναπηρία, δεν αποδίδουν τις επικοινωνιακές δυσκολίες ούτε σε προσωπικές ενέργειες, ούτε σε εξωτερικούς παράγοντες, αλλά ίσως τις αντιμετωπίζουν ως χαρακτηριστικά της ύπαρξής τους. Μία άλλη εξήγηση, βρίσκεται στην πιθανότητα μεγαλύτερης επίδρασης άλλων παραγόντων (π.χ. υποστηρικτικά μέσα, κοινωνικό περιβάλλον), οι οποίοι ενισχύουν ή περιορίζουν την αντίληψη της επικοινωνιακής ικανότητας, ανεξάρτητα από το ατομικό κέντρο ελέγχου. Η διαφοροποιημένη αυτή εικόνα σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία υπογραμμίζει τη σημασία της κατανόησης των εμπειριών επικοινωνίας των ατόμων με αναπηρία μέσα σε πολυπαραγοντικά κοινωνικά και περιβαλλοντικά πλαίσια. Φυσικά, το εύρημα αυτό είναι επίσης πιθανά επηρεασμένο από το μικρό μέγεθος και την ετερογένεια του δείγματος, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης σε μελλοντικές μελέτες με ευρύτερο και πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα.

Το κέντρο ελέγχου βρέθηκε ότι συσχετίζεται αρνητικά με την αισιοδοξία στο συνολικό δείγμα της μελέτης, δηλαδή όσο πιο εσωτερικό είναι το κέντρο, όσο περισσότερο τα άτομα θεωρούν ότι τα γεγονότα της ζωής τους εξαρτώνται από τις δικές τους επιλογές και ενέργειες, τόσο υψηλότερη είναι η αισιοδοξία τους. Αντιστρόφως, η εξωγενής απόδοση ευθυνών συνδέεται με μειωμένες προσδοκίες για το μέλλον και λιγότερη αισιοδοξία. Η ανάδειξη αυτής της συσχέτισης ευθυγραμμίζεται

με τη σχετική διεθνή βιβλιογραφία, η οποία έχει αναδείξει επανειλημμένα το εσωτερικό κέντρο ελέγχου ως προστατευτικό παράγοντα για την ψυχολογική υγεία, την αισιοδοξία και την ανθεκτικότητα σε δύσκολες καταστάσεις (Sinnakaruppan et al., 2010· Winarsunu, Utami, Fasikhah, & Anwar, 2023). Αντίθετα, διαφωνεί με μια μεμονωμένη μελέτη που υποστήριξε ότι στα άτομα με ΜΝΔ το ισχυρότερο εξωτερικό κέντρο ελέγχου συνδέεται με μειωμένα καταθλιπτικά συμπτώματα και συνεπώς μεγαλύτερα επίπεδα αισιοδοξίας (Halse et al., 2022).

Θα πρέπει, ωστόσο, να επισημανθεί ότι όταν εξετάστηκαν οι ομάδες αναπηρίας ξεχωριστά, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο κέντρο ελέγχου και στην αισιοδοξία. Αν και αυτό ενδέχεται να οφείλεται στο περιορισμένο μέγεθος των υποομάδων, είναι πιθανό η αισιοδοξία των ατόμων με αναπηρία να εξαρτάται περισσότερο από εξωτερικούς παράγοντες, όπως η κοινωνική υποστήριξη, η αποδοχή της αναπηρίας ή οι εμπειρίες συμπερίληψης, παρά από την αίσθηση ελέγχου του ατόμου. Επιπλέον, η ίδια η φύση της αναπηρίας μπορεί να επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα δημιουργούν προσδοκίες για τη μέλλον.

Με στόχο να διερευνηθεί κατά πόσο το κέντρο ελέγχου προβλέπει την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας και την αισιοδοξία πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το κέντρο ελέγχου αποτελεί στατιστικά σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας και την αισιοδοξία στο σύνολο του δείγματος και ξεχωριστά στην ομάδα χωρίς αναπηρία. Αντίθετα, στην ομάδα με αναπηρία, τα μοντέλα δεν ήταν στατιστικά σημαντικά, υποδεικνύοντας ότι η μεταβλητή αυτή δεν επαρκεί από μόνη της για να εξηγήσει τις διαφοροποιήσεις στην αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας και την αισιοδοξία.

Το μοντέλο παλινδρόμησης που δημιουργήθηκε για τη διερεύνηση των παραγόντων που προβλέπουν την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας εξηγούσε το 52,5% της διακύμανσης. Οι παράγοντες που αναδείχθηκαν ως προβλεπτικοί φαίνεται να σχετίζονται με δημογραφικά, επαγγελματικά και κλινικά χαρακτηριστικά, υποδεικνύοντας ότι η αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας δεν διαμορφώνεται μόνο από ατομικούς αλλά και από περιβαλλοντικούς και λειτουργικούς παράγοντες, σε συμφωνία με τα πολυπαραγοντικά μοντέλα της

αναπηρίας (WHO, 2024). Συγκεκριμένα, παράγοντες όπως η χαμηλή εκπαίδευση, η υψηλή αντίληψη της επίδρασης της προσωπικότητας στην επικοινωνία, η περιστασιακή λογοθεραπεία, η επιθυμία για συμμετοχή σε λογοθεραπεία, καθώς και η χρήση συσκευή υποβοήθησης της ομιλίας, προβλέπουν περισσότερες αντιλαμβανόμενες δυσκολίες στην επικοινωνία. Αυτό ενδεχομένως να αντικατοπτρίζει μια μεγαλύτερη συνειδητοποίηση των περιορισμών ή αυξημένες επικοινωνιακές ανάγκες.

Αντίθετα, άτομα 35–45 ετών, αυτοαπασχολούμενοι και ιδιωτικοί υπάλληλοι, άτομα που χρειάζεται να επικοινωνούν 2-3 φορές την εβδομάδα συγκριτικά με άτομα που ανέφεραν λιγότερες επικοινωνιακές απαιτήσεις, που χρησιμοποιούν λαρυγγόφωνο ή με ΜΝΔ, προβλέπεται να αντιλαμβάνονται λιγότερες επικοινωνιακές δυσκολίες. Τα ευρήματα αυτά ενδέχεται να οφείλονται σε μεγαλύτερη αυτονομία ή. Η αντίληψη λιγότερων δυσκολιών στην επικοινωνία στα άτομα με ΜΝΔ ενδεχομένως να σχετίζεται με μειωμένη επίγνωση των επικοινωνιακών δυσκολιών (ανοσοαγνωσία) (De Carolis et al., 2015). Συνολικά, φαίνεται ότι, τουλάχιστον στο δείγμα της παρούσας μελέτης, η αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας είναι συνάρτηση παραγόντων όπως το μορφωτικό επίπεδο, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και η πρόσβαση σε υποστηρικτικές παρεμβάσεις.

Πιθανή εξήγηση για την απόκλιση των παρόντων ευρημάτων σε σχέση με προηγούμενες μελέτες που αναδεικνύουν διαφορετικούς προβλεπτικούς παράγοντες αποτελεί η ιδιαιτερότητα του δείγματος. Ενώ πολλές έρευνες με χρήση του ίδιου ερευνητικού εργαλείου (LCQ) επικεντρώνονται σε ομοιογενείς πληθυσμούς, όπως άτομα με ΤΕΒ, η παρούσα μελέτη βασίζεται σε ένα ετερογενές δείγμα ατόμων με ποικίλες αναπηρίες ή χρόνιες παθήσεις, όπως ΝΑ, ΜΝΔ, ΔΑΦ, ακουστική αναπηρία και προβλήματα λόγου και ομιλίας. Οι πληθυσμιακές αυτές ομάδες ενδέχεται να παρουσιάζουν διαφορετικά επίπεδα αυτογνωσίας, εμπειρίας της επικοινωνίας και προσβασιμότητας σε υποστηρικτικές παρεμβάσεις, γεγονός που ενδεχομένως ενισχύει την επίδραση παραγόντων όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο ή η επαγγελματική κατάσταση στην αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας.

Επιπλέον, η χρόνια φύση πολλών από τις παθήσεις που περιλαμβάνονται στο δείγμα ενδέχεται να συνδέεται με μεγαλύτερη εξοικείωση με τις δυσκολίες, γεγονός που οδηγεί σε πιο σταθερές, διαφοροποιημένες και ενδεχομένως ρεαλιστικές

αυτοεκτιμήσεις. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει τη σημασία του κοινωνικού και λειτουργικού πλαισίου ως καθοριστικού παράγοντα που επηρεάζει όχι μόνο την αντικειμενική, αλλά και την υποκειμενικά αντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας.

Τέλος, η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με στόχο τον εντοπισμό των παραγόντων που σχετίζονται με την αισιοδοξία ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, έδειξε πως περίπου το 26% της διακύμανσης στην αισιοδοξία εξηγείται από το σύνολο των ανεξάρτητων μεταβλητών. Στο πλαίσιο αυτό, προέκυψαν ορισμένοι παράγοντες που προβλέπεται να ενισχύσουν ή να περιορίσουν τον βαθμό αισιοδοξίας.

Πιο συγκεκριμένα, άτομα που χρειάζεται να επικοινωνούν 2-3 φορές την εβδομάδα εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας, σε σχέση με εκείνους που επικοινωνούν σπανιότερα. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι η σχέση ανάμεσα στη συχνότητα επικοινωνίας και την αισιοδοξία δεν είναι απλή. Η μέτρια συχνότητα (2–3 φορές/εβδομάδα) ενδέχεται να προσφέρει επαρκή κοινωνική αλληλεπίδραση χωρίς να επιβαρύνει το άτομο με αναπηρία, ενώ η καθημερινή επικοινωνία μπορεί να μην προσφέρει κοινωνική αλληλεπίδραση, αλλά να συνεπάγεται αυξημένες απαιτήσεις που ενισχύουν την πίεση ή την απογοήτευση. Αντίστοιχα, η πολύ περιορισμένη επικοινωνία φαίνεται να σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας, πιθανώς λόγω αυξημένης κοινωνικής απομόνωσης. Επιπλέον, οι ελεύθεροι συμμετέχοντες σημείωσαν υψηλότερη αισιοδοξία σε σχέση με τους χήρους, εύρημα που ενδέχεται να αντανakλά το ρόλο της προσωπικής απώλειας και της μοναξιάς στη διαμόρφωση της αισιοδοξίας.

Αντίθετα, σειρά παραγόντων προβλέπουν μείωση του βαθμού αισιοδοξίας. Συγκεκριμένα, άτομα που εργάζονταν στον ιδιωτικό τομέα, παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας σε σχέση με τους συνταξιούχους. Το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να συνδέεται με το υψηλότερο άγχος και την επαγγελματική ανασφάλεια που συνοδεύει τον ιδιωτικό τομέα, ιδίως για άτομα με αναπηρία, τα οποία πιθανόν να βιώνουν αυξημένες προκλήσεις ένταξης ή αποδοχής. Επίσης, χαμηλότερη αισιοδοξία εμφάνισαν και οι συμμετέχοντες με εισόδημα 1200–2000 ευρώ, συγκριτικά με άτομα που είχαν μεγαλύτερο εισόδημα, επιβεβαιώνοντας τη συσχέτιση ανάμεσα στην οικονομική ασφάλεια και τις θετικές προσδοκίες, η οποία αποτελεί διαχρονικό συμπέρασμα της βιβλιογραφίας (Pan, 2024).

Επίσης, όσον αφορά τη φύση της δυσκολίας, φάνηκε ότι τι τα άτομα με επίκτητες δυσκολίες ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας σε σύγκριση με άτομα

που αναφέρουν ότι δεν αντιμετωπίζουν δυσκολία στην επικοινωνία. Η συγκεκριμένη σχέση ενδέχεται να αντανακλά την ψυχολογική επίδραση της μετάβασης από μια πρότερη κατάσταση λειτουργικότητας προς μια νέα πραγματικότητα με περιορισμούς, κάτι που δεν εντοπίζεται για τα άτομα με εκ γενετής δυσκολία. Αυτή η μετάβαση μπορεί να οδηγήσει σε ανασφάλεια ή απαισιοδοξία για το μέλλον, ειδικά αν η προσαρμογή δεν συνοδεύεται από επαρκή υποστήριξη. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης το γεγονός ότι η τακτική λογοθεραπεία και η επιθυμία πρόσβασης σε λογοθεραπεία συνδέθηκαν με χαμηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας, σε σύγκριση με άτομα που δεν χρειάζονταν τέτοιες υπηρεσίες. Αυτό το εύρημα μπορεί να εξηγηθεί από την υποκειμενική βαρύτητα των δυσκολιών, καθώς άτομα που αναγνωρίζουν την ανάγκη για παρέμβαση ή λαμβάνουν υποστήριξη πιθανόν να βιώνουν την επικοινωνιακή τους δυσκολία ως μεγαλύτερη, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά τη γενικότερη στάση τους απέναντι στο μέλλον.

Συνοψίζοντας, η αισιοδοξία στα άτομα με αναπηρία, όπως και η αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας, φαίνεται να αποτελεί πολυπαραγοντικό φαινόμενο, στο οποίο σημαντικό ρόλο παίζουν τόσο οι επικοινωνιακές ανάγκες και δυνατότητες, όσο και οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες.

8.2 Συμπεράσματα

Συνολικά, η ανάλυση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης ανέδειξαν ουσιαστικές σχέσεις ανάμεσα στην αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας, την αισιοδοξία και το κέντρο ελέγχου, ενώ παράλληλα διαπιστώθηκε ο καθοριστικός ρόλος ποικίλων παραγόντων στη διαμόρφωσή τους.

Τα άτομα με αναπηρία, ανεξαρτήτως του είδους αναπηρίας παρουσιάζουν χειρότερη αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας, δηλαδή αντιλαμβάνονται περισσότερες δυσκολίες στην επικοινωνία τους σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς αναπηρία. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η ομάδα των ατόμων με ΜΝΔ στην οποία η γνωστική έκπτωση φαίνεται πως εμποδίζει την αυτοεπίγνωση, με αποτέλεσμα η

αντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας να μην διαφοροποιείται σημαντικά από τον τυπικό πληθυσμό. Συγκεκριμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά και παράγοντες που σχετίζονται με την καθημερινή επικοινωνία, επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα με αναπηρία αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες τους κατά την καθημερινή τους επικοινωνία. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το χαμηλό εισόδημα, η ανεργία και η συστηματική ανάγκη ή η επιθυμία για λογοθεραπευτική παρέμβαση σχετίζονται με αυξημένες αντιλαμβανόμενες δυσκολίες στην επικοινωνία, ενώ η μέση ηλικία, η εργασία στην δημόσιο τομέα ή ως αυτοαπασχολούμενος συνδέονται με λιγότερες αντιλαμβανόμενες επικοινωνιακές δυσκολίες. Επίσης, ορισμένα βοηθήματα επικοινωνίας φαίνεται πως ανάλογα με την ψυχοκοινωνική ή λειτουργική επίδρασή τους μειώνουν ή ενισχύουν τις επικοινωνιακές δυσκολίες που αντιλαμβάνονται τα άτομα.

Η πλειοψηφία του δείγματος φάνηκε να έχει ασθενές αλλά εξωτερικό κέντρο ελέγχου, το οποίο δεν εξαρτάται ξεκάθαρα από την αναπηρία, αλλά επηρεάζεται από διάφορα χαρακτηριστικά που μπορεί να σχετίζονται με κοινωνικές παραμέτρους. Διαπιστώθηκε ότι η ύπαρξη παιδιών συνδέεται με πιο εσωτερικό κέντρο ελέγχου σε γονείς με ΝΑ, πιθανότατα λόγω ενίσχυσης της αίσθησης ευθύνης και αυτονομίας. Αντίθετα, η συμβίωση με άλλους μπορεί να ενισχύει το εξωτερικό κέντρο ελέγχου σε άτομα με ΔΑΦ, πιθανώς σε περιπτώσεις που συνοδεύεται από περιοριστική ή υπερπροστατευτική υποστήριξη. Το χαμηλό εισόδημα και η ανεργία σχετίζονται επίσης με εξωτερικό κέντρο ελέγχου, ενισχύοντας την αίσθηση ότι οι εξωτερικοί παράγοντες, όπως η τύχη ή οι συνθήκες, καθορίζουν τα γεγονότα της ζωής.

Επιπλέον, αναφορικά με την αισιοδοξία, τα επίπεδά της είναι μέτρια προς θετικά και δεν διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με την ύπαρξη ή το είδος της αναπηρίας. Σημειώνεται πως η αισιοδοξία σχετίζεται θετικά με την ύπαρξη παιδιών, την κοινωνική υποστήριξη, τη συχνή αλλά όχι υπερβολική επικοινωνία και την επαγγελματική ασφάλεια, ενώ σχετίζεται αρνητικά με το χαμηλό εισόδημα, την επαγγελματική ανασφάλεια, χηρεία, την επίκτητη φύση της δυσκολίας και την αυξημένη ανάγκη για λογοθεραπεία. Ακόμη, μεγαλύτερες αντιλαμβανόμενες επικοινωνιακές δυσκολίες και πιο ισχυρό εξωτερικό κέντρο ελέγχου διαπιστώθηκε πως συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας.

Συνολικά, η αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας και η αισιοδοξία παρουσιάζουν αρνητική συσχέτιση, καθώς όσο περισσότερες δυσκολίες αντιλαμβάνεται το άτομο, τόσο χαμηλότερες προσδοκίες έχει για το μέλλον. Το εξωτερικό κέντρο ελέγχου σχετίζεται με αυξημένες επικοινωνιακές δυσκολίες και μειωμένη αισιοδοξία, κυρίως στον γενικό πληθυσμό, ενώ στα άτομα με αναπηρία οι συσχετίσεις αυτές είναι ασθενέστερες. Αυτό υποδηλώνει πως το κέντρο ελέγχου από μόνο του δεν αποτελεί ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα ούτε της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας ούτε της αισιοδοξίας στα άτομα με αναπηρία. Ωστόσο, συνεισφέρει σημαντικά στα αντίστοιχα μοντέλα για το γενικό δείγμα και την ομάδα χωρίς αναπηρία, γεγονός που υποδηλώνει ότι στις ομάδες με αναπηρία άλλοι παράγοντες, όπως τα ατομικά χαρακτηριστικά, το κοινωνικό περιβάλλον και οι υποστηρικτικές παρεμβάσεις, διαδραματίζουν σημαντικότερο ρόλο στη διαμόρφωση τόσο της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας, όσο και της αισιοδοξίας.

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, ότι η αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας και η αισιοδοξία έχουν πολυπαραγοντική φύση, καθώς διαμορφώνονται από την αλληλεπίδραση ατομικών, κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Συνεπώς κρίνεται απαραίτητη η ενίσχυση της αυτονομίας, της κοινωνικής υποστήριξης και της πρόσβασης σε κατάλληλες παρεμβάσεις, τα οποία μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά την αυτοαντίληψη και την ψυχολογική ευημερία των ατόμων με αναπηρία. Ιδιαίτερη σημασία αποκτούν παρεμβάσεις που δεν εστιάζουν μόνο στη λειτουργική αποκατάσταση ή στην άρση εξωτερικών εμποδίων, αλλά ταυτόχρονα ενισχύουν το εσωτερικό κέντρο ελέγχου των ατόμων, καλλιεργώντας την αίσθηση προσωπικής ευθύνης, ικανότητας και επίδρασης στις καταστάσεις της ζωής τους. Η ανάπτυξη τέτοιων παρεμβάσεων, με συνδυασμένη στόχευση τόσο σε ψυχολογικούς όσο και σε κοινωνικο-περιβαλλοντικούς παράγοντες, δύναται να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία.

8.3 Περιορισμοί

Όπως κάθε ερευνητική εργασία, έτσι και η παρούσα μελέτη δεν είναι απαλλαγμένη από μεθοδολογικούς περιορισμούς, οι οποίοι κρίνεται σημαντικό να αναφερθούν για την ορθή ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Το μικρό δείγμα σε συγκεκριμένες υποομάδες (π.χ. άτομα με ΜΝΔ) περιορίζει τη δυνατότητα εξαγωγής ασφαλών και γενικεύσιμων συμπερασμάτων, μειώνει την στατιστική ισχύ ορισμένων συγκρίσεων και πιθανόν να παρεμποδίζει την ανίχνευση σημαντικών διαφορών μεταξύ των ομάδων. Αναφορικά με το δείγμα παρατηρείται ετερογένεια εντός και εκτός των υποομάδων. Στη μελέτη συμμετείχαν άτομα με διαφορετικές διαγνώσεις που αποτέλεσαν διαφορές υποομάδες της ομάδας με αναπηρία, αλλά και εντός των υποομάδων καταγράφονται διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας της αναπηρίας, περιορισμοί που μπορεί να επηρεάσουν την εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας. Για παράδειγμα, η αυτοαντίληψη της επικοινωνιακής ικανότητας σε άτομα με ήπια ΝΑ μπορεί να διαφέρει σημαντικά από εκείνη σε άτομα με σοβαρή ΝΑ, όμως αυτή η διαφοροποίηση δεν ήταν δυνατόν να καταγραφεί επαρκώς.

Επιπλέον, η χρήση ερωτηματολογίων βασισμένων στην αυτοαναφορά εισάγει υποκειμενικότητα και ελλοχεύει ο κίνδυνος υπερβολικής ή υποεκτίμησης των δυσκολιών. Ειδικά σε άτομα με αφασία, ΜΝΔ ή νοητική αναπηρία, η μειωμένη αυτογνωσία και οι γνωστικές δυσκολίες μπορεί να οδηγούν σε ανακριβείς αυτοαναφορές που δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα (Douglas, 2010). Αξίζει να σημειωθεί ότι τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν (LOT-R και LOC) εμφάνισαν οριακά αποδεκτή εσωτερική συνέπεια. Αν και η εύρεση αυτή ευθυγραμμίζεται με αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών, ενδέχεται να επηρεάζει την αξιοπιστία των μετρήσεων και κατ' επέκταση την εγκυρότητα των συμπερασμάτων της παρούσας μελέτης.

Τέλος, αξίζει να επισημανθεί ότι ορισμένοι παράγοντες που φάνηκαν να διαφοροποιούν σημαντικά τις εξαρτημένες μεταβλητές της μελέτης, όπως η ηλικία, η επαγγελματική κατάσταση ή η χρήση υποστηρικτικών παρεμβάσεων, ενδέχεται να μην επηρεάζουν άμεσα τις επικοινωνιακές δεξιότητες ή την αισιοδοξία, αλλά να λειτουργούν ως δείκτες της ευρύτερης ψυχοκοινωνικής κατάστασης των συμμετεχόντων. Για παράδειγμα, η ανεργία, η χηρεία ή η συστηματική συμμετοχή σε

λογοθεραπεία μπορεί να υποδηλώνουν αυξημένα επίπεδα άγχους, κοινωνικής απομόνωσης ή εντονότερη επίγνωση των δυσκολιών, τα οποία με τη σειρά τους επηρεάζουν την αυτοαντίληψη και τις συναισθηματικές προσδοκίες των ατόμων. Συνεπώς, τα ευρήματα πρέπει να ερμηνεύονται υπό το πρίσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ αντικειμενικών συνθηκών και της υποκειμενικής ψυχοκοινωνικής εμπειρίας.

8.4 Προτάσεις μελλοντικής έρευνας

Από τους περιορισμούς που προαναφέρθηκαν προκύπτουν ορισμένες κατευθύνσεις για περαιτέρω διερεύνηση. Πιο συγκεκριμένα, αναδεικνύεται η ανάγκη αύξησης του μεγέθους του δείγματος, η οποία θα επιτρέψει την εφαρμογή πιο ευαίσθητων στατιστικών ελέγχων και την ανίχνευση έγκυρων και ισχυρών σχέσεων. Ακόμη, η συμπερίληψη ατόμων με περισσότερο ομοιογενή προφίλ, μπορεί επίσης να ενισχύσει τα ευρήματα και να αυξήσει την αξιοπιστία τους. Μία άλλη προσθήκη που μπορεί να ενισχύσει την κατανόηση της υποκειμενικής εμπειρίας της επικοινωνίας και της αισιοδοξίας είναι η ενσωμάτωση ποιοτικών μεθόδων, όπως συνεντεύξεις. Μέσα από τέτοιες προσεγγίσεις δίνεται η δυνατότητα να αναδειχθούν οι προσωπικές ερμηνείες και τα βιώματα πίσω από τις ποσοτικές καταγραφές.

Αν και στο γενικό δείγμα αναδείχθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ του εξωτερικού κέντρου ελέγχου και της αντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας, η συσχέτιση αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική για όλες τις επιμέρους ομάδες με αναπηρία. Μια μελλοντική μελέτη θα μπορούσε να εξετάσει αυτή τη σχέση πιο στοχευμένα ανά τύπο διαταραχής, λαμβάνοντας υπόψη την ετερογένεια των αιτιών και των επιπτώσεων κάθε κατάστασης. Επίσης, τα ευρήματα δείχνουν χαμηλή έως μέτρια συσχέτιση ανάμεσα στην αισιοδοξία και την αυτοαντιλαμβανόμενη επικοινωνιακή ικανότητα. Προτείνεται να πραγματοποιηθεί ανάλυση περισσότερων παραγόντων που έχουν αναδειχθεί ως σημαντικοί για την αντίληψη της επικοινωνιακής ικανότητας από άλλες μελέτες, όπως η ψυχολογική ανθεκτικότητα, η επικοινωνιακή επάρκεια ή το αίσθημα της αυτοαποτελεσματικότητας.

Τέλος, μια ενδιαφέρουσα πρόταση για μελλοντική έρευνα αφορά τη σύγκριση δύο ομάδων ατόμων με αναπηρία. Η πρώτη θα συμμετέχει μόνο σε πρόγραμμα παραδοσιακής λογοθεραπευτικής παρέμβασης με στόχο την ενίσχυση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, ενώ η δεύτερη θα συμμετέχει σε συνδυαστικό πρόγραμμα που θα περιλαμβάνει παραδοσιακή λογοθεραπεία και στοχευμένη παρέμβαση για την ενίσχυση του εσωτερικού κέντρου ελέγχου. Μια τέτοια μελέτη θα μπορούσε να εξετάσει εάν πράγματι η ενδυνάμωση του εσωτερικού κέντρου ελέγχου και η επακόλουθη καλλιέργεια της αυτενέργειας και της αυτοαποτελεσματικότητας ενισχύει την αυτοαντιλαμβανόμενη ικανότητα επικοινωνίας και την αισιοδοξία των συμμετεχόντων περισσότερο σε σύγκριση με τις απλές παρεμβάσεις που έχουν μόνο έναν συγκεκριμένο στόχο, την ενίσχυση αποκλειστικά της επικοινωνίας μέσα από γλωσσική και γνωστική ενδυνάμωση.

8.5 Εκπαιδευτικές προεκτάσεις

Το κέντρο ελέγχου φαίνεται να συνδέεται με τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται τις ικανότητές τους, ανταποκρίνονται και προσαρμόζονται σε απαιτητικές συνθήκες. Η παρούσα μελέτη ενισχύει την ύπαρξη αυτής της σύνδεσης, υποστηρίζοντας ότι τα άτομα με που αντιλαμβάνονται περισσότερες δυσκολίες στην επικοινωνία εμφανίζουν πιο ισχυρό εξωτερικό κέντρο ελέγχου, δηλαδή θεωρούν πως ο έλεγχος των γεγονότων της ζωής τους εξαρτάται περισσότερο από εξωτερικούς παράγοντες και όχι από τους ίδιους. Αν και δεν αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του κέντρου ελέγχου και της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας για όλες τις ομάδες αναπηρίας, η σημασία του κέντρου ελέγχου δεν μπορεί να παραλειφθεί. Η απουσία ισχυρής σχέσης δεν δείχνει απόλυτα ότι το κέντρο ελέγχου δεν επηρεάζει την αυτοαντίληψη των ατόμων με αναπηρία για την επικοινωνία τους, αλλά προτείνει την πολυπλοκότητα των παραγόντων που επηρεάζουν την επικοινωνιακή αυτοαντίληψη στα άτομα αυτά.

Ωστόσο, η ενίσχυση του εσωτερικού κέντρου ελέγχου παραμένει καθοριστικής σημασίας, καθώς μπορεί να συμβάλει στην ενίσχυση της

αυτοπεποίθησης και των ατομικών κινήτρων, παράγοντες που είναι σημαντική για την καθημερινή λειτουργικότητα και την προσαρμογή των ατόμων με αναπηρία ή/και χρόνιες παθήσεις. Έτσι, τονίζεται η ανάγκη για πολυπαραγοντικές εκπαιδευτικές και συμβουλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες δεν θα περιορίζονται αποκλειστικά στην ενίσχυση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων αλλά θα στοχεύουν και στην ενίσχυση του εσωτερικού κέντρου ελέγχου, καλλιεργώντας την αυτενέργεια, την εμπιστοσύνη στον εαυτό και ενισχύοντας τα κίνητρα και την επιμονή τους. Η διαμόρφωση και εφαρμογή τέτοιων παρεμβάσεων απαιτούν τη συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει ειδικούς παιδαγωγούς, λογοθεραπευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες. Ο συνδυασμός των εξειδικευμένων τους γνώσεων μπορεί να διασφαλίσει την ολιστική υποστήριξη των ατόμων με αναπηρία, την ψυχοκοινωνική τους ενδυνάμωση και την ανάληψη πρωτοβουλιών για την αντιμετώπιση των επικοινωνιακών τους δυσκολιών και την ενεργό κοινωνική συμμετοχή.

Στην εκπαιδευτική διαδικασία, ιδιαίτερα καθοριστικός είναι και ο ρόλος του υποστηρικτικού περιβάλλοντος, το οποίο μπορεί να λειτουργήσει είτε ενισχυτικά είτε ανασταλτικά. Συνεπώς, η ενίσχυση της αυτοαντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας των ατόμων με αναπηρία, δεν θα πρέπει να περιορίζεται αποκλειστικά στην ατομική αποκατάσταση, αλλά απαιτεί και στοχευμένη εκπαίδευση των συνομιλητών τους (π.χ. συγγενείς και φροντιστές). Σύμφωνα με τους Johansson, Carlsson και Sonnander (2012), η εκπαίδευση των επικοινωνιακών συνομιλητών είναι θεμελιώδης για την προώθηση της συμμετοχής και της ενσωμάτωσης στο κοινωνικό σύνολο και τη βελτίωση της αντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας. Η εκπαίδευση αυτή μπορεί να επιτευχθεί μέσα από αναστοχασμό των επικοινωνιακών τους συμπεριφορών, πρακτική σε ρεαλιστικά περιβάλλοντα, αποδοχή και προσαρμογή στις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ατόμου.

Αντίστοιχα, η μελέτη των Togher et al. (2016), κατέδειξε ότι η εκπαίδευση των συνομιλητών ατόμων με ΤΕΒ οδήγησε σε βελτίωση της αντιλαμβανόμενης ικανότητας επικοινωνίας τόσο από την πλευρά του ατόμου όσο και της οικογένειας, ενισχύοντας τα παραπάνω ευρήματα. Εκτός από τη μεγάλη σημασία εκπαίδευσης της οικογένειας και των φροντιστών, βιβλιογραφικά δεδομένα υποστηρίζουν τη σημασία της εκπαίδευσης των ειδικών της ειδικής αγωγής και των επαγγελματιών υγείας. Ειδικότερα, ενήλικες με ακουστική αναπηρία ανέφεραν αυξημένη αυτοπεποίθηση για

την επικοινωνία όταν οι επαγγελματίες υγείας υιοθετούσαν υποστηρικτικές επικοινωνιακές στρατηγικές και προωθούσαν τη λήψη αποφάσεων από κοινού (Preminger et al., 2015). Τα δεδομένα αυτά αναδεικνύουν τη σημασία της εκπαίδευσης του περιβάλλοντος ως βασικής συνιστώσας για την ενίσχυση της αυτοαντίληψης και της λειτουργικής επικοινωνίας των ατόμων με αναπηρία, αλλά και για την καλλιέργεια χαρακτηριστικών που ενδυναμώνουν το εσωτερικό κέντρο ελέγχου.

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, ότι το κέντρο ελέγχου μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο για τον σχεδιασμό στοχευμένων παρεμβάσεων χαρακτήρα, οι οποίες όχι μόνο υποστηρίζουν τη λειτουργικότητα αλλά και καλλιεργούν τις συνθήκες για ενδυνάμωση και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία. Συνοψίζοντας, η σύνδεση μεταξύ του κέντρου ελέγχου και της αυτοαντιλαμβανόμενης επικοινωνιακής ικανότητας, αναδεικνύει την ανάγκη για πολυπαραγοντικές παρεμβάσεις που θα στοχεύουν όχι μόνο στις δεξιότητες, αλλά και στην ενίσχυση του εσωτερικού ελέγχου. Επιπλέον, η διεπιστημονική συνεργασία και η εκπαίδευση του υποστηρικτικού περιβάλλοντος αποτελούν καθοριστικές συνιστώσες για τη διαμόρφωση ενός θετικού κλίματος, που συμβάλλει στην ενίσχυση της αυτοαντίληψης, την επικοινωνία και τη συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία στην κοινωνική ζωή.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abdullah, M. N. L. Y., & Eng, T. K. (2012). Perceived communication skills of persons with sensory impairment: A comparison by employment status. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 31, 794-799. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.12.143>
- Allen, D. G., Weeks, K. P., & Moffitt, K. R. (2005). Turnover intentions and voluntary turnover: the moderating roles of self-monitoring, locus of control, proactive personality, and risk aversion. *Journal of applied psychology*, 90(5), 980. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0021-9010.90.5.980>
- Alzheimer's Association. (n.d.). *What is Alzheimer's?* Alzheimer's Association. <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-alzheimers>
- Alzheimer's Disease International. (2021). *Dementia statistics*. Retrieved March 2025, from <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/dementia-statistics>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. American Psychiatric Association Publishing.
- American Speech-Language-Hearing Association. (1993). *Definitions of communication disorders and variations*. <https://doi.org/10.1044/policy.RP1993-00208>
- American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.). *Hearing-related topics: Terminology guidance*. Retrieved March 31, 2025, from <https://www.asha.org/practice-portal/hearing-related-topics-terminology-guidance/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2024). Communication disorders and stigmas report. American Speech-Language-Hearing Association. <https://www.asha.org/siteassets/nsllhm/2024/communication-disorders-and-stigmas-report.pdf>
- Baart, J., Elbers, W., & Schippers, A. (2023). Who is disabled? On whether the functional definition of disability targets the same individuals as the subjective definition. *Frontiers in Sustainability*, 4, 1163128. <https://doi.org/10.3389/frsus.2023.1163128>

Basım, H. N., Çetin, F., & Meydan, C. H. , (2009). The Role Of Locus Of Control In Interpersonal Conflict Resolution Approaches. *Selçuk University Institute of Social Sciences Journal*, 21, 57-69.

Bayles, K., McCullough, K., & Tomoeda, C. (2020). Γνωστικές διαταραχές επικοινωνίας στην ήπια γνωστική εξασθένηση και άνοια (Γ. Νάσιος, Λ. Μεσσήνης, & Α. Καστελλάκης, Επιμ.). Π. Χ. Πασχαλίδης.

Beretvas, S. N., Suizzo, M. A., Durham, J. A., & Yarnell, L. M. (2008). A reliability generalization study of scores on Rotter's and Nowicki-Strickland's locus of control scales. *Educational and Psychological Measurement*, 68(1), 97-119.

<https://doi.org/10.1177/0013164407301529>

Bertrams, A. (2021). Less illusion of a just world in people with formally diagnosed autism and higher autistic traits. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(10), 3733-3743. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04831-7>

Bhargava, D. (n.d.). *Definitions, identification, and professionals*. Trinity University. <https://www.trinity.edu/sites/students-vision-hearing-loss/hearing-loss/definitions-identification-professionals>

Bijoux Leist, J., & Leist, T. P. (2022). Multiple sclerosis: relationship between locus of control and quality of life in persons with low versus high disability. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 10(1), 316-334. <https://doi.org/10.1080/21642850.2022.2050373>

Blood, G. W., & Blood, I. M. (2004). Bullying in adolescents who stutter: Communicative competence and self-esteem. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31(Spring), 69-79. https://pubs.asha.org/doi/pdf/10.1044/cicsd_31_S_69

Blood, G. W., Blood, I. M., Tellis, G., & Gabel, R. (2001). Communication apprehension and self-perceived communication competence in adolescents who stutter. *Journal of fluency disorders*, 26(3), 161-178. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(01\)00097-3](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(01)00097-3)

Bloom, L. (1998). What is language? In M. Lahey (Ed.), *Language disorders and language development*. Merrill/Macmillan

Βογινδρούκας, Ι., Φρανσίσ, Κ., & Καραντάνος, Γ. (2022). *Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος: Κλινικά και Εκπαιδευτικά Θέματα*. Αφοί Κυριακίδη Εκδόσεις Α.Ε..

Bracy, C. A., & Douglas, J. M. (2005). Marital dyad perceptions of injured partners' communication following severe traumatic brain injury. *Brain Impairment*, 6(1), 1-12. <https://doi.org/10.1375/brim.6.1.1.65476>

Βρυώνη, Ε. Γ. (2013). *Διερεύνηση των φοιτητών παιδαγωγικών σχολών και φοιτητών σχολών υγείας ως προς τη στάση τους στη χρήση φαρμάκων και η διασύνδεσή της με το ψυχολογικό προφίλ τους και την αγωγή υγείας* (Master's thesis).

Bryman A. (2017). *Μέθοδοι κοινωνικής έρευνας*. Μετ. Π. Σακελλαρίου, Επιμ. Α. Αϊδίνης. Αθήνα: Gutenberg.

Buddelmeyer, H., & Powdthavee, N. (2016). Can having internal locus of control insure against negative shocks? Psychological evidence from panel data. *Journal of economic behavior & organization*, 122, 88-109. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2015.11.014>

Budyakova, T. P., Baturkina, G. V., & Nizhnik, G. N. (2021). Locus-Control In Education Of An Anti-Victim Personality Of A Person With Disabilities. *European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2021.09.02.149>

Büssing, A., Ostermann, T., Neugebauer, E. A., & Heusser, P. (2010). Adaptive coping strategies in patients with chronic pain conditions and their interpretation of disease. *BMC public health*, 10, 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-507>

Caliendo, M., Cobb-Clark, D. A., & Uhlenhorff, A. (2015). Locus of control and job search strategies. *Review of Economics and Statistics*, 97(1), 88-103. https://doi.org/10.1162/REST_a_00459

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in cognitive sciences*, 18(6), 293-299. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2014.02.003>

Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *About chronic diseases*. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>

Chattopadhyay, P. (2021). Employment and mental health: A comparative study among persons with disability and without any disability in Kolkata. *Journal of Scientific Research*, 65(4). <https://doi.org/10.37398/JSR.2021.650410>

Chu, Q., Wong, C. C., Chen, L., Shin, L. J., Chen, L., & Lu, Q. (2021). Self-stigma and quality of life among Chinese American breast cancer survivors: A serial multiple mediation model. *Psycho-Oncology*, 30(3), 392-399. <https://doi.org/10.1002/pon.5590>

Cicirelli, V. G. (1980). Relationship of family background variables to locus of control in the elderly. *Journal of Gerontology*, 35(1), 108-114. <https://doi.org/10.1093/geronj/35.1.108>

Cieza, A., Sabariego, C., Bickenbach, J., & Chatterji, S. (2018). Rethinking disability. *BMC medicine*, 16, 1-5. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-1002-6>

Contrera, K. J., Betz, J., Deal, J., Choi, J. S., Ayonayon, H. N., Harris, T., ... & Health ABC Study. (2017). Association of hearing impairment and anxiety in older adults. *Journal of aging and health*, 29(1), 172-184. <https://doi.org/10.1177/0898264316634571>

Costa, J. M., Matos, D., Arroja, B., Gonçalves, R., & Soares, J. B. (2019). The main determinants of disability in IBD and its relationship to optimism. *Revista espanola de enfermedades digestivas*, 111(8), 579-585. <https://doi.org/10.17235/reed.2019.6033/2018>

Cross, M. J., March, L. M., Lapsley, H. M., Byrne, E., & Brooks, P. M. (2005). Patient self-efficacy and health locus of control: relationships with health status and arthritis-related expenditure. *Rheumatology*, 45(1), 92-96. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kei114>

Cuevas, S., Chen, R. K., Vang, C., & Saladin, S. P. (2019). Determinants of self-efficacy among individuals who are hard-of-hearing. *Journal of Rehabilitation*, 85(2), 37-46. https://scholarworks.utrgv.edu/rhc_fac/1/

Cunningham, L. L., & Tucci, D. L. (2017). Hearing loss in adults. *New England Journal of Medicine*, 377(25), 2465-2473. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1616601>

Damico, J. (1985). Clinical discourse analysis: a functional approach to language assessment. *Communication skills and classroom success*.

Davoudi, I., Kascani, R. M., & Honarmand, M. M. (2014). Social skill, life satisfaction and locus of control in normal-hearing and hearing-impaired students. *Audiology*, 23(2).

De Carolis, A., Cipollini, V., Corigliano, V., Comparelli, A., Sepe-Monti, M., Orzi, F., ... & Giubilei, F. (2015). Anosognosia in people with cognitive impairment: association with cognitive deficits and behavioral disturbances. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 5(1), 42-50. <https://doi.org/10.1159/000367987>

Dos Santos, S. B., Rocha, G. P., Fernandez, L. L., De Padua, A. C., & Reppold, C. T. (2018). Association of lower spiritual well-being, social support, self-esteem, subjective well-being, optimism and hope scores with mild cognitive impairment and mild dementia. *Frontiers in psychology*, 9, 371. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00371>

Douglas, J. M. (2010). Using the La Trobe Communication Questionnaire to measure perceived social communication ability in adolescents with traumatic brain injury. *Brain Impairment*, 11(2), 171-182. <http://dx.doi.org/10.1375/brim.11.2.171>

Douglas, J., Bracy, C., & Snow, P. (2007a). Exploring the factor structure of the La Trobe Communication Questionnaire: Insights into the nature of communication deficits following traumatic brain injury. *Aphasiology*, 21, 1181-1194. <https://doi.org/10.1080/02687030600980950>

Douglas, J., Bracy, C., & Snow, P. (2007b). Measuring perceived communicative ability after traumatic brain injury: Reliability and validity of the La Trobe Communication Questionnaire. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 22, 31-38.

Douglas, J. M., Bracy, C. A., & Snow, P. C. (2016). Return to work and social communication ability following severe traumatic brain injury. *Journal of speech, language, and hearing research*, 59(3), 511-520. https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-L-15-0025

Douglas, J. M., O'Flaherty, C. A., & Snow, P. C. (2000). Measuring perception of communicative ability: The development and evaluation of the La Trobe Communication Questionnaire. *Aphasiology*, 14(3), 251-268. <https://doi.org/10.1080/026870300401469>

Dragojević, N., Milačić-Vidojević, I., & Čolić, M. (2016). Half-empty or half-full glass: The impact of sociodemographic variables and type of disability on optimism of persons with physical and sensory impairments. *Specijalna edukacija i rehabilitacija*, 15(3), 239-264. <http://dx.doi.org/10.5937/specedreh15-10283>

- Erdilek Karabay, M., Akyuz, B., & Elçi, M. (2016). Effects of family-work conflict, locus of control, self-confidence and extraversion personality on employee work stress. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 235, 359–369. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.11.030>
- Emmady, P. D., Schoo, C., & Tadi, P. (2022). *Major neurocognitive disorder (dementia)*. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32491376/>
- Farfel, J. M., Nitrini, R., Suemoto, C. K., Grinberg, L. T., Ferretti, R. E. L., Leite, R. E. P., ... & Brazilian Aging Brain Study Group. (2013). Very low levels of education and cognitive reserve: a clinicopathologic study. *Neurology*, 81(7), 650-657. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3182a08f1b>
- Favasuli, S. (2012). Locus of control, decision making, and economic stress (Master's thesis, University of Rhode Island). <https://digitalcommons.uri.edu/theses/25>
- Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., & Nay, R. (2013). Being central to decision making means I am still here!: The essence of decision making for people with dementia. *Journal of aging studies*, 27(2), 143-150. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.12.007>
- Φιλippακοπούλου, Ι. Κ. Γ. (2024). *Μετάφραση και πιλοτική χορήγηση του ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς επικοινωνιακών ικανοτήτων “La Trobe”(LCQ) για άτομα με κρανιοεγκεφαλικές κακιώσεις* (Doctoral dissertation, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης). <https://doi.org/10.26262/heal.auth.ir.357841>
- Filippakopoulou, I. K., Nousia, A., Dimitriou, N. K., Martzoukou, M., Messinis, L., & Nasios, G. (2024). Adapting the Greek version of the La Trobe Communication Questionnaire for patients with traumatic brain injury: A pilot study. https://www.researchgate.net/publication/391233374_Adapting_the_Greek_Version_of_the_La_Trobe_Communication_Questionnaire_for_patients_with_Traumatic_Brain_Injury_A_Pilot_Study
- Frankham, C., Richardson, T., & Maguire, N. (2020). Do locus of control, self-esteem, hope and shame mediate the relationship between financial hardship and mental health?. *Community mental health journal*, 56(3), 404-415. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00467-9>

- Freed, R. D., & Tompson, M. C. (2011). Predictors of parental locus of control in mothers of pre-and early adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(1), 100-110. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.533410>
- Galvin, B. M., Randel, A. E., Collins, B. J., & Johnson, R. E. (2018). Changing the focus of locus (of control): A targeted review of the locus of control literature and agenda for future research. *Journal of Organizational Behavior*, 39(7), 820-833. <https://doi.org/10.1002/job.2275>
- Gangai, K. N., Mahakud, G. C., & Sharma, V. (2016). Association between locus of control and job satisfaction in employees: A critical review. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(2), 56-68. <http://dx.doi.org/10.25215/0302.178>
- Gison, A., Dall'Armi, V., Donati, V., Rizza, F., & Giaquinto, S. (2014). Dispositional optimism, depression, disability and quality of life in Parkinson's disease. *Functional Neurology*, 29(2), 113.
- Górska, S., Forsyth, K., & Maciver, D. (2018). Living with dementia: a meta-synthesis of qualitative research on the lived experience. *The Gerontologist*, 58(3), e180-e196. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw195>
- Green, R. M., & Losh, A. (2024). Intellectual disability. In R. P. Thom & C. J. McDougle (Eds.), *Neuropsychiatric care for genetic syndromes and other neurodevelopmental disorders* (Chap. 2). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-76269-7_2
- Grice, P. (1975). Logic in conversation. In P. Cole & J. L. Morgan (Eds.), *Syntax and semantics* (Vol. 3, pp. 41–58). Academic Press.
- Gruber-Baldini, A. L., Ye, J., Anderson, K. E., & Shulman, L. M. (2009). Effects of optimism/pessimism and locus of control on disability and quality of life in Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 15(9), 665-669. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2009.03.005>
- Halse, I., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Barca, M. L. (2022). One-year change in locus of control among people with dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 11(3), 298-305. <https://doi.org/10.1159/000520248>

- Herzberg, P. Y., Glaesmer, H., & Hoyer, J. (2006). Separating optimism and pessimism: A robust psychometric analysis of the revised life orientation test (LOT-R). *Psychological Assessment*, 18(4), 433–438. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.18.4.433>
- Heward, W. L. (2011). *Παιδιά με ειδικές ανάγκες: Μία εισαγωγή στην Ειδική Εκπαίδευση*. Εκδόσεις Τόπος.
- Hillier, A., Buckingham, A., & Schena, D. (2020). Physical activity among adults with autism: Participation, attitudes, and barriers. *Perceptual and Motor Skills*, 127(5), 874–890. <https://doi.org/10.1177/0031512520927560>
- Hinz, A., Sander, C., Glaesmer, H., Brähler, E., Zenger, M., Hilbert, A., & Kocalevent, R. D. (2017). Optimism and pessimism in the general population: Psychometric properties of the Life Orientation Test (LOT-R). *International journal of clinical and health psychology*, 17(2), 161–170. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.02.003>
- Holst, G., & Hallberg, I. R. (2003). Exploring the meaning of everyday life, for those suffering from dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 18(6), 359–365. <https://doi.org/10.1177/153331750301800605>
- Θεοδωρακοπούλου, Μ., Καμπά, Ε., Βασιλόπουλος, Γ., Αγγέλη, Χ., & Καλεμικεράκης, Ι. (2024). Η επίδραση της αισιοδοξίας στην υγεία. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 41(3):315–321. <http://mail.mednet.gr/archives/2024-3/pdf/315.pdf>
- Janowski, K., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B., & Jedynak, T. (2013). Health-related behavior, profile of health locus of control and acceptance of illness in patients suffering from chronic somatic diseases. *PloS one*, 8(5), e63920. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063920>
- Jiménez, M. G., Montorio, I., & Izal, M. (2017). The association of age, sense of control, optimism, and self-esteem with emotional distress. *Developmental Psychology*, 53(7), 1398–1403. <https://doi.org/10.1037/dev0000341>
- Jin, J. L., Baylor, C., & Yorkston, K. (2021). Predicting communicative participation in adults across communication disorders. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(3S), 1301–1313. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00100

- Johansson, M. B., Carlsson, M., & Sonnander, K. (2012). Communication difficulties and the use of communication strategies: From the perspective of individuals with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(2), 144–155. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00089.x>
- Karademas, E. C., Karvelis, S., & Argyropoulou, K. (2007). Stress-related predictors of optimism in breast cancer survivors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 23(3), 161-168. <https://doi.org/10.1002/smi.1132>
- Khan, A. A., Saleem, M., & Shahid, R. (2012). Buffering role of locus of control on stress among the college/university teachers of Bahawalpur. *Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences*, 6(1), 158. <https://www.jespk.net/publications/81.pdf>
- King, C., Merrick, H., & Le Couteur, A. (2020). How should we support young people with ASD and mental health problems as they navigate the transition to adult life including access to adult healthcare services. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e90. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000830>
- Knight, B. A. (1994). The Effects of a Teaching Perspective of Guided Internality on Intellectually Disabled Students, Locus of Control Orientation. *Educational Psychology*, 14(2), 155-166. <https://doi.org/10.1080/0144341940140201>
- Κολοκοτρώνη, Φ. (2018). *Μετατραυματική ανάπτυξη, μετατραυματικό στρες και ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην ασθένεια, σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού: Διερεύνηση διαμεσολαβητικών και ρυθμιστικών παραγόντων* (Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Ψυχολογίας, Τομέας Κλινικής Ψυχολογίας). Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών. <https://doi.org/10.12681/eadd/42793>
- Kreis, S., Molto, A., Bailly, F., Dadoun, S., Fabre, S., Rein, C., ... & Gossec, L. (2015). Relationship between optimism and quality of life in patients with two chronic rheumatic diseases: axial spondyloarthritis and chronic low back pain: a cross sectional study of 288 patients. *Health and quality of life outcomes*, 13, 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0268-7>
- Krishna, P. M., Shivakumar, K., & Amanullah, S. (2018). A complex case of major neurocognitive disorder: alzheimer's disease. *Complex Clinical Conundrums in*

Psychiatry: From Theory to Clinical Management, 1-13. https://doi.org/10.1007/978-3-319-70311-4_1

Lee, B., Reyes, A., Rumrill, S., & Bishop, M. (2023). The Intermediary Role of Optimism and Mental Health in the Relationship Between Disability-Related Stress and Life Satisfaction: A Serial Mediation Model. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 67(1), 3-11. <https://doi.org/10.1177/00343552221080434>

Lefcourt, H. M. (2014). *Locus of control: Current trends in theory & research*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315798813>

Lestari, R., & Fajar, M. (2020). Gratitude, self-esteem and optimism in people with physical disabilities. *Prizren Social Science Journal*, 4(2), 14-21. <https://doi.org/10.32936/pssj.v4i2.150>

Li, C. M., Zhang, X., Hoffman, H. J., Cotch, M. F., Themann, C. L., & Wilson, M. R. (2014). Hearing impairment associated with depression in US adults, National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2010. *JAMA otolaryngology-head & neck surgery*, 140(4), 293-302. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2014.42>

Light, J. (1989). Toward a definition of communicative competence for individuals using augmentative and alternative communication systems. *Augmentative and alternative communication*, 5(2), 137-144. <https://doi.org/10.1080/07434618912331275126>

Linn, J. G., Chuaqui, J., Wilson, D. R., & Arredondo, E. (2019). The Global Impact of Intellectual Disability and Mental Disorders in Children. *International Journal of Childbirth Education*, 34(2), 14-17. https://www.researchgate.net/profile/Emanuel-Arredondo/publication/332368245_The_Global_Impact_of_Intellectual_Disability_and_Other_Mental_Disorders_in_Children/links/5caff746a6fdcc1d498e1dbe/The-Global-Impact-of-Intellectual-Disability-and-Other-Mental-Disorders-in-Children.pdf

Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbæk, G., Alladi, S., ... & Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet*, 404(10452), 572-628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)

Löhler, J., Cebulla, M., Shehata-Dieler, W., Volkenstein, S., Völter, C., & Walther, L. E. (2019). Hearing impairment in old age: detection, treatment, and associated risks. *Deutsches Aerzteblatt International*, 116(17), 301. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0301>

Λουμάκου, Μ. (1989). *Στάσεις γονέων φαινωλκετονουρικών παιδιών και η συμβολή τους στο θεραπευτικό αποτέλεσμα* [Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών]. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών. <https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/2063?lang=el#page/26/mode/2up>

Luo, Z., & Wang, N. (2024). Effects of intervention strategies-based on positive psychology on the emotional cognition, mental health, and recovery of speech function in speech disabilities. *Iranian Journal of Public Health*, 53(5), 1068. <https://doi.org/10.18502/ijph.v53i5.15588>

Λυράκος, Γ. (2008). *Η ποιότητα της υγείας στο νοσηλευτικό προσωπικό με χρόνιο μυοσκελετικό πόνο υπό το πρίσμα της αισιόδοξης στάσης απέναντι στη ζωή* [Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων]. ΟΛΥΜΠΙΑΣ. <https://olympias.lib.uoi.gr/jspui/handle/123456789/28755>

Λυράκος, Γ. (2013). *Μελέτη της επίπτωσης της κόπωσης σε ασθενείς με διαβητική νευροπάθεια: κλινική μελέτη* (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Κλινική Β'Πανεπιστημιακή Αναισθησιολογίας).

Lyrakos, G. N., Damigos, D., Mavreas, V., Georgia, K., & Dimoliatis, I. D. (2010). A translation and validation study of the Life Orientation Test Revised in the Greek speaking population of nurses among three hospitals in Athens and Ioannina. *Social Indicators Research*, 95, 129-142. <https://www.jstor.org/stable/40542280>

Μακρή, Α. (2010). *Διερεύνηση της ικανοποίησης των σπουδαστών Ιατρικής και Νοσηλευτικής Σχολής από το εκπαιδευτικό τους πλαίσιο* (Master's thesis).

Μαλεφάκη, Σ., Μπατσίδης, Α., & Οικονόμου, Π. (2023). *Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων* [Προπτυχιακό εγχειρίδιο]. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. <https://dx.doi.org/10.57713/kallipos-321>

- Marsh, L., McAleer, P. (2023). Nature of Intellectual Disability. In Sheerin, F., Doyle, C. (eds) *Intellectual Disabilities: Health and Social Care Across the Lifespan*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-27496-1_5
- McBride, O., Heslop, P., Glover, G., Taggart, T., Hanna-Trainor, L., Shevlin, M., & Murphy, J. (2021). Prevalence estimation of intellectual disability using national administrative and household survey data: the importance of survey question specificity. *International Journal of Population Data Science*, 6(1), 1342. <https://doi.org/10.23889/ijpds.v6i1.1342>
- McDonald, W. M. (2017). Overview of neurocognitive disorders. *Focus*, 15(1), 4-12. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20160030>
- McCroskey, J. C. (1984). Communication competence. *The elusive construct. Teoksessa RN Bostrom (toim.) Competence in communication. A multidisciplinary approach.* Beverly Hills: Sage, 259-269. https://www.jamescmccroskey.com/publications/bookchapters/005_1984_C10.pdf
- McCroskey, J. C., & McCroskey, L. L. (1988). Self-report as an approach to measuring communication competence. *Communication Research Reports*, 5(2), 108–113. <https://doi.org/10.1080/08824098809359810>
- McDonough, A. N., & Quesal, R. W. (1988). Locus of control orientation of stutterers and nonstutterers. *Journal of Fluency Disorders*, 13(2), 97-106. [https://doi.org/10.1016/0094-730X\(88\)90031-9](https://doi.org/10.1016/0094-730X(88)90031-9)
- McDowell, I. (2023). Mapping the connections between education and the risk of dementia. *Annals of Alzheimer's and Dementia Care*, 7(1), 001-007. <https://doi.org/10.17352/aadc.000026>
- McNeill-Brown, D., & Douglas, J. (1997). Perceptions of communication skills in severely brain-injured adults. In *International perspectives on traumatic brain injury: Proceedings of the Fifth International Association for the Study of Traumatic Brain Injury Conference* (pp. 247-250). Brisbane, Australia: Australian Academic Press.
- Michels, T. C., Duffy, M. T., & Rogers, D. J. (2019). Hearing loss in adults: differential diagnosis and treatment. *American family physician*, 100(2), 98-108. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/0715/p98.pdf>

Mitra, S. (2006). The capability approach and disability. *Journal of disability policy studies*, 16(4), 236-247. <https://doi.org/10.1177/10442073060160040501>

Mograbi, D. C., Huntley, J., & Critchley, H. (2021). Self-awareness in dementia: A taxonomy of processes, overview of findings, and integrative framework. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 21(12), 69. <https://doi.org/10.1007/s11910-021-01155-6>

Musich, S., Wang, S. S., Schaeffer, J. A., Kraemer, S., Wicker, E., & Yeh, C. S. (2022). The association of resilience, social connections, and internal locus of control with pain outcomes among older adults. *Geriatric Nursing*, 48, 43-50. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2022.08.011>

National Association of Special Education Teachers. (n.d.). *Comprehensive overview of hearing impairments*. NASET. <https://www.naset.org/professional-resources/exceptional-students-and-disability-information/hearing-impairments/comprehensive-overview-of-hearing-impairments>

Ng, T. W., Sorensen, K. L., & Eby, L. T. (2006). Locus of control at work: a meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 27(8), 1057-1087. <https://doi.org/10.1002/job.416>

Νικολόπουλος, Δ. (Επιμ.). (2016). *Γλωσσική ανάπτυξη και διαταραχές*. Εκδόσεις Τόπος.

Norberg, A. (2019). Sense of self among persons with advanced dementia. *Exon Publications*, 205-221. <https://doi.org/10.15586/alzheimersdisease.2019.ch13>

Northway, R., & Oloidi, E. (2023). Foundations of Intellectual Disability. In *Intellectual Disabilities: Health and Social Care Across the Lifespan* (pp. 3-13). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-27496-1_1

O'Hare, A., & Bremner, L. (2015). Management of developmental speech and language disorders: Part 1. *Archives of Disease in Childhood*, 101(3), 272–277. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307394>

Ohlenforst, B., Zekveld, A. A., Jansma, E. P., Wang, Y., Naylor, G., Lorens, A., ... & Kramer, S. E. (2017). Effects of hearing impairment and hearing aid amplification on

listening effort: A systematic review. *Ear and hearing*, 38(3), 267-281. <https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000000396>

Olthof-Nefkens, M. W., Derksen, E. W., Debets, F., de Swart, B. J., Nijhuis-van der Sanden, M. W., & Kalf, J. G. (2023). Com-mens: A home-based logopaedic intervention program for communication problems between people with dementia and their caregivers—a single-group mixed-methods pilot study. *International journal of language & communication disorders*, 58(3), 704-722. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12811>

Ostrowski, J., Religioni, U., Gellert, B., Sytnik-Czetwertyński, J., & Pinkas, J. (2024). Autism spectrum disorders: etiology, epidemiology, and challenges for public health. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 30, e944161-1. <https://doi.org/10.12659/MSM.944161>

Pan, L. (2024). Ensuring the Psychological Aspects of Individuals' Economic Security: Income, Economic Happiness, and Empirical Evidence. *Statistics of Ukraine*, 105(1), 47-60.

Παπαδόπουλος, Χ. (2011). *Ποιότητα ζωής και ψυχολογικά χαρακτηριστικά των υπερηλίκων και ο ρόλος τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας* (Master's thesis).

Parchomiuk, M. (2014). Social context of disabled parenting. *Sexuality and disability*, 32(2), 231-242. <https://doi.org/10.1007/s11195-014-9349-5>

Patel, D. R., & Brown, K. A. (2017). An overview of the conceptual framework and definitions of disability. *International Journal of Child Health and Human Development*, 10(3), 247-252.

Patel, D. R., Cabral, M. D., Ho, A., & Merrick, J. (2020). A clinical primer on intellectual disability. *Translational pediatrics*, 9(Suppl 1), S23. <https://doi.org/10.21037/tp.2020.02.02>

Porczyńska-Ciszewska, A. (2019). Intellectual disability and experiencing happiness. *Interdisciplinary Contexts of Special Pedagogy*, 24, 51–66. <https://doi.org/10.14746/ikps.2019.24.03>

Preminger, J. E., Oxenbøll, M., Barnett, M. B., Jensen, L. D., & Laplante-Lévesque, A. (2015). Perceptions of adults with hearing impairment regarding the promotion of trust

in hearing healthcare service delivery. *International journal of audiology*, 54(1), 20-28.
<https://doi.org/10.3109/14992027.2014.939776>

Prigatano, G. P., Russell, S., & Meites, T. M. (2024). Studying lack of awareness of cognitive decline in neurodegenerative diseases requires measures of both anosognosia and denial. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 15, 1325231.
<https://doi.org/10.3389/fnagi.2023.1325231>

Ramig, P. R., & Shames, G. H. (2006). *Stuttering and other disorders of fluency*. In N. J. Lass (Ed.), *Human communication disorders: An introduction* (7th ed., pp. xx–xx). Boston, MA: Pearson Allyn & Bacon.

Rand, K. L., & Shea, A. M. (2013). Optimism within the context of disability. *The Oxford handbook of positive psychology and disability*, 48-59.
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195398786.013.014>

Rasmussen, H. N., Scheier, M. F., & Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of behavioral medicine*, 37(3), 239-256.
<https://doi.org/10.1007/s12160-009-9111-x>

Razali, N. M., & Wah, Y. B. (2011). Power comparisons of shapiro-wilk, kolmogorov-smirnov, lilliefors and anderson-darling tests. *Journal of statistical modeling and analytics*, 2(1), 21-33.
https://www.researchgate.net/publication/267205556_Power_Comparisons_of_Shapiro-Wilk_Kolmogorov-Smirnov_Lilliefors_and_Anderson-Darling_Tests?enrichId=rgreq-551750fd5657655ceef5834e4ba88e7a-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI2NzIwNTU1NjtBUzoxNjgxMTk1NTc0MzUzOTJAMTQxNzA5NDIzNDk5NQ%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf

Reed, V. A. (2021). *Εισαγωγή στις Γλωσσικές Διαταραχές των Παιδιών*. Κωνσταντάρας.

Rehabilitation Measures Database. (n.d.). *La Trobe Communication Questionnaire (LCQ)*. Shirley Ryan AbilityLab. <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/la-trobe-communication-questionnaire>

Rogowska, A. M., Zmaczyńska-Witek, B., Mazurkiewicz, M., & Kardasz, Z. (2020). The mediating effect of self-efficacy on the relationship between health locus of control and life satisfaction: A moderator role of movement disability. *Disability and Health Journal*, 13(4), 100923. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100923>

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80, 1-28. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0092976>

Rubin, R. B., Martin, M. M., Bruning, S. S., & Powers, D. E. (1993). Test of a self-efficacy model of interpersonal communication competence. *Communication quarterly*, 41(2), 210-220. <https://doi.org/10.1080/01463379309369880>

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford publications.

Σακκά, Π., Πολίτης, Α., Σκαρμέας, Ν., Κυριόπουλος, Γ., Βιδάλης, Π., & Τάκης, Δ. (2014). *Εθνικό σχέδιο δράσης για την άνοια-νόσο Alzheimer*. Εθνική Επιτροπή, Υπουργείο Υγείας. <https://alzheimeraethens.gr/wp-content/uploads/2019/01/%CE%95%CE%98%CE%9D%CE%99%CE%9A%CE%9F-%CE%A3%CE%A7%CE%95%CE%94%CE%99%CE%9F-%CE%94%CE%A1%CE%91%CE%A3%CE%97%CE%A3-%CE%93%CE%99%CE%91-%CE%A4%CE%97%CE%9D-%CE%91%CE%9D%CE%9F%CE%99%CE%91-%CE%9D%CE%9F%CE%A3%CE%9F-ALZHEIMER.pdf>

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 4(3), 219–247. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.4.3.219>

Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and social psychology*, 67(6), 1063.

Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10385-009>

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2018). Dispositional optimism and physical health: A long look back, a quick look forward. *American Psychologist*, 73(9), 1082–1094. <https://doi.org/10.1037/amp0000384>

Σερετόπουλος, Κ., Λάμνισος, Δ., & Γιαννακού, Κ. (2020). Η επιδημιολογία των διαταραχών του φάσματος του αυτισμού. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 37(2). https://www.researchgate.net/profile/Konstantinos-Giannakou/publication/339739225_E_epidemiologia_ton_diatarachon_tou_phasmato_s_tou_autismou/links/5e621aaca6fdccac3ceebbd0/E-epidemiologia-ton-diatarachon-tou-phasmatos-tou-autismou.pdf

Serin, N. B., Serin, O., & Şahin, F. S. (2010). Factors affecting the locus of control of the university students. *Procedia-Social and behavioral sciences*, 2(2), 449-452. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.041>

Sheehan, J. G. (1970). *Stuttering: Research and therapy*. Harper & Row.

Schiavon, C. C., Marchetti, E., Gurgel, L. G., Busnello, F. M., and Reppold, C. T. (2017). Optimism and hope in chronic disease: a systematic review. *Front. Psychol.* 7:2022. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.02022>

Shifren, K. (1996). Individual differences in the perception of optimism and disease severity: A study among individuals with Parkinson's disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 241-271. <https://doi.org/10.1007/BF01857768>

Schröder, C., Johnston, M., Morrison, V., Teunissen, L., Notermans, N., & van Meeteren, N. (2007). Health condition, impairment, activity limitations: Relationships with emotions and control cognitions in people with disabling conditions. *Rehabilitation Psychology*, 52(3), 280. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.52.3.280>

Singh, N. N. (Ed.). (2016). *Handbook of evidence-based practices in intellectual and developmental disabilities*. Springer.

Sinnakaruppan, I., Macdonald, K., McCafferty, A., & Mattison, P. (2010). An exploration of the relationship between perception of control, physical disability, optimism, self-efficacy and hopelessness in multiple sclerosis. *International journal of*

<https://doi.org/10.1097/MRR.0b013e32832e6b16>

Σιόντη, Β. (2014). *Διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων του σακχαρώδη διαβήτη στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας* (Master's thesis).

Σούλης Σ. Γ., (2020). *Σπουδή στη νοητική αναπηρία*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Spector, P. E. (1982). Behavior in organizations as a function of employee's locus of control. *Psychological bulletin*, 91(3), 482. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.91.3.482>

Spyridaki, E., & Galanakis, M. (2022). Locus of control theory, productivity, job satisfaction, and procrastination: A systematic literature review in the organizational context of the 21st century. *Psychology*, 12(12), 965-970. <https://doi.org/10.17265/2159-5542/2022.12.008>

Στασινός, Δ. Π. (2020). *ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ: ΔΥΣΛΕΞΙΑ, ΠΟΛΥΓΛΩΣΣΙΑ: ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΛΗΨΗ*. GUTENBERG

Struchen, M. A., Pappadis, M. R., Mazzei, D. K., Clark, A. N., Davis, L. C., & Sander, A. M. (2008). Perceptions of communication abilities for persons with traumatic brain injury: Validity of the La Trobe Communication Questionnaire. *Brain Injury*, 22(12), 940-951. <https://doi.org/10.1080/02699050802425410>

Smith, D. D., Tyler, N. C. (2019) *ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ: Φέρνοντας την Αλλαγή*. Gumetnberg

Teven, J. J., Richmond, V. P., McCroskey, J. C., & McCroskey, L. L. (2010). Updating relationships between communication traits and communication competence. *Communication Research Reports*, 27(3), 263-270. <https://doi.org/10.1080/08824096.2010.496331>

Togher, L., McDonald, S., Tate, R., Rietdijk, R., & Power, E. (2016). The effectiveness of social communication partner training for adults with severe chronic TBI and their families using a measure of perceived communication ability. *NeuroRehabilitation*, 38(3), 243-255. <https://doi.org/10.3233/NRE-151316>

- Toro, J., Kiverstein, J., & Rietveld, E. (2020). The ecological-enactive model of disability: Why disability does not entail pathological embodiment. *Frontiers in Psychology*, 11, 1162. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01162>
- U.S. Department of Education. (2004). *Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)*, Section 300.8. <https://sites.ed.gov/idea/regs/b/a/300.8>
- Uthman, O. A. (2016). Global, regional, national incidence, prevalence and years lived with disability for 310 acute and chronic diseases and injuries 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388(10053), 1545-1602. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1616601>
- Vickerstaff, S., Heriot, S., Wong, M., Lopes, A., & Dossetor, D. (2007). Intellectual ability, self-perceived social competence, and depressive symptomatology in children with high-functioning autistic spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 37, 1647-1664. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0292-x>
- Wang, L., & Lv, M. (2017). Internal-external locus of control scale. In V. Zeigler-Hill & T. K. Shackelford (Eds.), *Encyclopedia of personality and individual differences*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_41-1
- Wei, J., Hu, Y., Zhang, L., Hao, Q., Yang, R., Lu, H., ... & Chandrasekar, E. K. (2018). Hearing impairment, mild cognitive impairment, and dementia: a meta-analysis of cohort studies. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 7(3), 440-452. <https://doi.org/10.1159/000485178>
- Werle, D., Winters, K. L., & Byrd, C. T. (2021). Preliminary study of self-perceived communication competence amongst adults who do and do not stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 70, 105848. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2021.105848>
- Winarsunu, T., Utami, L. A., Fasikhah, S. S., & Anwar, Z. (2023). Hope therapy: Can it treat hopelessness and internal locus of control on diabetes mellitus patients?. *Plos one*, 18(6), e0286418. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0286418>
- World Health Organization. (2018). *Addressing the rising prevalence of hearing loss*. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260336/9789241550260-eng.pdf>

World Health Organization. (2023). *Autism spectrum disorders*. World Health Organization. Retrieved [February 2025], from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

World Health Organization. (2025). *Deafness and hearing loss*. World Health Organization. Retrieved [February 2025], from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>

World Health Organization. (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. World Health Organization.

Zeidan, J., Fombonne, E., Scora, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., ... & Elsabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism research*, 15(5), 778-790. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>

Zhang, A., & Jang, Y. (2017). The role of internal health locus of control in relation to self-rated health in older adults. *Journal of gerontological social work*, 60(1), 68-78. <https://doi.org/10.1080/01634372.2016.1267672>

Zhao, X., Tong, S., & Yang, Y. (2022). The correlation between quality of life and positive psychological resources in cancer patients: a meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 13, 883157. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.883157>

Zheng, Y., Fan, S., Liao, W., Fang, W., Xiao, S., & Liu, J. (2017). Hearing impairment and risk of Alzheimer's disease: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Neurological Sciences*, 38, 233-239. <https://doi.org/10.1007/s10072-016-2779-3>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο

Αγαπητοί συμμετέχοντες/συμμετέχουσες,

Ονομάζομαι Ευαγγέλου Χριστίνα και το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος της διπλωματικής μου εργασίας στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση». Παρακαλώ πολύ να επιλέξετε μόνο μία απάντηση σε κάθε ερώτηση και να απαντήσετε με ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις. Η συμμετοχή σας είναι ανώνυμη και οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας. Ο εκτιμώμενος χρόνος συμπλήρωσης είναι περίπου 15 λεπτά. Σας ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο και την πολύτιμη συμβολή σας!

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση, μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου στο xristinaev99@gmail.com.

Παρακαλώ επιλέξτε μόνο μια απάντηση:

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

- ☐ γυναίκα
- ☐ άνδρας
- ☐ άλλο

2. Ποια είναι η ηλικία σας;

- ☐ 18-25
- ☐ 25-35
- ☐ 35-45
- ☐ 45-55
- ☐ 55-65

☐ 65 και άνω

3. Ποιο είναι το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει; (1 επιλογή)

☐ Δημοτικό

☐ Γυμνάσιο-Λύκειο

☐ ΑΕΙ/ΤΕΙ

☐ Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

4. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

☐ ελεύθερος/η

☐ παντρεμένος/η

☐ διαζευγμένος/η

☐ χήρος/α

5. Έχετε παιδιά;

☐ Ναι

☐ Όχι

6. Ζείτε μόνος/η;

☐ Ναι

☐ Όχι

7. Ποια είναι η επαγγελματική σας κατάσταση;

☐ Αυτοαπασχολούμενος

- ☐ Ιδιωτικός/ή Υπάλληλος
- ☐ Δημόσιος/α Υπάλληλος
- ☐ Άνεργος/η
- ☐ Συνταξιούχος/α

8. Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημά σας;

- ☐ Λιγότερο από 700 €
- ☐ 700 - 1200 €
- ☐ 1200 - 2000 €
- ☐ Περισσότερο από 2000 €
- ☐ Δεν απαντώ

9. Έχετε διαγνωστεί με κάποια από τις ακόλουθες διαταραχές; Παρακαλώ επιλέξτε μία απάντηση από τις ακόλουθες:

- ☐ Διαταραχή ροής της ομιλίας (π.χ. τραυλισμός)
- ☐ Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος
- ☐ Διαταραχή φωνής (δυσφωνία)
- ☐ Διαταραχή του ήχου της ομιλίας (δυσαρθρία)
- ☐ Διαταραχή της κοινωνικής επικοινωνίας
- ☐ Ακουστική αναπηρία
- ☐ Αφασία (μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο ή τραυματισμό)
- ☐ Άνοια
- ☐ Νοητική αναπηρία
- ☐ Όχι
- ☐ Άλλο (.....)

9. Η δυσκολία σας στην επικοινωνία είναι:

- ☐ εκ γενετής
- ☐ επίκτητη
- ☐ δεν έχω δυσκολία

10. Χρησιμοποιείτε κάποιο μέσο για να βελτιώσετε την επικοινωνία σας;

- ☐ Συσκευή υποβοήθησης ομιλίας (π.χ. συσκευή μετατροπής κειμένου ή εικόνων σε ομιλία)
- ☐ Εφαρμογή επικοινωνίας (σε κινητό ή τάμπλετ)
- ☐ Ακουστικό βαρηκοΐας
- ☐ Σύστημα εναλλακτικής επικοινωνίας (π.χ. επικοινωνία με τη νοηματική γλώσσα ή με χρήση εικόνων)
- ☐ Όχι, δεν χρησιμοποιώ καμία άλλη μέθοδο ή τεχνολογία
- ☐ Άλλο (.....)

11. Πιστεύετε ότι η προσωπικότητά σας (π.χ. εξωστρέφεια, εσωστρέφεια) επηρεάζει την ικανότητά σας να επικοινωνείτε με άλλους;

- ☐ Απόλυτα
- ☐ Σε μεγάλο βαθμό
- ☐ Λίγο
- ☐ Καθόλου

12. Έχετε υποστήριξη από κάποιον;

- ☐ Ναι, έχω πολύ στενή υποστήριξη από τους φίλους και την οικογένειά μου

- ☐ Ναι, έχω υποστήριξη από την οικογένειά μου
- ☐ Ναι, έχω υποστήριξη από φίλους
- ☐ Όχι, δεν έχω υποστήριξη

13. Έχετε πρόσβαση σε υπηρεσίες λογοθεραπείας ή άλλες σχετικές υπηρεσίες;

- ☐ Ναι, τακτικά (π.χ. 1-3 φορές/εβδομάδα)
- ☐ Ναι, περιστασιακά (π.χ. 1-2 φορές/μήνα, σε αραιά χρονικά διαστήματα)
- ☐ Όχι, αλλά θα ήθελα
- ☐ Όχι, δεν χρειάζομαι

14. Σε ποιες από τις παρακάτω καταστάσεις της καθημερινότητάς σας χρειάζεται συχνά να επικοινωνήσετε;

- ☐ Στην εργασία
- ☐ Στην οικογενειακή ζωή
- ☐ Σε κοινωνικές συναναστροφές (με φίλους/γνωστούς)
- ☐ Σε καταστήματα ή δημόσιες υπηρεσίες

15. Πόσο συχνά χρειάζεται να επικοινωνείτε με τα άτομα αυτά στην καθημερινότητά σας;

- ☐ Κάθε μέρα
- ☐ 2-3 φορές την εβδομάδα
- ☐ 1 φορά την εβδομάδα
- ☐ λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα

Στα παρακάτω, παρακαλώ να επιλέξετε από κάθε ζεύγος δηλώσεων αυτό που είναι πιο κοντά σε αυτό που πιστεύετε, δηλαδή την πιο ισχυρή επιλογή:

16. α. Τα παιδιά μπλέκονται σε φασαρίες επειδή οι γονείς τους τα τιμωρούν υπερβολικά.

β. Το πρόβλημα με τα παιδιά στην εποχή μας είναι ότι οι γονείς τους τα παραχαϊδεύουν.

17. α. Πολλά από τα δυσάρεστα πράγματα στη ζωή των ανθρώπων οφείλονται εν μέρει σε κακοτυχία.

β. Οι ατυχίες των ανθρώπων είναι αποτέλεσμα των σφαλμάτων που κάνουν.

18. α. Ένας από τους κυριότερους λόγους που έχουμε πολέμους είναι επειδή οι άνθρωποι δεν ενδιαφέρονται αρκετά για την πολιτική κατάσταση.

β. Πάντα θα γίνονται πόλεμοι όσο και να προσπαθούν οι άνθρωποι να τους εμποδίσουν.

19. α. Μακροπρόθεσμα οι άνθρωποι απολαμβάνουν το σεβασμό που αξίζουν σ' αυτό τον κόσμο.

β. Δυστυχώς η αξία ενός ατόμου συχνά περνά απαρατήρητη όσο και να προσπαθήσει κανείς.

20. α. Η ιδέα ότι οι καθηγητές είναι άδικοι προς τους μαθητές «δεν στέκει».

β. Οι περισσότεροι μαθητές δεν αντιλαμβάνονται σε ποιο βαθμό οι βαθμοί τους επηρεάζονται από τυχαία συμβάντα.

21. α. Χωρίς να του δοθούν οι κατάλληλες ευκαιρίες δεν μπορεί κανένας να είναι αποτελεσματικός αρχηγός.

β. Ικανοί άνθρωποι που δεν γίνονται αρχηγοί δεν εκμεταλλεύονται τις ευκαιρίες που τους δίνονται.

22. α. Όσο κι αν προσπαθεί κανείς σε ορισμένους ανθρώπους δεν θα είναι αρεστός.

β. Οι άνθρωποι που δεν καταφέρνουν να γίνουν αρεστοί στους άλλους δεν καταλαβαίνουν πώς να τα πάνε καλά με τους άλλους.

23. α. Η κληρονομικότητα παίζει τον κύριο ρόλο στον καθορισμό της προσωπικότητας κάποιου.

β. Είναι οι εμπειρίες που έχει κανείς στη ζωή του που καθορίζουν το πώς είναι κανείς.

24. α. Συχνά βρίσκω πως εκείνο που είναι να συμβεί θα συμβεί.

β. Το να εμπιστεύομαι την μοίρα δεν έχει αποδειχθεί τόσο καλό όσο το να πάρω την απόφαση να ακολουθήσει μια καθορισμένη τακτική.

25. α. Στην περίπτωση ενός καλά προετοιμασμένου μαθητή δεν υπάρχουν άδικα διαγωνίσματα.

β. Πολλές φορές, τα θέματα στα διαγωνίσματα είναι τόσο άσχετα με το θέμα του μαθήματος που είναι άχρηστο να διαβάσει κανείς.

26. α. Για να πετύχει κανείς χρειάζεται σκληρή δουλειά. Η τύχη παίζει μικρό ή κανένα ρόλο.

β. Το να βρει κανείς μια καλή δουλειά εξαρτάται από το να βρίσκεται στο κατάλληλο μέρος την κατάλληλη ώρα.

27. α. Ο μέσος πολίτης μπορεί να έχει κάποια επιρροή στις κυβερνητικές αποφάσεις.

β. Ο κόσμος κυβερνιέται από λίγους ανθρώπους που έχουν εξουσία και λίγα μπορεί να κάνει ο απλός ανθρώπινος.

28. α. Όταν κάνω κάποια σχέδια, είμαι σχεδόν σίγουρος ότι μπορώ να τα πραγματοποιήσω.

β. Δεν είναι πάντα σοφό να κάνει κανείς μακροπρόθεσμα σχέδια γιατί πολλά πράγματα αποδεικνύονται να είναι θέματα καλής ή κακής τύχης.

29. α. Υπάρχουν μερικοί άνθρωποι που απλώς δεν είναι καλοί.

β. Υπάρχει μια καλή πλευρά σε κάθε άνθρωπο.

30. α. Όσον αφορά εμένα, έχω αποκτήσει τα πράγματα που θέλω χωρίς η τύχη να παίζει κανένα ρόλο.

β. Πολλές φορές θα μπορούσαμε να καταλήξουμε στο να αποφασίσουμε για κάτι ρίχνοντας κορώνα-γράμματα.

31. α. Το να γίνει κανείς αφεντικό συχνά εξαρτάται από το ποιος ήταν αρκετά τυχερός να βρίσκεται πρώτος στο κατάλληλο μέρος.

β. Το να καταφέρεις τους ανθρώπους να κάνουν αυτό που πρέπει εξαρτάται από την ικανότητα κάποιου. Η τύχη δεν παίζει σπουδαίο ρόλο.

32. α. Όσον αφορά τις διεθνείς καταστάσεις οι πιο πολλοί από μας είναι θύματα δυνάμεων που ούτε καταλαβαίνουμε ούτε ελέγχουμε.

β. Συμμετέχοντας ενεργά στην πολιτική και στις δημόσιες υποθέσεις οι άνθρωποι μπορούν να ελέγχουν τις διεθνείς καταστάσεις.

33. α. Ο περισσότερος κόσμος δεν αντιλαμβάνεται τον βαθμό στον οποίο η ζωή τους εξαρτάται από τυχαία γεγονότα.
β. Δεν υπάρχει τύχη.
34. α. Κανείς θα έπρεπε να είναι διατεθειμένος να παραδεχτεί τα λάθη του.
β. Είναι συνήθως καλύτερο να καλύπτει κανείς τα λάθη του.
35. α. Είναι δύσκολο να ξέρεις αν αρέσεις ή όχι σε κάποιον.
β. Το πόσους φίλους έχεις εξαρτάται από το πόσο καλός είσαι.
36. α. Μακροπρόθεσμα τα κακά πράγματα που μας συμβαίνουν ισορροπούνται από τα καλά πράγματα.
β. Οι περισσότερες ατυχίες είναι αποτέλεσμα της έλλειψης ικανότητας, άγνοιας, τεμπελιάς ή και των τριών.
37. α. Με αρκετή προσπάθεια μπορούμε να εξαλείψουμε τη διαφθορά των πολιτικών.
β. Είναι πολύ δύσκολο οι άνθρωποι να έχουν μεγάλο έλεγχο στα πράγματα που κάνουν οι πολιτικοί όταν είναι στην εξουσία.
38. α. Μερικές φορές δεν μπορώ να καταλάβω πώς οι καθηγητές καταλήγουν στους βαθμούς που βάζουν.
β. Υπάρχει πάντα μια κατευθείαν σύνδεση μεταξύ του πόσο πολύ μελετώ και τι βαθμούς παίρνω.

39. α. Ο καλός αρχηγός περιμένει τους ανθρώπους να αποφασίσουν μόνοι τους τι πρέπει να κάνουν.
- β. Ο καλός αρχηγός ξεκαθαρίζει στον καθένα ποια είναι η δουλειά του.
40. α. Πολλές φορές, αισθάνομαι ότι έχω λίγη επίδραση στα πράγματα που μου συμβαίνουν.
- β. Είναι αδύνατο να πιστέψω ότι οι ευκαιρίες ή η τύχη παίζει σπουδαίο ρόλο στη ζωή μου.
41. α. Οι άνθρωποι είναι μόνοι γιατί δεν κάνουν προσπάθειες να είναι φιλικοί.
- β. Δεν υπάρχει λόγος να προσπαθείς σκληρά να ευχαριστήσεις τους ανθρώπους. Αν τους αρέσεις, τους αρέσεις.
42. α. Υπάρχει μεγάλη έμφαση στον αθλητισμό στο γυμνάσιο.
- β. Τα ομαδικά σπορ είναι ένας εξαιρετικός τρόπος να οικοδομήσουν το χαρακτήρα τους.
43. α. Το τι συμβαίνει σε μένα είναι δικό μου κατασκεύασμα.
- β. Μερικές φορές αισθάνομαι ότι δεν έχω αρκετό έλεγχο στο ποια κατεύθυνση παίρνει η ζωή μου.
44. α. Τις περισσότερες φορές δεν μπορώ να καταλάβω γιατί οι πολιτικοί φέρονται όπως φέρονται.
- β. Μακροπρόθεσμα οι άνθρωποι είναι υπεύθυνοι για την κακή διακυβέρνηση και σε εθνικό και σε τοπικό επίπεδο.

Οι ακόλουθες ερωτήσεις σας ρωτούν για πτυχές της επικοινωνίας. Για ΚΑΘΕ ερώτηση γράψτε τον αριθμό που απαντά καλύτερα στην ερώτηση. Βεβαιωθείτε ότι εξετάζετε όλες τις καταστάσεις επικοινωνίας που συναντάτε στην καθημερινή σας ζωή, π.χ. οικογενειακές, κοινωνικές, εργασιακές, συνεντεύξεις κ.λπ.

Απαντήσεις:

1 = ποτέ ή σπάνια

2 = μερικές φορές

3 = συχνά

4 = συνήθως ή πάντα

Όταν μιλάτε σε άλλους:

45.	Παραλείπετε σημαντικές λεπτομέρειες;	1	2	3	4
46.	Χρησιμοποιείτε πολλές αόριστες ή κενές λέξεις, όπως «ξέρετε τι εννοώ» αντί για τη σωστή λέξη;	1	2	3	4
47.	Επαναλαμβάνετε ξανά και ξανά το ίδιο θέμα στη συζήτηση;	1	2	3	4
48.	Μεταπηδάτε πολύ γρήγορα σε ένα διαφορετικό θέμα συζήτησης;	1	2	3	4
49.	Χρειάζεστε πολύ χρόνο για να σκεφτείτε πριν απαντήσετε στον άλλο;	1	2	3	4
50.	Δυσκολεύεστε να κοιτάτε τον άλλο ομιλητή;	1	2	3	4
51.	Έχετε δυσκολία να σκεφτείτε τη συγκεκριμένη λέξη που θέλετε;	1	2	3	4
52.	Μιλάτε πολύ αργά;	1	2	3	4
53.	Λέτε ή κάνετε πράγματα που οι άλλοι μπορεί να θεωρούν αγενή ή ενοχλητικά;	1	2	3	4
54.	Διστάζετε, κάνετε παύσεις ή/και επαναλαμβάνετε;	1	2	3	4

55.	Ξέρετε πότε να μιλάτε και πότε να ακούτε;	1	2	3	4
56.	Παρασύρεστε από άσχετα τμήματα της συζήτησης;	1	2	3	4
57.	Σας είναι δύσκολο να παρακολουθήσετε ομαδικές συζητήσεις;	1	2	3	4
58.	Χρειάζεστε το άλλο άτομο να επαναλάβει αυτό που είπε πριν να είστε σε θέση να απαντήσετε;	1	2	3	4
59.	Δίνετε στους ανθρώπους πληροφορίες που είναι σωστές;	1	2	3	4
60.	Κάνετε μερικές λανθασμένες εκκινήσεις/προσπάθειες? προτού μεταφέρετε το μήνυμά σας;	1	2	3	4
61.	Δυσκολεύεστε να χρησιμοποιήσετε τον τόνο της φωνής σας για να μεταφέρετε το μήνυμα;	1	2	3	4
62.	Έχετε δυσκολία να ξεκινήσετε συζητήσεις;	1	2	3	4
63.	Παρακολουθείτε τις κύριες λεπτομέρειες των συζητήσεων;	1	2	3	4
64.	Δίνετε απαντήσεις που δεν συνδέονται με τις ερωτήσεις που σας ρωτούν;	1	2	3	4
65.	Το βρίσκετε εύκολο να αλλάξετε το ύφος της ομιλίας σας (π.χ. τον τόνο της φωνής, την επιλογή των λέξεων) ανάλογα με την κατάσταση στην οποία βρίσκεστε;	1	2	3	4
66.	Μιλάτε πολύ γρήγορα;	1	2	3	4
67.	Συνδυάζετε τις ιδέες με λογικό τρόπο;	1	2	3	4
68.	Αφήνετε τους ανθρώπους να υποθέσουν λανθασμένες εντυπώσεις από τις συζητήσεις σας;	1	2	3	4
69.	Συνεχίζετε να μιλάτε για πράγματα για πολύ ώρα στις συζητήσεις;	1	2	3	4
70.	Δυσκολεύεστε να σκεφτείτε πράγματα να πείτε για να συνεχίσετε τις συζητήσεις;	1	2	3	4

71.	Απαντάτε χωρίς να αφιερώνετε χρόνο για να σκεφτείτε τι έχει πει ο άλλος;	1	2	3	4
72.	Δίνετε πληροφορίες που είναι απολύτως ακριβείς;	1	2	3	4
73.	Χάνετε την πορεία των συνομιλιών σε θορυβώδεις χώρους;	1	2	3	4
74.	Δυσκολεύεστε να τερματίσετε τις συζητήσεις;	1	2	3	4

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις για τον εαυτό σας, σημειώνοντας πόσο συμφωνείτε με την χρήση της παρακάτω κλίμακας ως εξής:

[0] = διαφωνώ απόλυτα

[1] = διαφωνώ

[2] = ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ

[3] = συμφωνώ

[4] = συμφωνώ απόλυτα

Παρακαλώ, να είστε όσο γίνεται πιο ειλικρινείς, και προσπαθήστε οι απαντήσεις σας σε μια ερώτηση να μην επηρεάσουν τις απαντήσεις σας σε άλλες ερωτήσεις.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

75.	Σε στιγμές αβεβαιότητας συνήθως περιμένω να μου συμβεί το καλύτερο.	0	1	2	3	4
76.	Μπορώ εύκολα να χαλαρώσω.	0	1	2	3	4
77.	Εάν κάτι μπορεί να μου πάει στραβά, θα πάει στραβά.	0	1	2	3	4
78.	Είμαι πάντα αισιόδοξος για το μέλλον μου.	0	1	2	3	4
79.	Μου αρέσει να κάνω παρέα με τους φίλους μου.	0	1	2	3	4

80.	Είναι σημαντικό για μένα να απασχολούμαι συνέχεια με κάτι.	0	1	2	3	4
81.	Σχεδόν ποτέ δεν περιμένω τα πράγματα να πάνε όπως τα θέλω.	0	1	2	3	4
82.	Δεν θυμώνω πολύ εύκολα.	0	1	2	3	4
83.	Σπάνια πιστεύω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα.	0	1	2	3	4
84.	Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά.	0	1	2	3	4

Σας ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο που διαθέσατε!