



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Π.Μ.Σ. Ειδικής Αγωγής κι Εκπαίδευσης

Η επίδραση της αυτοαντίληψης και της ψυχικής υγείας στην ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία. Εκπαιδευτικές προτάσεις

The impact of self-perception and mental health on the quality of life of individuals with disabilities. Educational recommendations

Μπιτγαβάς Ελευθέριος

Ιωάννινα, 2026

Πίνακας περιεχομένων

Πρόλογος	7
Περίληψη	8
Abstract	9
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Επεξήγηση εννοιών	10
1.1 Η έννοια της αυτοαντίληψης (Self-Perception).....	10
1.1.1 Η έννοια του εαυτού	10
1.1.1.1 Διαστάσεις της έννοιας	10
1.1.2 Διασαφήνιση του όρου «αυτοαντίληψη».....	11
1.1.3 Διαστάσεις αυτοαντίληψης	11
1.1.4 Η συνάφεια με την έννοια της αυτοεκτίμησης	12
1.1.4.1 Χαμηλή και υψηλή αυτοεκτίμηση.....	12
1.2 Η έννοια της ψυχικής υγείας (Mental Health)	13
1.2.1 Διασαφήνιση του όρου.....	13
1.2.2 Εξέλιξη της έννοιας στο πέρασμα του χρόνου	14
1.2.3 Παράγοντες διαμόρφωσης ψυχικής υγείας.....	15
1.2.3.1 Η έννοια της ανθεκτικότητας.....	15
1.2.4 Θετική ψυχική υγεία	16
1.3 Η έννοια της ποιότητας ζωής (Quality of Life)	16
1.3.1 Διασαφήνιση της έννοιας.....	16
1.3.2 Εξέλιξη της έννοιας στο πέρασμα του χρόνου	18
1.3.3 Κριτήρια ερμηνείας της έννοιας	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Μελετώμενος πληθυσμός	20
2.1 Το φαινόμενο της αναπηρίας	20
2.1.1 Είδη αναπηρίας	20
2.2 Οι χρόνιες παθήσεις	21
2.3 Μοντέλα κατανόησης αναπηρίας	22
2.3.1 Κοινωνικό μοντέλο	22
2.4 Η έννοια της λειτουργικότητας.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ανασκόπηση βιβλιογραφίας.....	24
3.1 Μελέτες για την αυτοαντίληψη ατόμων με αναπηρία	24
3.2 Μελέτες για την ψυχική υγεία ατόμων με αναπηρία	25

3.3 Μελέτες για την ποιότητα ζωής ατόμων με αναπηρία.....	25
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Μεθοδολογία της έρευνας	27
4.1 Ερευνητικός σχεδιασμός και συλλογή δείγματος.....	27
4.1.1 Δειγματοληψία	28
4.2 Σκοπός της έρευνας-Ερευνητικά ερωτήματα	29
4.3 Ερευνητικό εργαλείο.....	30
4.3.1 Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων	30
4.3.2 Ψυχομετρικά εργαλεία	30
4.3.2.1 <i>General Health Questionnaire [GHQ-28]</i>	30
4.3.2.2 <i>Self-Perception Profile for Adults [SPPA]</i>	31
4.3.2.3 <i>Quality of Life Scale [QOLS]</i>	33
4.4 Θεωρητικό μέσο της κλίμακας	33
4.5 Χαρακτηριστικά ερευνητικού δείγματος	34
Πίνακας 1: Φύλο συμμετεχόντων	34
Πίνακας 2: Ηλικία συμμετεχόντων	34
Πίνακας 3: Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων	35
Πίνακας 4: Μέλη νοικοκυριού συμμετεχόντων.....	36
Πίνακας 5: Περιοχή διαμονής συμμετεχόντων.....	36
Πίνακας 6: Επίπεδο εκπαίδευσης συμμετεχόντων.....	37
Πίνακας 7: Εργασιακή κατάσταση συμμετεχόντων	38
Πίνακας 8: Είδος αναπηρίας συμμετεχόντων	38
Πίνακας 9: Χρονικό διάστημα αναπηρίας συμμετεχόντων	39
Πίνακας 10: Σοβαρότητα αναπηρίας συμμετεχόντων	39
Πίνακας 11: Χρήση υποστηρικτικού εξοπλισμού συμμετεχόντων.....	40
Πίνακας 12: Μηνιαίο εισόδημα (σε ευρώ) συμμετεχόντων	40
Πίνακας 13: Εθιστικές συνήθειες συμμετεχόντων	41
4.6 Περιγραφικά στοιχεία των ερωτηματολογίων	41
Πίνακας 14: Επίπεδα αυτοαντίληψης συμμετεχόντων	42
4.6.2 <i>General Health Questionnaire [GHQ-28]</i>	42
Πίνακας 15: Επίπεδα ψυχικής υγείας συμμετεχόντων.....	42
4.6.3 <i>Quality of Life Scale [QOLS]</i>	43
Πίνακας 16: Επίπεδα ποιότητας ζωής συμμετεχόντων	43

4.7 Διαδικασία στατιστικής ανάλυσης ερευνητικών δεδομένων	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : Παρουσίαση αποτελεσμάτων έρευνας	45
5.1 Συσχέτιση αυτοαντίληψης, ψυχική υγείας και την ποιότητα ζωής.....	46
5.1.1. Σχέση αυτοαντίληψης και ψυχικής υγείας ατόμων με αναπηρία	46
Πίνακας 17: Συσχέτιση αυτοαντίληψης και ψυχικής υγείας	46
5.1.2 Σχέση αυτοαντίληψης και ποιότητας ζωής ατόμων με αναπηρία.....	46
Πίνακας 18: Συσχέτιση αυτοαντίληψης και ποιότητας ζωής	47
5.1.3 Σχέση ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής ατόμων με αναπηρία.....	47
Πίνακας 19: Συσχέτιση ψυχικής υγείας και ποιότητα ζωής	47
5.2 Σχέση πτυχών της αναπηρίας και αυτοαντίληψης, ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής.....	47
5.2.1 Πτυχές αναπηρίας και αυτοαντίληψη	47
Πίνακας 20: Έλεγχος συσχέτισης χρήσης υποστηρικτικού εξοπλισμού και αυτοαντίληψης.....	49
Πίνακας 21: Έλεγχος Levene.....	49
Πίνακας 22: Έλεγχος σοβαρότητας αναπηρίας και αυτοαντίληψης.....	49
Πίνακας 23: Έλεγχος Levene.....	49
Πίνακας 24: Έλεγχος συσχέτισης είδους αναπηρίας και αυτοαντίληψης.....	49
Πίνακας 25: Έλεγχος συσχέτισης χρονικού διαστήματος αναπηρίας και αυτοαντίληψης	50
Πίνακας 26: Πολλαπλές συγκρίσεις	50
5.2.2 Πτυχές αναπηρίας και ψυχική υγεία	51
Πίνακας 27: Έλεγχος συσχέτισης σοβαρότητας αναπηρίας και ψυχικής υγείας.....	52
Πίνακας 28: Έλεγχος χρήσης υποστηρικτικού εξοπλισμού και ψυχικής υγείας	52
Πίνακας 29: Έλεγχος είδους αναπηρίας και ψυχικής υγείας.....	52
Πίνακας 30: Έλεγχος συσχέτισης χρονικού διαστήματος αναπηρίας και ψυχικής υγείας	53
5.2.3 Πτυχές αναπηρίας και ποιότητα ζωής.....	53
Πίνακας 31: Έλεγχος συσχέτισης σοβαρότητας αναπηρίας και ποιότητας ζωής.....	54
Πίνακας 32: Έλεγχος Levene.....	54
Πίνακας 33: Έλεγχος συσχέτισης χρήσης υποστηρικτικού εξοπλισμού αναπηρίας και ποιότητας ζωής.....	54
Πίνακας 34: Έλεγχος Levene.....	54
Πίνακας 35: Έλεγχος συσχέτισης χρονικού διαστήματος αναπηρίας και ποιότητας ζωής.....	55

Πίνακας 36: Έλεγχος συσχέτισης είδους αναπηρίας και ποιότητας ζωής	55
Πίνακας 37: Πολλαπλές συγκρίσεις	55
5.3 Σχέση δημογραφικών στοιχείων με τις πτυχές της αυτοαντίληψης, της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής	56
5.3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά ατόμων με αναπηρία και αυτοαντίληψη.....	56
Πίνακας 38: Έλεγχος συσχέτισης φύλου και αυτοαντίληψης	58
Πίνακας 39: Έλεγχος Levene.....	58
Πίνακας 40: Έλεγχος συσχέτισης εθιστικών συνηθειών και αυτοαντίληψης	58
Πίνακας 41: Έλεγχος Levene.....	59
Πίνακας 42: Έλεγχος συσχέτισης ηλικίας και αυτοαντίληψης.....	59
Πίνακας 43: Έλεγχος συσχέτισης μελών νοικοκυριού και αυτοαντίληψης.....	59
Πίνακας 44: Έλεγχος συσχέτισης περιοχής διαμονής και αυτοαντίληψης.....	59
Πίνακας 45: Έλεγχος συσχέτισης εργασιακής κατάστασης και αυτοαντίληψης.....	60
Πίνακας 46: Έλεγχος συσχέτισης μηνιαίου εισοδήματος και αυτοαντίληψης	60
Πίνακας 47: Έλεγχος συσχέτισης οικογενειακής κατάστασης και αυτοαντίληψης	60
Πίνακας 48: Έλεγχος συσχέτισης επιπέδου εκπαίδευσης και αυτοαντίληψης	60
5.3.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά ατόμων με αναπηρία και ψυχική υγεία	61
Πίνακας 49: Έλεγχος συσχέτισης φύλου και ψυχικής υγείας.....	63
Πίνακας 50: Έλεγχος συσχέτισης εθιστικών συνηθειών και ψυχικής υγείας.....	63
Πίνακας 51: Έλεγχος συσχέτισης ηλικίας και ψυχικής υγείας	63
Πίνακας 52: Έλεγχος συσχέτισης μελών νοικοκυριού και ψυχικής υγείας.....	63
Πίνακας 53: Πολλαπλές συγκρίσεις	64
Πίνακας 54: Έλεγχος συσχέτισης είδους περιοχής και ψυχικής υγείας	64
Πίνακας 55: Πολλαπλές συγκρίσεις	64
Πίνακας 56: Έλεγχος συσχέτισης εργασιακής κατάστασης και ψυχικής υγείας.....	65
Πίνακας 57: Έλεγχος συσχέτισης μηνιαίου εισοδήματος και ψυχικής υγείας	65
Πίνακας 58: Έλεγχος συσχέτισης οικογενειακής κατάστασης και ψυχικής υγείας.....	65
Πίνακας 59: Έλεγχος συσχέτισης επιπέδου εκπαίδευσης και ψυχικής υγείας	66
5.3.3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά ατόμων με αναπηρία και ποιότητα ζωής	66
Πίνακας 60: Έλεγχος Levene.....	68
Πίνακας 61: Έλεγχος συσχέτισης φύλου και ποιότητα ζωής	68
Πίνακας 62: Έλεγχος Levene.....	68
Πίνακας 63: Έλεγχος συσχέτισης εθιστικών συνηθειών και ποιότητα ζωής.....	68
Πίνακας 64: Έλεγχος συσχέτισης ηλικίας και ποιότητα ζωής.....	68

Πίνακας 65: Έλεγχος συσχέτισης μελών νοικοκυριού και ποιότητα ζωής.....	69
Πίνακας 66: Έλεγχος συσχέτισης είδους περιοχής και ποιότητα ζωής	69
Πίνακας 67: Έλεγχος συσχέτισης εργασιακής κατάστασης και ποιότητα ζωής.....	69
Πίνακας 68: Έλεγχος συσχέτισης μηνιαίου εισοδήματος (σε ευρώ) και ποιότητα ζωής	69
Πίνακας 69: Έλεγχος συσχέτισης οικογενειακής κατάστασης και ποιότητα ζωής	70
Πίνακας 70: Πολλαπλές συγκρίσεις	70
Πίνακας 71: Ποιότητα ζωής – επίπεδο εκπαίδευσης	72
5.4 Άτομα με/χωρίς αναπηρία και αυτοαντίληψη, ψυχική υγεία και ποιότητα ζωής ..	72
5.4.1 Άτομα με/χωρίς αναπηρία και αυτοαντίληψη.....	72
Πίνακας 72: Αναπηρία και αυτοαντίληψη	73
Πίνακας 73: Έλεγχος Levene.....	73
5.4.2 Άτομα με/χωρίς αναπηρία και ψυχική υγεία.....	73
Πίνακας 74: Αναπηρία και ψυχική υγεία	73
5.4.3 Άτομα με/χωρίς αναπηρία και ποιότητα ζωής	74
Πίνακας 75: Αναπηρία και ποιότητα ζωής.....	74
Συζήτηση ευρημάτων	75
Συμπέρασμα.....	83
Ερευνητικοί περιορισμοί – Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	87
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	91
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	97

Πρόλογος

Η παρούσα διπλωματική εργασία διεκπεραιώθηκε στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση». Αποτελεί μέρος των απαιτήσεων του προαναφερθέντος προγράμματος σπουδών και υποβλήθηκε στο Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Εγγυώμαι πως η προετοιμασία και η υλοποίησή της συνέβη από εμένα τον ίδιο εξ ολοκλήρου, καθώς επίσης, παραθέτω όλες τις πηγές ανεξαιρέτως, από τις οποίες άντλησα στοιχεία και πληροφορίες για τη συγγραφή της εργασίας.

Έπειτα, νιώθω την υποχρέωση να ευχαριστήσω όλους τους συντελεστές αυτής της εργασίας, που αποτέλεσαν στήριγμά μου σε αυτό το εγχείρημα. Ιδιαίτερη μνεία αξίζει ο επιβλέπωντας και επί χρόνια καθηγητής μου, κύριος Σ.-Γ. Σούλης για την ανεκτίμητη αρωγή και καθοδήγηση που μου προσέφερε.

Σε γενικότερο πλαίσιο, οφείλω να ευχαριστήσω όλους/ες τους/ις διδάσκοντες/ουσες του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών για τον ρόλο που διαδραμάτισαν στη σημερινή -ακαδημαϊκή και μη- ταυτότητά μου, καθώς και στην απόκτηση πληθώρας γνώσεων καθ' όλη τη διάρκεια της διετούς μου φοίτησης.

Αναφορά δεν είναι εφικτό να μη συμβεί και στα μέλη της οικογένειάς μου, Βασίλη, Δήμητρα, Μιχαήλ-Άγγελο, καθώς και τη σύντροφό μου, Βασιλική, για την ανυπολόγιστα σημαντική υποστήριξή τους καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής μου.

Μπιτσαβάς Ελευθέριος

Ιωάννινα, 2026

Περίληψη

Το ακόλουθο ερευνητικό έργο μελετά ορισμένες από τις κυριότερες διαστάσεις της ζωής των ατόμων με αναπηρία, εστιάζει στην αυτοαντίληψη, την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής. Η ερευνητική μας προσπάθεια ασπάζεται την οπτική του κοινωνικού μοντέλου της αναπηρίας, επομένως στέκεται απέναντι στην αναπηρία ως μία κατάσταση διαμορφωθείσα από κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, απορρίπτοντας την ιδέα του αποκλειστικά προσωπικού προβλήματος. Στη μελέτη συμμετείχαν ενήλικα άτομα τόσο χωρίς όσο και με κάθε μορφή αναπηρίας, πλην της νοητικής, τα οποία επιλέχθηκαν με μη πιθανοτικό τρόπο. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση στατιστικών ελέγχων συσχέτισης του σκορ των ατόμων με αναπηρία ως προς την αυτοαντίληψη, την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής με επιμέρους προσωπικά τους χαρακτηριστικά και με τη χρήση συγκρίσεων ανάμεσα στις δύο ομάδες, προκειμένου να κριθεί ο ρόλος της παρουσίας της αναπηρίας στον καθορισμό των τριών φαινομένων που διερευνούμε. Και οι τρεις ψυχοκοινωνικοί πυλώνες ασκούν σημαντική επίδραση ο ένας στον άλλον, προκαλώντας ανάλογες μεταβολές, θετικές ή αρνητικές. Οι εξεταζόμενες μεταβλητές δεν καθορίζονται σημαντικά από τις μεταβλητές δημογραφικού χαρακτήρα, παρά αυτό εντοπίζεται σε μεμονωμένες περιπτώσεις. Τα ευρήματα ευνοούν την αντίληψη των εννοιών ως πολυδιάστατων και επιβεβαιώνουν την κρισιμότητα της ισχύος του κοινωνικού περιβάλλοντος στον τρόπο που ένας άνθρωπος βιώνει την αναπηρία του. Η μελέτη καταπιάνεται με όσα πιθανώς να επιδρούν στην αυτοαντίληψη, την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής του πληθυσμού αυτού, αναδεικνύοντας την αναγκαιότητα υλοποίησης ολιστικών προσεγγίσεων και πρακτικών με απώτερο στόχο την κοινωνική ενσωμάτωση.

Λέξεις-κλειδιά: αναπηρία, αυτοαντίληψη, ψυχική υγεία, ποιότητα ζωής, κοινωνικό μοντέλο

Abstract

This study examines key aspects of the lives of individuals with disabilities, focusing on self-perception, mental health, and quality of life. It is grounded in the theoretical framework of the social model of disability, conceptualizing disability as a condition shaped by social and environmental factors and rejecting its interpretation as solely an individual deficit. The sample consisted of adult participants both with and without disabilities (excluding intellectual disabilities), who were selected through non-probability sampling procedures. Data analysis included correlation analyses to examine the relationships between self-perception, mental health, and quality of life among participants with disabilities in relation to individual characteristics. In addition, comparative analyses between the two groups were conducted to assess whether the presence of disability influences the three constructs under investigation. The findings indicate that the three psychosocial dimensions are significantly interrelated, exerting reciprocal influences resulting in both positive and negative changes. The variables examined are not significantly influenced by demographic factors, except in isolated cases. The results support a multidimensional conceptualization of these constructs and underscore the pivotal role of the social environment in shaping how disability is experienced. The study contributes to a deeper understanding of the factors influencing self-perception, mental health, and quality of life among individuals with disabilities, highlighting the need to implement holistic approaches and practices aimed at fostering social inclusion. Keywords: disability, self-perception, mental health, quality of life, social model of disability

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Επεξήγηση εννοιών

1.1 Η έννοια της αυτοαντίληψης (Self-Perception)

1.1.1 Η έννοια του εαυτού

Ο εαυτός αποτελεί μία διόλου μονοδιάστατη και εύκολα αντιληπτή έννοια (Παναγιωτοπούλου, 1999). Όλοι οι άνθρωποι, εξερχόμενοι από τη νηπιακή τους ηλικία και ολοκληρώνοντας το αισθητικοκινητικό στάδιο ανάπτυξης, αντιλαμβάνονται ότι διαφέρουν από τους υπόλοιπους, αποτελούν μία ξεχωριστή ύπαρξη, συλλαμβάνουν, δηλαδή, τον εαυτό τους. Με αυτή τη χρονική συγκυρία, κατά τον Piaget, συνδέεται η έννοια του «εαυτού». Θεωρείται πως ο εαυτός συνιστά έναν όρο εντός του οποίου εντοπίζονται γνωστικές, συμπεριφορικές και συναισθηματικές οπτικές, γεγονός που τον καθιστά πολυδιάστατο (Γρηγορίου, 2021). Ένας άλλος προτεινόμενος από τη βιβλιογραφία ορισμός ισχυρίζεται πως στην έννοια του εαυτού συναντούμε τις πεποιθήσεις του εκάστοτε ανθρώπου για τον ίδιο, είτε αυτές αφορούν το σήμερα, είτε το χθες, είτε τη μελλοντική του κατάσταση (Παναγιωτοπούλου, 1999). Προκειμένου να προσδιοριστεί με μεγαλύτερη ακρίβεια ο όρος του εαυτού, πολλοί ειδικοί στηρίζονται σε δύο μεθόδους. Αφενός, επιχειρείται να μετρηθούν οι βιολογικές λειτουργίες του οργανισμού των ανθρώπων -διαδικασία που εκ των προτέρων παρουσιάζει υψηλό βαθμό δυσκολίας, λόγω της αδυναμίας της απόλυτης ερμηνείας του σχήματος «αίτιο-αποτέλεσμα» των ενεργειών του ανθρώπου- και, αφετέρου, λαμβάνεται υπόψη ο τρόπος που το άτομο περιγράφει τον εαυτό του.

1.1.1.1 Διαστάσεις της έννοιας

Η έννοια του εαυτού παρουσιάζει τις εξής διαστάσεις: τη γνωστική, τη συναισθηματική και την τελική. Κατά τη γνωστική διάσταση, ο εαυτός συνίσταται στις σκέψεις και τα αισθήματα που τρέφουν οι άνθρωποι για τον ίδιο τους τον εαυτό. Η συναισθηματική διάσταση συνδέεται με την παραδοχή, πως ο εαυτός διακατέχεται από ισχυρού βαθμού συναισθήματα. Και η τελική διάσταση του εαυτού τον λογίζει ως το μέρος που επικεντρώνονται τα κίνητρα του ανθρώπου, των οποίων η σημασία είναι σαφώς πιο κομβική συγκριτικά με τη σημασία που αποδίδει ο άνθρωπος στις ανάγκες και τις επιθυμίες του. Σημειώνεται πως η σημασία των κινήτρων είναι εξίσου υψηλή για όλους, ωστόσο το ίδιο δεν μπορούμε να ισχυριστούμε και για τη σημασία που

αποδίδεται σε κάθε είδος κινήτρων. Παραδείγματος χάρη, υψηλότερα κίνητρα για κάποιους συνιστούν τα οικονομικά, ενώ για κάποιοι άλλοι διακατέχονται πρωτίστως από πνευματικά (Παναγιωτοπούλου, 2000).

1.1.2 Διασαφήνιση του όρου «αυτοαντίληψη»

Με τον όρο «αυτοαντίληψη» αναφερόμαστε στον τρόπο που το άτομο αξιολογεί και στέκεται απέναντι στον εαυτό του συνολικά (Jung et al., 2022· Μαστρογιάννη κ.α., 2020· Πετειναράκη, 2016). Η γνώμη αυτή δομείται από τις υπάρχουσες γνώσεις και προσωπικές πεποιθήσεις και επιδρά σε μεγάλο βαθμό στην ποιότητα ζωής του ανθρώπου (Rezarour Mirsaleh et al., 2024· Satici et al., 2023). Ξεκαθαρίζεται πως δεν διαφοροποιείται κάτι, σε περίπτωση που αυτή η γνώμη είναι εύστοχη ή μη, ή αν έχει διαμορφωθεί βάσει αντικειμενικών ή μη κριτηρίων (Πετειναράκη, 2016). Ο Kinch λογίζει την αυτοαντίληψη ως ένα γνωστικό κατασκεύασμα, το οποίο σχηματίζεται από τον τρόπο με τον οποίο τα πρόσωπα που κινούνται στο πλαίσιο ενός ατόμου κρίνουν και σχολιάζουν αυτό (σ.σ. το άτομο). Κατά την Παναγιωτοπούλου (1999), η εικόνα του εαυτού συνίσταται «στο σύστημα των ιδεών που διαθέτει ένα άτομο στην προσπάθειά του να ορίσει τον εαυτό του» (σ. 159). Εάν θέλουμε να το αναφέρουμε απλούστερα και σαφέστερα, η έννοια της αυτοαντίληψης ανταποκρίνεται στη γνώμη που φέρουμε για τον εαυτό μας, δηλαδή πρόκειται για την αυτοεικόνα μας (Αντωνάκου & Λαρεντζάκη, 2022).

1.1.3 Διαστάσεις αυτοαντίληψης

Το πώς διαμορφώνεται η εικόνα για την έννοια του εαυτού, δηλαδή μονολεκτικά, η αυτοαντίληψη, συνιστά ένα εξίσου φλέγον ζήτημα, που έχει διερευνηθεί από ποικίλους κλάδους. Η αυτοαντίληψη παρουσιάζει δύο ειδών διαστάσεις, την κοινωνική και την ατομική, οι οποίες κατ' επέκταση σχηματίζουν τον συλλογικό και τον ατομικό εαυτό. Για τη διαμόρφωση τόσο της μίας, όσο και της άλλης διάστασης μεσολαβούν πρωτευόντως οι διαπροσωπικές σχέσεις που δομεί το άτομο και δευτερευόντως τα δημογραφικά στοιχεία. Φυσικά, ο σχηματισμός των διαπροσωπικών σχέσεων βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τις κοινωνικές ομάδες στις οποίες είναι ενταγμένος κάποιος. Τέτοιους θεσμοί, στους οποίους ανήκουμε και επιδρούν αποφασιστικά στον τρόπο που αυτοπροσδιοριζόμαστε, αποτελούν η θρησκεία που ασπαζόμαστε, η οικογένεια που μας ανατρέφει, καθώς και η χώρα στην οποία κατοικούμε. Ύστερα, σημαντικός κρίνεται και ο ρόλος των διαφόρων επιμέρους ομάδων, όπου ανήκουμε,

προς εξυπηρέτηση φιλικών, ψυχαγωγικών, επαγγελματικών, εκπαιδευτικών ή πολιτικών σκοπών. Όλα αυτά συνιστούν τον άμεσο περίγυρό μας και τα περιβάλλοντά εντός των οποίων κινούμαστε σε καθημερινή βάση. Υπεισερχόμενοι στην ατομική διάσταση της αυτοαντίληψης, εκεί συναντούμε δημογραφικούς παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν την αυτοεικόνα του ατόμου, όπως είναι η ηλικία, το φύλο και η καταγωγή. Δεν εξαντλούνται σε αυτά, όμως, οι δημογραφικοί παράγοντες, παρά συμπεριλαμβάνουν και έτερες πτυχές, όπως είναι η τάξη στην οποία κατατάσσεται κάποιος κοινωνικά, το ύψος των απολαβών του, το επάγγελμα που ασκεί, καθώς και η πολιτική του στάση (Παναγιωτοπούλου, 1999).

1.1.4 Η συνάφεια με την έννοια της αυτοεκτίμησης

Οι όροι της αυτοεκτίμησης και της αυτοαντίληψης πολλές φορές εναλλάσσονται, καθώς αμφότεροι μνημονεύουν διαδικασίες κατά τις οποίες το άτομο αυτοαξιολογείται. Αυτή η τομή τους, ωστόσο, δεν συνεπάγεται και απουσία διαφορών ανάμεσά τους. Αποτελούν δύο όρους, που θεωρούνται ακρογωνιαίοι λίθοι της δόμησης του εαυτού, των οποίων η κατασκευή εκκινεί γύρω στα τέσσερα έτη και υπολογίζεται να έχει ολοκληρωθεί μέχρι και την ενηλικίωση του ατόμου, όταν αυτό θεωρείται ότι εισάγεται στην ώριμη ηλικία (Γρηγορίου, 2021). Σε γενικότερο πλαίσιο, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι η έννοια της αυτοεκτίμησης ανταποκρίνεται στον τρόπο που νιώθουμε για τον εαυτό μας, που μας αντιμετωπίζουμε, με πόση πίστη και αγάπη μάς περιβάλλουμε. Αποτελεί μία αίσθηση που διαμορφώνεται και εδραιώνεται μέσω των αλληλεπιδράσεων, ωστόσο δεν αποτελεί μία ευμετάβλητη κατάσταση. Αυτό σημαίνει ότι δεν θα κλονιστεί από κάθε εξωγενή παράγοντα. Συνιστά το αποτέλεσμα της ανατροφοδότησης που λαμβάνουμε από το περιβάλλον μας. Αυτή η ανατροφοδότηση με το πέρασ του χρόνου επιδρά στη γνώμη που φέρουμε για την αξία μας (Παπάνης, 2011).

1.1.4.1 Χαμηλή και υψηλή αυτοεκτίμηση

Ο ρόλος της αυτοεκτίμησης κατέχει ιδιαίτερη σημασία. Ο έχων υψηλή αυτοεκτίμηση καθίσταται περισσότερο αποδοτικός σε όλους τους τομείς. Διεκπεραιώνει με μεγαλύτερη άνεση και αποτελεσματικότητα τις υποχρεώσεις και τις δραστηριότητές του συνολικότερα, ενώ με μεγαλύτερη άνεση και ομαλότητα δομεί τις φιλικές και τις ερωτικές του σχέσεις (Γρηγορίου, 2021). Τα άτομα, των οποίων η αυτοεκτίμηση κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον και άγχος,

παράλληλα, για τη γνώμη των γύρω τους. Όταν αισθάνονται περιττοί ή λογοκρίνονται, πλήττεται σοβαρά η αυτοεικόνα τους, αμφιβάλουν για τον εαυτό τους και την αξία αυτού (Παπάνης, 2011).

1.2 Η έννοια της ψυχικής υγείας (Mental Health)

1.2.1 Διασαφήνιση του όρου

Περνώντας στην έννοια της ψυχικής υγείας, αποτελεί μία κατάσταση της ζωής των ανθρώπων, η οποία έχει εσωτερική υπόσταση (Koenig et al., 2024). Είναι κι αυτή στενά συνδεδεμένη με την τρίτη εννοιολογική παράμετρο της έρευνας, την ποιότητα ζωής (Οικονόμου κ.α., 2001). Δεν είναι εύκολος ο εννοιολογικός προσδιορισμός. Παρουσιάζει μεγάλο εύρος και επαφίεται σε μεγάλο βαθμό στον καθένα μας ο τρόπος ερμηνείας της. Η μη ύπαρξη ψυχικής διαταραχής αποτελεί τη σημαντικότερη παράμετρο της έννοιας, όχι, όμως, και τη μοναδική. Υπάρχουν επιμέρους έννοιες και καταστάσεις οι οποίες συγκροτούν τον όρο. Κάποιες από αυτές είναι η αισιοδοξία, η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας, η αυτοεκτίμηση, ο αυτοέλεγχος και η επίτευξη σκοπών ποικίλων κατηγοριών (Ζήση & Στυλιανίδης, 2004).

Ο Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) ορίζει την ψυχική υγεία ως *«μία κατάσταση ψυχικής ευεξίας που παρέχει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν το άγχος της ζωής, να συνειδητοποιήσουν τις ικανότητές τους, να μάθουν και να εργάζονται καλά και να συνεισφέρουν στην κοινότητά τους. Έχει εγγενή και οργανική αξία και αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της ευημερίας μας»* (World Health Organization, 2022). Εν αντιθέσει με τον ευρέως διαδεδομένο σήμερα ορισμό του Π.Ο.Υ., πιο παλιά οι ορισμοί εστίαζαν στην απουσία της κατάθλιψης ή κάποιας συναφούς ψυχικής ασθένειας. Με το πέρας του χρόνου οι ερευνητές κατέληξαν στη διαπίστωση, πως η εν λόγω πτυχή συνιστά μεν ένα γνώρισμα του ψυχικά υγιούς ανθρώπου, χωρίς να είναι το μοναδικό δε. Προστέθηκαν τρεις επιπλέον κομβικές πτυχές -τις οποίες πραγματεύεται και ο ορισμός που παρατέθηκε- η προσωπική ευημερία, το αίσθημα της ψυχικής ολοκλήρωσης, καθώς και αυτό της κοινωνικής αξίας. Προς αποφυγήν παρεξηγήσεων και αυθαίρετων γενικεύσεων, μία έκρηξη θυμού, μία παροδική αδιαθεσία ή μία περίοδος απογοήτευσης δεν συνεπάγονται υποχρεωτικά την ύπαρξη κάποιας ψυχικής νόσου. Ωστόσο, εάν αυτά τα συναισθήματα- ή οι αντίστοιχες καταστάσεις- είναι παρατεταμένα, αποτελούν σταθερές πτυχές του βίου ενός ανθρώπου και τον παρακωλύουν να διεκπεραιώσει τις δραστηριότητες του

(υποχρεωτικές και μη), τότε αποτελεί επιτακτική ανάγκη η διερεύνησή τους. Μία διερεύνηση, φυσικά, που επιτάσσει την αρωγή ενός ειδικού στον τομέα της ψυχικής υγείας (Γιαζιτζή, 2021).

1.2.2 Εξέλιξη της έννοιας στο πέρασμα του χρόνου

Παρά την κοινή παραδοχή, πως ανέκαθεν οι άνθρωποι επιζητούσαν την ψυχική υγεία, μπορούμε κάλλιστα να ισχυριστούμε πως παλαιότερα συνιστούσε έναν τομέα υποτιμημένο, ο οποίος δεν λάμβανε τη δέουσα προσοχή. Καθώς οι ψυχικά πάσχοντες πλήθαιναν, μαζί και οι ανάγκες τους, η παγκόσμια κοινωνία επέδειξε ανανεωμένο ενδιαφέρον γύρω από το ζήτημα της ψυχικής υγείας. Με την έλευση της νέας χιλιετίας η έννοια τοποθετήθηκε στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, με αποτέλεσμα να επιδειχθεί μεγάλη πρόοδος αναφορικά με τις σχετικές δομές και υπηρεσίες, καθώς και να γεννηθούν σχολές και θεωρητικές προσεγγίσεις, οι οποίες επεδίωκαν με τη σειρά τους να υποστηρίξουν όσους πάσχουν ψυχικά. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν και σήμερα σαφή περιθώρια βελτίωσης, καθώς δεν έχουν εξαλειφθεί αρκετές σχετικές προκαταλήψεις. Αποτελεί, δηλαδή, συχνό φαινόμενο εκείνος που αναζητά εξειδικευμένη βοήθεια να χλευάζεται ή να νιώθει αμηχανία να το κοινοποιήσει στον περίγυρό του, μία κατάσταση που κρίνεται οξύμωρη συγκριτικά με τη στάση των μελών της κοινωνίας τους απέναντι σε προβλήματα σωματικής υγείας. Επί παραδείγματι, στην όψη ενός ατόμου με σπασμένο πόδι, η συντριπτική πλειοψηφία επιδεικνύει ευαισθησία, συμπόνια και ενσυναίσθηση. Αντιθέτως, ένα άτομο που πάσχει ψυχικά και ταλανίζεται από μία ψυχική διαταραχή, αντιμετωπίζεται συνήθως με καχυποψία και σαρκασμό, κρίνεται πως αδυνατεί να ζήσει ομαλά και να σταθεί στο ύψος των περιστάσεων. Θα στιγματιστεί ως περίεργος. Αυτή η διάκριση έχει ως αποτέλεσμα ο πάσχων ψυχικά να μην αποδέχεται εύκολα το πρόβλημα που τον διέπει, να αισθάνεται άβολα να το μοιραστεί με κάποιον -ακόμα κι αν είναι ειδικός- και να ζητήσει εν τέλει την αρωγή του καθυστερημένα ή ακόμα και καθόλου. Οι χώρες της Δύσης κυρίως υποστηρίζουν ποικιλοτρόπως εκείνους που νοσούν ψυχικά -ή εκείνους που υποψιάζονται ότι ελλοχεύει αυτός ο κίνδυνος. Αντιθέτως, νωχελική είναι η σχετική δράση και στάση που επιδεικνύουν οι χώρες του Τρίτου Κόσμου. Οι πολίτες των χωρών αυτών, ταλανιζόμενοι από σφοδρά οικονομικά προβλήματα και διακρινόμενοι από περιορισμένη μόρφωση, επιδεικνύουν αμελητέο ή μηδαμινό ενδιαφέρον για την ψυχική υγεία, ούτε δύνανται να σταθούν αρωγοί, εάν παραστεί κάποια σχετική ανάγκη.

1.2.3 Παράγοντες διαμόρφωσης ψυχικής υγείας

Πέραν της ανθεκτικότητας, η οποία θα οριστεί αμέσως μετά και εν πολλοίς διαδραματίζει κομβικό ρόλο στην αντιμετώπιση των γεγονότων που βιώνουμε και κατ' επέκταση στην ψυχική μας υγεία, υπάρχουν, ακόμα, αρκετοί παράγοντες υψηλής σημασίας. Επιγραμματικά αναφέρονται το φύλο, η ηλικία, οι κληρονομικοί, οι βιολογικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και η σωματική υγεία του ατόμου. Μιλώντας για κληρονομικούς παράγοντες, αναφερόμαστε στο ενδεχόμενο ύπαρξης ιστορικού ψυχικών διαταραχών στο οικογενειακό περιβάλλον. Στους βιολογικούς παράγοντες συγκαταλέγονται μία πρόωρη γέννηση, η ελλιπής διατροφή της εγκύου, ένας πιθανός τραυματισμός στον εγκέφαλο του βρέφους, ανθυγιεινές συνθήκες της εγκύου ή ακόμα χειρότερα ο εθισμός της μέλλουσας μητέρας στο αλκοόλ ή τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. Πέραν αυτών, ρόλο διαδραματίζουν και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Τέτοιου είδους παράγοντες συνιστούν η πιθανή βία στο οικογενειακό περιβάλλον ή ο διαλυμένος ιστός αυτού, η υπερβολική κατανάλωση αλκοολούχων ποτών ή χρήση ουσιών που προκαλούν εξάρτηση. Ακόμα μία σημαντική παράμετρο, που επηρεάζει την έκβαση της ψυχικής υγείας των ανθρώπων, αποτελεί το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο. Εάν είναι υψηλό ή χαμηλό, επηρεάζεται αντιστρόφως ανάλογα η πιθανότητα διαταραχής της ψυχικής υγείας. Τέλος, η ψυχική υγεία ενός ατόμου επηρεάζεται σημαντικά από την αντίστοιχη σωματική του. Όσο το άτομο δεν βιώνει σωματικό πόνο, παρουσιάζει ικανοποιητική κινητικότητα και δεν αντιμετωπίζει κάποια κρίσιμη ασθένεια, τόσο πιθανότερο είναι η ψυχική του υγεία να είναι θετική (Χαϊδεμενάκη, 2023).

1.2.3.1 Η έννοια της ανθεκτικότητας

Η ανθεκτικότητα ορίζεται από την Αμερικανική Ψυχολογική Ένωση ως «η διαδικασία και η προσπάθεια κάποιου να προσαρμοστεί καλά ενόψει αντίξοων συνθηκών, τραυματισμών, τραγωδιών, απειλών ή ακόμη και σημαντικών πηγών άγχους». Προκύπτει, έτσι, πως όσο ισχυρότερη είναι η ανθεκτικότητα που χαρακτηρίζει έναν άνθρωπο, τόσο δυσκολότερο είναι αυτός ο άνθρωπος να αναπτύξει αισθήματα πανικού και αβεβαιότητας. Δηλαδή, τα άτομα αυτά καθίστανται καλύτερα οχυρωμένα και έτοιμα να ανταπεξέλθουν στρεσογόνες συνθήκες (Γιαζιτζή, 2021).

1.2.4 Θετική ψυχική υγεία

Η θετική ψυχική υγεία συνίσταται σε μία συνθήκη που χαρακτηρίζεται από σταθερότητα και προσδίδει στο άτομο, που τη διαθέτει, τα ακόλουθα γνωρίσματα:

- Γνώση του εαυτού του
- Αυτοδυναμία, επάρκεια των δυνάμεών του
- Ικανότητα επιτυχούς καταπολέμησης συνθηκών άγχους
- Απουσία ραθυμίας και νωχελικότητας
- Ικανότητα αποτελεσματικής διαχείρισης στρεσογόνων καταστάσεων
- Ικανότητα εργασίας, διασκέδασης και συναισθηματικού δεσίματος
- Ικανότητα επιτυχούς αντιμετώπισης προβληματικών καταστάσεων και εύρεσης διεξόδων (Οικονόμου κ.α., 2001).

Συνοπτικότερα, όταν η ψυχική υγεία του ανθρώπου έχει θετικό πρόσημο, τότε το άτομο βρίσκεται σε θέση να διεκπεραιώνει ομαλά τους ρόλους του και να μην αντιμετωπίζει προβλήματα εντός των καταστάσεων που εμπλέκεται. Από την άλλη, όταν η ψυχική μας υγεία έχει καθοδική πορεία, τότε ανάλογη κατεύθυνση είναι πολύ πιθανόν να ακολουθήσει και η σωματική μας υγεία (Ζήση & Στυλιανίδης, 2004).

1.3 Η έννοια της ποιότητας ζωής (Quality of Life)

1.3.1 Διασαφήνιση της έννοιας

Η ποιότητα ζωής ενός ανθρώπου μαρτυρά σε μεγάλο βαθμό την κατάσταση της γενικής του υγείας και τον βαθμό ικανοποίησης που αισθάνεται από τη ζωή του (Lindgren Westlund & Jong, 2022). Είναι γεγονός ότι εδώ και δεκάδες χρόνια πληθώρα ερευνητών έχει αποπειραθεί να προσεγγίσουν τον όρο. Γεγονός, επίσης, είναι πως γύρω από τον εν λόγω όρο υπάρχουν εννοιολογικά κενά, δεν έχει αποδοθεί με κάποιον κοινό τρόπο, παρά εντοπίζεται μία ανομοιομορφία. Του έχουν αποδοθεί ποικίλες σημασίες στο πέρασμα των ετών, γεγονός που τον καθιστά σύνθετο και διόλου μονοδιάστατο. Δηλαδή, δεν εντοπίζεται κάποιο σταθερό εννοιολογικό έδαφος, καθώς δεν έχει χαρακτηριστεί ένα περιεχόμενο αυτού ως κοινώς αποδεκτό (Βοζικάκη κ.α., 2006· Οικονόμου κ.α., 2001). Τον σύνθετο χαρακτήρα της έννοιας επιβεβαιώνει και ο Birnbacher, ο οποίος υποδεικνύει την πληθώρα των θεμάτων που πραγματεύεται και των λειτουργιών που επιδιώκει να διεκπεραιώσει ο όρος, ως υπαίτιους παράγοντες για την αδυναμία ομόφωνου προσδιορισμού του (Βοζικάκη κ.α., 2006). Παρ' όλα αυτά,

μπορούμε να εξετάσουμε ένα δείγμα ορισμών που έχουν διατυπωθεί για την προαναφερθείσα έννοια.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., αναφερόμαστε στην αντίληψη των ατόμων για τη θέση που κατέχουν στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιακών συστημάτων στα οποία ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους (World Health Organization, 2012). Κατά τον McCall (1985, όπ. αναφ. στους Οικονόμου κ.α., 2001), *«η ποιότητα ζωής συνίσταται στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία ή περιοχή»* (σ. 240). Γίνεται αντιληπτό ότι σ' αυτή την περίπτωση η ποιότητα ζωής καθορίζεται από την κατοχή (ή μη) των απαραίτητων πόρων, προκειμένου να καλυφθούν με επάρκεια οι ανάγκες του ατόμου εντός ενός συγκεκριμένου κοινωνικού περιβάλλοντος. Από την άλλη, άλλοι ερευνητές ισχυρίζονται ότι η εκτίμηση περί ποιοτικής ή μη ζωής επαφίεται στο άτομο, χωρίς να προσδιορίζεται από μετρήσιμα και αντικειμενικά κριτήρια. Ωστόσο, έχουν διατυπωθεί και ορισμοί που λαμβάνουν υπόψιν τους τόσο αντικειμενικές, όσο και υποκειμενικές παραμέτρους. Έναν τέτοιο ορισμό αποτελεί εκείνος των Zautra και Goodhard (1979, όπ. αναφ. στους Οικονόμου κ.α., 2001), για τους οποίους ποιότητα ζωής σημαίνει *«να είναι η ζωή καλή και αξιολογείται με κριτήρια υποκειμενικά, αλλά και αντικειμενικά, που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών. Έγκυροι δείκτες για τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής είναι η υγεία, το φυσικό περιβάλλον, η ποιότητα του χώρου στέγασης και άλλες υλικές προϋποθέσεις»* (σ. 240). Ένας άλλος συγγραφέας, ο Lehman, ισχυρίζεται, πως παρά την ποικιλία των σημασιών που έχουν αποδοθεί στην έννοια, αυτή παρουσιάζει τρεις δομικές πτυχές, εκ των οποίων οι δύο πρώτες χαρακτηρίζονται αντικειμενικές, ενώ ο τρίτος δείκτης είναι υποκειμενικός. Πρόκειται για το εύρος των ικανοτήτων του ατόμου, το πλήθος των πόρων και των δυνατοτήτων που κατέχει, τον βαθμό της ψυχικής ευημερίας που διακρίνει το άτομο. Τέλος, θίγοντας τον όρο αποκλειστικά στο ιατρικό πλαίσιο, μνημονεύει όσες ανάγκες των ανθρώπων δεν έχουν ληφθεί υπόψη και καλυφθεί επαρκώς από τις δομές της υγείας και της πρόνοιας. Παρά το γεγονός της απουσίας μίας κοινώς αποδεκτής εννοιολογικής οριοθέτησης, η πλειοψηφία των πολιτών της Δύσης αντιλαμβάνεται με άνεση τον όρο και τις προεκτάσεις του. Ωστόσο, δεν αποδίδεται από όλους μία κοινή σημασία, ερμηνεύεται διαφορετικά ανάλογα τις επιδιώξεις, την ιδιοσυγκρασία και τα ενδιαφέροντά του ανθρώπου. Για παράδειγμα, ένας πολίτης εκτιμά την ποιότητα ζωής

βάσει των πολυτελειών που απολαμβάνει, ενώ ένας άλλος την υπολογίζει βάσει του χρόνου που έχει το περιθώριο να διαθέσει για τα μέλη της οικογένειάς του.

1.3.2 Εξέλιξη της έννοιας στο πέρασμα του χρόνου

Για να εντοπίσουμε τις απαρχές της αναφοράς της έννοιας, οφείλουμε να ανατρέξουμε στην αρχαιότητα, όπου ο -διατυπωμένος από τον Αριστοτέλη- όρος «ευδαιμονία» ισοδυναμούσε με αυτό που σήμερα αποκαλούμε «ποιότητα ζωής». Οι δύο αυτοί όροι εκφράζουν παρόμοιες έννοιες. Παρά το γεγονός, πως η ποιότητα ζωής συνιστά μία έννοια που θίχθηκε στο πλαίσιο των κοινωνικών επιστημών, στην πορεία βρήκε εφαρμογή και σε περαιτέρω επιστημονικούς χώρους, λόγω χάρη σε αυτόν της υγείας. Σήμερα, για τον προαναφερθέντα όρο ιδιαίτερο ενδιαφέρον εκδηλώνεται από τον χώρο της ψυχικής υγείας, ο οποίος επικεντρώνεται στην ψυχολογική ευημερία και την ικανοποίηση που αντλεί το εκάστοτε άτομο από τη ζωή του. Φερ' ειπείν, αν εξετάσουμε την περίπτωση της κατάθλιψης, αυτή ταυτίζεται με την ποιότητα ζωής που έχει πληγεί σοβαρά και βρίσκεται σε κάθοδο.

1.3.3 Κριτήρια ερμηνείας της έννοιας

Η ποιότητα ζωής ενός ατόμου δύναται να αξιολογηθεί βάσει προσωπικών κριτηρίων, αλλά και να καθοριστεί βάσει του υπολογισμού των εξωτερικών συνθηκών. Στην πρώτη περίπτωση υλοποιείται υποκειμενική όψη της έννοιας, ενώ στη δεύτερη η θεώρησή της κρίνεται αντικειμενική (Οικονόμου κ.α., 2001). Η εξέτασή της συντελείται από εργαλεία πολύπλευρης φύσεως, που λογαριάζουν, δηλαδή, πληθώρα πτυχών του βίου ενός ανθρώπου. Επί παραδείγματι, τέτοιες διαστάσεις αποτελούν οι προσωπικές, οικογενειακές, σεξουαλικές, επαγγελματικές σχέσεις, η οικονομική άνεση, η επαγγελματική αποκατάσταση, ο ελεύθερος χρόνος, η ψυχική υγεία (Οικονόμου κ.α., 2001). Δίχως αμφιβολία, και η σωματική μας υγεία -πέρα της ψυχικής- καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής μας (Κατσόγιαννου κ.α., 2025· Οικονόμου κ.α., 2001). Έχει υποστηριχθεί ότι πολλοί παράγοντες λογίζονται ως διαστάσεις του όρου «ποιότητα ζωής», ωστόσο οκτώ είναι συνολικά εκείνοι που έχουν λάβει επίσημη αναγνώριση σε διεθνές επίπεδο. Η ένωση αυτών καλύπτει στο έπακρο τον όρο. Πρόκειται για τη συναισθηματική ευημερία, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την υλική ευημερία, την προσωπική ανάπτυξη, τη σωματική ευημερία, την αυτοδιάθεση, την κοινωνική ένταξη, τα Δικαιώματα (Μαστορίδου, 2023).

Παρά το πλήθος των σημασιών που έχουν αποδοθεί στον όρο, είναι γεγονός πως η πλειοψηφία των ερευνητών θεωρεί ως κομβικότερο παράγοντα προσδιορισμού του την εκάστοτε προσωπική γνώμη, τοποθετώντας στο επίκεντρο τις προσωπικές αξίες, στάσεις, επιδιώξεις, συμπεριφορές των ανθρώπων, είτε εξετάζουμε την έννοια υπό οικονομικό, είτε υπό κοινωνικό, είτε υπό ψυχολογικό πρίσμα (Βοζικάκη κ.α., 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Μελετώμενος πληθυσμός

2.1 Το φαινόμενο της αναπηρίας

Το φαινόμενο της αναπηρίας συνιστά μία ιδιαίτερος κομβική πτυχή του εγχειρήματος αυτού, επομένως, κρίνεται σκόπιμο να αποδώσουμε το περιεχόμενό του. Δεν μπορούμε να την αποδώσουμε ως μία συμβατή κατάσταση, ούτε ως ένα ακόμα πρόβλημα υγείας. Σχετίζεται με τη φύση του ανθρώπου και όσα αυτή συνεπάγεται ως δυνατότητες ή δυσκολίες (Σπαπή κ.α., 2024). Κατά τον Σούλη (2008), αναφερόμαστε σε μία ιδιόμορφη κατάσταση, η οποία κρίνεται ευμετάβλητη και προκύπτει εξαιτίας, αφενός των προσωπικών στοιχείων που φέρει το κάθε άτομο και, αφετέρου των γνωρισμάτων των πλαισίων από τα οποία περιβάλλεται. Η ύπαρξή της οφείλεται στον συγκερασμό οργανικών και περιβαλλοντικών λόγων, οι οποίοι απορρέουν κομβικές δυσκολίες και στερήσεις στον βίο του ατόμου και σε πληθώρα πτυχών του, όπως είναι, λόγου χάρη, η αυτοεξυπηρέτηση, η εκπαίδευση και η επαγγελματική σταδιοδρομία (Σούλης, 2008). Περισσότερο από ένα δισεκατομμύριο άτομα ανά τον κόσμο παρουσιάζουν κάποια αναπηρία ή, αν το ερμηνεύσουμε διαφορετικά, σχεδόν ένας στους έξι ανθρώπους. Πιο συγκεκριμένα, υπολογίζεται πως πρόκειται για 1,3 δισεκατομμύριο ανθρώπους, οι οποίοι, μαζί με την αναπηρία τους, βιώνουν και πληθώρα φραγμών σε πολιτικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο. Οι προβλέψεις, μάλιστα, μόνο ευοίωνες δεν μπορούν να χαρακτηριστούν, καθώς παράγοντες δημογραφικής και επιδημιολογικής φύσεως προμηνύουν την αύξηση της προαναφερόμενης αναλογίας. Για παράδειγμα, το προσδόκιμο όριο ζωής αυξάνεται, η γήρανση του πληθυσμού επέρχεται φυσικά, ενώ πληθαίνουν οι χρόνιες ασθένειες που πλήττουν την ανθρωπότητα (Kim et al., 2025 ·Σπαπή κ.α., 2024).

2.1.1 Είδη αναπηρίας

Σήμερα διακρίνονται τα εξής είδη αναπηρίας:

- Οι σωματικές, στις οποίες περιλαμβάνονται αναπηρίες σχετικές με την κίνηση, η λέπρα, ο νανισμός και η δυστροφία των μυών
- Οι νοητικές αναπηρίες, στις οποίες εντάσσονται αναπηρίες συναφείς με τον λόγο και τη γλώσσα και οι αναπτυξιακές διαταραχές, όπως η Δ.Α.Φ. (Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος).
- Οι αισθητηριακές αναπηρίες, οι οποίες διακρίνονται επιμέρους στις οπτικές και τις ακουστικές. Πιο συγκεκριμένα, παραδείγματα οπτικών αναπηριών

αποτελούν η τύφλωση και η μερική απώλεια όρασης, ενώ ακουστικές αναπηρίες αποτελούν η κώφωση και η βαρηκοΐα. Αναφέρεται πως αρκετοί είναι εκείνοι που θεωρούν τις αισθητηριακές αναπηρίες πτυχή των σωματικών αναπηριών (Ποθητού, 2023).

- Οι αναπηρίες ψυχικής φύσεως ή αλλιώς ψυχικές διαταραχές. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτού του είδους των διαταραχών συνιστούν τα ακόλουθα:
 - Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή
 - Οι εθιστικές διαταραχές και όσες συνδέονται με ουσίες
 - Η διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή
 - Η Διασπαστική Διαταραχή Απορρύθμισης της Διάθεσης
 - Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας
 - Οι Διπολικές Διαταραχές (Ποθητού, 2023 · Χριστοπούλου κ.α., 2020)
- Οι πολλαπλές αναπηρίες, οι οποίες αποτελούν έναν συνδυασμό ορισμένων εκ των προαναφερόμενων ειδών αναπηρίας (Ποθητού, 2023).
- Τα προβλήματα λόγου και ομιλίας, τα οποία συνοδεύουν το άτομο καθ' όλο τον βίο του, συνιστούν μία αναπτυξιακή διαταραχή που συναντάται σχεδόν στο 7,5% του παγκόσμιου πληθυσμού. Φυσικά, δεν μιλάμε για μία συγκεκριμένη κατάσταση, παρά για πληθώρα προβλημάτων (Georgan, et al., 2023). Χαρακτηριστικές, μα όχι οι μοναδικές τέτοιου είδους διαταραχές αποτελούν ο τραυλισμός, η δυσφωνία, η αφασία, η δυσαρθρία, η λεκτική απραξία (Georgan et al., 2023· Liu, et al., 2024)

Στην προκειμένη περίπτωση, δηλαδή, στην έρευνα που διενεργείται, ο πληθυσμός που εξετάζεται αφορά όλα τα είδη των αναπηριών πλην της κατηγορίας της νοητικής αναπηρίας, καθώς τα άτομα που εμπίπτουν σε αυτήν την κατηγορία δεν είναι σε θέση να απαντήσουν τις ερωτήσεις του εργαλείου που αφορούν την παράμετρο της αυτοαντίληψης.

2.2 Οι χρόνιες παθήσεις

Οι χρόνιες παθήσεις ή, διαφορετικά, χρόνια νοσήματα αποτελούν έναν όρο, ο οποίος έχει προσεγγιστεί από ποικίλες οπτικές γωνίες. Βάσει διαφόρων ορισμών που έχουν αποδοθεί από διάφορους οργανισμούς, μία νόσος χαρακτηρίζεται ως χρόνια, όταν η διάρκειά της υπερβαίνει τους τρεις μήνες, κάποιο εμβόλιο ή φαρμακευτική αγωγή δεν μπορεί να την εξαλείψει, εξελίσσεται με αργό ρυθμό και δεν μπορεί να μεταδοθεί. Αυτά αποτελούν τα κυριότερα χαρακτηριστικά που καθιστούν μία νόσο χρόνια. Τις

σημαντικότερες και ευρέως γνωστές χρόνιες παθήσεις αποτελούν η υπέρταση, ο διαβήτης, ο καρκίνος, το άσθμα, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, χωρίς, φυσικά, να είναι οι μοναδικές. Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός, πως ευθύνονται για την απώλεια δεκάδων εκατομμυρίων ανθρώπων ανά έτος (Σπυριδάκη κ.α., 2019).

2.3 Μοντέλα κατανόησης αναπηρίας

Ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία, προκειμένου να εξηγηθεί το φαινόμενο της αναπηρίας, κυριαρχούν δύο ειδών μοντέλα. Το πρώτο είναι το ιατρικό-βιολογικό, το οποίο δέχθηκε σφοδρή κριτική με το πέρασ του χρόνου και προβάλλει, αφενός, την αναπηρία ως μία προσωπική προβληματική κατάσταση και, αφετέρου, το άτομο που τη φέρει ως παθητικό δέκτη. Το δεύτερο μοντέλο που αποπειράται να εξηγήσει το φαινόμενο της αναπηρίας είναι το κοινωνικο-οικοσυστημικό. Ως συγγραφέας, υιοθετώ σαφώς το δεύτερο και σε αυτό πρόκειται να αναφερθώ εκτενέστερα. Το μοντέλο αυτό εγκολπώνεται και η συντριπτική πλειοψηφία εκείνων που καταπιάνονται και κινούνται μέσα στο πλαίσιο της εκπαίδευσης των ατόμων με αναπηρία. Ενδεικτική της ευρείας απόρριψης που έχει εισπράξει το ιατρικό-βιολογικό μοντέλο από την κοινότητα των ατόμων με αναπηρία αποτελεί η κίνηση του Π.Ο.Υ. να ανασκευάσει και να διατυπώσει ένα νέο σύστημα ταξινόμησης της αναπηρίας. Η εν λόγω τροποποίηση, η οποία συνέβη πριν από 25 χρόνια, πραγματοποιεί ιδιαίτερη μνεία στην πτυχή της λειτουργικότητας, η οποία θα επεξηγηθεί σε επόμενη ενότητα (Σούλης, 2008).

2.3.1 Κοινωνικό μοντέλο

Εν αντιθέσει με το ιατρικό/βιολογικό μοντέλο, στο οποίο ελαχίστη σημασία κατείχαν οι κοινωνικές συνθήκες και τα προσωπικά γνωρίσματα του κάθε ατόμου, το κοινωνικό μοντέλο εξετάζει το φαινόμενο της αναπηρίας σε συνάρτηση με το περιβάλλον εντός του οποίου αυτή (σ.σ. η αναπηρία) αναπτύσσεται. Δεν αποθέτει στο ίδιο το άτομο την ευθύνη για τη δεινή θέση του, αλλά υπογραμμίζει τις συνθήκες-τροχοπέδες που διακρίνουν την κοινωνία και κρίνει πως αυτή μεσολαβεί για την προβολή της αναπηρίας ως μία ιδιάζουσα προβληματική κατάσταση. Η κοινωνία είναι αυτή που περιθωριοποιεί το άτομο, εξαιτίας των ιδεολογιών που φέρει, των πρακτικών που εφαρμόζει και των πολιτικών που έχει καθιερώσει. Το περιβάλλον είναι εκείνο που επιφορτίζεται με το μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης, αυτό αποτελεί τον παράγοντα «Χ», που θα διαμορφώσει την αντίληψη του ατόμου για τα ξεχωριστά τα -αποκλίνοντα του φυσιολογικού- χαρακτηριστικά του και την τάση του -ή μη- να συμμετέχει στα

δρώμενα της κοινωνίας. Η κοινωνία -και οι δομές αυτής- αποδοκιμάζεται, όταν αδυνατεί να εξασφαλίσει την παρουσία όλων εκείνων των απαραίτητων συνθηκών για να είναι εγγυημένη η εύρυθμη και ομαλή ενσωμάτωση των ατόμων με αναπηρία, γιατί με τον τρόπο αυτό το άτομο βιώνει σφοδρά την εκάστοτε αναπηρία του.

Για παράδειγμα, ας σχολιάσουμε την περίπτωση ενός ατόμου με κινητικά προβλήματα και πώς αυτός μπορεί να αντιλαμβάνεται την κατάστασή του. Εάν αυτός ο άνθρωπος δραστηριοποιείται εντός ενός περιβάλλοντος του οποίου οι δομές φέρουν την κατάλληλη μορφή, ώστε να είναι προσβάσιμες, δεν θα αισθανθεί πως μειονεκτεί. Το αντίθετο αναμένεται να νιώσει, σε περίπτωση που ο περίγυρός του δεν του παρέχει τον απαραίτητο εξοπλισμό κίνησης και δεν έχει επιδιώξει να καταστήσει κατάλληλες τις δομές δράσης του ατόμου. Στα εμπόδια που απορρέει η σύνθεση της κοινωνίας εντοπίζεται η ρίζα του προβλήματος και όχι στην ιδιόμορφη φύση των ατόμων με αναπηρία, ενώ στηλιτεύονται οι τάσεις διακρίσεων και περιθωριοποιήσεων.

Έτσι, η οπτική του κοινωνικού μοντέλου θίγει άμεσα μία παράμετρο του παρόντος εγχειρήματος, αυτή της αυτοαντίληψης. Όπως προαναφέρθηκε, το άτομο αντιλαμβάνεται την κατάστασή του αναλόγως τον τρόπο που του συμπεριφέρεται η κοινωνία και τη στήριξη που εισπράττει από εκείνη (Kim et al., 2025 · Σούλης, 2008).

2.4 Η έννοια της λειτουργικότητας

Η λειτουργικότητα συνιστά μία έννοια σχετική με τον βίο των ανθρώπων, των εχόντων ή μη αναπηρία και αφορά τη δυνατότητά τους να διάγουν έναν ενεργητικό βίο, ο οποίος περιλαμβάνει πληθώρα δραστηριοτήτων και την ικανότητα διεκπεραίωσης ποικίλων ενεργειών και καθηκόντων. Για να μπορεί το άτομο να ανταποκριθεί στην παραπάνω καθημερινότητα, απαιτείται η απρόσκοπτη συμμετοχή σώματος και νου, γεγονός που συνεπάγεται μία παράλληλη σχέση της υγείας του ατόμου με το πλήθος των δεξιοτήτων που κατέχει σε προσωπικό επίπεδο, προκειμένου να αντιμετωπίζονται ικανοποιητικά οι απαιτήσεις του περιβάλλοντος (Παπαδοπούλου, 2024).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ανασκόπηση βιβλιογραφίας

3.1 Μελέτες για την αυτοαντίληψη ατόμων με αναπηρία

Η αυτοαντίληψη σημειώνεται ως ένας εξαιρετικά κομβικός παράγοντας της ζωής των ατόμων με αναπηρία, καθώς το μέγεθος αυτής (σ.σ. της αυτοαντίληψης) συμπαρασύρει αντιστοίχως και την ποιότητα ζωής των ανθρώπων αυτών (Alhumaid & Said, 2023· Satici et al., 2023), καθώς και την ψυχική τους υγεία (Alhumaid & Said, 2023). Οι ενήλικες που παρουσιάζουν κάποια αναπηρία, είτε μιλάμε για δυσκολίες που έχουν διαγνωστεί επισήμως, είτε ατύπως από τα ίδια τα άτομα, εμφανίζουν μειωμένη αυτοαντίληψη και διακατέχονται από αισθήματα κατωτερότητας. Η μειωμένη αυτοαντίληψη απορρέει κατά κύριο λόγο από τη γνώμη και την εντύπωση που έχουν σχηματίσει εξαιτίας των σχετικών προβλημάτων τους. Αντιθέτως, τα άτομα που δεν διακρίνονται από κάποια αναπηρία διακρίνονται από ισχυρότερη αυτοαντίληψη (Rathbone & Wilmut, 2025· Satici et al., 2023· Xie et al., 2022). Η αναπηρία αυτή καθ' αυτή δεν καθορίζει εξ ολοκλήρου την αντίληψη που φέρει το άτομο για τον εαυτό του, μα κρίνεται υψίστης σημασίας και το μέγεθος της αναπηρίας. Όσο σφοδρότερη είναι η αναπηρία, δηλαδή το έλλειμμα που διακατέχει έναν άνθρωπο, τόσο μεγαλύτερο είναι το πλήγμα για την αυτοαντίληψή του (Satici et al., 2023). Κομβικός είναι ο ρόλος της στάσης που φέρει ένα άτομο έναντι της ίδιας του της αναπηρίας, καθώς όσο θετικότερη είναι αυτή, ή αλλιώς όσο περισσότερη γίνεται αποδεκτή η εκάστοτε αναπηρία, τόσο περισσότερο εξαλείφονται τυχόν συμπλέγματα κατωτερότητας (Rezapour Mirsaleh et al., 2024· Jung et al., 2022). Το φύλο των ατόμων φάνηκε να διαφοροποιεί τη μεταβλητή της αυτοαντίληψης, όπως και το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι άντρες παρουσίασαν υψηλότερου βαθμού αυτοαντίληψη, καθώς και εκείνοι που διέθεταν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (Alhumaid & Said, 2023). Πλην αυτών, στοιχείο που φάνηκε να διαφοροποιεί την αυτοαντίληψη των ατόμων με αναπηρία αποτελεί η δυνατότητα χρήσης μίας συσκευής ή ενός πιο σύνθετου βοηθήματος, όπως ένα αναπηρικό καροτσάκι ή ένα ακουστικό βαρηκοΐας, που παρέχει στο άτομο τη δυνατότητα να αντιπαρέρχεται ή περιορίζει την επίδραση της αναπηρίας. Το στοιχείο αυτό αποτελεί ένα γνώρισμα που δύναται να αυξήσει την αυτοαντίληψη των ατόμων αυτών. Όταν αυτή η βοήθεια εξέλπει, τότε τα άτομα παρουσίασαν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση (Alhumaid & Said, 2023· Satici et al., 2023). Τέλος, δεν φάνηκε ο παράγοντας της ηλικίας να ασκεί κάποια επίδραση στην αυτοαντίληψη των ατόμων με αναπηρία (Rathbone & Wilmut, 2025).

3.2 Μελέτες για την ψυχική υγεία ατόμων με αναπηρία

Η ψυχική υγεία των ατόμων με αναπηρία φαίνεται να είναι σαφώς πιο ευάλωτη από των μη έχοντων αναπηρία ατόμων, καθώς φαίνεται να αναπτύσσουν περισσότερο άγχος, τείνουν ευκολότερα προς την κατάθλιψη, καθώς και σε άλλες καταστάσεις που υποδηλώνουν ψυχολογική δυσφορία (Koenig et al., 2024· Kersey et al., 2024· Solís García et al., 2024· Holm et al., 2023· Xie et al., 2022). Αυτή αποτελεί μία διαπίστωση που επιβεβαιώνεται και από την υψηλότερη χρήση σχετικών με την ψυχική υγεία υπηρεσιών και συχνά οφείλεται στην εχθρική αντιμετώπιση, την οποία δέχεται ο πληθυσμός αυτός. Ακόμα, ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί η τάση των ατόμων με αναπηρία να τοποθετούν συχνότερα αρνητικό πρόσημο δίπλα από την υγεία τους σε σύγκριση με τους μη έχοντες αναπηρία. Αξιολογούσαν την υγεία τους, δηλαδή, πιο αδύναμη καθ' αυτούς (Xie et al., 2022). Βάσει της βιβλιογραφίας που ανασκοπήθηκε, αρκετοί φαίνεται να είναι οι δημογραφικοί παράγοντες που διαφοροποιούν στην ψυχολογική κατάσταση των ενηλίκων με αναπηρία, όπως η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης που διαθέτει κάποιος, το ύψος του εισοδήματος, το φύλο, η οικογενειακή και η επαγγελματική κατάσταση. Επεξηγώντας περαιτέρω τη διαφορά που παρατηρήθηκε βάσει των άνωθεν παραγόντων, πιο ευάλωτοι αναφορικά με την ψυχική τους υγεία φέρονται να είναι οι νεότεροι σε ηλικία άνθρωποι (Kersey et al., 2024· Holm et al., 2023). Παράγοντες οι οποίοι φαίνεται να ευθύνονται για την υπονόμευση της ψυχικής υγείας αυτών των ανθρώπων είναι γεγονότα, όπως η ολοκλήρωση κάποιου/ων εκπαιδευτικού/ών κύκλου/ων, η δυσκολία ανεύρεσης εργασίας και η μείωση των διαπροσωπικών επαφών (Holm et al., 2023). Επίσης, περισσότερο εκτεθειμένοι είναι εκείνοι που έχουν ολοκληρώσει χαμηλότερη βαθμίδα εκπαίδευσης, οι ανύπαντροι/ες, καθώς και τα άτομα που δεν διαθέτουν κάποια επαγγελματική απασχόληση, κοινώς οι άνεργοι (Kersey et al., 2024). Επίσης, πλήττονται περισσότερο όσοι παρουσιάζουν χαμηλό εισόδημα (Koenig et al., 2024· Kersey et al., 2024), ενώ τα άτομα που ανήκαν στο γυναικείο φύλο παρουσίασαν μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία συγκριτικά με τους άνδρες (Solís García et al., 2024· Kersey et al., 2024).

3.3 Μελέτες για την ποιότητα ζωής ατόμων με αναπηρία

Η έννοια της ποιότητας ζωής καθίσταται άκρως κομβική για όλους τους ανθρώπους, μα ακόμα περισσότερο για όσους φέρουν κάποια αναπηρία. Ο λόγος που κατέχει ακόμα πιο βαρύνουσα σημασία για τον πληθυσμό αυτό οφείλεται στη φύση του φαινομένου της αναπηρίας, το οποίο πολλές φορές συνεπάγεται περιορισμένη πρόσβαση και

ευκαιρίες σε ποικίλα πεδία, γεγονός που απορρέει αντίστοιχα προβλήματα, κατά κύριο λόγο οικονομικά και κοινωνικά (Nanthamongkolchai et al., 2022). Ήταν ευρεία η τάση των ατόμων αυτών να δηλώνουν πως βιώνουν υποδεέστερη ποιότητα ζωής εν συγκρίσει με όσους δεν έχουν κάποιον αντίστοιχο περιορισμό (Rathbone & Wilmot, 2025· Holm et al., 2023· Grabowska, 2022· Lindgren Westlund & Jong, 2022· Emerson & Llewellyn, 2022). Στοιχεία τα οποία φαίνεται να επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία είναι το στρες, η νωχελική φυσική δραστηριότητα, καθώς και το προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον (Kim et al., 2024). Η ποιότητα ζωής βρέθηκε ότι καθορίζεται σημαντικά από την αντίληψη που φέρει το άτομο με αναπηρία για τον ίδιο του τον εαυτό. Όσο καλύτερη είναι αυτή, τόσο θετικότερο το πρόσημο που τοποθετούν δίπλα από την ποιότητα ζωής τους (Nanthamongkolchai et al., 2022). Κομβικός είναι ο οικονομικός παράγοντας, καθώς άνθρωποι με χαμηλή οικονομική ισχύ αποτελούν άτομα με χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Emerson & Llewellyn, 2022· Lindgren Westlund & Jong, 2022), ενώ το ίδιο ισχύει και για το επίπεδο εκπαίδευσης του ατόμου με αναπηρία -όσο χαμηλότερο είναι αυτό που έχει διεκπεραιώσει, τόσο χαμηλότερη είναι και η ικανοποίηση από τον βίο του (Emerson & Llewellyn, 2022). Επιδραστικός είναι και ο ρόλος της ηλικίας βάσει της οποίας ικανοποιημένοι περισσότερο από τη ζωή τους είναι οι νεότεροι άνθρωποι, οι οποίοι παρουσιάζουν μεγαλύτερη προθυμία περιθάλψης του εαυτού τους (Emerson & Llewellyn, 2022· Nanthamongkolchai et al., 2022). Ανασταλτική είναι και η παρουσία περαιτέρω αναπηριών, καθώς άνθρωποι με πρόσθετες αναπηρίες αποτελούν άτομα με χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Lindgren Westlund & Jong, 2022). Τέλος, ακόμα ένας δημογραφικός παράγοντας ο οποίος φάνηκε να επιδρά σημαντικά στην ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία είναι η εργασιακή τους κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, ήταν οι άνεργοι εκείνοι που δήλωσαν λιγότερο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους (Kim et al., 2024).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Μεθοδολογία της έρευνας

4.1 Ερευνητικός σχεδιασμός και συλλογή δείγματος

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε συγχρονικό σχέδιο, το οποίο διακρίνεται από κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Στο πλαίσιο αυτό δεν ερευνούμε μία μονάδα, αλλά ένα σύνολο, το οποίο εξετάζεται ως προς κάποιες συγκεκριμένες παραμέτρους. Η έρευνα διεξάγεται εντός μίας συγκεκριμένης περιόδου, γεγονός που συνεπάγεται ταυτόχρονη συλλογή όλων των δεδομένων. Με τον εξής πειραματικό σχεδιασμό είναι εφικτό να διαπιστώσουμε συσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές, δίχως, ωστόσο, να μπορούμε να ισχυριστούμε, εάν αυτές είναι αιτιώδους φύσεως. Παραδείγματος χάρη, μπορεί η ηλικία να σχετίζεται με την ψυχική υγεία, ωστόσο δεν είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε, εάν ο παράγοντας της ηλικίας συνιστά αίτιο της θετικής ψυχικής υγείας. Είναι πιθανόν να μεσολαβούν επιμέρους παράγοντες (Bryman, 2017).

Προκειμένου να συλλεχθεί ολόκληρο το ερευνητικό υλικό, χρειάστηκε ένα χρονικό διάστημα τεσσάρων μηνών λόγω της ιδιαιτερότητας του πληθυσμού των ατόμων με αναπηρία. Ο ήδη περιορισμένος πληθυσμός περιορίστηκε περαιτέρω από τη στιγμή που αποκλείστηκαν από τον πληθυσμό-στόχο όσα άτομα παρουσίαζαν νοητική αναπηρία, έστω και στον μικρότερο δυνατό βαθμό. Η διανομή του ερευνητικού εργαλείου ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2025 και ολοκληρώθηκε στα τέλη του Ιανουαρίου του 2026. Το ερευνητικό εργαλείο απευθυνόταν σε ενήλικα άτομα με αναπηρία και σε ενήλικα άτομα δίχως αναπηρία. Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν μέσω του εισαγωγικού σημειώματος που βρίσκεται πριν την έναρξη των ερωτήσεων για τον ανώνυμο χαρακτήρα της έρευνας και την αδιαπραγμάτευτη προστασία των προσωπικών τους δεδομένων. Αναφορικά με τον πληθυσμό των ατόμων με αναπηρία, διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια, είτε εντύπως, είτε ηλεκτρονικά σε συλλόγους, οργανισμούς, φορείς, δομές, όπως η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, ο Πανελλήνιος Σύνδεσμος Τυφλών και η Ένωση Κωφάλαλων Ελλάδας. Η αποστολή του ερευνητικού εργαλείου δεν υπόκειντο σε κάποιον γεωγραφικό περιορισμό. Για την απόσπαση των απαντήσεων του πληθυσμού των ατόμων με αναπηρία ολόκληρο το δείγμα προήλθε από το φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον του

ερευνητή, απευθυνόμενος αποκλειστικά σε οικεία πρόσωπα, συνθήκη επαρκής για τη συσσώρευση του επιθυμητού αριθμού απαντήσεων.

Με τον όρο «δειγματοληψία» αναφερόμαστε στην επιλογή ενός αριθμού ατόμων, τα οποία ανήκουν σε έναν πληθυσμό, όπου ανήκουν όλοι οι πιθανοί συμμετέχοντες. Φερ' ειπείν, εάν διερευνήσουμε τις απόψεις των Ελλήνων επαγγελματιών ποδοσφαιριστών περί της δυσκολίας του επαγγέλματος, ο πληθυσμός θα περιλαμβάνει όλους τους Έλληνες επαγγελματίες ποδοσφαιριστές, είτε αγωνίζονται στην Ελλάδα, είτε στο εξωτερικό. Οι μέθοδοι δειγματοληψίας διακρίνονται σε πιθανοτικές και μη. Στις μεθόδους που υπάγονται στην πρώτη κατηγορία ο ερευνητής γνωρίζει εκ των προτέρων την πιθανότητα που έχει κάθε μέλος του πληθυσμού να αποτελέσει μέρος του δείγματος, ενώ σε αυτές που ανήκουν στη δεύτερη κατηγορία η αντίστοιχη πιθανότητα είναι άγνωστη.

4.1.1 Δειγματοληψία

Το είδος της δειγματοληψίας στο οποίο βασίστηκε η συγκεκριμένη ερευνητική εργασία είναι η μη πιθανοτική. Παρόλο που η πιθανοτική δειγματοληψία υπερτερεί της μη πιθανοτικής, παρουσιάζει περισσότερες απαιτήσεις, οι οποίες σχετίζονται με τον χρόνο και το κόστος της έρευνας. Έτσι, παρόλο που μπορεί να εγγυηθεί σε μεγαλύτερο βαθμό τη γενίκευση των ευρημάτων στον ερευνώμενο πληθυσμό, πολλές φορές προτιμώνται μη πιθανοτικές προσεγγίσεις, κυρίως προς εξοικονόμηση χρόνου. Πιο συγκεκριμένα, για τον πρώτο πληθυσμό, των ατόμων που φέρουν κάποια αναπηρία, εφαρμόστηκε δειγματοληψία σκοπιμότητας μέσω της προσέγγισης συλλόγων και φορέων στους κόλπους των οποίων ανήκουν άτομα συμβατά με τον συγκεκριμένο πληθυσμό. Στο πλαίσιο της σκόπιμης δειγματοληψίας, οι ερευνητές οργανώνουν τις υποθέσεις και τις επιμέρους πτυχές της έρευνάς τους, ορίζουν τα χαρακτηριστικά που επιθυμούν να έχει το δείγμα τους και βάσει αυτών προσανατολίζονται στην αναζήτηση των υποψήφιων ερωτώμενων. Πιθανολογούν πως τα χαρακτηριστικά των ερωτώμενων θα συνεισφέρουν σημαντικά στην ομαλή κάλυψη των ερευνητικών ερωτημάτων. Για τον πληθυσμό των ατόμων δίχως αναπηρία εφαρμόστηκε δειγματοληψία ευκολίας, καθώς ολόκληρο το ερευνητικό δείγμα προήλθε αποκλειστικά από τον κοντινό κύκλο του ερευνητή, ο ίδιος ερχόταν σε επαφή με τα μέλη. Η δειγματοληψία ευκολίας ανήκει, επίσης, στις μη πιθανοτικές προσεγγίσεις. Αυτή η περίπτωση συνεπάγεται ότι ο ερευνητής στηρίζεται σε μέλη του πληθυσμού, προκειμένου να συγκεντρώσει τα δεδομένα της έρευνάς του, τα οποία, αφενός είναι εφικτότερο να προσεγγιστούν και

αφετέρου εκφράζουν μεγαλύτερη προθυμία να λάβουν μέρος στην έρευνα (Γαλάνης, 2017).

4.2 Σκοπός της έρευνας-Ερευνητικά ερωτήματα

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η αυτοαντίληψη αναδεικνύεται ως ένας εξαιρετικά κομβικός παράγοντας για την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία. Η μειωμένη εικόνα του εαυτού οδηγεί σε αισθήματα κατωτερότητας που πλήττουν την ευημερία του ατόμου. Τονίζεται και ο ρόλος του περιβάλλοντος, αλλά και των προσωπικών στοιχείων αναφορικά με τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής ενός ατόμου. Προσωπικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν.

Το παρόν ερευνητικό εγχείρημα φέρει ως κύρια στόχευση τη διερεύνηση της επίδρασης της αυτοαντίληψης στην ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία. Ύστερα, διαρθρώνονται επιμέρους ερευνητικές επιδιώξεις. Επιδιώκεται να διερευνηθεί η επίδραση της ψυχικής υγείας των ατόμων με αναπηρία στην ποιότητα ζωής τους, εξετάζεται ποια είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τις τρεις εξεταζόμενες πτυχές του ερευνητικού εγχειρήματος, καθώς και πώς διαφοροποιούνται αυτές οι πτυχές, δηλαδή η αυτοαντίληψη, η ψυχική υγεία και η ποιότητα ζωής των ατόμων βάσει παραμέτρων που σχετίζονται με την αναπηρία τους, όπως το είδος, η σοβαρότητα, το χρονικό διάστημα και η χρήση ή μη υποστηρικτικού εξοπλισμού.

Έτσι, καταλήγουμε τη διάρθρωση των κάτωθι ερευνητικών ερωτημάτων, τα οποία και επιδιώκεται να απαντηθούν:

1. Ποια είναι η σχέση της αυτοαντίληψης, της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία;
2. Διαφέρει η αυτοαντίληψη, η ψυχική υγεία και η ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία βάσει πτυχών σχετικών με την αναπηρία τους;
3. Ποια δημογραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την αυτοαντίληψη, την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία;
4. Εντοπίζονται διαφορές ανάμεσα στα άτομα με ή δίχως αναπηρία ως προς τις εξεταζόμενες παραμέτρους;

4.3 Ερευνητικό εργαλείο

Προκειμένου να υλοποιηθεί η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων αξιοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο. Πριν από την παράθεση των ερωτήσεων υπάρχει ένα πεδίο εισαγωγικής πληροφόρησης καθώς επίσης παρέχεται και η ηλεκτρονική διεύθυνση του ερευνητή.

4.3.1 Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων

Αρχικά, διανεμήθηκε στους συμμετέχοντες ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων προκειμένου να προσδιοριστούν τα ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο απευθυνόταν στα άτομα με ή δίχως αναπηρία και περιελάμβανε στο σύνολο 14 ερωτήσεις σχετικές με πληροφορίες προσωπικές (ύπαρξη αναπηρίας, φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, είδος περιοχής, αριθμός μελών σπιτιού, εργασιακή κατάσταση, μηνιαίο εισόδημα, εθισμός σε καθημερινή συνήθεια) καθώς και πληροφορίες σχετικές με την αναπηρία (είδος, χρονικό διάστημα, σοβαρότητα, χρήση εξοπλισμού).

4.3.2 Ψυχομετρικά εργαλεία

Το τελικό ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στο πλαίσιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας απαρτίζεται, αρχικά, από ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων. Πλην των δημογραφικών ερωτήσεων, για τον σχηματισμό του τελικού ερωτηματολογίου ενσωματώσαμε τρεις κλίμακες μέτρησης: της ψυχικής υγείας, της αυτοαντίληψης ατόμων και της ποιότητας ζωής. Πιο συγκεκριμένα, πρόκειται για τα εξής -κατά αντιστοιχία- ερευνητικά εργαλεία: το GHQ-28 (General Health Questionnaire) των Goldberg και Hillier, το SPPA (Self-Perception Profile for Adults) των Messer & Harter και το QOLS (Quality of Life Scale) των Burckhardt & Anderson. Φυσικά, και οι τρεις προαναφερθείσες κλίμακες μέτρησης έχουν σταθμιστεί και χαρακτηρίζονται από εγκυρότητα.

4.3.2.1 General Health Questionnaire [GHQ-28]

Συνιστά ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο εξετάζει την ψυχοκοινωνική ευημερία και έχει ως στόχευση να ανιχνεύσει τυχόν ήπιες ψυχικές διαταραχές και συμπτώματα. Απευθύνεται στον γενικό πληθυσμό, ενώ η χρήση του είναι ευρεία και υλοποιείται σε διεθνή βάση. Είναι προσαρμοσμένο και σταθμισμένο στα Ελληνικά, ενώ το περιεχόμενό του συνίσταται σε 28 ερωτήσεις, όπως εύκολα κάποιος μπορεί να υποθέσει και από την ονομασία του. Οι ερωτήσεις του κατανέμονται σε τέσσερις

επιμέρους κλίμακες ισομερώς, που σημαίνει ότι κάθε κλίμακα απαρτίζεται από επτά ερωτήσεις. Τις κλίμακες αποτελούν οι ακόλουθες:

- ✓ Σωματικά συμπτώματα
- ✓ Άγχος και αϋπνία
- ✓ Κοινωνική δυσλειτουργία
- ✓ Σοβαρή κατάθλιψη

Από τις προαναφερθείσες κλίμακες εξάγεται ένα αποτέλεσμα που μας απεικονίζει τη γενική ψυχική υγεία που διέπει το άτομο. Οι ερωτήσεις χαρακτηρίζονται κλειστού τύπου, αφού στο άτομο προσφέρονται πολλαπλές επιλογές -«καθόλου», «όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως», «μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως», «πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως»- εκ των οποίων επιλέγεται η μία (Σταμούλη κ.α., 2020). Σύμφωνα με το καθιερωμένο σύστημα βαθμολόγησης του εργαλείου, το σύστημα Likert, οι 28 απαντήσεις του ερωτώμενου αθροίζονται, σύμφωνα με τους βαθμούς που αντιστοιχούν σε κάθε επιλογή (0-3). Έτσι, γίνεται αντιληπτό ότι το εύρος της βαθμολογίας είναι 0-84. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία που συγκέντρωσε ένας ερωτώμενος, τόσο πιο επιδεινωμένη είναι η ψυχική του υγεία. Εάν κάποιο άτομο συγκεντρώσει βαθμολογία ίση με 23 μονάδες ή μικρότερη, τότε το προφίλ του ατόμου κρίνεται ως «μη ψυχιατρικό». Αντιθέτως, εάν υπερβαίνει αυτό το νούμερο, τότε το προφίλ χαρακτηρίζεται ως «ενδεχομένως ψυχιατρικό» (Hjelle et al., 2019).

4.3.2.2 *Self-Perception Profile for Adults [SPPA]*

Το εξής ερωτηματολόγιο επιδιώκει να αποτυπώσει τον τρόπο που τα άτομα προσδιορίζουν τον εαυτό τους αναφορικά με έντεκα πτυχές του βίου τους. Αυτές οι έντεκα πτυχές έχουν προσδιοριστεί από τους δημιουργούς του εργαλείου ως σημαντικές. Μία ακόμα επιδίωξη του παρόντος εργαλείου αποτελεί η αποτύπωση της γενικότερης αυτοαξιολόγησης των ερωτώμενων. Το περιεχόμενό του αποτελούν 50 προτάσεις, οι οποίες επιδιώκουν να περιγράψουν δώδεκα πτυχές της έννοιας του εαυτού (έντεκα για την πρώτη επιδίωξη που αναφέραμε και μία για τη συνολική αυταξία). Τις εν λόγω πτυχές αποτελούν οι ακόλουθες:

- Οι κοινωνικοί δεσμοί
- Το ενδιαφέρον και η φροντίδα των άλλων
- Η επαφή με τον αθλητισμό
- Η εξωτερική εμφάνιση
- Οι ηθικές πεποιθήσεις

- Το επάγγελμα
- Το χιούμορ
- Ο βαθμός ευφυΐας
- Οι προσωπικές σχέσεις
- Η διαχείριση των οικιακών ζητημάτων
- Η συνέπεια στην προσφορά στον διπλανό τους

Κάθε θεματική περιοχή περιλαμβάνει τέσσερις προτάσεις, δηλαδή 44 προτάσεις αφορούν έντεκα προαναφερθείσες περιοχές και άλλες έξι αφορούν το πλαίσιο της αυταξίας. Έτσι, καταλήγουμε στο σύνολο των προτάσεων. Το θέμα κάθε πρότασης διατυπώνεται με δύο εναλλακτικές, η μία εκ των οποίων περιλαμβάνει άρνηση, ώστε η απάντηση του ατόμου να μην αλλοιώνεται από εκείνο που θα επιθυμούσε ή από εκείνο που προβάλλουν ως ιδανικό οι κοινωνικές επιταγές. Δηλαδή, το άτομο πρώτα καλείται να επιλέξει την εκδοχή της πρότασης που το εκφράζει (με άρνηση ή με κατάφαση) και ύστερα καλείται να επιλέξει τον βαθμό (μερικό ή ολικό) στον οποίο ισχύει για τον εαυτό του. Κάθε απάντηση μπορεί να λάβει βαθμό από 1 έως 4. Η μέγιστη βαθμολογία (4) συνεπάγεται τη θετικότερη αυτοαξιολόγηση του ατόμου. Σημειώνεται το εξής σημαντικό: Τα μισά ερωτήματα εκκινούν με θετική χροιά, συνεπάγονται, δηλαδή, κάποια ικανότητα ή πληρότητα, ενώ τα άλλα μισά εκκινούν με μία αρνητική δήλωση. Επομένως, αντιλαμβανόμαστε ότι η φορά των βαθμολογιών δεν είναι ίδια, γιατί, έτσι, δεν θα μπορούσε να προκύψει μία ομαλή βαθμολογία/εικόνα αυτοαντίληψης. Στην πρώτη περίπτωση, που η πρόταση εκκινεί με θετική περιγραφή, η φορά βαθμολόγησης είναι «4,3,2,1», ενώ στην αντίθετη περίπτωση η φορά είναι αύξουσα, δηλαδή «1,2,3,4» (Messer & Harter, 2012).

Υπάρχει, όμως, μία διαφοροποίηση συγκριτικά με το προηγούμενο εργαλείο. Το ερωτηματολόγιο GHQ-28 προβλέπει ένα συγκεκριμένο νούμερο, το οποίο διαμορφώνει τον χαρακτηρισμό του ερωτώμενου ως προς την ψυχική του υγεία, εάν η βαθμολογία αυτού το υπερέβαινε ή όχι. Από την άλλη, στο εργαλείο των Messer & Harter απουσιάζουν τα λεγόμενα cutt-offs (ή αλλιώς threshold), δηλαδή όρια που καθορίζουν τον χαρακτηρισμό της βαθμολογίας ενός ερωτώμενου. Η απουσία αυτή δεν συνιστά απαραίτητα μειονέκτημα. Μπορούμε να αξιοποιήσουμε εναλλακτικές για να καταλήξουμε σε συμπέρασμα επί των τιμών που συνεπάγονται χαμηλή, μέτρια ή υψηλή αυτοαντίληψη.

Μία πολύ σημαντική επισήμανση αφορά την επιλογή του ερευνητή να μην αξιοποιήσει όλες τις ερωτήσεις του παρόντος ερευνητικού εργαλείου, παρά μόνο τις έξι τελευταίες που συνιστούν αντιπροσωπευτικές όλων των παραπάνω.

4.3.2.3 *Quality of Life Scale [QOLS]*

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει συνολικά 16 ερωτήσεις. Αυτές θίγουν διάφορες πτυχές της ποιότητας ζωής, οι οποίες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ενδεικτικά στους εξής τομείς: υλική και φυσική ευημερία, διαπροσωπικές σχέσεις, κοινωνικές δραστηριότητες, αξιοποίηση ελεύθερου χρόνου, προσωπικές ελευθερίες, ατομική ανέλιξη. Το άτομο απαντά κάθε ερώτηση, επιλέγοντας ανάμεσα σε πολλαπλές (7) απαντήσεις, όπου ελάχιστος βαθμός θεωρείται το 1, το οποίο ταυτίζεται με την επιλογή «πολύ ευχαριστημένος» και μέγιστος το 7, το οποίο συνεπάγεται την επιλογή «πολύ δυσαρεστημένος». Οι 16 απαντήσεις του ερωτώμενου αθροίζονται βάσει των βαθμών που αντιστοιχούν σε κάθε επιλογή, με το ένα να συνιστά τη μεγαλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής και το 7 τη μικρότερη. Έτσι, τη μεγαλύτερη ποιότητα ζωής απολαμβάνει ένα άτομο που συγκεντρώνει 16 μονάδες, ενώ η μικρότερη δυνατή ποιότητα ζωής αντανακλάται στη βαθμολογία 112 ($16 \cdot 7$) (Burckhardt & Anderson, 2003).

Και το ερωτηματολόγιο των Burckhardt & Anderson παρουσιάζει το στοιχείο της απουσίας προκαθορισμένων τιμών διάκρισης επιπέδων, το οποίο θα εξηγήσουμε στη συνέχεια πώς θα το αντιπαρέλθουμε.

4.4 Θεωρητικό μέσο της κλίμακας

Με δεδομένη την απουσία προκαθορισμένων τιμών διάκρισης για την κατηγοριοποίηση των επιπέδων των μεταβλητών της αυτοαντίληψης και της ποιότητας ζωής, επιλέγεται η χρήση του θεωρητικού μέσου της κλίμακας (midpoint). Αποτελεί τον μέσο όρο της ελάχιστης και της μέγιστης τιμής που μπορεί να λάβει ένας συμμετέχων για ολόκληρη την κλίμακα ($\min + \max / 2$) και χρησιμοποιείται ως σημείο αναφοράς, προκειμένου να προκύψουν όρια κατηγοριοποίησης, όταν αυτά δεν ορίζονται εκ των προτέρων από τον κατασκευαστή του ψυχομετρικού εργαλείου (Luo et al., 2018). Έτσι, για κάθε μία εκ των δύο ψυχομετρικών εργαλείων, το θεωρητικό μέσο αποτελεί η τιμή 2,5 για το ψυχομετρικό εργαλείο Self-Perception Profile for Adults ($1+4 / 2 = 2,5$) και 64 ($16 + 112 / 2 = 64$) για το ψυχομετρικό εργαλείο Quality of Life Scale.

4.5 Χαρακτηριστικά ερευνητικού δείγματος

Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος συνολικά 144 ενήλικα άτομα, εκ των οποίων τα 70 αποτελούσαν άτομα με αναπηρία, ενώ οι υπόλοιποι 74 όχι. Αναφορικά με το φύλο, το δείγμα απαρτιζόταν από 84 άνδρες (58,3%) και 60 γυναίκες (41,7%). Λαμβάνοντας υπόψη την παρουσία ή μη κάποιας αναπηρίας, 33 άνδρες (47,1%) και 37 γυναίκες (52,9%) διακρίνονται από μία εκ των προαναφερθεισών καταστάσεων. Αντίστοιχα, 51 άνδρες (68,9%) και 23 γυναίκες (31,1%) δεν ανήκουν ούτε στη μία, ούτε στην άλλη κατηγορία.

Πίνακας 1: Φύλο συμμετεχόντων

		Ποιο είναι το φύλο σας;		Total	
		Άνδρας	Γυναίκα		
Αποτελείτε άτομο με αναπηρία;	Ναι		33	37	70
			47,1%	52,9%	100,0%
	Όχι		51	23	74
			68,9%	31,1%	100,0%
Total			84	60	144
			58,3%	41,7%	100,0%

Ως προς τον δημογραφικό παράγοντα της ηλικίας, από τα 144 άτομα, που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 69 ανήκουν στο ηλικιακό εύρος 18-29 (47,9%), οι 36 στο ηλικιακό εύρος 30-49 (25%), οι 27 στο ηλικιακό εύρος 50-64 (18,8%), ενώ μόλις 12 άτομα έχουν συμπληρώσει ή έχουν υπερβεί τα 65 έτη ζωής (8,3%). Ειδικότερα, από τα άτομα με αναπηρία 17 βρίσκονται ανάμεσα από τα 18 και τα 29 έτη (24,3%), 18 βρίσκονται ανάμεσα στα 30 και τα 49 (25,7%), 23 ανάμεσα στα 50 και τα 64 (32,9%), ενώ 12 ανήκουν στην τελευταία ηλικιακή κατηγορία, των 65 ή άνω (17,1%). Από την άλλη, 52 άτομα δίχως αναπηρία βρίσκονται ανάμεσα στα 18 και τα 29 έτη (70,3%), 18 βρίσκονται ανάμεσα στα 30 και τα 49, μόλις 4 ανάμεσα στα 50 και τα 64, ενώ κανένα άτομο δεν υπερβαίνει τα 64 έτη (0%).

Πίνακας 2: Ηλικία συμμετεχόντων

		Σε ποιο ηλικιακό εύρος ανήκετε;				Total
		18-29	30-49	50-64	65+	

Αποτελείτε άτομο με αναπηρία;	Ναι		17	18	23	12	70
			24,3%	25,7%	32,9%	17,1%	100,0%
	Όχι		52	18	4	0	74
			70,3%	24,3%	5,4%	0,0%	100,0%
Total			69	36	27	12	144
			47,9%	25,0%	18,8%	8,3%	100,0%

Ως προς τον δημογραφικό παράγοντα της οικογενειακής κατάστασης, από τα 144 άτομα, που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 52 είναι μόνοι (36,1%), οι 40 βρίσκονται σε σχέση (27,8%), οι 43 είναι παντρεμένοι (29,9%), ενώ μόλις 5 (3,5%) και 4 (2,8%) άτομα είναι διαζευγμένοι ή δεν ανήκουν σε καμία από τις προαναφερθείσες καταστάσεις αντίστοιχα. Ειδικότερα, από τα άτομα με αναπηρία 19 είναι μόνοι (36,1%), οι 10 βρίσκονται σε σχέση (27,8%), οι 34 είναι παντρεμένοι (29,9%), ενώ μόλις 4 (3,5%) και 3 (2,8%) άτομα είναι διαζευγμένα ή δεν ανήκουν σε καμία από τις προαναφερθείσες καταστάσεις αντίστοιχα. Από την άλλη, από τα άτομα δίχως αναπηρία 33 είναι μόνοι (44,6%), οι 30 βρίσκονται σε σχέση (40,5%), οι 9 είναι παντρεμένοι (12,2%), ενώ μόλις 1 άτομο είναι διαζευγμένο (1,4%) και άλλος/η 1 δεν ανήκει σε καμία προηγούμενη κατάσταση (1,4%).

Πίνακας 3: Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων

		Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;					Total	
		Μόνος/η	Σε σχέση	Παντρεμένος/η	Διαζευγμένος/η	Άλλο		
Αποτελείτε άτομο με αναπηρία;	Ναι		19	10	34	4	3	70
			27,1%	14,3%	48,6%	5,7%	4,3%	100,0%
	Όχι		33	30	9	1	1	74
			44,6%	40,5%	12,2%	1,4%	1,4%	100,0%
Total			52	40	43	5	4	144
			36,1%	27,8%	29,9%	3,5%	2,8%	100,0%

Ως προς τα μέλη που απαρτίζουν το κάθε σπίτι, από τα 144 άτομα, που συμμετείχαν στην έρευνα, 18 μένουν μόνοι (12,5%), οι 38 συγκατοικούν με ένα άτομο (26,4%), 35 κατοικούν σε σπίτι με τρία άτομα συνολικά (24,3%), άλλοι τόσοι, 35 δηλαδή,

κατοικούν σε σπίτι με τέσσερα άτομα (24,3%), ενώ το σπίτι 18 ανθρώπων απαρτίζεται από πέντε ή περισσότερα μέλη (12,5%). Ειδικότερα, από τα άτομα με αναπηρία, 7 μένουν μόνοι (10%), οι 21 συγκατοικούν με ένα άτομο (30%), 20 κατοικούν σε σπίτι με τρία άτομα συνολικά (28,6%), 13 κατοικούν σε σπίτι με τέσσερα άτομα (18,6%), ενώ το σπίτι 9 ανθρώπων απαρτίζεται από πέντε ή περισσότερα μέλη (12,9%). Από την άλλη, 11 άτομα δίχως αναπηρία μένουν μόνοι (14,9%), οι 17 συγκατοικούν με ένα άτομο (23%), 15 κατοικούν σε σπίτι με τρία άτομα συνολικά (20,3%), 22 κατοικούν σε σπίτι με τέσσερα άτομα (29,7%), ενώ το σπίτι 9 ανθρώπων απαρτίζεται από πέντε ή περισσότερα μέλη (12,2%).

Πίνακας 4: Μέλη νοικοκυριού συμμετεχόντων

		Από πόσα μέλη αποτελείται το σπίτι σας;					Total
		Ένα	Δύο	Τρία	Τέσσερα	Πέντε και άνω	
Αποτελείτε άτομο με αναπηρία;	Ναι	7	21	20	13	9	70
		10,0%	30,0%	28,6%	18,6%	12,9%	100,0%
	Όχι	11	17	15	22	9	74
		14,9%	23,0%	20,3%	29,7%	12,2%	100,0%
Total		18	38	35	35	18	144
		12,5%	26,4%	24,3%	24,3%	12,5%	100,0%

Αναφορικά με το είδος της περιοχής, από τα 144 άτομα, που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 18 κατοικούν σε αγροτική περιοχή (12,5%), οι 37 σε ημιαστική (25,7%) και οι 89 σε αστική (61,8%). Ειδικότερα, από τα άτομα με αναπηρία, 9 κατοικούν σε αγροτική περιοχή (12,2%), οι 17 σε ημιαστική (24,3%) και οι 44 σε αστική (62,9%). Από την άλλη, 9 άτομα δίχως αναπηρία κατοικούν σε αγροτική περιοχή (12,2%), οι 20 σε ημιαστική (27%) και οι 45 σε αστική (60,8%).

Πίνακας 5: Περιοχή διαμονής συμμετεχόντων

	Σε τι περιοχή διαμένετε;			Total
	Αγροτική	Ημιαστική	Αστική	

Αποτελείτε άτομο με αναπηρία;	Ναι		9	17	44	70
			12,9%	24,3%	62,9%	100,0%
	Όχι		9	20	45	74
			12,2%	27,0%	60,8%	100,0%
Total			18	37	89	144
			12,5%	25,7%	61,8%	100,0%

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτωμένων, από τα 144 άτομα, που συμμετείχαν στην έρευνα, μόλις 4 αποτελούν απόφοιτους Δημοτικού (2,8%), 5 απόφοιτους Γυμνασίου (3,5%), 22 απόφοιτους Λυκείου (15,3%), 7 απόφοιτους Ι.Ε.Κ. (4,9%), 101 έχουν αποφοιτήσει από κάποιο Τ.Ε.Ι. ή κάποιο Α.Ε.Ι. (70,1%), ενώ το επίπεδο εκπαίδευσης 5 ατόμων (3,5%) δεν συμπίπτει με καμία από τις προηγούμενες κατηγορίες. Ειδικότερα, από τα άτομα με αναπηρία, 4 αποτελούν απόφοιτους Δημοτικού (5,7%), 5 απόφοιτους Γυμνασίου (7,1%), 10 απόφοιτους Λυκείου (14,3%), 5 απόφοιτους Ι.Ε.Κ. (7,1%), 43 έχουν αποφοιτήσει από κάποιο Τ.Ε.Ι. ή κάποιο Α.Ε.Ι. (61,4%), ενώ το επίπεδο εκπαίδευσης 3 ατόμων (4,3%) δεν συμπίπτει με καμία από τις προηγούμενες κατηγορίες. Από την άλλη, κανένα άτομο δίχως αναπηρία δεν αποτελεί απόφοιτο ούτε Δημοτικού (0%), ούτε Γυμνασίου (0%), 12 άτομα αποτελούν απόφοιτους Λυκείου (16,2%), μόλις 2 αποτελούν απόφοιτους Ι.Ε.Κ. (2,7%), 58 έχουν αποφοιτήσει από κάποιο Τ.Ε.Ι. ή Α.Ε.Ι. (78,4%), ενώ μόλις 2 άτομα δεν ανήκουν σε καμία από τις προηγούμενες κατηγορίες επιπέδου εκπαίδευσης (2,7%).

Πίνακας 6: Επίπεδο εκπαίδευσης συμμετεχόντων

		Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσής σας;						Total
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Ι.Ε.Κ.	Τ.Ε.Ι./ Α.Ε.Ι.	Άλλο	
Αποτελείτε άτομο με αναπηρία;	Ναι	4	5	10	5	43	3	70
		5,7%	7,1%	14,3%	7,1%	61,4%	4,3%	100,0%
	Όχι	0	0	12	2	58	2	74
		0,0%	0,0%	16,2%	2,7%	78,4%	2,7%	100,0%
Total		4	5	22	7	101	5	144
		2,8%	3,5%	15,3%	4,9%	70,1%	3,5%	100,0%

Αναφορικά με την εργασιακή κατάσταση του ερευνητικού δείγματος, από τα 144 άτομα, που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 27 δεν εργάζονται (18,8%), οι 77 εργάζονται (53,5%), οι 28 έχουν συνταξιοδοτηθεί (19,4%) και 12 δεν ανήκουν σε καμία από τις τρεις προηγούμενες κατηγορίες (8,3%). Ειδικότερα, από τα άτομα με αναπηρία, 11 δεν εργάζονται (15,7%), 29, αντιθέτως, εργάζονται (41,4%), 27 έχουν συνταξιοδοτηθεί (38,6%), ενώ μόλις 3 άτομα ανήκουν σε κάποια διαφορετική κατηγορία (4,3%). Από την άλλη, 16 άτομα δίχως αναπηρία δεν εργάζονται (21,6%), 48 είναι εκείνοι που εργάζονται (64,9%), μόλις 1 άνθρωπος δεν έχει συνταξιοδοτηθεί (1,4%), ενώ 9 δήλωσαν πως ανήκουν σε κάποια διαφορετική κατηγορία (12,2%).

Πίνακας 7: Εργασιακή κατάσταση συμμετεχόντων

		Ποια είναι η εργασιακή σας κατάσταση;				Total
		Άνεργος/ η	Εργαζόμενος/ η	Συνταξιούχος	Άλλο	
Αποτελείτε άτομο με αναπηρία;	Ναι	11	29	27	3	70
		15,7%	41,4%	38,6%	4,3%	100,0%
	Όχι	16	48	1	9	74
		21,6%	64,9%	1,4%	12,2%	100,0%
Total		27	77	28	12	144
		18,8%	53,5%	19,4%	8,3%	100,0%

Ως προς το είδος της αναπηρίας, από τα 70 άτομα με αναπηρία, που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 9 είχαν σωματική/κινητική αναπηρία (12,9%), οι 18 οπτική (25,7%), οι 4 ακουστική (5,7%), 6 άτομα πάσχουν από ψυχικές διαταραχές (8,6%), μόλις 1 διακρίνεται από προβλήματα λόγου κι ομιλίας (1,4%), 3 άτομα φέρουν πολλαπλές αναπηρίες (4,3%), ενώ 29 άτομα διακρίνονται από κάποια χρόνια νόσο (41,4%).

Πίνακας 8: Είδος αναπηρίας συμμετεχόντων

Τι είδους αναπηρία έχετε;						
Σωματική	Οπτική	Ακουστική	Προβλήματα λόγου	Ψυχικές διαταραχές	Πολλαπλές αναπηρίες	Χρόνιες παθήσεις
9	18	4	1	6	3	29
12,9%	25,7%	5,7%	1,4%	8,6%	4,3%	41,4%

9	18	4	1	6	3	29
12,9%	25,7%	5,7%	1,4%	8,6%	4,3%	41,4%

Ως προς τη χρονική αφετηρία της αναπηρίας, από τα 70 άτομα με αναπηρία, που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 25 βρίσκονται σε αυτήν την κατάσταση εκ γενετής (35,7%), οι 10 εδώ και πέντε ή λιγότερα χρόνια (14,3%), οι 11 εδώ και έξι ή λιγότερα χρόνια (15,7%), ενώ 24 άτομα φέρουν την αναπηρία τους για διάστημα μεγαλύτερο των δέκα ετών (34,3%).

Πίνακας 9: Χρονικό διάστημα αναπηρίας συμμετεχόντων

		Από πότε φέρετε την αναπηρία σας;				Total
		Εκ γενετής	Λιγότερο από 5 χρόνια	6 με 10 χρόνια	Παραπάνω από 10 χρόνια	
Αποτελείτε άτομο με αναπηρία;	Ναι	25	10	11	24	70
		35,7%	14,3%	15,7%	34,3%	100,0%
Total		25	10	11	24	70
		35,7%	14,3%	15,7%	34,3%	100,0%

Ως προς τη σοβαρότητα της αναπηρίας, από τα 70 άτομα με αναπηρία, που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 26 χαρακτήρισαν την κατάστασή τους σε μικρό βαθμό σοβαρή (37,1%), ενώ οι υπόλοιποι 44 τη θεωρούν υψηλόβαθμη (62,9%).

Πίνακας 10: Σοβαρότητα αναπηρίας συμμετεχόντων

		Πόσο σοβαρή είναι η αναπηρία σας;		Total
		Χαμηλή	Υψηλή	
Αποτελείτε άτομο με αναπηρία;	Ναι	26	44	70
		37,1%	62,9%	100,0%
Total		26	44	70
		37,1%	62,9%	100,0%

Ως προς χρήση υποστηρικτικού εξοπλισμού, από τα 70 άτομα με αναπηρία, που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 26 (37,1%) χρησιμοποιούν κάποιον εξοπλισμό προς διευκόλυνσή τους, ενώ οι υπόλοιποι 44 όχι (62,9%).

Πίνακας 11: Χρήση υποστηρικτικού εξοπλισμού συμμετεχόντων

		Χρησιμοποιείτε κάποιον εξοπλισμό;		Total	
		Ναι	Όχι		
Αποτελείτε άτομο με αναπηρία;	Ναι		26	44	70
			37,1%	62,9%	100,0%
Total			26	44	70
			37,1%	62,9%	100,0%

Αναφορικά με τις οικονομικές απολαβές μηνιαίως του ερευνητικού δείγματος, από τα 144 άτομα, που συμμετείχαν στην έρευνα, 37 λαμβάνουν λιγότερα από 600 ευρώ (25,7%), 44 λαμβάνουν από 600 έως 1.000 ευρώ (30,6%), 35 λαμβάνουν από 1.000 έως 1.400 ευρώ (24,3%), ενώ 28 άτομα λαμβάνουν περισσότερα από 1.400 ευρώ (19,4%), Ειδικότερα, από τα άτομα με αναπηρία, 14 λαμβάνουν λιγότερα από 600 ευρώ (20%), 19 λαμβάνουν από 600 έως 1.000 ευρώ (27,1%), 21 λαμβάνουν από 1.000 έως 1.400 ευρώ (30%), ενώ 16 άτομα λαμβάνουν περισσότερα από 1.400 ευρώ (22,9%). Από την άλλη, 23 άτομα δίχως αναπηρία λαμβάνουν λιγότερα από 600 ευρώ (31,1%), 25 λαμβάνουν από 600 έως 1.000 ευρώ (33,8%), 14 λαμβάνουν από 1.000 έως 1.400 ευρώ (18,9%), ενώ 12 άτομα λαμβάνουν περισσότερα από 1.400 ευρώ (16,2%).

Πίνακας 12: Μηνιαίο εισόδημα (σε ευρώ) συμμετεχόντων

		Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημά σας;				Total
		Κάτω από 600	Από 600 έως 1.000	Από 1.000 έως 1.400	Παρά- πάνω από 1.400	
	Ναι	14	19	21	16	70

Αποτελείτε			20,0%	27,1%	30,0%	22,9%	100,0%
άτομο με α-	Όχι		23	25	14	12	74
ναπηρία;			31,1%	33,8%	18,9%	16,2%	100,0%
Total			37	44	35	28	144
			25,7%	30,6%	24,3%	19,4%	100,0%

Ερωτώμενοι εάν η καθημερινότητά τους περιλαμβάνει την κατανάλωση αλκοόλ ή τη συνήθεια του καπνίσματος, η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων που αποτέλεσαν το δείγμα μας, αποκρίθηκαν αρνητικά. Πιο συγκεκριμένα, μόλις 17 άτομα καπνίζουν ή καταναλώνουν αλκοόλ σε σχεδόν καθημερινή βάση (11,8%) εν αντιθέσει με τους υπόλοιπους 127 (88,2%). Ειδικότερα, από τα άτομα με αναπηρία, 9 παρουσιάζουν έστω μία εκ των παραπάνω συνηθειών (20%), ενώ οι υπόλοιποι 61 καμία εκ των δύο. Από την άλλη, 8 άτομα δίχως αναπηρία καταναλώνουν αλκοόλ ή καπνίζουν με μεγάλη συχνότητα σε αντίθεση με τους υπόλοιπους 66 (19,4%).

Πίνακας 13: Εθιστικές συνήθειες συμμετεχόντων

		Καπνίζετε ή καταναλώνετε αλκοόλ σε σχεδόν καθημερινή βάση;		Total	
		Ναι	Όχι		
Αποτελείτε άτομο με αναπηρία;	Ναι		9	61	70
			12,9%	87,1%	100,0%
	Όχι		8	66	74
			10,8%	89,2%	100,0%
Total			17	127	144
			11,8%	88,2%	100,0%

4.6 Περιγραφικά στοιχεία των ερωτηματολογίων

Πλην της περιγραφής των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος της παρούσας ερευνητικής εργασίας, αξίζει να αναφερθούμε και στην περιγραφή των υποκειμένων βάσει των απαντήσεων τους στο πλαίσιο κάθε ψυχομετρικού εργαλείου.

4.6.1 Self-Perception Profile for Adults [SPPA]

Αναφορικά με την πτυχή της αυτοαντίληψης, 38 άτομα διακρίνονται από χαμηλή αυτοαντίληψη και 106 από υψηλή. Πιο συγκεκριμένα, 17 άτομα με αναπηρία φέρουν χαμηλή αντίληψη για τον εαυτό τους (24,3%), ενώ 53 διακρίνονται από υψηλή

αυτοαντίληψη (75,7%). Μιλώντας για τα άτομα δίχως αναπηρία, 21 από αυτούς φέρουν χαμηλή αυτοαντίληψη (28,4%) και 53 από αυτούς χαρακτηρίζονται από υψηλού επιπέδου αντίληψη για τον εαυτό τους (71,6%).

Πίνακας 14: Επίπεδα αυτοαντίληψης συμμετεχόντων

		Αυτοαντίληψη		Total
		Χαμηλή Αυτοαντίληψη	Υψηλή Αυτοαντίληψη	
Αποτελείτε άτομο με αναπηρία;	Ναι	17	53	70
		24,3%	75,7%	100,0 %
	Όχι	21	53	74
		28,4%	71,6%	100,0 %
Total		38	106	144
		26,4%	73,6%	100,0 %

4.6.2 General Health Questionnaire [GHQ-28]

Όσον αφορά το προφίλ των ατόμων βάσει της γενικής τους υγείας, 92 άτομα φέρουν μη ψυχιατρικό προφίλ (63,9%), εν αντιθέσει με τους υπόλοιπους 52 (36,1%). Σχολιάζοντας το συγκεκριμένο προφίλ ανά πληθυσμό, ξεκινώντας από τα άτομα με αναπηρία, 39 παρουσιάζουν μη ψυχιατρικό προφίλ, ενώ 31 παρουσιάζουν (44,3%). Από την άλλη, 53 άτομα δίχως αναπηρία αναδεικνύουν μέσω των απαντήσεών τους ένα προφίλ μη ψυχιατρικό (71,6%), ενώ αντίθετη εικόνα διαμορφώνεται για το προφίλ των υπόλοιπων 21 (28,4%).

Πίνακας 15: Επίπεδα ψυχικής υγείας συμμετεχόντων

		Ψυχική υγεία		Total
		Μη ψυχιατρικό προφίλ	Ψυχιατρικό προφίλ	
Αποτελείτε άτομο με αναπηρία;	Ναι	39	31	70
		55,7%	44,3%	100,0%

	Όχι	53	21	74
		71,6%	28,4%	100,0%
Total		92	52	144
		63,9%	36,1%	100,0%

4.6.3 Quality of Life Scale [QOLS]

Σχολιάζοντας την ποιότητα ζωής του δείγματος, η συντριπτική πλειοψηφία, 130 άτομα δηλώνουν πως η ποιότητα ζωής τους κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα (90,3%), ενώ μόλις 14 άνθρωποι ισχυρίζονται το αντίθετο (9,7%). Είναι 59 τα άτομα με αναπηρία που χαρακτηρίζουν ως υψηλή την ποιότητα ζωής τους (84,3%) και 11 εκείνοι που ισχυρίζονται το αντίθετο. Ακόμα μεγαλύτερη είναι η δυσαναλογία των δηλώσεων, εξετάζοντας τα άτομα δίχως αναπηρία, καθώς μόλις 3 είναι εκείνοι που φαίνεται να μην θεωρούν ποιοτική τη ζωή τους (4,1%), ενώ όλοι οι υπόλοιποι 71 απολαμβάνουν υψηλή ποιότητα ζωής (95,9%).

Πίνακας 16: Επίπεδα ποιότητας ζωής συμμετεχόντων

		Ποιότητα ζωής		Total
		Υψηλή ποιότητα ζωής	Χαμηλή ποιότητα ζωής	
Αποτελείτε άτομο με αναπηρία;	Ναι	59	11	70
		84,3%	15,7%	100,0%
	Όχι	71	3	74
		95,9%	4,1%	100,0%
Total		130	14	144
		90,3%	9,7%	100,0%

4.7 Διαδικασία στατιστικής ανάλυσης ερευνητικών δεδομένων

Έγινε χρήση του στατιστικού λογισμικού IBM SPSS, και πιο συγκεκριμένα η εκδοχή 31.0.0.0, προκειμένου να αναλυθούν τα δεδομένα που προέκυψαν από τις απαντήσεις του δείγματος. Για να περιγράψουν δεδομένα σε ονομαστική ή διατακτική κλίμακα αξιοποιήσαμε συχνότητες και ποσοστά, ενώ στην περιγραφή του δείγματος, είτε πρόκειται για τα δημογραφικά τους στοιχεία, είτε για τις απαντήσεις τους στα ψυχομετρικά τεστ, δεν ενεπλάκησαν μεταβλητές με συνεχή χαρακτήρα. Για τη σύγκριση της διαφοράς των μέσων όρων ανάμεσα σε δύο ανεξάρτητες ομάδες χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t-test, ενώ, όταν οι κατηγορίες της μεταβλητής υπερέβαιναν τις δύο, εφαρμόστηκε ο στατιστικός έλεγχος One-Way Anova. Όταν δεν πληρείτο το κριτήριο της κανονικότητας στην κατανομή των τιμών των δύο μεταβλητών, που προϋποτίθεται για τη διεξαγωγή των παραπάνω ελέγχων τότε έγινε χρήση των μη παραμετρικών τεστ, του Mann-Whitney U και του Kruskal-Wallis αντίστοιχα. Χρήση έγινε, ακόμα, του δείκτη συσχέτισης Pearson r, όταν στη συσχέτιση ενεπλάκησαν ποσοτικές μεταβλητές. Όπως προηγουμένως αναφέρθηκαν δύο μη παραμετρικές τακτικές, ένας αντίστοιχος μη παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης, ο Spearman, εφαρμόστηκε, όταν δεν ικανοποιούνταν το κριτήριο της κανονικότητας. Για όλους τους διεξαχθέντες ελέγχους και συσχετίσεις ορίσαμε το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας στο 5%, που αντιστοιχεί στην τιμή 0,05. Κάθε φορά η τιμή ήταν χαμηλότερη του ποσοστού αυτού, τότε διακρίναμε την ύπαρξη διαφοράς ή συσχέτισης ανάμεσα σε δύο μεταβλητές. Ακολουθεί η παρουσίαση κάθε συσχέτισης που είναι αναγκαία για την απόκριση στα ερωτήματα της έρευνας, η ερμηνεία του πινάκων που παρατίθεται και η περιγραφή των αντίστοιχων ευρημάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: Παρουσίαση αποτελεσμάτων έρευνας

Στην παρούσα ενότητα αναμένεται να παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της έρευνας, βάσει των στατιστικών ελέγχων που διεξήχθησαν, ώστε να λάβουμε τις απαντήσεις των ερωτημάτων που θέσαμε εκ των προτέρων για την έρευνά μας. Πρώτα από όλα, θα παρουσιαστεί η σχέση των μεταβλητών, που έχουμε τοποθετήσει στο επίκεντρο, ανά ζεύγος, δηλαδή της αυτοαντίληψης με την ψυχική υγεία, της αυτοαντίληψης με την ποιότητα ζωής και της ψυχικής υγείας με την ποιότητα ζωής. Αναφερόμαστε πάντα στον πληθυσμό των ατόμων με αναπηρία, αυτός έχει τοποθετηθεί προς κύρια διερεύνηση. Ύστερα εστιάζοντας σε πτυχές που αφορούν αποκλειστικά την αναπηρία, όπως είναι το είδος, η διάρκειά και η σοβαρότητά της, καθώς και η χρήση υποστηρικτικού εξοπλισμού, θα παρουσιάσουμε τον τρόπο που αυτές επιδρούν ή όχι στην αυτοαντίληψη, την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία. Έπειτα, θα εξετάσουμε την επίδραση στις ίδιες μεταβλητές, όχι όμως των χαρακτηριστικών που αφορούν την αναπηρία, αλλά των ατομικών στοιχείων των συμμετεχόντων, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η μόρφωση, το είδος της περιοχής που διαμένουν, ο αριθμός των μελών του σπιτιού τους, η εργασιακή τους κατάσταση, το μηνιαίο τους εισόδημα, η παρουσία επιβλαβών καθημερινών συνηθειών. Τέλος, θα αντιπαραβάλλουμε τους δύο πληθυσμούς του δείγματος, άτομα με και δίχως αναπηρία ως προς την αυτοαντίληψη, την ψυχική τους υγεία και την ποιότητα ζωής τους, ώστε να παρατηρήσουμε πώς αυτές οι παράμετροι διαφοροποιούνται, ή όχι, από την ύπαρξη της αναπηρίας.

Τονίζεται πως, πλην της μεταβλητής της ύπαρξης αναπηρίας, η οποία διακρίνει τους δύο πληθυσμούς του δείγματος, όλα τα υπόλοιπα δημογραφικά στοιχεία εξετάστηκαν ως προς την επίδρασή τους στην ψυχική υγεία, την ποιότητα ζωής και την αυτοαντίληψη των ατόμων με αναπηρία. Επίσης, υπογραμμίζεται πως βάσει του τρόπου βαθμολόγησης των απαντήσεων των ερευνητικών εργαλείων της ψυχικής και της ποιότητας ζωής, όπως προτείνουν οι κατασκευαστές τους για την αξιολόγησή τους, όσο υψηλότερη είναι η συνολική επίδοση των υποκειμένων, τόσο περισσότερο επιβαρυνμένη αναδεικνύεται η ψυχική τους υγεία και η ποιότητα ζωής τους αντίστοιχα. Αντίστροφα, όσο μικρότερο το σύνολο των βαθμών, τόσο θετικότερα αξιολογούνται. Το ίδιο δεν συμβαίνει και με το διαστασιολογικό ψυχομετρικό εργαλείο που αφορά τη μεταβλητή της αυτοαντίληψης. Εκεί, όσο υψηλότερη επίδοση καταγράφει ο ερωτώμενος, τόσο μεγαλύτερη αυτοαντίληψη παρουσιάζει.

5.1 Συσχέτιση αυτοαντίληψης, ψυχική υγείας και την ποιότητα ζωής

Προκειμένου να ερμηνεύσουμε την τιμή που αναφέρεται στη σχέση των δύο ποσοτικών μεταβλητών και να προσεγγίσουμε το μέγεθος αυτής, αναφέρονται εκ των προτέρων τα ακόλουθα. Αναφερόμενοι αποκλειστικά σε απόλυτες τιμές, μία τιμή από 0,00 έως 0,10 εκφράζει μία αμελητέα σχέση, μία τιμή από 0,11 έως 0,39 καθιστά τη σχέση αδύναμη, μία τιμή από 0,40 έως 0,69 ορίζει τη σχέση ως μέτρια, μία τιμή από 0,70 έως 0,89 μαρτυρά μία ισχυρή συσχέτιση, ενώ μία τιμή ίση ή ακόμα και άνω του 0,90 αναδεικνύει τη μέγιστη δυνατή συσχέτιση και καθιστά τη σχέση των δύο μεταβλητών ως πολύ ισχυρή (Schober et al., 2018).

5.1.1. Σχέση αυτοαντίληψης και ψυχικής υγείας ατόμων με αναπηρία

Υλοποιήσαμε μη παραμετρικό έλεγχο συσχέτισης Spearman, καθώς δεν ικανοποιούνταν το κριτήριο της κανονικότητας. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση, καθώς το p είναι μικρότερο του 0,05 (0,024), επομένως απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση περί απουσίας σχέσης. Αναφορικά με το είδος και το μέγεθος αυτής, τα αποτελέσματα την υπέδειξαν ως αρνητική και αδύναμη ($\rho = -0,269$).

Πίνακας 17: Συσχέτιση αυτοαντίληψης και ψυχικής υγείας

<i>Correlations</i>				
			Αυτοαντίληψη	Ψυχική υγεία
Spearman's rho	Αυτοαντίληψη	Correlation Coefficient	1,000	-,269*
		Sig. (2-tailed)	.	,024
		N	70	70
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).				

5.1.2 Σχέση αυτοαντίληψης και ποιότητας ζωής ατόμων με αναπηρία

Υλοποιήσαμε έλεγχο συσχέτισης Pearson. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση, καθώς το p είναι μικρότερο του 0,05 ($<0,001$), επομένως απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση περί απουσίας γραμμικής συσχέτισης. Αναφορικά με το είδος και το μέγεθος αυτής, τα αποτελέσματα την υπέδειξαν ως αρνητική και μέτρια ($r = -0,468$).

Πίνακας 18: Συσχέτιση αυτοαντίληψης και ποιότητας ζωής

<i>Correlations</i>			
		Αυτοαντίληψη	Ποιότητα ζωής
Αυτοαντίληψη	Pearson Correlation	1	-,468**
	Sig. (2-tailed)		<,001
	N	70	70
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			

5.1.3 Σχέση ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής ατόμων με αναπηρία

Υλοποιήσαμε μη παραμετρικό έλεγχο συσχέτισης Spearman, καθώς ούτε στην περίπτωση αυτή ικανοποιούνταν το κριτήριο της κανονικότητας. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση, καθώς το p είναι μικρότερο του 0,05 ($<0,001$), επομένως απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση περί απουσίας σχέσης. Αναφορικά με το είδος και το μέγεθος αυτής, τα αποτελέσματα την υπέδειξαν ως θετική και μέτρια ($\rho = 0,684$).

Πίνακας 19: Συσχέτιση ψυχικής υγείας και ποιότητα ζωής

<i>Correlations</i>				
			Ψυχική υγεία	Ποιότητα ζωής
Spearman's rho	sum	Correlation Coefficient	1,000	,684**
		Sig. (2-tailed)	.	<,001
		N	70	70
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				

5.2 Σχέση πτυχών της αναπηρίας και αυτοαντίληψης, ψυχικής υγείας και ποιότητας ζωής

5.2.1 Πτυχές αναπηρίας και αυτοαντίληψη

Η σχέση της αυτοαντίληψης με τη χρήση εξοπλισμού και τη σοβαρότητα της αναπηρίας εξετάστηκε με τη χρήση ενός ελέγχου που συγκρίνει τους μέσους όρους δύο ανεξάρτητων ομάδων, όταν οι τιμές της μεταβλητής παρουσιάζουν κανονική

κατανομή. Αυτός ο έλεγχος ονομάζεται t-test Independent Samples. Ξεκινώντας από τη μεταβλητή της χρήσης εξοπλισμού, πρώτα υλοποιήσαμε τεστ Levene. Η τιμή του p είναι μεγαλύτερη του 0,05 (0,936), επομένως κάνουμε χρήση των αποτελεσμάτων της γραμμής «Equal variances assumed». Σύμφωνα με το t-test, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,595). Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η αυτοαντίληψη των ατόμων βάσει της χρήσης εξοπλισμού για την αναπηρία τους. Όσον αφορά τη μεταβλητή της σοβαρότητας της αναπηρίας, στο τεστ Levene η τιμή του p είναι μεγαλύτερη του 0,05 (0,148), επομένως κάνουμε χρήση των αποτελεσμάτων της γραμμής «Equal variances assumed». Σύμφωνα με το t-test, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,524). Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η αυτοαντίληψη των ατόμων βάσει της σοβαρότητας της αναπηρίας τους. Προκειμένου να διερευνήσουμε πιθανές διαφορές στη μεταβλητή της αυτοαντίληψης, όταν μεσολαβεί το είδος της αναπηρίας, υλοποιήσαμε έναν μη παραμετρικό έλεγχο για πολυκατηγορικές μεταβλητές, τον Kruskal-Wallis, καθώς δεν ικανοποιείται το κριτήριο της κανονικότητας. Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο από 0,05 (0,111). Αυτό συνεπάγεται πως δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η αυτοαντίληψη των ατόμων βάσει του είδους αναπηρίας τους. Προκειμένου να εξετάσουμε εάν υπάρχει διαφορά στη μέση τιμή της αυτοαντίληψης, όταν μεσολαβεί το χρονικό διάστημα που ένα άτομο φέρει την αναπηρία του, υλοποιήσαμε ξανά έναν έλεγχο που προβλέπεται για πολυκατηγορικές μεταβλητές, αλλά προϋποθέτει την ύπαρξη κανονικότητας, τον One-Way ANOVA. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων της μεταβλητής, καθώς το p είναι μικρότερο του 0,05 (0,020). Επομένως, απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση. Αυτό συνεπάγεται πως τουλάχιστον μία ομάδα διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά και για να την/ις εντοπίσουμε, υλοποιήσαμε post hoc έλεγχο «Games-Howell». Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν μία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων «Λιγότερο από 5 χρόνια» και «Παραπάνω από 10 χρόνια» ($p = 0,010 < 0,05$). Τα άτομα που φέρουν την αναπηρία τους εδώ και πέντε ή λιγότερα χρόνια παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές ως προς την εξεταζόμενη μεταβλητή. Μεταξύ των υπόλοιπων κατηγοριών δεν παρατηρήθηκε κάτι αντίστοιχο.

Πίνακας 20: Έλεγχος συσχέτισης χρήσης υποστηρικτικού εξοπλισμού και αυτοαντίληψης

Χρήση εξοπλισμού	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Ναι	26	2,8782	T-Test	,595	Διατήρηση H0
Όχι	44	2,9432			

Πίνακας 21: Έλεγχος Levene

<i>Homogeneity of Variance Test</i>					
		Levene's Test for Equality of Variances			
		F	Sig.		
Αυτοαντίληψη	Equal variances assumed	,006	,936		

Πίνακας 22: Έλεγχος σοβαρότητας αναπηρίας και αυτοαντίληψης

Σοβαρότητα αναπηρίας	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Χαμηλή	26	2,9679	T-Test	,524	Διατήρηση H0
Υψηλή	44	2,8902			

Πίνακας 23: Έλεγχος Levene

<i>Homogeneity of Variance Test</i>					
		Levene's Test for Equality of Variances			
		F	Sig.		
Αυτοαντίληψη	Equal variances assumed	2,145	,148		

Πίνακας 24: Έλεγχος συσχέτισης είδους αναπηρίας και αυτοαντίληψης

Είδος αναπηρίας	N	Mean Rank	Test	p	Απόφαση
Σωματική/κινητική	9	31,56	Kruskal-Wallis	,111	Διατήρηση H0
Οπτική	18	35,17			
Ακουστική	4	49,38			
Προβλήματα λόγου	1	8,00			

Ψυχικές διαταραχές	6	41,58
Πολλαπλές αναπηρίες	3	8,33
Χρόνιες παθήσεις	29	37,52

Πίνακας 25: Έλεγχος συσχέτισης χρονικού διαστήματος αναπηρίας και αυτοαντίληψης

Χρονικό διάστημα αναπηρίας	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Εκ γενετής	25	2,8933	ANOVA	,020	Απόρριψη H0
Λιγότερο από 5 χρόνια	10	3,3500			
Από 6 έως 10 χρόνια	11	2,8485			
Παραπάνω από 10 χρόνια	24	2,7986			

Πίνακας 26: Πολλαπλές συγκρίσεις

<i>Multiple Comparisons</i>						
Dependent Variable: Αυτοαντίληψη						
Games-Howell						
Από πότε έχετε την αναπηρία σας;	Από πότε έχετε την αναπηρία σας;	Mean Difference	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Εκ γενετής	Λιγότερο από 5 χρόνια	-,45667	,16993	,060	-,9285	,0151
	6 με 10 χρόνια	,04485	,19343	,995	-,4971	,5868
	Παραπάνω από 10 χρόνια	,09472	,12986	,885	-,2531	,4425
Λιγότερο από 5 χρόνια	Εκ γενετής	,45667	,16993	,060	-,0151	,9285
	6 με 10 χρόνια	,50152	,20598	,105	-,0788	1,0819

	Παραπάνω από 10 χρόνια	,55139*	,14790	,010	,1234	,9793
6 με 10 χρόνια	Εκ γενετής	-,04485	,19343	,995	-,5868	,4971
	Λιγότερο από 5 χρόνια	-,50152	,20598	,105	- 1,0819	,0788
	Παραπάνω από 10 χρόνια	,04987	,17439	,991	-,4569	,5567
Παραπάνω από 10 χρόνια	Εκ γενετής	-,09472	,12986	,885	-,4425	,2531
	Λιγότερο από 5 χρόνια	-,55139*	,14790	,010	-,9793	-,1234
	6 με 10 χρόνια	-,04987	,17439	,991	-,5567	,4569

5.2.2 Πτυχές αναπηρίας και ψυχική υγεία

Προκειμένου να διερευνήσουμε πιθανές διαφορές στη μεταβλητή της ψυχικής υγείας μεταξύ δύο ανεξάρτητων ομάδων, ατόμων με χαμηλής και υψηλής σοβαρότητας αναπηρία και ατόμων με αναπηρία που χρησιμοποιούν εξοπλισμό και όχι, έγινε χρήση ενός μη παραμετρικού ελέγχου σύγκρισης δύο ανεξάρτητων ομάδων, καθώς σε καμία από αυτές τις μεταβλητές δεν ικανοποιούνταν η συνθήκη της κανονικότητας. Ο έλεγχος αυτός ονομάζεται Mann-Whitney U. Ξεκινώντας από τη μεταβλητή της σοβαρότητας της αναπηρίας, τα αποτελέσματα δεν υπέδειξαν ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,908). Αυτό συνεπάγεται πως δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η ψυχική υγεία των ατόμων βάσει της σοβαρότητας της αναπηρίας τους. Αναφορικά με τη μεταβλητή της χρήσης εξοπλισμού, τα αποτελέσματα δεν υπέδειξαν ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,324). Αυτό συνεπάγεται πως δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η ψυχική υγεία των ατόμων βάσει της χρήσης εξοπλισμού για την αναπηρία τους. Προκειμένου να διερευνήσουμε πιθανές διαφορές στη μεταβλητή της ψυχικής υγείας, όταν μεσολαβεί

το είδος της αναπηρίας και το χρονικό διάστημα παρουσίας αυτής, υλοποιήσαμε τον μη παραμετρικό έλεγχο Kruskal-Wallis. Ως προς την πρώτη μεταβλητή, δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο από 0,05 (0,101). Αυτό συνεπάγεται πως δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η ψυχική υγεία των ατόμων βάσει του είδους της αναπηρίας τους. Για τη μεταβλητή του χρονικού διαστήματος της αναπηρίας, δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο από 0,05 (0,242). Αυτό συνεπάγεται πως δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η ψυχική υγεία των ατόμων βάσει του διαστήματος που φέρουν την αναπηρία τους.

Πίνακας 27: Έλεγχος συσχέτισης σοβαρότητας αναπηρίας και ψυχικής υγείας

Σοβαρότητα αναπηρίας	N	Mean Rank	Test	p	Απόφαση
Χαμηλή	26	35,87	Mann-Whitney U	,908	Διατήρηση H0
Υψηλή	44	35,28			

Πίνακας 28: Έλεγχος χρήσης υποστηρικτικού εξοπλισμού και ψυχικής υγείας

Χρήση εξοπλισμού	N	Mean Rank	Test	p	Απόφαση
Ναι	26	32,38	Mann-Whitney U	,324	Διατήρηση H0
Όχι	44	37,34			

Πίνακας 29: Έλεγχος είδους αναπηρίας και ψυχικής υγείας

Είδος αναπηρίας	N	Mean Rank	Test	p	Απόφαση
Σωματική/κινητική	9	43,72	Kruskal-Wallis	,101	Διατήρηση H0
Οπτική	18	28,14			
Ακουστική	4	18,25			
Προβλήματα λόγου	1	67,50			
Ψυχικές διαταραχές	6	38,17			
Πολλαπλές αναπηρίες	3	48,33			
Χρόνιες παθήσεις	29	36,91			

Πίνακας 30: Έλεγχος συσχέτισης χρονικού διαστήματος αναπηρίας και ψυχικής υγείας

Χρονικό διάστημα αναπηρίας	N	Mean Rank	Test	p	Απόφαση
Εκ γενετής	25	31,88	Kruskal-Wallis	,242	Διατήρηση H0
Λιγότερο από 5 χρόνια	10	30,20			
Από 6 έως 10 χρόνια	11	33,82			
Παραπάνω από 10 χρόνια	24	42,25			

5.2.3 Πτυχές αναπηρίας και ποιότητα ζωής

Προκειμένου να εξετάσουμε, εάν υπάρχει διαφορά στη μέση τιμή της ποιότητας ζωής μεταξύ δύο ανεξάρτητων ομάδων, ατόμων με αναπηρία χαμηλής και υψηλής σοβαρότητας και ατόμων με αναπηρία που χρησιμοποιούν εξοπλισμό και όχι, υλοποιήσαμε τον έλεγχο Independent Samples t-test. Για τη μεταβλητή της σοβαρότητας της αναπηρίας, στο τεστ Levene η τιμή του p είναι μεγαλύτερη του 0,05 (0,823), επομένως κάνουμε χρήση των αποτελεσμάτων της γραμμής «Equal variances assumed». Σύμφωνα με το t-test, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,161). Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η ποιότητα ζωής των ατόμων βάσει της σοβαρότητας της αναπηρίας τους. Όσον αφορά τη μεταβλητή της χρήσης εξοπλισμού, στο τεστ Levene η τιμή του p είναι μεγαλύτερη του 0,05 (0,292), επομένως κάνουμε χρήση των αποτελεσμάτων της γραμμής «Equal variances assumed». Σύμφωνα με το t-test, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,757). Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και ότι δεν διαφοροποιείται η ποιότητα ζωής των ατόμων βάσει της χρήσης εξοπλισμού για την αναπηρία τους. Προκειμένου να εξετάσουμε εάν υπάρχει διαφορά στη μέση τιμή της ποιότητας ζωής, όταν μεσολαβεί το χρονικό διάστημα παρουσίας της αναπηρίας, υλοποιήσαμε έλεγχο One-Way ANOVA. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,554). Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η ποιότητα ζωής των ατόμων βάσει του διαστήματος που φέρουν την αναπηρία τους. Προκειμένου να διερευνήσουμε πιθανές διαφορές στη μεταβλητή

της ποιότητας ζωής, όταν μεσολαβεί το είδος της αναπηρίας, υλοποιήσαμε τον μη παραμετρικό έλεγχο Kruskal-Wallis, καθώς δεν ικανοποιείται το κριτήριο της κανονικότητας. Ανάμεσα στους πληθυσμούς της μεταβλητής παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά, καθώς το p είναι μικρότερο από 0,05 (0,045). Επομένως, απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση. Ωστόσο, παρά το γεγονός πως ο έλεγχος Kruskal-Wallis υπέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά, οι επιμέρους ζευγαρωτές συγκρίσεις (pairwise comparisons) δεν φανερώνουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 31: Έλεγχος συσχέτισης σοβαρότητας αναπηρίας και ποιότητας ζωής

Σοβαρότητα αναπηρίας	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Χαμηλή	26	43,1154	T-Test	,161	Διατήρηση H0
Υψηλή	44	49,0227			

Πίνακας 32: Έλεγχος Levene

<i>Homogeneity of Variance Test</i>		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
Ποιότητα ζωής	Equal variances assumed	,050	,823

Πίνακας 33: Έλεγχος συσχέτισης χρήσης υποστηρικτικού εξοπλισμού αναπηρίας και ποιότητας ζωής

Εξοπλισμός	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Ναι	26	47,6538	T-Test	,757	Διατήρηση H0
Όχι	44	46,3409			

Πίνακας 34: Έλεγχος Levene

<i>Homogeneity of Variance Test</i>		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.

Ποιότητα ζωής	Equal variances assumed	1,128	,292
---------------	-------------------------	-------	------

Πίνακας 35: Έλεγχος συσχέτισης χρονικού διαστήματος αναπηρίας και ποιότητας ζωής

Χρονικό διάστημα αναπηρίας	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Εκ γενετής	25	48,4000	ANOVA	,554	Διατήρηση H0
Λιγότερο 5 χρόνια	10	40,2000			
Από 6 έως 10 χρόνια	11	45,1818			
Παραπάνω από 10 χρόνια	24	48,7083			

Πίνακας 36: Έλεγχος συσχέτισης είδους αναπηρίας και ποιότητας ζωής

Είδος αναπηρίας	N	Mean Rank	Test	p	Απόφαση
Σωματική/κινητική	9	47,28	Kruskal-Wallis	,045	Απόρριψη H0
Οπτική	18	34,64			
Ακουστική	4	11,88			
Προβλήματα λόγου	1	64,00			
Ψυχικές διαταραχές	6	33,75			
Πολλαπλές αναπηρίες	3	52,50			
Χρόνιες παθήσεις	29	33,26			

Πίνακας 37: Πολλαπλές συγκρίσεις

<i>Pairwise Comparisons of Ti είδους αναπηρία έχετε;</i>					
Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a
Ακουστική-Χρόνιες παθήσεις	-21,384	10,850	-1,971	,049	1,000
Ακουστική-Ψυχικές διαταραχές	-21,875	13,131	-1,666	,096	1,000
Ακουστική-Οπτική	22,764	11,245	2,024	,043	,902
Ακουστική-Σωματική/κινητική	35,403	12,224	2,896	,004	,079
Ακουστική-Πολλαπλές αναπηρίες	-40,625	15,537	-2,615	,009	,188
Ακουστική-Προβλήματα λόγου	-52,125	22,744	-2,292	,022	,460

Χρόνιες παθήσεις-Ψυχικές διαταραχές	,491	9,124	,054	,957	1,000
Χρόνιες παθήσεις-Οπτική	1,380	6,104	,226	,821	1,000
Χρόνιες παθήσεις-Σωματική/κινητική	14,019	7,762	1,806	,071	1,000
Χρόνιες παθήσεις-Πολλαπλές αναπηρίες	19,241	12,337	1,560	,119	1,000
Χρόνιες παθήσεις-Προβλήματα λόγου	30,741	20,690	1,486	,137	1,000
Ψυχικές διαταραχές-Οπτική	,889	9,590	,093	,926	1,000
Ψυχικές διαταραχές-Σωματική/κινητική	13,528	10,721	1,262	,207	1,000
Ψυχικές διαταραχές-Πολλαπλές αναπηρίες	-18,750	14,384	-1,304	,192	1,000
Ψυχικές διαταραχές-Προβλήματα λόγου	30,250	21,972	1,377	,169	1,000
Οπτική-Σωματική/κινητική	12,639	8,305	1,522	,128	1,000
Οπτική-Πολλαπλές αναπηρίες	-17,861	12,686	-1,408	,159	1,000
Οπτική-Προβλήματα λόγου	-29,361	20,900	-1,405	,160	1,000
Σωματική/κινητική-Πολλαπλές αναπηρίες	-5,222	13,562	-,385	,700	1,000
Σωματική/κινητική-Προβλήματα λόγου	-16,722	21,443	-,780	,435	1,000
Πολλαπλές αναπηρίες-Προβλήματα λόγου	11,500	23,490	,490	,624	1,000

5.3 Σχέση δημογραφικών στοιχείων με τις πτυχές της αυτοαντίληψης, της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής

5.3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά ατόμων με αναπηρία και αυτοαντίληψη

Προκειμένου να εξετάσουμε, εάν υπάρχει διαφορά στη μέση τιμή της αυτοαντίληψης μεταξύ δύο ανεξάρτητων ομάδων, ανδρών και γυναικών, ατόμων με αναπηρία που καπνίζουν ή καταναλώνουν αλκοόλ σε καθημερινή βάση και όχι, υλοποιήσαμε έλεγχο Independent Samples t-test. Αναφορικά με τη μεταβλητή του φύλου, στο τεστ Levene

η τιμή του p είναι ελαφρώς μεγαλύτερη του 0,05 (0,055), επομένως κάνουμε χρήση των αποτελεσμάτων της γραμμής «Equal variances assumed». Σύμφωνα με το t -test, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,465). Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η αυτοαντίληψη των ατόμων με αναπηρία βάσει του φύλου τους. Συνεχίζοντας με τη μεταβλητή των επιβλαβών καθημερινών συνηθειών, στο τεστ Levene η τιμή του p είναι μεγαλύτερη του 0,05 (0,255), επομένως κάνουμε χρήση των αποτελεσμάτων της γραμμής «Equal variances assumed». Σύμφωνα με το t -test, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,662). Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η αυτοαντίληψη των ατόμων με αναπηρία βάσει της ύπαρξης της συνήθειας του καπνίσματος ή της κατανάλωσης αλκοόλ σε καθημερινή βάση. Προκειμένου να εξετάσουμε εάν υπάρχει διαφορά στη μέση τιμή της αυτοαντίληψης, όταν μεσολαβεί η ηλικία, ο αριθμός των μελών που απαρτίζουν ένα σπίτι, το είδος της περιοχής, η εργασιακή κατάσταση, το μηνιαίο εισόδημα, η οικογενειακή κατάσταση, υλοποιήσαμε τον έλεγχο One-Way ANOVA. Ξεκινώντας με τη μεταβλητή της ηλικίας, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,187). Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η αυτοαντίληψη των ατόμων με αναπηρία βάσει της ηλικίας τους. Συνεχίζοντας με τη μεταβλητή των μελών ενός σπιτιού, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,747). Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η αυτοαντίληψη των ατόμων με αναπηρία βάσει του αριθμού των μελών του σπιτιού τους. Αναφορικά με τη μεταβλητή του είδους της περιοχής, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,747). Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η αυτοαντίληψη των ατόμων με αναπηρία βάσει του είδους της περιοχής που διαμένουν. Εξετάζοντας τη μεταβλητή της εργασιακής κατάστασης, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,883). Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η αυτοαντίληψη των ατόμων με αναπηρία βάσει της εργασιακής τους κατάστασης. Επίσης, αναφορικά με τη μεταβλητή του μηνιαίου εισοδήματος, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,390). Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η

αυτοαντίληψη των ατόμων με αναπηρία βάσει του μηνιαίου τους εισοδήματος. Ακόμα, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων της μεταβλητής της οικογενειακής κατάστασης, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,336). Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η αυτοαντίληψη των ατόμων με αναπηρία βάσει της οικογενειακής τους κατάστασης. Προκειμένου να διερευνήσουμε πιθανές διαφορές στη μεταβλητή της αυτοαντίληψης, όταν μεσολαβεί το επίπεδο εκπαίδευσης, υλοποιήσαμε τον μη παραμετρικό έλεγχο Kruskal-Wallis, καθώς δεν ικανοποιούνταν το κριτήριο της κανονικότητας. Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο από 0,05 (0,490). Αυτό συνεπάγεται πως δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η αυτοαντίληψη των ατόμων με αναπηρία βάσει του επιπέδου εκπαίδευσης που φέρουν.

Πίνακας 38: Έλεγχος συσχέτισης φύλου και αυτοαντίληψης

Φύλο	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Ανδρας	33	2,9646	T-Test	,465	Διατήρηση H0
Γυναίκα	37	2,8784			

Πίνακας 39: Έλεγχος Levene

<i>Homogeneity of Variance Test</i>			
		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
Αυτοαντίληψη	Equal variances assumed	3,806	,055

Πίνακας 40: Έλεγχος συσχέτισης εθιστικών συνηθειών και αυτοαντίληψης

Κάπνισμα/αλκοόλ	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Ναι	9	2,8519	T-Test	,662	Διατήρηση H0
Όχι	61	2,9290			

Πίνακας 41: Έλεγχος Levene

<i>Homogeneity of Variance Test</i>			
		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
Αυτοαντίληψη	Equal variances assumed	1,317	,255

Πίνακας 42: Έλεγχος συσχέτισης ηλικίας και αυτοαντίληψης

Ηλικιακό εύρος	N	Mean	Test	p	Απόφαση
18–29	17	3,0588	ANOVA	,187	Διατήρηση H0
30–49	18	2,7130			
50–64	23	2,9565			
65+	12	2,9583			

Πίνακας 43: Έλεγχος συσχέτισης μελών νοικοκυριού και αυτοαντίληψης

Μέλη νοικοκυριού	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Ένα	7	2,8333	ANOVA	,747	Διατήρηση H0
Δύο	21	2,9603			
Τρία	20	2,9750			
Τέσσερα	13	2,7692			
Πέντε και άνω	9	2,9815			

Πίνακας 44: Έλεγχος συσχέτισης περιοχής διαμονής και αυτοαντίληψης

Περιοχή διαμονής	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Αγροτική	9	2,8148	ANOVA	,747	Διατήρηση H0
Ημιαστική	17	2,9706			
Αστική	44	2,9205			

Πίνακας 45: Έλεγχος συσχέτισης εργασιακής κατάστασης και αυτοαντίληψης

Εργασιακή κατάσταση	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Άνεργος	11	2,9697	ANOVA	,883	Διατήρηση H0
Εργαζόμενος/η	29	2,9023			
Συνταξιούχος	27	2,9383			
Άλλο	3	2,7222			

Πίνακας 46: Έλεγχος συσχέτισης μηνιαίου εισοδήματος και αυτοαντίληψης

Μηνιαίο εισόδημα	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Κάτω από 600	14	3,0119	ANOVA	,390	Διατήρηση H0
Από 600 έως 1000	19	2,7544			
Από 1000 έως 1400	21	2,9603			
Παραπάνω από 1400	16	2,9792			

Πίνακας 47: Έλεγχος συσχέτισης οικογενειακής κατάστασης και αυτοαντίληψης

Οικογενειακή κατάσταση	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Μόνος/η	19	2,9737	ANOVA	,336	Διατήρηση H0
Σε σχέση	10	2,9500			
Παντρεμένος/η	34	2,9314			
Διαζευγμένος/η	4	2,4167			
Άλλο	3	3,0000			

Πίνακας 48: Έλεγχος συσχέτισης επιπέδου εκπαίδευσης και αυτοαντίληψης

Εκπαίδευση	N	Mean Rank	Test	p	Απόφαση
Δημοτικό	4	31,50	Kruskal- Wallis	,490	Διατήρηση H0
Γυμνάσιο	5	35,30			
Λύκειο	10	23,75			

I.E.K.	5	37,20
T.E.I./A.E.I	43	38,17
Άλλο	3	39,17

5.3.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά ατόμων με αναπηρία και ψυχική υγεία

Προκειμένου να διερευνήσουμε πιθανές διαφορές στη μεταβλητή της ψυχικής υγείας μεταξύ δύο ανεξάρτητων ομάδων, ανδρών και γυναικών, ατόμων με αναπηρία που καπνίζουν ή καταναλώνουν αλκοόλ σε καθημερινή βάση και όχι, υλοποιήσαμε τον μη παραμετρικό έλεγχο Mann-Whitney U. Ξεκινώντας με τη μεταβλητή του φύλου, τα αποτελέσματα υπέδειξαν την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς το p είναι μικρότερο του 0,05 (0,001). Παρατηρώντας το γράφημα που αποδίδει τις μέσες θέσεις (mean ranks), συμπεραίνουμε πως οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερη μέση θέση (Mean Rank=42,96) συγκριτικά με τους άνδρες (Mean Rank=27,14). Ακόμα, όσον αφορά την παράμετρο των επιβλαβών καθημερινών συνηθειών, τα αποτελέσματα δεν υπέδειξαν την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,206). Αυτό συνεπάγεται πως δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η ψυχική υγεία των ατόμων με αναπηρία βάσει της ύπαρξης της συνήθειας του καπνίσματος ή της κατανάλωσης αλκοόλ σε καθημερινή βάση. Προκειμένου να διερευνήσουμε πιθανές διαφορές στη μεταβλητή της ψυχικής υγείας των ατόμων με αναπηρία, όταν μεσολαβεί η ηλικία, ο αριθμός των μελών του σπιτιού, το είδος της περιοχής, το επίπεδο εκπαίδευσης, η εργασιακή κατάσταση και το μηνιαίο εισόδημα, υλοποιήσαμε μη παραμετρικό έλεγχο Kruskal-Wallis, καθώς σε καμία των παραπάνω περιπτώσεων δεν ικανοποιείται το κριτήριο της κανονικότητας. Ξεκινώντας από τη μεταβλητή της ηλικίας, δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο από 0,05 (0,686). Επομένως, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η ψυχική υγεία των ατόμων με αναπηρία βάσει της ηλικίας τους. Αναφορικά με τη μεταβλητή των μελών ενός σπιτιού, προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι μικρότερο από 0,05 (0,019). Επομένως, απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση. Προκειμένου να ερμηνεύσουμε τις επιμέρους συγκρίσεις, αξιοποιούμε τη στήλη «Adj. Sig.» και παρατηρούμε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα άτομα με αναπηρία που ζουν μόνα τους και εκείνα που διαμένουν σε σπίτια με δύο ($p = 0,036$), τρία ($p = 0,011$) και πέντε ή περισσότερα μέλη ($p = 0,041$). Παρατηρώντας το γράφημα

που αποδίδει τις μέσες θέσεις (average ranks), συμπεραίνουμε πως τα άτομα που ζουν μόνοι τους παρουσίασαν υψηλότερη μέση θέση (average rank=59,64) συγκριτικά με όσους κατοικούν σε σπίτια με δύο (average rank=33,79), τρία (average rank=30,58) και πέντε ή περισσότερα μέλη (average rank=30,22). Μεταξύ των υπόλοιπων ζευγαρωτών συγκρίσεων δεν παρατηρήθηκε κάτι αντίστοιχο. Σχολιάζοντας την επίδραση της μεταβλητής του είδους της περιοχής, προκύπτει κι εκεί στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι μικρότερο από 0,05 (0,035). Επομένως, απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση. Αξιολογώντας και σε αυτή την περίπτωση τη στήλη «Adj. Sig.», παρατηρούμε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα άτομα με αναπηρία που ζουν σε αστική και αγροτική περιοχή ($p=0,033$). Από το γράφημα των μέσων θέσεων (average ranks), συμπεραίνουμε πως τα άτομα με αναπηρία που κατοικούν σε αγροτική περιοχή παρουσίασαν υψηλότερη μέση θέση (average rank=51,89) συγκριτικά με όσους κατοικούν σε αστική (average rank=32,97). Μεταξύ των υπόλοιπων ζευγαρωτών συγκρίσεων δεν παρατηρήθηκε κάτι αντίστοιχο. Αναφορικά με τη μεταβλητή του επιπέδου εκπαίδευσης, δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο από 0,05 (0,482). Αυτό συνεπάγεται πως δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η ψυχική υγεία των ατόμων με αναπηρία βάσει του επιπέδου εκπαίδευσης που φέρουν. Αναφορικά με τη μεταβλητή της εργασιακής κατάστασης, δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο από 0,05 (0,720). Αυτό συνεπάγεται πως δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η ψυχική υγεία των ατόμων με αναπηρία βάσει της εργασιακής τους κατάστασης. Ούτε στην περίπτωση της μεταβλητής του μηνιαίου εισοδήματος προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο από 0,05 (0,700). Αυτό συνεπάγεται πως δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η ψυχική υγεία των ατόμων με αναπηρία βάσει του μηνιαίου τους εισοδήματος. Προκειμένου να εξετάσουμε εάν υπάρχει διαφορά στη μέση τιμή της ψυχικής υγείας, όταν μεσολαβεί η οικογενειακή κατάσταση, υλοποιήσαμε έλεγχο One-Way ANOVA. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι, έστω και ελάχιστα, μεγαλύτερο του 0,05 (0,051). Αυτό συνεπάγεται πως οριακά δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η ψυχική υγεία των ατόμων με αναπηρία βάσει της οικογενειακής τους κατάστασης.

Πίνακας 49: Έλεγχος συσχέτισης φύλου και ψυχικής υγείας

Φύλο	N	Mean Rank	Test	p	Απόφαση
Ανδρας	33	27,14	Mann-Whitney U	,001	Απόρριψη H0
Γυναίκα	37	42,96			

Πίνακας 50: Έλεγχος συσχέτισης εθιστικών συνηθειών και ψυχικής υγείας

Κατανάλωση	N	Mean Rank	Test	p	Απόφαση
Ναι	9	27,50	Mann-Whitney U	,206	Διατήρηση H0
Όχι	61	36,68			

Πίνακας 51: Έλεγχος συσχέτισης ηλικίας και ψυχικής υγείας

Ηλικία	N	Mean Rank	Test	p	Απόφαση
18–29	17	31,32	Kruskal-Wallis	,686	Διατήρηση H0
30–49	18	34,75			
50–64	23	36,67			
65+	12	40,29			

Πίνακας 52: Έλεγχος συσχέτισης μελών νοικοκυριού και ψυχικής υγείας

Μέλη νοικοκυριού	N	Mean Rank	Test	p	Απόφαση
Ένα	7	59,64	Kruskal-Wallis	,019	Απόρριψη H0
Δύο	21	33,79			
Τρία	20	30,58			
Τέσσερα	13	36,50			
Πέντε και άνω	9	30,22			

Πίνακας 53: Πολλαπλές συγκρίσεις

<i>Pairwise Comparisons of Από πόσα μέλη αποτελείται το σπίτι σας;</i>					
Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a
Πέντε και άνω-Τρία	,353	8,163	,043	,966	1,000
Πέντε και άνω-Δύο	3,563	8,102	,440	,660	1,000
Πέντε και άνω-Τέσσερα	6,278	8,818	,712	,477	1,000
Πέντε και άνω-Ένα	29,421	10,249	2,871	,004	,041
Τρία-Δύο	3,211	6,354	,505	,613	1,000
Τρία-Τέσσερα	-5,925	7,245	-,818	,413	1,000
Τρία-Ένα	29,068	8,931	3,255	,001	,011
Δύο-Τέσσερα	-2,714	7,177	-,378	,705	1,000
Δύο-Ένα	25,857	8,875	2,913	,004	,036
Τέσσερα-Ένα	23,143	9,534	2,427	,015	,152
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.					
Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,050.					
a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.					

Πίνακας 54: Έλεγχος συσχέτισης είδους περιοχής και ψυχικής υγείας

Περιοχή	N	Mean Rank	Test	p	Απόφαση
Αγροτική	9	51,89	Kruskal-Wallis	,035	Απόρριψη H ₀
Ημιαστική	17	33,38			
Αστική	44	32,97			

Πίνακας 55: Πολλαπλές συγκρίσεις

<i>Pairwise Comparisons of Σε τι περιοχή διαμένετε;</i>					
Sample 1-Sample 2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig. ^a
Αστική-	,416	5,807	,072	,943	1,000

Ημιαστική					
Αστική- Αγροτική	18,923	7,440	2,543	,011	,033
Ημιαστική- Αγροτική	18,507	8,383	2,208	,027	,082
Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same.					
Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,050.					
a. Significance values have been adjusted by the Bonferroni correction for multiple tests.					

Πίνακας 56: Έλεγχος συσχέτισης εργασιακής κατάστασης και ψυχικής υγείας

Εργασία	N	Mean Rank	Test	p	Απόφαση
Άνεργος/η	11	34,14	Kruskal- Wallis	,720	Διατήρηση H0
Εργαζόμενος/η	29	33,43			
Συνταξιούχος	27	38,91			
Άλλο	3	29,83			

Πίνακας 57: Έλεγχος συσχέτισης μηνιαίου εισοδήματος και ψυχικής υγείας

Εισόδημα	N	Mean Rank	Test	p	Απόφαση
Κάτω από 600	14	37,50	ANOVA	,700	Διατήρηση H0
Από 600 έως 1000	19	38,07			
Από 1000 έως 1400	21	35,67			
Παραπάνω από 1400	16	30,47			

Πίνακας 58: Έλεγχος συσχέτισης οικογενειακής κατάστασης και ψυχικής υγείας

Οικογενειακή κατάσταση	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Μόνος/η	19	24,2632	ANOVA	,051	Διατήρηση H0
Σε σχέση	10	26,2000			

Παντρεμένος/η	34	21,2353
Διαζευγμένος/η	4	40,0000
Άλλο	3	36,6667

Πίνακας 59: Έλεγχος συσχέτισης επιπέδου εκπαίδευσης και ψυχικής υγείας

Εκπαίδευση	N	Mean Rank	Test	p	Απόφαση
Δημοτικό	4	55,13	Kruskal-Wallis	,482	Διατήρηση H0
Γυμνάσιο	5	32,50			
Λύκειο	10	30,90			
Ι.Ε.Κ.	5	34,40			
Τ.Ε.Ι./Α.Ε.Ι	43	34,97			
Άλλο	3	39,17			

5.3.3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά ατόμων με αναπηρία και ποιότητα ζωής

Προκειμένου να εξετάσουμε, εάν υπάρχει διαφορά στη μέση τιμή της ποιότητας ζωής μεταξύ δύο ανεξάρτητων ομάδων, ανδρών και γυναικών, ατόμων με αναπηρία που καπνίζουν ή καταναλώνουν αλκοόλ σε καθημερινή βάση και όχι, υλοποιήσαμε έλεγχο Independent Samples t-test. Αναφορικά με τη μεταβλητή του φύλου, στο τεστ Levene η τιμή του p είναι μεγαλύτερη του 0,05 (0,473), επομένως κάνουμε χρήση των αποτελεσμάτων της γραμμής «Equal variances assumed». Σύμφωνα με το t-test, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,087). Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία βάσει του φύλου τους. Σχολιάζοντας την επίδραση της μεταβλητής των επιβλαβών καθημερινών συνηθειών, στο τεστ Levene η τιμή του p είναι μικρότερη του 0,05 (0,034), επομένως κάνουμε χρήση των αποτελεσμάτων της γραμμής «Equal variances not assumed». Σύμφωνα με το t test, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο, καθώς το p είναι μικρότερο του 0,05 (0,025). Έτσι, απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση. Παρατηρώντας τη διαφορά της μέσης τιμής, τα άτομα με αναπηρία, που καπνίζουν ή καταναλώνουν αλκοόλ σε σχεδόν καθημερινή βάση, παρουσιάζουν μικρότερη μέση τιμή. Προκειμένου να εξετάσουμε εάν υπάρχει διαφορά στη μέση τιμή της ποιότητας ζωής, όταν μεσολαβεί η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός των μελών που απαρτίζουν ένα

σπίτι, το είδος της περιοχής, το επίπεδο εκπαίδευσης, η εργασιακή κατάσταση, το χρονικό διάστημα που ένα άτομο φέρει την αναπηρία του και το μηνιαίο εισόδημα, υλοποιήσαμε έλεγχο One-Way ANOVA. Ξεκινώντας από την παράμετρο της οικογενειακής κατάστασης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, τουλάχιστον μία ομάδα διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά, καθώς το p είναι μικρότερο του 0,05 (0,033). Επομένως, απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση. Ωστόσο, παρά το γεγονός πως ο έλεγχος One-Way ANOVA υπέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, οι post hoc συγκρίσεις με τη μέθοδο Games-Howell δεν φανερώνουν την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ συγκεκριμένων κατηγοριών ανά ζεύγος. Αναφορικά με τη μεταβλητή των μελών ενός σπιτιού, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των πέντε ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,097). Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση ότι δεν διαφοροποιείται η ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία βάσει του αριθμού των μελών του σπιτιού τους. Όσον αφορά τη μεταβλητή του είδους της περιοχής, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,235). Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία βάσει του είδους της περιοχής που διαμένουν. Ούτε η μεταβλητή του επιπέδου εκπαίδευσης διαφοροποιεί στατιστικά σημαντικά την ποιότητα ζωής, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,928). Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία βάσει του επιπέδου εκπαίδευσης που φέρουν. Το ίδιο αποτέλεσμα προέκυψε και για τη μεταβλητή της εργασιακής κατάστασης, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,763). Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία βάσει της εργασιακής τους κατάστασης. Επίσης, ούτε η μεταβλητή του μηνιαίου εισοδήματος ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,351). Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία βάσει του μηνιαίου τους εισοδήματος. Προκειμένου να διερευνήσουμε πιθανές διαφορές στη μεταβλητή της ποιότητας ζωής, όταν μεσολαβεί η ηλικία, υλοποιήσαμε μη παραμετρικό έλεγχο Kruskal-Wallis, καθώς δεν ικανοποιούνταν το κριτήριο της κανονικότητας. Δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων της μεταβλητής, καθώς το p είναι μεγαλύτερο από 0,05 (0,994). Αυτό

συνεπάγεται πως δεν μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, ότι δεν διαφοροποιείται η ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία βάσει της ηλικίας τους.

Πίνακας 60: Έλεγχος Levene

<i>Homogeneity of Variance Test</i>					
		Levene's Test for Equality of Variances			
		F	Sig.		
QoL	Equal variances assumed	,521	,473		

Πίνακας 61: Έλεγχος συσχέτισης φύλου και ποιότητα ζωής

Φύλο	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Ανδρας	33	43,1515	T-Test	,087	Διατήρηση H0
Γυναίκα	37	50,1081			

Πίνακας 62: Έλεγχος Levene

<i>Homogeneity of Variance Test</i>					
		Levene's Test for Equality of Variances			
		F	Sig.		
Ποιότητα ζωής	Equal variances assumed	4,673	,034		

Πίνακας 63: Έλεγχος συσχέτισης εθιστικών συνηθειών και ποιότητα ζωής

Κάπνισμα/αλκοόλ	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Ναι	9	38,2222	T-Test	,025	Απόρριψη H0
Όχι	61	48,0984			

Πίνακας 64: Έλεγχος συσχέτισης ηλικίας και ποιότητα ζωής

Ηλικία	N	Mean Rank	Test	p	Απόφαση
18–29	17	34,35	Kruskal-Wallis	,994	Διατήρηση H0
30–49	18	35,44			

50–64	23	36,20
65+	12	35,88

Πίνακας 65: Έλεγχος συσχέτισης μελών νοικοκυριού και ποιότητα ζωής

Μέλη νοικοκυριού	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Ένα	7	62,2857	ANOVA	,097	Διατήρηση H0
Δύο	21	47,0952			
Τρία	20	42,4000			
Τέσσερα	13	47,7692			
Πέντε και άνω	9	42,6667			

Πίνακας 66: Έλεγχος συσχέτισης είδους περιοχής και ποιότητα ζωής

Περιοχή	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Αγροτική	9	55,6667	ANOVA	,235	Διατήρηση H0
Ημιαστική	17	44,2941			
Αστική	44	46,0000			

Πίνακας 67: Έλεγχος συσχέτισης εργασιακής κατάστασης και ποιότητα ζωής

Εργασιακή κατάσταση	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Άνεργος	11	44,6364	ANOVA	,763	Διατήρηση H0
Εργαζόμενος/η	29	45,6552			
Συνταξιούχος	27	49,4815			
Άλλο	3	42,3333			

Πίνακας 68: Έλεγχος συσχέτισης μηνιαίου εισοδήματος (σε ευρώ) και ποιότητα ζωής

Εισόδημα	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Λιγότερο από 600	14	44,5714	ANOVA	,351	Διατήρηση H0
Από 600 έως 1000	19	52,8421			
Από 1000 έως 1400	21	45,0952			

Παραπάνω από 1400	16	43,9375
----------------------	----	---------

Πίνακας 69: Έλεγχος συσχέτισης οικογενειακής κατάστασης και ποιότητα ζωής

Οικογενειακή κατάσταση	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Μόνος/η	19	46,8947	ANOVA	,033	Απόρριψη H0
Σε σχέση	10	44,5000			
Παντρεμένος/η	34	43,5882			
Διαζευγμένος/η	4	67,2500			
Άλλο	3	63,6667			

Πίνακας 70: Πολλαπλές συγκρίσεις

<i>Multiple Comparisons</i>						
Dependent Variable: Ποιότητα ζωής						
Games-Howell						
Ποια είναι η οικογενειακή κατάσταση;	Ποια είναι η οικογενειακή κατάσταση;	Mean Difference	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Μόνος/η	Σε σχέση	,14967	,34970	,992	-,8955	1,1948
	Παντρεμένος/η	,20666	,27999	,946	-,5938	1,0072

	Δια- ζευγ- μέ- νος/η	-1,27220	,84955	,618	- 5,3837	2,8393
	Άλλο	-1,04825	,50187	,399	- 3,6835	1,5870
Σε σχέση	Μό- νος/η	-,14967	,34970	,992	- 1,1948	,8955
	Πα- ντρε- μέ- νος/η	,05699	,32258	1,000	-,9242	1,0382
	Δια- ζευγ- μέ- νος/η	-1,42188	,86452	,549	- 5,4435	2,5998
	Άλλο	-1,19792	,52682	,324	- 3,6754	1,2795
Παντρεμένος/η	Μό- νος/η	-,20666	,27999	,946	- 1,0072	,5938
	Σε σχέση	-,05699	,32258	1,000	- 1,0382	,9242
	Δια- ζευγ- μέ- νος/η	-1,47886	,83875	,507	- 5,6700	2,7122
	Άλλο	-1,25490	,48336	,291	- 4,0937	1,5839
Διαζευγμένος/η	Μό- νος/η	1,27220	,84955	,618	- 2,8393	5,3837
	Σε σχέση	1,42188	,86452	,549	- 2,5998	5,4435

	Πα- ντρε- μέ- νος/η	1,47886	,83875	,507	- 2,7122	5,6700
	Άλλο	,22396	,93647	,999	- 3,7173	4,1652
Άλλο	Μό- νος/η	1,04825	,50187	,399	- 1,5870	3,6835
	Σε σχέση	1,19792	,52682	,324	- 1,2795	3,6754
	Πα- ντρε- μέ- νος/η	1,25490	,48336	,291	- 1,5839	4,0937
	Δια- ζευγ- μέ- νος/η	-,22396	,93647	,999	- 4,1652	3,7173

Πίνακας 71: Ποιότητα ζωής – επίπεδο εκπαίδευσης

Εκπαίδευση	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Δημοτικό	4	56,2500	ANOVA	,928	Διατήρηση H0
Γυμνάσιο	5	47,6000			
Λύκειο	10	47,0000			
IEK	5	47,0000			
ΤΕΙ/ΑΕΙ	43	45,7442			
Άλλο	3	47,6667			

5.4 Άτομα με/χωρίς αναπηρία και αυτοαντίληψη, ψυχική υγεία και ποιότητα ζωής

5.4.1 Άτομα με/χωρίς αναπηρία και αυτοαντίληψη

Η σχέση της αυτοαντίληψης με την ύπαρξη αναπηρίας ελέγχθηκε με τη χρήση του t-test Independent Samples. Ξεκινώντας από τη μεταβλητή της ύπαρξης αναπηρίας,

πρώτα υλοποιήσαμε τον έλεγχο Levene, προκειμένου να εξετάσουμε την υπόθεση της ισότητας των διακυμάνσεων. Η τιμή του p είναι μεγαλύτερη του 0,05 (0,103), επομένως δεν απορρίπτουμε την υπόθεση της ομοιογένειας των διακυμάνσεων κι έτσι κάνουμε χρήση των αποτελεσμάτων της γραμμής «Equal variances assumed». Σύμφωνα με το t-test, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς το p είναι μεγαλύτερο του 0,05 (0,840). Έτσι, δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και δεν μπορούμε να απορρίψουμε πως η ύπαρξη αναπηρίας δεν διαφοροποιεί σημαντικά την αυτοαντίληψη.

Πίνακας 72: Αναπηρία και αυτοαντίληψη

Αναπηρία	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Ναι	70	2,9190	T-Test	,840	Διατήρηση H0
Όχι	74	2,9009			

Πίνακας 73: Έλεγχος Levene

<i>Homogeneity of Variance Test</i>		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
Αυτοαντίληψη	Equal variances assumed	2,694	,103

5.4.2 Άτομα με/χωρίς αναπηρία και ψυχική υγεία

Η σχέση της ψυχικής υγείας με την ύπαρξη αναπηρίας ελέγχθηκε με τη χρήση του μη παραμετρικού ελέγχου Mann-Whitney U. Τα αποτελέσματα υπέδειξαν την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς το p είναι μικρότερο του 0,05 (0,011). Παρατηρώντας το γράφημα που αποδίδει τις μέσες θέσεις (mean ranks), συμπεραίνουμε πως τα άτομα με αναπηρία παρουσίασαν υψηλότερη μέση θέση (Mean Rank=81,59) συγκριτικά με τα άτομα δίχως αναπηρία (Mean Rank=63,91).

Πίνακας 74: Αναπηρία και ψυχική υγεία

Αναπηρία/χρόνια πάθηση	N	Mean Rank	Test	p	Απόφαση

Ναι	70	81,59	Mann-Whitney U	,011	Απόρριψη H0
Όχι	74	63,91			

5.4.3 Άτομα με/χωρίς αναπηρία και ποιότητα ζωής

Η σχέση της ποιότητας ζωής με την ύπαρξη αναπηρίας ελέγχθηκε με τη χρήση του Independent Samples t-test. Πρώτα υλοποιήσαμε τον έλεγχο Levene, προκειμένου να εξετάσουμε την υπόθεση της ισότητας των διακυμάνσεων. Η τιμή του p είναι μεγαλύτερη του 0,05 (0,167), επομένως δεν απορρίπτουμε την υπόθεση της ομοιογένειας των διακυμάνσεων κι έτσι κάνουμε χρήση των αποτελεσμάτων της γραμμής «Equal variances assumed». Σύμφωνα με το t-test, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά, καθώς το p είναι μικρότερο του 0,05 (0,04). Έτσι, απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως οι δύο ομάδες διαφοροποιούνται σημαντικά. Παρατηρώντας τη διαφορά των μέσων τιμών, τα άτομα με αναπηρία παρουσιάζουν μεγαλύτερη βαθμολογία ως προς την εξεταζόμενη μεταβλητή.

Πίνακας 75: Αναπηρία και ποιότητα ζωής

Αναπηρία	N	Mean	Test	p	Απόφαση
Ναι	70	46,8286	T-Test	,004	Απόρριψη H0
Όχι	74	39,2297			

Συζήτηση ευρημάτων

Στο πλαίσιο της παρούσας ενότητας επιχειρείται μία διεξοδική ερμηνεία των ευρημάτων της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας. Η ερμηνεία θα διεξαχθεί αντιπαραβάλλοντας τα δικά μας αποτελέσματα με εκείνα στα οποία κατέληξαν πρόσφατα ερευνητικά εγχειρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Πιο συγκεκριμένα, η ερμηνεία θα κινηθεί γύρω από τα επίπεδα της αυτοαντίληψης, της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής που παρουσίασαν τα άτομα με αναπηρία, καθώς και γύρω από τα δημογραφικά στοιχεία, τα οποία επιδρούν στις προαναφερθείσες παραμέτρους της ζωής των ατόμων με αναπηρία. Επίσης, πέραν αυτών θα σχολιαστεί και η σχέση ανάμεσα στην αυτοαντίληψη, στην ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής του πληθυσμού που τέθηκε στο ερευνητικό επίκεντρο. Μέσα από τη σύνθεση των ευρημάτων, επιδιώκεται να αναδειχθεί ο βαθμός της πολυπλοκότητας των εννοιών που μελετούμε, αλλά και να κατανοηθούν τα μέσα και οι μηχανισμοί που καθορίζουν την εμπειρία και τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα στέκονται απέναντι στην αναπηρία του και τα νέα δεδομένα που αυτή επιφέρει στην καθημερινότητά τους. Εκκινώντας από την πτυχή της αυτοαντίληψης, τα ερευνητικά ευρήματα διαφωνούν με ένα μέρος της διεθνούς βιβλιογραφίας, καθώς κατά την έρευνά μας η παράμετρος της ύπαρξης της αναπηρίας δεν είναι ικανή να διαφοροποιήσει την αυτοεικόνα των ανθρώπων. Αντιθέτως, αρκετοί ερευνητές έχουν παρουσιάσει ότι η εμπειρία της αναπηρίας συχνά επηρεάζει δυσχερώς την αυτοεικόνα, το άτομο ωθείται σε δυσάρεστες εντυπώσεις, με αποτέλεσμα να υποτιμά τον εαυτό του και να διακρίνεται από αισθήματα κατωτερότητας (Rathbone & Wilmut, 2025· Satici et al., 2023· Xie et al., 2022). Η αντίθεση που διαπιστώνεται δεν συνεπάγεται υποχρεωτικά πως οφείλεται σε επιστημονική διαφωνία, παρά ενδέχεται να εξηγείται από τον πολυπαραγοντικό χαρακτήρα του φαινομένου. Ως εκ τούτου, αναφερόμαστε σε μία κατάσταση η οποία δέχεται επιρροές από μεγάλο πλήθος παραγόντων, είτε ατομικής, είτε κοινωνικής φύσεως, οι οποίοι αλληλεπιδρούν και μεταξύ τους. Επομένως, η σημασία της αναπηρίας μετριάζεται, εξουδετερώνεται η πιθανή δυσχερής επίδρασή της. Έτσι, βάσει της προσέγγισης αυτής, ένα πιθανό σενάριο αποτελεί τα άτομα με αναπηρία που απαρτίζουν το δείγμα μας να υπερτερούν ως προς την κατοχή μηχανισμών και χαρακτηριστικών, τα οποία δεν επιτρέπουν στην κατάσταση της αναπηρίας να πλήξει σημαντικά την εικόνα που έχουν σχηματίσει για τον εαυτό τους. Παράγοντες και συνθήκες που καθιστούν τα άτομα αυτά πιο ανθεκτικά αποτελούν η υποστήριξη και η αποδοχή από το περιβάλλον τους, καθώς και η πρόσβαση σε εκπαιδευτικά και

επαγγελματικά δρώμενα. Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν καθοριστικά στη διαμόρφωση μίας υγιούς αυτοαντίληψης, όσο κι αν αυτή πλήττεται από τις αντικειμενικές δυσκολίες που συνεπάγεται η εμπειρία της αναπηρίας (Παναγιωτοπούλου, 1999· Σούλης, 2008). Η θεωρία επισημαίνει, επίσης, πως έχει μετατοπιστεί η οπτική της αναπηρίας από το ιατρικό στο κοινωνικό μοντέλο, μεταβολή που έχει συμβάλει στην αύξηση της αίσθησης της αξίας των ατόμων με αναπηρία. Επομένως, συμπεραίνουμε πως το εύρημα, που αναλύουμε, αποτελεί προέκταση μίας συνολικότερης κοινωνικής κατεύθυνσης και όχι ένα προϊόν ειδικών μεθοδολογικών χειρισμών (Σούλης, 2008). Αντιθέτως, συνάφεια με τη διεθνή βιβλιογραφία παρουσιάζουν τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την ψυχική υγεία των ατόμων δίχως αναπηρία. Τόσο τα δικά μας, όσο και πληθώρα ξένων ερευνητικών μελετών, ανέδειξαν πως ο πληθυσμός αυτός υστερεί ως προς τα επίπεδα της ψυχικής υγείας, παρουσιάζεται περισσότερο επιβαρυνμένος εν συγκρίσει με όσους δεν φέρουν κάποια αναπηρία (Koenig et al., 2024· Kersey et al., 2024· Solís García et al., 2024· Holm et al., 2023· Xie et al., 2022). Επιβεβαιώνεται, λοιπόν, πως η συνθήκη της αναπηρίας δεν συνιστά μόνο έναν δημογραφικό παράγοντα, αλλά μία κατάσταση της οποίας προέκταση αποτελούν φαινόμενα, όπως ο κοινωνικός αποκλεισμός, η παρουσία εμποδίων και ανισοτήτων. Ακόμα και αν δεν παρουσιαστούν αυτές οι δυσμενείς συνθήκες, είναι πιθανό αποκλειστικά το βίωμα της αναπηρίας να πλήξει σοβαρά την ψυχική υγεία, ιδίως όταν η αναπηρία συνεπάγεται λειτουργικά μειονεκτήματα ή αίσθημα οξέος πόνου. Παρ' όλα αυτά, επισημαίνεται πως δεν είναι θεμιτό να γενικεύσουμε άκριτα το παρόν εύρημα ή να το θέσουμε δεδομένο, καθώς, όπως επισημάνθηκε και για την αυτοαντίληψη, και η ψυχική υγεία αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, το οποίο δέχεται επιρροές από πολλούς περαιτέρω παράγοντες, στους οποίους πρόκειται να αναφερθούμε στη συνέχεια. Έτσι, η ψυχική υγεία των ατόμων με αναπηρία καθίσταται ένα ετερογενές πεδίο συζήτησης. Αναφορικά με την ποιότητα ζωής, διαπιστώθηκε πως αποτελεί ακόμα μία παράμετρο στην οποία τα άτομα δίχως αναπηρία υπερέχουν εκείνων που φέρουν κάποιο είδος αναπηρίας, αλλά κι ένα επιπλέον εύρημα που διασταυρώνεται επιτυχώς και ανεξαιρέτως με τη διεθνή βιβλιογραφία (Rathbone & Wilmut, 2025· Holm et al., 2023· Grabowska, 2022· Lindgren Westlund & Jong, 2022· Emerson & Llewellyn, 2022). Προσπαθώντας να ερμηνεύσουμε το εύρημα αυτό, η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει στους κόλπους της ποικίλες διαστάσεις και λειτουργίες, τις οποίες πολύ συχνά αναστέλλει η περιοριστική φύση του φαινομένου της αναπηρίας. Για παράδειγμα,

αναφερόμαστε σε διαστάσεις που αφορούν τη σωματική δραστηριότητα, την ψυχολογία, τις κοινωνικές επαφές, καθώς και τον βαθμό στον οποίο το άτομο καθίσταται λειτουργικό. Οι διαστάσεις αυτές συχνά συνεπάγονται περιορισμούς, όπως η μειωμένη προσβασιμότητα, η μειωμένη κοινωνική δραστηριότητα, καθώς και το γεγονός πως το άτομο ετεροκαθορίζεται από την παρουσία άλλων. Όλα τα προαναφερθέντα βρίσκονται σε θέση να υποβιβάσουν την ποιότητα ζωής (Σούλης, 2008). Κι αυτή μας η διαπίστωση, ωστόσο, συνοδεύεται από μία υποσημείωση. Η ποιότητα ζωής δεν αποτελεί έναν αντικειμενικό δείκτη που διαμορφώνεται βάσει αυστηρών μετρήσεων. Πρόκειται για τον τρόπο που ο εκάστοτε άνθρωπος ξεχωριστά αξιολογεί τον βίο του συνολικότερα, σύμφωνα με τον τρόπο που εκείνος τον εκλαμβάνει. Αυτό καθιστά εξαιρετικά υψηλή τη σημασία παραγόντων, όπως οι προσδοκίες που διακατέχουν τον άνθρωπο και το σύνολο των αξιών που τον συνοδεύουν, γεγονός που ενδέχεται να εξηγεί τον λόγο που ορισμένα άτομα με αναπηρία κρίνουν τη ζωή τους ποιοτική, παρά το πλήθος των αναμφισβήτητων δυσκολιών που συναντούν (Tschannen-Moran & Gareis, 2004). Στη δική μας μελέτη διαπιστώθηκε πως η επίδραση των δημογραφικών παραγόντων ελάχιστα κατάφεραν να επιδράσουν στις υπό διερεύνηση κεντρικές πτυχές. Εξετάστηκε ένα αρκετά μεγάλο πλήθος παραμέτρων, οι οποίες στην πλειονότητά τους σχετίζονται με τα ατομικά στοιχεία των συμμετεχόντων, όπως είναι το φύλο. Ο έλεγχος των συσχετίσεων αφορούσε και στοιχεία τα οποία σχετίζονται αποκλειστικά με την εμπειρία της αναπηρίας, όπως είναι η σοβαρότητα αυτής. Ανάμεσα στο πλήθος αυτών, βρέθηκαν και παράγοντες που προκαλούν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην αυτοαντίληψη, την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία, ωστόσο ήταν μεμονωμένοι και αντιπροσωπεύουν μόνο ένα μικρό ποσοστό των συνολικών παραγόντων που εξετάστηκαν. Ξεκινώντας από την εικόνα που έχει διαμορφώσει ένα άτομο με αναπηρία για τον εαυτό του, μόνο ένα δημογραφικό στοιχείο κατάφερε να τη διαφοροποιήσει σημαντικά, το χρονικό διάστημα κατά το οποίο ένας άνθρωπος βιώνει την αναπηρία του. Θετικότερη αντίληψη για τον εαυτό τους φέρουν τα άτομα που βιώνουν την εμπειρία της αναπηρίας εδώ και πέντε ή λιγότερα χρόνια σε σύγκριση με τα άτομα που την βιώνουν για δέκα ή παραπάνω. Η απουσία συσχέτισης ανάμεσα σε όλα τα υπόλοιπα δημογραφικά στοιχεία και την αυτοαντίληψη αναδεικνύει την τελευταία ως μία ιδιαίτερα σταθερή εσωτερική πτυχή των ανθρώπων, η οποία καθορίζεται από σπουδαιότερα ψυχολογικά φαινόμενα και όχι κατά κύριο από τυπικά προσωπικά χαρακτηριστικά. Η διεθνής βιβλιογραφία, ωστόσο, αντιτίθεται στο εύρημα

αυτό και διαπιστώνει πως είναι μεγαλύτερος ο αριθμός των δημογραφικών παραγόντων που μπορούν να επιδράσουν σημαντικά στην αυτοαντίληψη. Επισημαίνονται στοιχεία που η δική μας μελέτη απέρριψε ως μη στατιστικά σημαντικά. Η αντίθεση του δικού μας εγχειρήματος με ξένες μελέτες αφορά στοιχεία, όπως είναι το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και η διαθεσιμότητα εξοπλισμού προς περιορισμού των λειτουργικών περιορισμών που επιβάλλει η αναπηρία. Διεθνείς πηγές στις οποίες ανατρέξαμε ανέδειξαν πως ιδανικότερη εικόνα για τον εαυτό τους φέρουν οι άνδρες με αναπηρία συγκριτικά με τις γυναίκες, καθώς και τα άτομα που παρουσιάζουν ένα υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο (Alhumaid & Said, 2023). Το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο δύναται να προσφέρει πλήθος ευκαιριών ανέλιξης, οι οποίες, εάν αξιοποιηθούν καταλλήλως, δύνανται να εδραιώσουν τη συμμετοχή του ατόμου στο κοινωνικό γίνεσθαι, καθώς και να αναβαθμίσουν την προσωπική του αξία (Alhumaid & Said, 2023). Αναφορικά με τη σημασία της χρήσης υποστηρικτικού εξοπλισμού, τα δικά μας ευρήματα υποστηρίζουν πως το προαναφερθέν στοιχείο δεν είναι ικανό να αυξήσει την εικόνα που έχει διαμορφώσει ένα άτομο με αναπηρία για τον εαυτό του, σε αντίθεση με ξένους ερευνητές που εξέφρασαν την άποψη, ότι υποκείμενα, τα οποία στερούνταν αυτής της υποστήριξης, παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης (Alhumaid & Said, 2023· Satici et al., 2023). Ως προς το στοιχείο της ηλικίας εντοπίζεται συμφωνία με τους ξένους ερευνητές, δεν αποτελεί διαφοροποιητικό παράγοντα (Rathbone & Wilmut, 2025). Το γεγονός πως η διεθνής βιβλιογραφία υπογραμμίζει τη σημασία παραμέτρων που η δική μας μελέτη κατέδειξε στατιστικά ως μη σημαντικούς είναι πιθανό να οφείλεται σε διάφορα στοιχεία της μελέτης. Αφενός, μπορεί το ερευνητικό δείγμα να παρουσιάζει υψηλό βαθμό ομοιογένειας, ενώ, αφετέρου, στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης ενδέχεται να έχει παραλειφθεί η συμπερίληψη και ο συμψηφισμός επιμέρους ψυχικών και κοινωνικών παραγόντων που εξουδετερώνουν τη σημασία των δημογραφικών γνωρισμάτων. Σε αντίθεση με τα ευρήματα που αφορούν την αυτοαντίληψη, η ψυχική υγεία κρίνεται σαφώς πιο εύθραυστη και ευμετάβλητη, καθώς τόσο βάσει του παρόντος ερευνητικού εγχειρήματος, όσο και της διεθνούς βιβλιογραφίας, δέχεται επιδράσεις από αρκετά στοιχεία του προφίλ του εξεταζόμενου πληθυσμού. Τόσο η μελέτη μας, όσο και ερευνητές της διεθνούς βιβλιογραφίας ανέδειξαν πως το φύλο αποτελεί έναν στατιστικά σημαντικό παράγοντα, συμφωνώντας πως οι γυναίκες είναι εκείνες που παρουσιάζουν σαφώς πιο επιβαρυσμένη ψυχολογική κατάσταση (Solís García et al., 2024· Kersey et al., 2024). Στη συνέχεια, υπογραμμίσαμε τη σημασία άλλων δύο παραγόντων, την επίδραση των οποίων δεν

ήταν εφικτό να επαληθεύσουμε βάσει διεθνών ερευνών, καθώς δεν εντάχθηκαν στα υπό εξέταση στοιχεία του προφίλ των συμμετεχόντων τους. Βρέθηκε, λοιπόν, πως ο αριθμός των μελών που απαρτίζουν το σπίτι ενός ατόμου με αναπηρία, καθώς και το είδος της περιοχής διαμονής αποτελούν χαρακτηριστικά που μπορούν να ευνοήσουν ή να πλήξουν τον τομέα της ψυχικής υγείας. Ανάμεσα στους πληθυσμούς αυτών των μεταβλητών, προβάδισμα φέρεται να έχουν εκείνοι που δεν ζουν μόνοι τους, αλλά με έναν ή περισσότερους συγκατοίκους, καθώς και όσοι κατοικούν σε αστική περιοχή έναντι όσων διαμένουν σε αγροτική. Διεθνείς μελέτες κατέστησαν ως διαφοροποιητικούς αρκετούς ακόμα παράγοντες. Ενώ, λοιπόν, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα, η επαγγελματική και η οικογενειακή κατάσταση δεν λογίζονται, βάσει του παρόντος ερευνητικού εγχειρήματος, ως καθοριστικά διαφοροποιητικοί παράγοντες, εντούτοις προκύπτουν ενστάσεις από τη διεθνή βιβλιογραφία. Αναφέρεται, πως τα μικρότερα σε ηλικία άτομα παρουσιάζονται περισσότερο επιβαρυσμένα ψυχολογικά (Kersey et al., 2024· Holm et al., 2023), καθώς διακατέχονται από περισσότερες ανησυχίες αναφορικά με το μέλλον τους και τη σταδιοδρομία τους σε εκπαιδευτικό, επαγγελματικό και προσωπικό επίπεδο (Holm et al., 2023). Ομάδες που μειονεκτούν, επίσης, αποτελούν όσοι παρουσιάζουν χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, όπως και οι άγαμοι και οι άνεργοι άνθρωποι (Kersey et al., 2024). Αναφορικά με το εισόδημα, ερευνητές της διεθνούς βιβλιογραφίας παρουσιάζουν πιο επιβαρυσμένους όσους βρίσκονται σε δεινότερη οικονομική θέση. Ένα άτομο με αναπηρία που βιώνει μία επισφαλή και ασταθή οικονομική κατάσταση, είναι περισσότερο πιθανό να του προκληθεί τόσο μεγαλύτερο άγχος, όσο και να αντιμετωπίσει εμπόδια πρόσβασης σε υπηρεσίες σχετικές με την ψυχική υγεία (Koenig et al., 2024· Kersey et al., 2024). Και στην περίπτωση εξέτασης της ψυχικής υγείας σε διεθνές επίπεδο καταγράφονται περισσότερες διαφοροποιήσεις, οι οποίες, μπορεί να μην επαληθεύονται, αλλά δεν αναιρείται η σημασία τους από τα ευρήματα της τρέχουσας μελέτης. Ενδιαφέρουσα κρίνεται και η διερεύνηση του πεδίου της ποιότητας ζωής. Το πλήθος των διαφοροποιήσεων στις οποίες καταλήξαμε είναι εκ νέου περιορισμένο συγκριτικά με εκείνο της διεθνούς βιβλιογραφίας. Το γεγονός αυτό στηρίζεται από τη θεωρία, καθώς το βάρος διαμόρφωσης της ποιότητας ζωής επωμίζονται περισσότερο περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί παράγοντες, όπως οι δυνατότητες πρόσβασης, η συμμετοχή στο κοινωνικό γίγνεσθαι, η παρουσία δομών υποστήριξης και ενίσχυσης (Kim et al., 2025). Ωστόσο, εντοπίζονται ξανά σημεία σύγκλισης και απόκλισης. Σημείο σύγκλισης αποτελεί το είδος της αναπηρίας, το οποίο

συνιστά μία συνθήκη που μπορεί να διαφοροποιήσει την ευχαρίστηση του ατόμου από τη ζωή του. Η παρουσία άνω της μίας αναπηρίας αναστέλλει ακόμα περισσότερο την ποιότητα ζωής των ανθρώπων (Lindgren Westlund & Jong, 2022). Η απόκλιση της μελέτης μας με τις ξένες έρευνες αφορά τα χαρακτηριστικά της ηλικίας, της οικονομικής κατάστασης, του επιπέδου εκπαίδευσης. Κανένα από αυτά δεν σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία, σύμφωνα με τα ευρήματά μας. Καθ' άλλους ερευνητές, όμως, η χαμηλότερη οικονομική ισχύς υποβαθμίζει σημαντικά την ποιότητα ζωής (Emerson & Llewellyn, 2022· Lindgren Westlund & Jong, 2022), η οποία πλήττεται σημαντικά και από το ενδεχόμενο του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου (Emerson & Llewellyn, 2022). Έχει καταγραφεί, επίσης, ως στατιστικά σημαντικός ο ρόλος της ηλικίας, με τους νεότερους ανθρώπους να απολαμβάνουν μεγαλύτερη ποιότητα ζωής, εξαιτίας της μεγαλύτερης θέσμης με την οποία φροντίζουν τον εαυτό τους (Emerson & Llewellyn, 2022· Nanthamongkolchai et al., 2022). Ακόμα, ενώ η μελέτη μας ανέδειξε πως η ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία δεν διαφοροποιείται από την εργασιακή τους κατάσταση, άλλοι μελετητές υπέδειξαν πως μειονεκτούν όσοι ανήκουν στο φάσμα της ανεργίας (Kim et al., 2024). Σε μια γενικότερη θεώρηση των παραπάνω αντιλαμβανόμαστε πως, αντιπαραβάλλοντας τα ευρήματα της παρούσας μελέτης με όσα διαπιστώνει η διεθνής βιβλιογραφία, η σημασία των στοιχείων του προφίλ των ατόμων με αναπηρία ερμηνεύεται διαφορετικά. Δεν συμπεραίνεται, δηλαδή, κάποια υψηλού βαθμού ομοιομορφία χωρίς αυτό να υποβαθμίζει την αξία του κάθε ερευνητικού εγχειρήματος. Το φαινόμενο εκείνο που φαίνεται να εξαρτάται σε μικρότερο βαθμό από τα δημογραφικά στοιχεία αποτελεί η αυτοαντίληψη, ενώ οι άλλες δύο εξεταζόμενες έννοιες παρουσιάζουν μια μέτριου βαθμού εξάρτηση από αυτά. Αναφορικά με το πλήθος των αποκλίσεων, μπορούμε να αντιληφθούμε την αυξημένη σημασία κοινωνικών και πολιτισμικών παραμέτρων, όσο και να τις αποδώσουμε στις ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν κάθε ερευνητικό δείγμα. Αυτό που γίνεται δεδομένα αντιληπτό βάσει της ασυμφωνίας που προκύπτει γύρω από τον ρόλο των ατομικών στοιχείων είναι το γεγονός, πως για να ερμηνευθούν τα σχετικά ευρήματα κρίνεται απαραίτητη η επιδίωξη μίας συνολικότερης προσέγγισης που θα λαμβάνει υπόψιν της συνδυαστικά επιμέρους παράγοντες του βίου των ατόμων αυτών. Ενδιαφέρουσες, επιπλέον, κρίνονται οι διαπιστώσεις και οι ενδείξεις που προέκυψαν από την παρούσα έρευνα αναφορικά με τη συσχέτιση των τριών εννοιών που πρωταγωνιστούν. Η αυτοαντίληψη των ατόμων με αναπηρία σχετίζεται με την ψυχική τους κατάσταση. Μπορεί ο στατιστικός έλεγχος, που διενεργήθηκε, να ανέδειξε τη

σχέση ως αρνητική, όμως αυτό οφείλεται στο γεγονός πως η μεταβλητή της ψυχικής υγείας εκτιμάται θετικότερη, όσο οι τιμές φθίνουν. Επομένως, παρακάμπτουμε την παρατήρηση της αρνητικής συσχέτισης και διαπιστώνουμε πως η μεταβολή της μίας συνεπάγεται αντίστοιχη μεταβολή για την άλλη. Έτσι, όσο θετικότερη κρίνεται η εικόνα που έχει σχηματίσει ένας άνθρωπος για τον ίδιο, τόσο περισσότερο προασπίζεται ψυχικά και απομακρύνεται από το αίσθημα της ψυχολογικής δυσφορίας. Και αντιστρόφως, η ψυχική υγεία επιδεινώνεται, όταν το άτομο με αναπηρία αξιολογεί αρνητικά τον εαυτό του και τη σημασία του. Το προαναφερθέν αποτέλεσμα έρχεται να συμφωνήσει με τη θεωρία που θεωρεί κυρίαρχο τον ρόλο της αυτοαντίληψης αναφορικά με το είδος των συναισθημάτων που ο άνθρωπος αναπτύσσει και με τον τρόπο που αμύνεται έναντι των στρεσογόνων καταστάσεων που του παρουσιάζονται. Συσχέτιση εντοπίστηκε, επίσης, ανάμεσα στην αυτοαντίληψη και την ποιότητα ζωής, ξανά αρνητική, ωστόσο ισχύει ακριβώς η ίδια συνθήκη, που επισημάνθηκε κατά τον σχολιασμό και την αποτίμηση της βαθμολογίας της μεταβλητής της ψυχικής υγείας, και για την πτυχή της ποιότητας ζωής. Επομένως, καταδεικνύεται, πως η κάθε μεταβλητή μεταβάλλεται ανάλογα με την κατεύθυνση της άλλης, που σημαίνει πως τα θετικά επίπεδα της αυτοαντίληψης συνεπάγονται υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης, καλύτερο έλεγχο των συνθηκών και μεγαλύτερη όρεξη συμμετοχής στα δρώμενα της ζωής. Και το αντίστροφο φυσικά, μία ζημιωμένη εικόνα για τον εαυτό, ελαττώνει και την ικανοποίηση που λαμβάνει από τη ζωή του το άτομο με αναπηρία. Τα δύο παραπάνω ευρήματα έρχονται να επικυρώσουν τις θέσεις της διεθνούς βιβλιογραφίας, η οποία κρίνει πως όσο ιδανικότερο τίθεται το επίπεδο της αυτοαντίληψης, αντίστοιχα θα κινηθεί η πορεία τόσο της ψυχικής υγείας (Alhumaid & Said, 2023), όσο και της ποιότητας της ζωής των ατόμων με αναπηρία (Alhumaid & Said, 2023· Satici et al., 2023). Συσχέτιση διαπιστώθηκε, ακόμα, και ανάμεσα στις πτυχές της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία, χωρίς να καταφέρουμε να εντοπίσουμε κάποιο όμοιο ή διαφορετικό εύρημα στην πρόσφατη διεθνή βιβλιογραφία. Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω αποτελέσματα και κρίνοντας από την αντιπαραβολή τους με τη διεθνή βιβλιογραφία, σίγουρα οδηγούμαστε, καταρχάς, στο συμπέρασμα πως αναφερόμαστε σε τρεις ιδιαίτερες σύνθετες και δυναμικές έννοιες και φαινόμενα, ιδίως όταν αυτά ερευνώνται και σχολιάζονται πλαισιωμένα από την εμπειρία της αναπηρίας. Καταλήξαμε σε ευρήματα, κάποια από τα οποία συμφωνούν και εδραιώνουν την υπάρχουσα και εξαιρετικά πρόσφατη διεθνή βιβλιογραφία, αλλά προέκυψαν, επίσης, και αποτελέσματα τα οποία δεν υιοθετούν τις τάσεις που έχουν

ήδη εκφραστεί και τις θέσεις που έχουν διατυπωθεί. Η παρουσία των δεύτερων δεν μπορεί να κριθεί ως ανεπιθύμητη, ούτε να θεωρήσει εσφαλμένο κάποιον μεθοδολογικό μας χειρισμό, παρά μόνο μπορεί να εγείρει προβληματισμούς και να δώσει νέα πνοή και κατεύθυνση στη μελλοντική έρευνα γύρω από σχετικές παραμέτρους. Παράλληλα, γίνεται αντιληπτό πως είναι ανέφικτο να προσεγγίσουμε την κατάσταση της αναπηρίας μόνο από μία οπτική. Πρέπει να συνυπολογιστούν πολλοί παράγοντες που δύνανται να διαφοροποιήσουν τις συνθήκες. Είτε αναφερόμαστε στους δημογραφικούς παράγοντες, οι οποίοι δεν εξαντλούνται σε αυτούς που μελετήσαμε, είτε στο κοινωνικό περιβάλλον, είτε στη χρονική περίοδο κατά την οποία μελετάται το πεδίο. Οι μεταβολές διαδέχονται η μία την άλλη, συνήθως υπέρ της κοινότητας των ατόμων με αναπηρία. Η κατανόηση της σημασίας των φαινομένων της αυτοαντίληψης, της ψυχικής υγείας και της ποιότητας, αλλά και της μεταξύ τους αλληλεπίδρασης, είναι καθοριστικής σημασίας για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων παρέμβασης και ενίσχυσης της θέσης των ατόμων αυτών στο κοινωνικό σύνολο. Σχέδια και πρακτικές που θα στοχεύουν αφενός στην ενίσχυση της λειτουργικότητάς τους, αφετέρου στην εδραίωση της εικόνας που έχουν για τον εαυτό τους, των συναισθημάτων που τους διακατέχουν και της συνολικής ευχαρίστησης που εισπράττουν από τον τρόπο που διαβιούν. Έτσι, η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία έρχεται να εμπλουτίσει τη γνώση των ερευνητών, αλλά και να επεκτείνει το εύρος της σχετικής βιβλιογραφίας.

Συμπέρασμα

Η παρούσα ερευνητική μελέτη έθεσε στο επίκεντρο τις έννοιες της αυτοαντίληψης, της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής. Οι έννοιες αυτές μελετήθηκαν παράλληλα με προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων με αναπηρία. Επιδιώχθηκε, πέρα από την εξέταση της συσχέτισης μεταξύ των τριών προαναφερθεισών φαινομένων, αλλά και να διερευνηθεί η σχέση τους με τους επιμέρους παράγοντες της ταυτότητας των ατόμων αυτών.

Κρίνοντας από όσα προέκυψαν από την έρευνα, που διεξήγαμε, αναφερόμαστε σε έννοιες πολυεπίπεδες και σύνθετες, οι οποίες δεν είναι αποκομμένες από άλλους ατομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η κατασκευή τους προκύπτει μέσα από διαδοχικές αλληλεπιδράσεις με πτυχές του συνολικού βίου των ανθρώπων συνολικότερα. Πρώτα από όλα, αντιλαμβανόμαστε την κρισιμότητα και τη σημασία της εμπειρίας της αναπηρίας, ειδικά από τη στιγμή που παρατηρούμε ότι η παρουσία της ή η απουσία της δύναται να διαφοροποιήσει σημαντικά όλες τις κρίσιμες υπό εξέταση πτυχές. Ακόμα και αν η δική μας μελέτη θεωρεί την αυτοαντίληψη ως μη συσχετιζόμενη με την ύπαρξη της αναπηρίας, δεν μπορούμε να απομονώσουμε και να απορρίψουμε τα αντίθετα διεθνή ευρήματα.

Η αυτοαντίληψη αποτελεί έναν εκ των θεμελιωδών πυλώνων της καθημερινότητας των ατόμων με αναπηρία, καθώς ο τρόπος βάσει του οποίου οικοδομούν την εικόνα για τον εαυτό τους και την αξία τους έχει άμεση επιρροή τόσο στην ψυχική τους κατάσταση, όσο και στη συνολικότερη ευχαρίστησή τους από τη ζωή. Η διαμόρφωση μιας θετικής αυτοεικόνας συνεπάγεται μεγαλύτερη ψυχική ευημερία, περισσότερη συναισθηματική σταθερότητα, ενώ μπορεί, επίσης, να συνδεθεί με μειωμένα επίπεδα νοηλικότητας όσον αφορά τη συμμετοχή και τη δράση εντός του κοινωνικού πλαισίου. Αντιστρόφως, μια ζημιωμένη εικόνα για τον ίδιο τους τον εαυτό είναι πολύ πιθανόν να οδηγήσει σε αντιλήψεις, όπως το αίσθημα της κατωτερότητας, της μειωμένης αυτοεκτίμησης, καθώς σε λιγότερη ανθεκτικότητα έναντι απαιτητικών συνθηκών. Άμεσο επακόλουθο της παραπάνω διαμορφωθείσας κατάστασης αποτελεί ο κρίσιμος χαρακτήρας της ψυχικής υγείας, η οποία και δέχεται επίδραση από το φαινόμενο της αυτοαντίληψης, αλλά επιδρά κιόλας σε αυτό. Η παρουσία θετικών ψυχολογικών συνθηκών είναι δεδομένα ένας παράγοντας ο οποίος μπορεί να ενισχύσει τα άτομα με αναπηρία σημαντικά ως προς τη διαχείριση των προκλήσεων και των εμποδίων που παρουσιάζονται στην καθημερινότητά τους. Σε αντίθετη περίπτωση, η εμφάνιση δυσάρεστων σχετικών φαινομένων προκαλεί φθορά στη διαμόρφωση της

αυτοεικόνας με άμεση προέκταση τα μειωμένα επίπεδα λειτουργικότητας του πληθυσμού. Τέτοια φαινόμενα αποτελούν το άγχος, η γενικότερη επιβάρυνση της ψυχολογίας ή ακόμα χειρότερα συμπτώματα που προμηνύουν την έλευση κατάθλιψης. Αναφερόμενοι πλέον στον τρίτο καθοριστικό πυλώνα της παρούσας διπλωματικής εργασίας, η μελέτη επιβεβαιώνει τον σύνθετο χαρακτήρα της έννοιας της ποιότητας ζωής και υποδεικνύει πως παρουσιάζει διαστάσεις ψυχοκοινωνικού και περιβαλλοντικού χαρακτήρα. Ο υποκειμενικός τρόπος βάσει του οποίου κάθε άτομο αξιολογεί την ποιότητα που διακρίνει τη ζωή του κρίνεται αντίστοιχα σημαντικός με τους αντικειμενικούς δείκτες, όπως η υγεία, το φυσικό περιβάλλον, η ποιότητα του χώρου στέγασης και άλλες υλικές προϋποθέσεις. Αυτή η αντιστοιχία καθιστά απαραίτητη την προσέγγιση του φαινομένου με έναν περισσότερο πολυδιάστατο τρόπο, ο οποίος θα λαμβάνει εξίσου υπόψιν του τόσο τις αντικειμενικές συνθήκες που την καθορίζουν, αλλά και τις υποκειμενικές προσδοκίες.

Ένας παράγοντας που υπογραμμίζεται ιδιαίτερα αποτελεί το κοινωνικό περιβάλλον το οποίο έχει τον πρώτο λόγο για τον καθορισμό της αυτοαντίληψης και της ψυχικής κατάστασης των ατόμων με αναπηρία. Η άποψη αυτή συντάσσεται με τη σύγχρονη θεωρία που δεν αντιμετωπίζει την αναπηρία ως ένα ατομικό πρόβλημα, αλλά ως μια κατάσταση, μια εμπειρία που διαμορφώνεται μέσα από τη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον του. Είτε αναφερόμαστε στα οικεία πρόσωπα, είτε στον περίγυρο κάθε του δραστηριότητας. Μιλώντας για το κοινωνικό περιβάλλον, τονίζεται η σημασία ορισμένων προϋποθέσεων, έτσι ώστε να υπάρχουν μεγαλύτερα περιθώρια τόνωσης της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία. Μνεία γίνεται σε παράγοντες, όπως η ενσυναίσθηση, η αποδοχή άνευ κρίσης, η αδιαπραγμάτευτη πρόσβαση σε υπηρεσίες (ψυχικής) υγείας, η διακοπή παρουσίασης εμποδίων που οφείλονται σε προκαταλήψεις και μισαλλόδοξες τάσεις. Όλα τα παραπάνω έχουν ιδιαίτερα επιβαρυντική δράση και ωθούν τα άτομα με αναπηρία σε αισθήματα κατωτερότητας και μειονεξίας. Τα δημογραφικά στοιχεία φάνηκε πως έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν τις πτυχές της αυτοαντίληψης, της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής, χωρίς ωστόσο και οι τρεις μεταβλητές να επηρεάζονται εξίσου από όλους τους δημογραφικούς παράγοντες που μελετήθηκαν. Ενδέχεται, για παράδειγμα, η αυτοαντίληψη να δέχεται επίδραση από ένα στοιχείο από το οποίο δεν επηρεάζεται σημαντικά η ψυχική υγεία.

Το γεγονός πως στη διεθνή βιβλιογραφία καταγράφηκαν περισσότεροι δημογραφικοί παράγοντες ως σημαντικά διαφοροποιητικοί είναι εξαιρετικά πιθανό να

οφείλεται σε πιθανή ομοιογένεια του δείγματος, δηλαδή οι συμμετέχοντες να παρουσίασαν αρκετά κοινά στοιχεία, είτε ως προς τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά, είτε ως προς τα επίπεδα της αυτοαντίληψης, της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής. Αυτή η ενδεχόμενη ανασταλτική ερευνητική συνθήκη καθιστά αναγκαία την ακόμα μεγαλύτερη διερεύνηση των παραγόντων που διαμορφώνουν τις καταστάσεις αυτές.

Αξιομνημόνευτο παράγοντα, η σημασία του οποίου παρατηρήθηκε στη διεθνή βιβλιογραφία και διαπιστώθηκε και στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, αποτελεί η παρουσία πιθανού υποστηρικτικού εξοπλισμού, ο οποίος δύναται να συμβάλει καθοριστικά στην ενίσχυση της αυτοαντίληψης των ατόμων με αναπηρία. Αντιλαμβανόμαστε ότι η υποστήριξη αυτών των μέσων και των μηχανισμών μπορεί να σημαίνει μια περισσότερο ανεξάρτητη διαβίωση και να δίνουν στο άτομο τη δυνατότητα να αντιπαρέλθει ένα μεγάλο μέρος των περιορισμών που του επιβάλλονται από τη συνθήκη της αναπηρίας. Έτσι, καθώς οι δυνατότητές του επεκτείνονται η εικόνα που σχηματίζει για τον εαυτό του βελτιώνεται και αντίστοιχα συμπαρασύρεται τόσο η ψυχική του υγεία, όσο και η ευχαρίστηση που νιώθει από τον τρόπο που ζει. Μπορούμε να ισχυριστούμε πως το εύρημα αυτό και η συμφωνία του με τη διεθνή βιβλιογραφία προωθούν τη σημασία της προσοχής και επένδυσης σε μέσα και δομές που έχουν τη δυνατότητα να μειώσουν την απόκλιση των ατόμων με και δίχως αναπηρία ως προς τις δυνατότητές τους και την ισάξια συμμετοχή τους στο κοινωνικό γίνεσθαι. Βάσει της παρούσας μελέτης προκύπτει πως και οι τρεις κεντρικές έννοιες που εξετάστηκαν σχετίζονται μεταξύ τους και τροφοδοτούν η μία την άλλη. Κάθε φορά που μια από αυτές ενισχύεται ή αποδυναμώνεται, αντίστοιχα επηρεάζονται και οι άλλες δύο. Το εύρημα αυτό έρχεται να βεβαιώσει την ανάγκη μιας συνολικότερης προσέγγισης, τόσο σε επίπεδο έρευνας και μελέτης, όσο και σε επίπεδο πρακτικών και μεθόδων. Η διάσταση κάθε φαινομένου δεν είναι τόσο χρήσιμο να εξετάζεται αποσπασματικά και αποκομμένη από τις υπόλοιπες, όσο να υιοθετηθεί μια οπτική η οποία θα συνυπολογίζει το σύνολο των αναγκών και των ιδιαιτεροτήτων των ατόμων με αναπηρία. Καταλήγοντας, η δική μας η μελέτη πέρα από τη στόχευση της να συμβάλει να κατανοηθούν ευρύτερα και σε μεγαλύτερο βαθμό οι διαστάσεις που αφορούν το φαινόμενο της αναπηρίας επιδιώκει, επίσης, να καταστήσει σημαντική την ανάγκη περαιτέρω ενίσχυσης του πληθυσμού αυτού, μέσω καινοτόμων προσεγγίσεων και πρακτικές των οποίων κεντρικός γνώμονας θα είναι η ενίσχυση της αυτοαντίληψης και

της ψυχικής υγείας, έτσι ώστε μακροπρόθεσμα οι άνθρωποι αυτοί να αναπτύξουν ένα ποιοτικότερο επίπεδο ζωής.

Αποτελεί εξαιρετικά κρίσιμο βήμα να μεταβούμε από μια οπτική που στέκεται στην ιδιαιτερότητα των περιορισμών των ατόμων με αναπηρία σε μια οπτική η οποία θα εξετάσει πώς τα άτομα αυτά μπορούν να συμμετάσχουν ισότιμα στο κοινό πλαίσιο και πως μπορούν να ευνοηθούν συνολικότερα ως προς την ευημερία τους. Μόνο έτσι θα καταστεί εφικτό να διαμορφωθεί ένα συμπεριληπτικό και υποστηρικτικό πλαίσιο, έτσι ώστε, όχι μόνο να επιτευχθεί μια κοινωνική εξισορρόπηση, αλλά να βελτιωθεί πρακτικά και αισθητά ο τρόπος με τον οποίο αυτοί οι άνθρωποι ζουν.

Τα συμπεράσματα της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας δεν αρκούνται σε μία απλή θεωρητική κατανόηση των υπό διερεύνηση εννοιών. Αναδεικνύεται τόσο η δυναμική αλληλεξάρτησή τους, όσο και η πρωτεύουσα σημασία του κοινωνικού πλαισίου που περιβάλλει τα άτομα αυτά και συμβάλλει σημαντικά στη διαμόρφωση των παραπάνω πτυχών. Αναδείχθηκε η αναγκαιότητα ολιστικών και πολυδιάστατων παρεμβάσεων με σαφή στόχευση την περαιτέρω ένταξη στο κοινωνικό σύνολο. Οι παραπάνω επιταγές σίγουρα προεκτείνονται έως το εκπαιδευτικό πλαίσιο, μέσω του οποίου κρίνεται απαραίτητο να προταθούν και να εφαρμοστούν πρακτικές και ενέργειες που θα ευνοούν την εικόνα των ατόμων με αναπηρία για τον εαυτό τους, την ψυχική τους κατάσταση και το μέγεθος της ποιότητας της ζωής τους. Επομένως, το γεγονός πως τον τίτλο πλαισιώνουν οι εκπαιδευτικές πρακτικές καθιστά αντιληπτή την αναγκαιότητα εφαρμογής των συμπερασματικών κρίσεων και τη συμβολή που μπορεί να διαδραματίσει η παρούσα έρευνα στην εκπαίδευση.

Ερευνητικοί περιορισμοί – Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Το παρόν ερευνητικό εγχείρημα επιδιώκει να συνεισφέρει, ώστε να κατανοήσουμε ποια είναι η σύνδεση ανάμεσα σε πολύ υψηλής σημασίας παραμέτρους της ζωής των ατόμων με αναπηρία. Τέτοιες είναι η αυτοαντίληψη, η ψυχική υγεία και η ποιότητα ζωής που διακρίνουν τους ανθρώπους αυτούς. Παρ' όλα αυτά, είναι δεδομένο πως η παρούσα ερευνητική απόπειρα υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς. Περιορισμοί που αφορούν τόσο τον μεθοδολογικό σχεδιασμό, τη διαδικασία βάσει της οποίας συλλέξαμε και αναλύσαμε τα δεδομένα μας, όσο και επιμέρους ζητήματα, τα οποία πρόκειται να αναλυθούν στη συνέχεια εκτενέστερα. Το γεγονός της αναγνώρισης και καταγραφής των περιορισμών θεωρείται πολύ υψηλής σημασίας, δεδομένου πως επιτρέπει σε ύστερους ερευνητές και αναγνώστες να ερμηνεύσουν καλύτερα και ασφαλέστερα τα ευρήματα της μελέτης, ενώ παράλληλα διαμορφώνονται οι απαραίτητες προτάσεις κατευθύνσεις, οι οποίες θα ήταν σημαντικό να υιοθετηθούν ακολουθηθούν από μελλοντικές έρευνες. Εκκινώντας από τη σύνθεση του δείγματος, συνολικά απαρτίζεται από 144 άτομα, τα 70 εκ των οποίων με αναπηρία και τα 74 από αυτά δίχως αναπηρία. Εστιάζοντας στην πρώτη ομάδα, το εξής μέγεθος είναι δεδομένο πως μας επιτρέπει να προβούμε σε βασικές στατιστικές αναλύσεις και να εξάγουμε ορισμένα ενδεικτικά συμπεράσματα, ωστόσο δεν είναι δεδομένο πως μπορούμε να το κρίνουμε αντιπροσωπευτικό, ώστε να επιδιώξουμε να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα στον ευρύτερο πληθυσμό των ατόμων με αναπηρία. Δεν πρέπει να αγνοούμε το γεγονός πως η έννοια της αναπηρίας κρίνεται άκρως πολυδιάστατη, υπάρχει μεγάλη ετερογένεια ανάμεσα στα άτομα που τη φέρουν, επομένως γίνεται αντιληπτό πως συναντούμε διαβαθμίσεις ως προς το μέγεθος της αναπηρίας, το είδος της, ακόμα και στον βαθμό που η αναπηρία πλήττει τη λειτουργικότητα κάθε ατόμου. Αποτελεί υπαρκτό ενδεχόμενο ορισμένες κατηγορίες να έχουν εκπροσωπηθεί παραπάνω στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας ή αντίστροφα να έχουν εκπροσωπηθεί λιγότερο, στοιχείο που αποτελεί τροχοπέδη στη γενίκευση των ευρημάτων που έχουν προκύψει από τη μελέτη αυτή. Παράγοντα που δυσχεραίνει τον βαθμό αντικειμενικότητας των αποτελεσμάτων αποτελούν, επίσης, οι πιθανές ανομοιομορφίες σε βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα οποία είναι σε θέση να επηρεάσουν τις εξεταζόμενες μεταβλητές. Επομένως, δεν είναι εφικτό να απομονώσουμε τον παράγοντα της αναπηρίας και να πιστώσουμε σε αυτόν την εικόνα του δείγματος ως προς την αυτοαντίληψή του, την ψυχική του υγεία και την ποιότητα ζωής του. Επομένως, καθώς ερμηνεύουμε τις διαφορές μεταξύ των ομάδων κάθε μεταβλητής, θα πρέπει να

υπολογίζουμε σταθερά και την προαναφερθείσα συνθήκη. Ακόμα, ένας εκ των κυριότερων περιορισμών της μελέτης σχετίζεται με τη μέθοδο λήψης του δείγματος. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν βάσει μη πιθανοτικής τεχνικής δειγματοληψίας. Πιο συγκεκριμένα, η δειγματοληψία ευκολίας και σκοπιμότητας μπορεί να αποτελεί μία πρακτική εφαρμογή που συχνά επιλέγεται άνευ εναλλακτικής λύσης στο πλαίσιο διεξαγωγής μίας κοινωνικής έρευνας, ωστόσο δεν παύει να περιορίζει σημαντικά την εξωτερική εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της έρευνας. Οφείλουμε να αναφέρουμε, ακόμα, πως η επιλογή του ερευνητή να προσεγγίσει και να εντάξει άτομα στο ερευνητικό δείγμα μέσα από το προσωπικό του περιβάλλον μπορεί να ζημιώσει, επίσης, τον αντικειμενικό χαρακτήρα των ευρημάτων της έρευνας, καθώς είναι πολύ πιθανό να αποτελούν άτομα με κοινά χαρακτηριστικά ως προς διάφορα πεδία, λόγου χάρη στο κοινωνικό, στο πολιτισμικό ή το οικονομικό. Επιπλέον, ο τύπος του ερευνητικού σχεδίου της μελέτης, το συγχρονικό σχέδιο, επιτρέπει τη διαπίστωση μόνο της ύπαρξης ή μη συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές, δίχως να μας επιτρέπεται η εξαγωγή συμπερασμάτων περί αιτιωδών σχέσεων. Συνοπτικά, αδυνατούμε να αποφανθούμε περί της κατεύθυνσης των σχέσεων. Η έρευνα, επίσης, είχε αρκετά σύντομο χαρακτήρα, καθώς η συλλογή των δεδομένων υλοποιήθηκε εντός μόλις μερικών μηνών. Διάστημα επαρκές για τη λήψη του δείγματος, ωστόσο όχι απαλλαγμένο από την πιθανότητα εντός εκείνου του διαστήματος οι απαντήσεις των ερευνώμενων να έχουν επηρεαστεί από συγκυριακές συνθήκες ή έκτακτα γεγονότα. Το ενδεχόμενο αυτό είναι πιθανό να πλήξει τον σταθερό χαρακτήρα των ευρημάτων. Ένας ακόμα περιορισμός αφορά τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και συγκεκριμένα ένα από αυτά. Όλες οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν αποτελούν διεθνώς αναγνωρισμένα εργαλεία μέτρησης, με ευρέως αποδεκτή αξία, ωστόσο αναφερόμενοι στην περίπτωση της κλίμακας αυτοαντίληψης χρησιμοποιήθηκαν μόλις οι έξι τελευταίες ερωτήσεις, οι οποίες είχαν αντιπροσωπευτικό χαρακτήρα και μπορούσαν να συνοψίσουν όλες τις προηγούμενες τους. Ωστόσο, αυτή η τακτική χρησιμοποιήθηκε κατ' εξαίρεση στην παρούσα διπλωματική εργασία, προκειμένου να μην προκληθεί μεγαλύτερη κόπωση στα άτομα με αναπηρία, καθώς χάρη σε αυτή την επιλογή κατέστη πιο εφικτή η απάντηση του ερευνητικού εργαλείου από τους συγκεκριμένους ερωτώμενους. Παρ' όλα αυτά, ενώ διευκόλυνε τη συνολικότερη διεξαγωγή της έρευνας, περιορίζει την εγκυρότητα της μέτρησης, καθώς δεν αποτυπώνεται πλήρως το εύρος και η σημασία της υπό εξέταση έννοιας. Συνεχίζοντας, όπως προσημειώθηκε, στο πλαίσιο της αξιοποίησης των ψυχομετρικών εργαλείων, δύο εξ αυτών δεν διέθεταν

σαφή όρια κατηγοριοποίησης, με αποτέλεσμα να κάνουμε χρήση του θεωρητικού μέσου όρου ως σημείου αναφοράς. Η χρήση αυτή μπορεί να είναι τεκμηριωμένη βιβλιογραφικά, ωστόσο ενδέχεται να επηρεάζει την ακρίβεια της ερμηνείας των αποτελεσμάτων. Ολοκληρώνοντας την καταγραφή των περιορισμών της έρευνας, αναφερόμαστε στα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, ένα στοιχείο που αναστέλλει διαχρονικά την ισχύ των κοινωνικών ερευνών. Καθώς απουσιάζουν ποιοτικές μέθοδοι συλλογής δεδομένων, ελλοχεύει ο κίνδυνος της επίδρασης υποκειμενικών απόψεων και συγκυριακών συναισθηματικών καταστάσεων στις απαντήσεις των ερωτώμενων. Βάσει όλων των προαναφερθέντων περιορισμών, μπορούν να προκύψουν και να διατυπωθούν σημαντικές προτάσεις, ικανές να κατευθύνουν ιδανικότερα μελλοντικές έρευνες. Πρώτα από όλα, προτείνουμε την διεύρυνση του ερευνητικού δείγματος, καθώς και τη χρήση πιθανοτικών δειγματοληπτικών μεθόδων. Με τον τρόπο αυτόν θα έχει ενισχυθεί δεδομένα ο αντιπροσωπευτικός χαρακτήρας του δείγματος, καθώς και η εξωτερική εγκυρότητα των ευρημάτων. Ακόμα, η επιλογή διαχρονικών σχεδίων έρευνας αντί συγχρονικού θα ωφελούσε ιδιαίτερα, αφού θα υπήρχε μεγαλύτερο χρονικό περιθώριο παρατήρησης των μεταβολών των υπό εξέταση μεταβλητών με το πέρασ του χρόνου, στοιχείο που θα μας επέτρεπε να παρατηρήσουμε και τις αιτιώδεις σχέσεις, τις οποίες δεν ήταν εφικτό να διαπιστώσουμε στο παρόν ερευνητικό εγχείρημα, παρά μόνο την ύπαρξη ή μη σχέσεων. Επίσης, βοηθητική στατιστική τεχνική θα αποτελούσε η διενέργεια πιο σύνθετων στατιστικών ελέγχων, όπως η τεχνική της πολλαπλής παλινδρόμησης. Έτσι, θα αποκτήσει μεγαλύτερη ισχύ η ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Προτείνεται, επίσης, η χρήση μεθοδολογικών τεχνικών, που θα συνδυάζουν παράλληλα ποσοτικές και ποιοτικές προσεγγίσεις, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα ακόμα μεγαλύτερης πρόσβασης στην προσωπική εμπειρία των συμμετεχόντων της έρευνας. Ολοκληρώνοντας με τις προτάσεις που απευθύνουμε σε μελλοντικούς ερευνητές, κρίνεται σημαντικό να επεκταθεί η σχετική έρευνα και σε επιμέρους παράγοντες που μπορούν να επιδρούν στις υπό εξέταση μεταβλητές. Τέτοια στοιχεία μπορεί να είναι οι μορφές και ο βαθμός της κοινωνικής υποστήριξης, το οικονομικό υπόβαθρο των υποκειμένων (όχι αποκλειστικά η εξέταση του μηνιαίου εισοδήματος), η πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία στις υπηρεσίες υγείας και επιμέρους παράμετροι του βίου τους. Αυτή η ολιστικότερη προσέγγιση θα συνεισφέρει σημαντικά στην πληρέστερη απεικόνιση και αντίληψη των φαινομένων που τέθηκαν στο επίκεντρο. Καταλήγοντας, παρά τη δεδομένη παρουσία των περιορισμών που προαναφέρθηκαν και πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη πριν τη διενέργεια σχετικών

μελλοντικών ερευνητικών εγχειρημάτων, η τωρινή μελέτη δραστηριοποιείται εντός ενός κρίσιμου ερευνητικού πεδίου, εκκινεί τη σταδιοδρομία συνδυαστικής διερεύνησης κρίσιμων παραγόντων για τη ζωή των ανθρώπων συνολικότερα, πόσο δε μάλλον όταν αναφερόμαστε σε άτομα που παρουσιάζουν κάποια αναπηρία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αντωνάκου, Χ., & Λαρεντζάκη, Κ. (2022). Αυτοαντίληψη, αυτοεκτίμηση και αυτοαποτελεσματικότητα σε άτομα με υψηλής λειτουργικότητας αυτισμό (ΥΛΑ): Ο ρόλος της συμβουλευτικής στην ενίσχυσή τους. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού*, (130–131), 92–101. <https://www.researchgate.net/publication/364783113>
2. Βοζικάκη, Μ.-Μ., Μπορμπουδάκη, Α.-Γ., & Φιλαλήθης, Α.-Ε. (2006). Η θεωρία και η έρευνα της ποιότητας ζωής: Βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών*, 12(46), 5-55.
3. Γαλάνης, Π. (2017). Βασικές αρχές της ποιοτικής έρευνας στις επιστήμες υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(6), 834–840. <https://srv54.mednet.gr/archives/2017-6/pdf/834.pdf>
4. Γιαζιτζή, Β. (2021). *Ψυχική υγεία των εργαζομένων με προσφυγικό πληθυσμό στο πεδίο εν όψει COVID-19* [Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών].
5. Γρηγορίου, Χ. (2021). Έννοια του εαυτού: Η ανάπτυξη της αυτοαντίληψης και αυτοεκτίμησης κατά την προσχολική, σχολική και εφηβική ηλικία. *Μουσική και Παιδαγωγική*, (4), 78–87.
6. Ζήση, Α., & Στυλιανίδης, Σ. (2004). Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας: Αποσαφηνίσεις και προοπτικές. *Εγκέφαλος*, 41, 27-32.
7. Κατσόγιαννου, Ε., Κοτροκόης, Κ., Τσόγκα, Α., & Βασιλάκου, Τ. (2025). Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, διατροφή και ποιότητα ζωής. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 24(1), 3-23. 10.5281/zenodo.14605047
8. Λιναρδής, Α., Μαραβελάκης, Π., & Φραγκούλης, Γ. (2023). *Μέθοδοι συλλογής δεδομένων με τη χρήση ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου και μεθοδολογία έρευνας: Διαχείριση διαδικτυακών, διά ζώσης και τηλεφωνικών ερευνών και δεδομένων με το Limesurvey και το SPSS* [Προπτυχιακό εγχειρίδιο]. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. <https://doi.org/10.57713/kallipos-381>
9. Μαστορίδου, Β. (2023). *Αποτίμηση της ποιότητας ζωής ατόμων με χρόνια αναπηρία* [Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς].
10. Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 239-253.

11. Παναγιωτοπούλου, Π. (2000). *Η δομή της έννοιας του εαυτού: Μια διαπολιτιστική προσέγγιση* [Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών]. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών. <http://hdl.handle.net/10442/20813>
12. Παναγιωτοπούλου, Π. (1999). *Οι κοινωνικές διαστάσεις της εικόνας του εαυτού*. *Ψυχολογία*, 6(2), 159-164.
13. Παπαδοπούλου, Β. (2024). *Ποιότητα ζωής και λειτουργικότητα μαθητών/τριών με αναπηρία* [Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου].
14. Παπάνης, Ε. (2011). *Η αυτοεκτίμηση: Θεωρία και αξιολόγηση*. Εκδόσεις Ι. Σιδέρης.
15. Πετειναράκη, Α. (2016). *Μελέτη της αυτό-αντίληψης ατόμων με νοητική αναπηρία* [Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας].
16. Σταμούλη, Μ.Α., Νάτσης, Χ., Λατσού, Δ., Πατέρας, Ι., Νικολοπούλου, Β., Χρυσανθόπουλος, Σ., & Γούλα, Α (2020). Η ψυχική υγεία σε εργαζομένους του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας Αλεξάνδρας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(5), 677-683.
17. Ποθητού, Σ. (2023). *Αναπηρία: Ενσωμάτωση ή απομόνωση; Ένα ηθικό δίλημμα* [Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών].
18. Σούλης, Σ.-Γ. (2008). *Ένα σχολείο για όλους: Δεύτερος τόμος. Από την έρευνα στην πράξη παιδαγωγική της ένταξης*. Gutenberg.
19. Σπαπή, Χ., Αποστολάκης, Ι., & Σαράφης, Π. (2024). Αναπηρία, υγειονομικές ανισότητες και πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 41(6), 826-833.
20. Σπυριδάκη, Α., Αντωνάκος, Ι., Αποστολάκης, Ι., & Τούντας, Ι. (2019). Εφαρμογές της «κινητής υγείας» (mobile health) στα χρόνια νοσήματα και διερεύνηση της αποτελεσματικότητάς τους. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(1), 73–80.
21. Χαϊδεμενάκη, Δ. (2023). *Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία και ευεξία Ευρωπαίων ηλικίας 50 ετών και άνω βάσει διαγενεακών στοιχείων* [Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς].
22. Χριστοπούλου, Ά., Γκιρλέμη, Ά., Αποστολίδου, Ά., Στεφάνου, Η., Κουτουματσιώτη, Α., Μαρούλη, Ε., Φωτεινού, Μ., Ερμηλίου, Β., Κουτριάς, Α.,

- & Ντάλη, Ε. (2020). *DSM-5: Seven years later- developments and challenges in the classification of mental disorders. Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society, 25(2)*, 199-216. https://doi.org/10.12681/psy_hps.25597
23. Alhumaid, M. M., & Said, M. A. (2023). Increased physical activity, higher educational attainment, and the use of mobility aid are associated with self-esteem in people with physical disabilities. *Frontiers in Psychology, 14*, 1072709. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1072709>
24. Bryman, A. (2017). *Μέθοδοι κοινωνικής έρευνας* (Ε. Παπαδάκη, Μετ.) (5η έκδ.). Gutenberg.
25. Burckhardt, C. S., & Anderson, K. L. (2003). The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, validity, and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes, 1*, 60. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-60>
26. Emerson, E., & Llewellyn, G. (2023). The wellbeing of women and men with and without disabilities: Evidence from cross-sectional national surveys in 27 low- and middle-income countries. *Quality of Life Research, 32(2)*, 357–371. <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03268-y>
27. Grabowska, I., Antczak, R., Zwierzchowski, J., & Panek, T. (2022). How to measure multidimensional quality of life of persons with disabilities in public policies – a case of Poland. *Archives of Public Health, 80(1)*, 230. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00981-5>
28. Georgan, W. C., Archibald, L. M. D., & Hogan, T. P. (2023). *Speech/language impairment or specific learning disability? Examining the usage of educational categories. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 66(2)*, 656–667. https://doi.org/10.1044/2022_JSLHR-21-00636
29. Hjelle, E.G, Bragstad, L.K., Zucknick, M., Kirkevold, M., Thommessen, B., & Sveen, U. (2019). The General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) as an outcome measurement in a randomized controlled trial in a Norwegian stroke population. *BMC Psychology, 7(18)*. <https://doi.org/10.1186/s40359-019-0293-0>
30. Holm, M. E., Suvisaari, J., Koponen, P., Koskinen, S., & Sainio, P. (2023). Incidence and persistence of psychological distress during the COVID-19 pandemic among individuals with and without disability. *Journal of Psychosomatic Research, 165*, 111127. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111127>

31. Jung, Y. H., Kang, S. H., Park, E.-C., & Jang, S.-Y. (2022). *Impact of the acceptance of disability on self-esteem among adults with disabilities: A four-year follow-up study*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(3), 1460. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031460>
32. Kersey, M., Devlin, S., Shyres, J., Kringle, A., & Houston, L. (2024). Social determinants of health affect psychological distress among people with disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *21*(101359). <https://doi.org/10.3390/ijerph21101359>
33. Koenig, J., McLean, K. J., & Bishop, L. (2024). Psychological distress and mental health diagnoses in adults by disability and functional difficulty status: Findings from the 2021 National Health Interview Survey. *Disability and Health Journal*, *17*(4), 101641. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2024.101641>
34. Kim, M., Ho, S. H., Kim, H., & Park, J. (2025). Effects of physical health, mental health, social environmental factors, and quality of life on social participation of people with physical disabilities. *Brain and Behavior*, *15*(5), e70454. <https://doi.org/10.1002/brb3.70454>
35. Kim, M., Ho, S. H., Kim, H., & Park, J. (2024). Factors affecting life satisfaction among people with physical disabilities during COVID-19: Observational evidence from a Korean cohort study. *Annals of Rehabilitation Medicine*, *48*(6), 377–388. <https://doi.org/10.5535/arm.240056>
36. Lindgren Westlund, K., & Jong, M. (2022). Quality of life of people with mobility-related disabilities in Sweden: A comparative cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(22), 15109. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215109>
37. Liu, Y., Ye, Z., & Yu, Q. (2024). *The role of the right hemispheric homologous language pathways in recovery from post-stroke aphasia: A systematic review*. *Frontiers in Neurology*, *15*, Article 1353155. <https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1353155>
38. Luo, D., Wan, X., Liu, J., & Tong, T. (2018). *Optimally estimating the sample mean from the sample size, median, mid-range, and/or mid-quartile range*. *Statistical Methods in Medical Research*, *27*(6), 1785–1805. <https://doi.org/10.1177/0962280216669183>

39. Mastrogianni, A., Psychountaki, M., & Donti, O. (2020). Self-perceptions and self-esteem in adolescent rhythmic gymnasts: Is training level a determinant? *Science of Gymnastics Journal*, 12(3), 357–366. <https://doi.org/10.52165/sgj.12.3.357-366>
40. Messer, B., & Harter, S. (2012). *The self-perception profile for adults: Manual and questionnaires* (2012 rev. ed.). Unpublished manuscript, University of Denver.
41. Nanthamongkolchai, S., Tojeen, A., Munsawaengsub, C., Yodmai, K., & Suksatan, W. (2022). Quality of life of older adults with physical and mobility disabilities during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Thailand. *Sustainability*, 14(14), 8525. <https://doi.org/10.3390/su14148525>
42. Rathbone, C. J., & Wilmut, K. (2025). “I am Dyspraxic”: Self-concept and wellbeing in adults with developmental coordination disorder. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 9, 637–654. <https://doi.org/10.1007/s41252-025-00436-2>
43. Rezapour Mirsaleh, Y., Ebrahimi Kiyasari, H., & Mokarianpour, E. (2024). The relationship between perception of disability, self-concept, and self-efficacy in veterans and individuals with physical disabilities. *Iranian Journal of War and Public Health*, 16(2), 151–159. <https://doi.org/10.58209/ijwph.16.2.151>
44. Satici, S., Derinsu, U., & Akdeniz, E. (2023). Evaluation of self-esteem in hearing aid and cochlear implant users. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 280(6), 2735–2740. <https://doi.org/10.1007/s00405-022-07773-1>
45. Schober, P., Boer, C., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients: Appropriate use and interpretation. *Anesthesia & Analgesia*, 126(5), 1763–1768. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864>
46. Solís García, P., Real Castelao, S., & Barreiro-Collazo, A. (2024). Trends and challenges in the mental health of university students with disabilities: A systematic review. *Behavioral Sciences*, 14(2), 111. <https://doi.org/10.3390/bs14020111>
47. World Health Organization. (2012, March 1). *WHOQOL: Measuring quality of life*. World Health Organization. <https://www.who.int/tools/whoqol>
48. World Health Organization. (2022, June 17). *Mental health*. World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1

49. Xie, Z., Tanner, R., Striley, C. L., & Marlow, N. M. (2022). Association of functional disability with mental health services use and perceived unmet needs for mental health care among U.S. adults with serious mental illness. *Journal of Affective Disorders*, 299, 449–455. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.040>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

E-mail ερευνητή: pel100084@uoi.gr

Εισαγωγικό σημείωμα

Ονομάζομαι Λευτέρης Μπιτσαβάς, αποτελώ μεταπτυχιακό φοιτητή του προγράμματος σπουδών "Ειδική Αγωγή κι Εκπαίδευση» του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και, παράλληλα, τον δημιουργό του παρόντος ερευνητικού εργαλείου, το οποίο απευθύνεται σε ενήλικες που, είτε φέρουν κάποια αναπηρία/χρόνια πάθηση, είτε όχι.

Οφείλω, αφού σας ευχαριστήσω εκ των προτέρων για την πρόθεση συμπλήρωσης, να σας διευκρινίσω κάποιες παραμέτρους αναφορικά με τις ερωτήσεις που ακολουθούν.

Πρώτον και κυριότερο, ο χαρακτήρας του ερωτηματολογίου είναι απολύτως ανώνυμος, δεν έχω καμία πρόσβαση στην πληροφορία των ατόμων που απάντησαν.

Δεύτερον, μα όχι αμελητέο, αναφέρω πως εγώ, ο ερευνητής, αποτελώ τον δημιουργό ΜΟΝΟ των δημογραφικών ερωτήσεων, δηλαδή, έως και τη Δέκατη τέταρτη ερώτηση πλην της πρώτης που αφορά τη συναίνεση, περιεχόμενο το οποίο, φυσικά έλαβε την άδεια του επιβλέποντος καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας. ΟΛΕΣ οι υπόλοιπες (πενήντα) 50 ερωτήσεις έχουν ληφθεί αυτούσιες από έγκυρα, σταθμισμένα επιστημονικά εργαλεία, που αξιολογούν την εκάστοτε πτυχή. Ουδεμία ανάμειξη έχω με τη δημιουργία αυτών ή τον τρόπο διατύπωσής τους.

Σας ευχαριστώ για τη βοήθεια!

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ Ή ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΘΗΣΗ

Επιλέξτε ΜΟΝΟ μία απάντηση σε κάθε ερώτηση:

Συναινείτε στην απάντηση των κάτωθι ερωτήσεων;

Ναι	
Όχι	

Αποτελείτε άτομο με αναπηρία;

Ναι	
Όχι	

Ποιο είναι το φύλο σας;

Άνδρας	
Γυναίκα	
Επιθυμώ να μην απαντήσω	

Σε ποιο ηλικιακό εύρος ανήκετε;

18-29	
30-49	
50-64	
65+	

Ποια είναι η προσωπική σας κατάσταση;

Μόνος/η	
Σε σχέση	
Παντρεμένος/η	
Διαζευγμένος/η	
Άλλο	

Από πόσα άτομα αποτελείται το σπίτι σας;

Ένα	
Δύο	
Τρία	
Τέσσερα	
Πέντε και άνω	

Σε τι είδους περιοχή διαμένετε;

Αγροτική	
Ημιαστική	
Αστική	

Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσής σας;

Απόφοιτος/η Δημοτικού	
Απόφοιτος/η Γυμνασίου	
Απόφοιτος/η Λυκείου	
Απόφοιτος/η Ι.Ε.Κ.	

Απόφοιτος/η Τ.Ε.Ι./Α.Ε.Ι. και άνω	
Άλλο	

Ποια είναι η τρέχουσα εργασιακή σας κατάσταση;

Άνεργος/η	
Εργαζόμενος/η	
Συνταξιούχος	
Άλλο	

Τι είδους αναπηρία έχετε;

Σωματική/Κινητική	
Οπτική	
Ακουστική	
Προβλήματα Λόγου και Ομιλίας	
Ψυχικές διαταραχές	
Πολλαπλές αναπηρίες	
Χρόνια/ες πάθηση/εις	

Πόσα χρόνια φέρετε την αναπηρία σας;

Εκ γενετής	
5 ή λιγότερα χρόνια	
Από 6 έως 10 χρόνια	
Παραπάνω από 10 έτη	

Ποια είναι η σοβαρότητα της αναπηρίας;

Χαμηλή	
Υψηλή	

Διαθέτετε κάποιον υποστηρικτικό εξοπλισμό (για την αναπηρία σας);

Ναι	
Όχι	

Σε ποια τιμή αντιστοιχεί το μηνιαίο εισόδημά σας;

Λιγότερο από 600	
600-1.000	
1.000-1.400	
Περισσότερο από 1.400	

Καπνίζετε ή καταναλώνετε αλκοόλ σε σχεδόν καθημερινή βάση;

Ναι	
Όχι	

Επιλέξτε μία από τις ακόλουθες επιλογές:	Καλύτερα από ό,τι συνήθως	Το ίδιο με αυτό που συνηθίζω	Χειρότερα από ό,τι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ό,τι συνήθως
Τον τελευταίο καιρό...				
Αισθάνεστε εντελώς καλά, απόλυτα υγιής;				
Επιλέξτε μία από τις ακόλουθες επιλογές:	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
Νιώσατε την ανάγκη για κάποιο δυναμωτικό;				
Νιώσατε εξαντλημένος/η ή κακοδιάθετος/η;				
Αισθάνεστε πως είστε άρρωστος/η;				
Αισθανθήκατε πονοκεφάλους;				
Νιώσατε σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;				
Αισθανθήκατε κρυάδες ή εξάψεις;				
Χάσατε τον ύπνο σας λόγω ανησυχίας;				
Δυσκολευτήκατε να συνεχίσετε τον ύπνο σας δίχως διακοπές αφότου κοιμηθήκατε ξανά;				

Αισθανθήκατε να βρίσκεστε σε υπερένταση;				
Αισθανθήκατε οξύθυμος/η ή επιθετικός/ή;				
Νιώσατε φόβο ή πανικό δίχως λόγο;				
Αισθανθήκατε να σας επιβαρύνει η καθημερινότητά σας;				
Επιλέξτε μία από τις ακόλουθες επιλογές:	Καλύτερα από ό,τι συνήθως	Το ίδιο με αυτό που συνηθίζω	Χειρότερα από ό,τι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ό,τι συνήθως
Αισθανθήκατε συνεχώς νευρική και υπερδιέγερση;				
Επιλέξτε μία από τις ακόλουθες επιλογές:	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Το ίδιο με αυτό που συνηθίζω	Μάλλον λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
Καταφέρατε να είστε δραστήριος/α και διαρκώς απασχολημένος/η;				
Επιλέξτε μία από τις ακόλουθες επιλογές:	Γρηγορότερα από ό,τι συνήθως	Το ίδιο με αυτό που συνηθίζω	Περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας;				
Επιλέξτε μία από τις ακόλουθες επιλογές:	Καλύτερα από ό,τι συνήθως	Το ίδιο με αυτό που συνηθίζω	Χειρότερα από ό,τι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ό,τι συνήθως
Αισθάνεστε σε γενικές γραμμές, ότι τα καταφέρνετε καλά;				
Επιλέξτε μία από τις ακόλουθες επιλογές:	Περισσότερο ικανοποιημένος/η	Περίπου όσο συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημένος από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος
Είστε ικανοποιημένος/η από τον τρόπο που κάνετε τις δουλειές σας;				

Επιλέξτε μία από τις ακόλουθες επιλογές:	Περισσότερο από όσο συνήθως	Το ίδιο όσο συνήθως	Λιγότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ λιγότερο από ό,τι συνήθως
Αισθάνεστε, ότι ο ρόλος σας είναι χρήσιμος σε όσα συμβαίνουν γύρω σας;				
Αισθάνεστε ικανός/ή να λαμβάνετε διάφορες αποφάσεις;				
Μπορείτε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες;				
Επιλέξτε μία από τις ακόλουθες επιλογές:	Καθόλου	Όχι περισσότερο από όσο συνήθως	Μάλλον περισσότερο από ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο από ό,τι συνήθως
Σκεφτήκατε, πως δεν αξίζετε τίποτα;				
Σκεφτήκατε, πως η ζωή σας δεν έχει καμία ελπίδα;				
Αισθανθήκατε πως δεν αξίζει κανείς να ζει;				
Αισθανθήκατε, πως δεν μπορείτε κάνετε τίποτα εξαιτίας των νεύρων σας που ήταν σε άσχημη κατάσταση;				
Αισθανθήκατε να νιώθετε την επιθυμία να ήσασταν πεθαμένος/η και να είχατε ξεμπερδέψει από όλα;				
Επιλέξτε μία από τις ακόλουθες επιλογές:	Σίγουρα όχι	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα το σκέφτηκα
Νιώσατε την επιθυμία να δώσετε τέλος στη ζωή σας;				
Επιλέξτε μία από τις ακόλουθες επιλογές:	Καθόλου	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα ναι
Νομίζετε, πως η απόφαση να τερματίσετε τη ζωή σας ερχόταν συνεχώς στο μυαλό σας;				

Επιλέξτε μία επιλογή	Πολύ ευχαριστημένος/η	Ευχαριστημένος/η	Κυρίως ευχαριστημένος/η	Ούτε ευχαριστημένος, ούτε δυσαρεστημένος/η	Κυρίως δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Πολύ δυσαρεστημένος/η
Πώς αισθάνεστε αυτή τη στιγμή αναφορικά με...							
Τις υλικές ανέσεις στο σπίτι, το φαγητό, τις ανέσεις και την οικονομική ασφάλεια;							
Την υγεία σας -να είστε σωματικά υγιής και σφριγηλός/ή;							
Τις σχέσεις σας με γονείς, αδέρφια και άλλους συγγενείς – επικοινωνία, επισκέψεις, βοήθεια;							
Το να έχετε και να μεγαλώνετε παιδιά;							
Τις στενές σχέσεις με τον/η σύζυγο ή κάποιον άλλον σημαντικό;							
Τους στενούς σας φίλους;							
Τη βοήθεια και την ενθάρρυνση των άλλων, τον εθελοντισμό και την παροχή							

συμβουλών σε αυτούς;							
Τη συμμετοχή σε οργανισμούς και σε δημόσιες υποθέσεις;							
Τη μάθηση – φοίτηση σε σχολείο, βελτίωση κατανόησης, απόκτηση πρόσθετης γνώσης;							
Την κατανόηση του εαυτού σας - γνώση των πλεονεκτημάτων και των περιορισμών μου-γνωρίζοντας τι είναι η ζωή;							
Την εργασία (ακόμα και κατ' οίκον);							
Τη δημιουργική έκφραση του εαυτού;							
Την κοινωνικοποίηση, συναντώντας άλλους ανθρώπους, κάνοντας πράγματα, πάρτι;							
Το διάβασμα, την ακρόαση μουσικής ή παρατήρηση ψυχαγωγίας;							
Τη συμμετοχή σας σε							

δραστηριότητες αναψυχής;							
Την ανεξαρτησία – πράττοντας για τον εαυτό σας;							

Επι- λέξτε μία από τις ακό- λουθες επι- λογές:	Ισχύει απόλυτα σε μένα	Ισχύει κάπως σε μένα				Ισχύει κάπως σε μένα	Ισχύει από- λυτα σε μένα
			Μερικοί ενήλικες αισθάνονται, ότι καλύπτουν επαρκώς τις ανάγκες των ανθρώπων που είναι σημαντικοί για αυτούς	Αλλά	Άλλοι ενήλικες αισθάνονται, ότι δεν μπορούν να καλύψουν επαρκώς τις ανάγκες των ανθρώπων που είναι σημαντικοί για αυτούς		
			Μερικοί ενήλικες αξιοποιούν τον χρόνο για τις δουλειές του σπιτιού αποτελεσματικά	Αλλά	Άλλοι ενήλικες δεν αξιοποιούν αυτόν τον χρόνο το ίδιο αποτελεσματικά		
			Μερικοί ενήλικες συχνά αμφιβάλλουν για την ηθικότητα της συμπεριφοράς τους	Αλλά	Άλλοι ενήλικες δεν έχουν αμφιβολία για την ηθικότητα της συμπεριφοράς τους		
			Μερικοί ενήλικες δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν ανοιχτά στις στενές διαπροσωπικές τους σχέσεις	Αλλά	Μερικοί ενήλικες δεν δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν		

					ανοιχτά στις στενές διαπροσωπικές τους σχέσεις		
			Μερικοί ενήλικες, αισθάνονται, ότι είναι εξίσου έξυπνοι με τους άλλους ενήλικες	Αλλά	Άλλοι ενήλικες αναρωτιούνται, εάν είναι εξίσου έξυπνοι με τους άλλους ενήλικες		
			Μερικοί ενήλικες αισθάνονται, ότι είναι υπερβολικά σοβαροί στη ζωή τους	Αλλά	Άλλοι ενήλικες μπορούν να δουν εύκολα με χιούμορ τη ζωή τους		