

**ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΚΙΝΗΤΙΚΗ  
ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗΣ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ  
ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ**

της  
Δέσποινας Ιωαννίδου

Μεταπτυχιακή διατριβή που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για τη μερική  
εκπλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του μεταπτυχιακού τίτλου του  
Διατμηματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Άσκηση και Ποιότητα Ζωής» των  
Τμημάτων Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Δημοκρίτειου Παν/μίου  
Θράκης και του Παν/μίου Θεσσαλίας στην κατεύθυνση «Παιδαγωγική και  
Δημιουργική Μάθηση»

Κομοτηνή  
2011

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:

---

1<sup>ος</sup> Επιβλέπων: Σοφία Μπάτσιου, Επίκ. Καθηγήτρια

---

2<sup>ος</sup> Επιβλέπων: Ελένη Δούδα, Αναπλ. Καθηγήτρια

---

3<sup>ος</sup> Επιβλέπων Θωμάς Κουρτέσης, Αναπλ. Καθηγητής

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Δέσποινα Ιωαννίδου: Το επίπεδο αυτοαντίληψης των παιδιών με κινητική αναπηρία και οι λόγοι παρακίνησής τους για την ενασχόλησή τους με την άσκηση (Με την επίβλεψη της κ. Σοφίας Μπάτσιου, Επίκουρης Καθηγήτριας)

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν αφενός να διερευνήσει τους παράγοντες που παρακινούν τα παιδιά και τους εφήβους με και χωρίς αναπηρία να συμμετέχουν σε φυσικές-αθλητικές δραστηριότητες και αφετέρου να καταγράψει το επίπεδο αυτοαντίληψής τους. Το δείγμα αποτέλεσαν 113 άτομα με και χωρίς αναπηρία, ηλικίας 8-22 ετών και των δύο φύλων, κάτοικοι των νομών Ροδόπης, Έβρου, Καβάλας, Σερρών και Θεσσαλονίκης. Προϋπόθεση ήταν να μην υπάρχει νοητική υστέρηση. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε εθελοντικά. Το δείγμα χωρίστηκε σε άτομα με (ομάδα Α) και χωρίς αναπηρία (ομάδα Β). Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε τρεις υποομάδες: άτομα που ασχολούνταν με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων, τον ερασιτεχνικό αθλητισμό και άτομα που δεν ασχολούνταν με τον αθλητισμό. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Σωματικής Αυτοπεριγραφής - (P.S.D.Q) (Marsh, 1994), για την αξιολόγηση του επιπέδου αυτοαντίληψης και η Κλίμακα Παρακίνησης σε Φυσικές Δραστηριότητες - Αναθεωρημένη - (MPAM-R), (Ryan, Frederick, Lepas, Rubio, & Sheldon, 1997), για τους λόγους παρακίνησης να ασχοληθούν με την άσκηση. Από τη διπλή μη συσχετισμένη ανάλυση ANOVA (επίπεδο ενασχόλησης - ομάδα, φύλο, ηλικία), προέκυψε ότι: σημαντική ήταν η επίδραση του επιπέδου ενασχόλησης με την άσκηση στην αντίληψη που είχε το δείγμα για την ικανότητά του στις φυσικές δραστηριότητες (ομάδα:  $p=0,006$ ), όπως και για την παρακίνησή τους να ασχοληθούν με την άσκηση για λόγους ψυχαγωγίας ( $p=0,001$ ), και βελτίωσης των ικανοτήτων τους ( $p=0,000$ ). Ως λόγο παρακίνησης να ασχοληθούν με την άσκηση για την εμφάνιση σημαντική ήταν η επίδραση της ομάδας ( $p=0,026$ ). Το φύλο δεν επηρέασε σημαντικά κάποια από τις εξεταζόμενες παραμέτρους της αυτοαντίληψης αλλά ούτε και τους λόγους ενασχόλησής τους με την άσκηση. Σημαντική ήταν η επίδραση της ηλικίας στην αντίληψή τους για την υγεία και την ενασχόλησή τους με την άσκηση

για βελτίωση της εμφάνισης. Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων διαπιστώθηκε ότι:

α. δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ατόμων με και χωρίς αναπηρία, των ατόμων διαφορετικού φύλου και ηλικίας στον τομέα της αυτοαντίληψης και της παρακίνησης. Σημαντικότερος παράγοντας όλων αποδείχθηκε το επίπεδο ενασχόλησης με την άσκηση. Το επίπεδο αυτοαντίληψης και παρακίνησης κυμάνθηκε σε ικανοποιητικό επίπεδο. Ωστόσο απαιτούνται περισσότερες μελέτες, με μεγαλύτερο και πιο ομοιογενές δείγμα για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

*Λέξεις κλειδιά:* κινητική αναπηρία, αυτοαντίληψη, παρακίνηση

## ABSTRACT

Despina Ioannidou: The self – perception level of the children with mobile disability and what motivates them to exercise  
(Under the supervision of Mrs. Sophia Batsiou, Assistant Professor)

The purpose of the present study was to examine the factors that motivate children and teenagers with and without disability to join physical activities and to record their self – perception level. 113 persons with and without disability at the age of 8-22 residents of Rodopi, Evros, Kavala, Serres and Thesaloniki participated in the study, under the condition of none mental retardation coexisted. In order to find the sample there had been realized contacts with sport and trade union clubs for people with disabilities at the aforementioned cities, as well as contacts with students without disabilities. Everybody filled the questionnaire voluntarily. The sample was divided into people with disability (group A) and people without disability (group B). The participants were divided into three subgroups: high - level sport people, amateur sport people and people who don't do sport. There were used the Personal Self-Description Questionnaire (P.S.D.Q) (Marsh, 1994), for the self – perception evaluation and the Motives for Physical Activities Measure - Revised (MPAM-R), (Ryan, Frederick, Lipes, Rubio, & Sheldon, 1997), in order to measure what motivates them to do sport. The results from the two way not correlated analysis ANOVA (occupation level – group, gender, age) showed that: there was a significant impact between the occupation level and the exercise towards the perception that the sample had about its ability to physical activities (group:  $p=0,006$ ) as well as towards their motivation to occupy with the exercise for entertainment reasons and in order to improve their abilities ( $p=0,000$ ). The impact of group was significant towards the factor of appearance as a reason to occupy with the exercise. The gender didn't influence significantly neither any of the examined factors of perception nor the reasons of exercising. From the results analysis it was found that: a. There were no significant differences between people with or without disability, people of different gender or age at the perception and motivation factor. The most significant factor was proved to be the occupation level of exercising.

Nevertheless, there is a demand of a bigger and more homogeneous sample in order to wage safer conclusions.

**Key words:** mobile disability, self – perception, motivation

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	i
ABSTRACT.....	iii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	v
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	vii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.....	ix
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....	x
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
Ορισμός του προβλήματος.....	11
Σημασία της έρευνας.....	15
Οριοθετήσεις της έρευνας.....	15
Περιορισμοί έρευνας.....	16
Ερευνητικές υποθέσεις.....	16
Μηδενικές υποθέσεις.....	17
Λειτουργικοί ορισμοί.....	17
II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	19
Αθλητισμός – Αυτοαντίληψη.....	19
Ορισμός της έννοιας του Εαυτού.....	20
Αυτοεκτίμηση- Αυτοαντίληψη.....	20
Μοντέλα Αυτοαντίληψης.....	22
Σωματικός εαυτός – Ανάπτυξη αυτοεκτίμησης.....	25
Αυτογνωσία.....	28
Εικόνα του σώματος.....	28
Αναπηρία – Αυτοαντίληψη – Αθλητισμός.....	32
Άτομα με αναπηρία και Άσκηση.....	38
Παρακίνηση.....	40
Η παρακίνηση στην άσκηση των ατόμων με αναπηρία.....	44

III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	53
Δείγμα.....	53
Περιγραφή οργάνων.....	53
Στατιστική ανάλυση.....	56
IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	57
Αξιοπιστία ερωτηματολογίων.....	65
Συσχέτιση.....	67
Επίπεδο αυτοαντίληψης – παρακίνησης.....	70
Φύλο – επίπεδο ενασχόλησης με την άσκηση.....	78
Ηλικία – επίπεδο ενασχόλησης με την άσκηση.....	83
V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	92
VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	102
Προτάσεις – Πρακτικές.....	103
VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	106
VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	120

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

<b>Πίνακας 1.</b> Στοιχεία του δείγματος .....	57
<b>Πίνακας 2.</b> Ηλικιακή κατανομή του δείγματος κατά φύλο και επαγγελματική κατάσταση .....	58
<b>Πίνακας 3.</b> Μορφή αναπηρίας της ομάδας του δείγματος.....	59
<b>Πίνακας 4.</b> Χρόνια ενασχόλησης του δείγματος με την άσκηση .....	59
<b>Πίνακας 5.</b> Αθλητική εμπειρία του δείγματος .....	60
<b>Πίνακας 6.</b> Ενασχόληση του δείγματος με ποικίλες δραστηριότητες .....	61
<b>Πίνακας 7.</b> Πηγή παρακίνησης του δείγματος για την ενασχόλησή του με την άσκηση .....	62
<b>Πίνακας 8.</b> Προβλήματα του δείγματος για την εξάσκησή του.....	63
<b>Πίνακας 9.</b> Συχνότητα εξάσκησης των ατόμων του δείγματος εβδομαδιαίως.....	64
<b>Πίνακας 10.</b> Συχνότητα εξάσκησης του δείγματος με άλλη μορφή δραστηριότητας εβδομαδιαίως.....	65
<b>Πίνακας 11.</b> Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων των ερωτηματολογίων των ατόμων με και χωρίς αναπηρία.....	68
<b>Πίνακας 12.</b> Μέσοι όροι, σταθερές αποκλίσεις των τριών ομάδων του δείγματος στα δύο ερωτηματολόγια και οι συντελεστές $\alpha$ Cronbach .....	71
<b>Πίνακας 13.</b> Ομοιότητα διακυμάνσεων .....	73
<b>Πίνακας 14.</b> Δεδομένα της ANOVA .....	74
<b>Πίνακας 15.</b> Ανάλυση Kruskal-Wallis H σε παραμέτρους των ερωτηματολογίων των τριών ομάδων των ατόμων με και χωρίς αναπηρία.....	76
<b>Πίνακας 16.</b> Έλεγχος U Mann Whitney των ατόμων με αναπηρία .....	77
<b>Πίνακας 17.</b> Ομοιότητα διακυμάνσεων (επίπεδο ενασχόλησης – ηλικία).....	78
<b>Πίνακας 18.</b> Μέσοι όροι και σταθερές αποκλίσεις των τριών ομάδων του δείγματος στα δύο ερωτηματολόγια (επίπεδο ενασχόλησης – ομάδα).....	81
<b>Πίνακας 19.</b> Δεδομένα της ανάλυσης ANOVA.....	82
<b>Πίνακας 20.</b> Έλεγχος U Mann Whitney των ατόμων με αναπηρία (φύλο).....	83
<b>Πίνακας 21.</b> Ομοιότητα διακυμάνσεων (επίπεδο ενασχόλησης – ηλικία).....	84



<b>Πίνακας 22.</b> Μέσοι όροι και σταθερές αποκλίσεις στο ερωτηματολόγιο της αυτοαντίληψης ως προς το επίπεδο ενασχόλησης και την ηλικία.....	87
<b>Πίνακας 23.</b> Μέσοι όροι και σταθερές αποκλίσεις στο ερωτηματολόγιο της παρακίνησης ως προς το επίπεδο ενασχόλησης και την ηλικία.....	88
<b>Πίνακας 24.</b> Δεδομένα της ανάλυσης ANOVA για τις παραμέτρους των ερωτηματολογίων (Επίπεδο ενασχόλησης- ηλικία).....	89
<b>Πίνακας 25.</b> Ανάλυση Kruskal-Wallis H σε παραμέτρους των ερωτηματολογίων των τριών ομάδων των ατόμων με και χωρίς αναπηρία.....	90
<b>Πίνακας 26.</b> Έλεγχος U Mann Whitney των ατόμων χωρίς αναπηρία στην υγεία- φυσική κατάσταση (ηλικία).....	91

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ**

<b>Σχήμα 1.</b> Πολυπαραγοντικό Μοντέλο της Harter (Μπότσαρη – Μακρή, 2001).....	23
<b>Σχήμα 2.</b> Ιεραρχικό Μοντέλο των Shaveson, Hubner, Stanton (1976).....	24
<b>Σχήμα 3.</b> Μοντέλο Άσκησης και Αυτοεκτίμησης (Sonstream, Harlow & Josephs, 1994) .....	27
<b>Σχήμα 4.</b> Μέσα μετακίνησης του δείγματος από και προς το κέντρο άσκησης.....	65
<b>Σχήμα 5.</b> Λόγος παρακίνησης η εμφάνιση (επίπεδο ενασχόλησης με την άσκηση και φύλο).....	79
<b>Σχήμα 6.</b> Αντίληψη της κατάστασης της υγείας των ατόμων του δείγματος .....	84
<b>Σχήμα 7.</b> Η εμφάνιση λόγος παρακίνησης ατόμων διαφορετικής ηλικίας .....	85

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ**

ΕΦΚ	Ερωτηματολόγιο Φυσικής Κατάστασης
EXSEM	Exercise and Self-Esteem Model
KNM	Κάκωση Νωτιαίου Μυελού
MAA	Μοντέλο Άσκησης και Αυτοεκτίμησης
ΜΟ	Μέσος όρος
MPAM	Motives for Physical Activities Measures
MPAM-R	Motives for Physical Activities Measures – Revised
PSDQ	Personal Self Description Questionnaire
PSPP	Personal Self Perception Profile
PSPPp	Personal Self Perception Profile Portugal
RSES	Rosenberg Self Esteem Scale
WHO	World Health Organization

## ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΛΟΓΟΙ ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗΣ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ

Αναπηρία είναι το αποτέλεσμα οργανικών ή περιβαλλοντολογικών αιτιών, που δημιουργούν ένα σύνολο εμποδίων σε σημαντικές περιοχές της ζωής, όπως η αυτοεξυπηρέτηση, η απασχόληση, η εκπαίδευση, η ψυχαγωγία και η γενικότερη κοινωνική συμμετοχή (WHO, 2002). Οι έρευνες μέχρι τώρα έδειξαν ότι η αναπηρία οδηγεί σε μια αποσύνδεση από τα οικογενειακά σημαντικά θέματα της καθημερινής ζωής. Τα άτομα μάλιστα με επίκτητη αναπηρία εξαιτίας της απώλειας αναπνοής, φίλων και της προηγούμενης αίσθησης και λειτουργικότητας του σώματός τους περιέγραψαν την ασθένεια ή τον τραυματισμό τους ως καταστάσεις που τους οδήγησαν σε διαφορετικές εμπειρίες και σε μια αίσθηση εκτοπίσματος από αυτά που προηγούμενα ένιωθαν ως μέρος της φυσιολογικής τους κοινωνικής ζωής (Graham, Kremer & Wheeler, 2008).

Τα άτομα με αναπηρία είναι η κοινωνική ομάδα που αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα υγείας, σωματικά και ψυχολογικά, εξαιτίας της ίδιας της αναπηρίας αλλά και ως συνέπεια της καθιστικής τους ζωής, τις μειωμένες κοινωνικές σχέσεις, τις διακρίσεις (Fine & Asch, 1988; Yunker, 1987) και το στιγματισμό που υφίστανται (Goffman, 1963), τα υψηλά ποσοστά ανεργίας που αντιμετωπίζουν. Σύμφωνα με τους Martin και McCaughtry (2004), οι παραπάνω καταστάσεις καθιστούν την ενασχόληση με τον αθλητισμό σημαντική για την καλή ψυχολογική, φυσιολογική και κοινωνική τους κατάσταση.

### ***Ορισμός του προβλήματος***

Πολλοί ερευνητές έχουν υποστηρίξει τη θετική επίδραση της φυσικής αγωγής και του αθλητισμού στην ομαλή, αρμονική φυσιολογική ανάπτυξη του ατόμου

(Bailey, Malina & Mirwald, 1986; Bar-Or, 1983; Pangrazi, 1997; Τοκμακίδης & Δούδα, 1999) όπως και τη σχέση μεταξύ άσκησης και καλής ψυχολογικής κατάστασης (Barnett, Smoll, & Smith, 1992; Leith & Taylor, 1991). Επανελημμένα έχει υποστηριχθεί η στρατηγική σημασία της άσκησης στη διαχείριση της διάθεσης και στην ποιότητα ζωής των ατόμων (Faulkner & Taylor, 2005). Γι' αυτό και η φυσική δραστηριότητα συστήνεται ως ένα αποτελεσματικό μέσο καταπολέμησης των κυρίαρχων, εξουθενωτικών και ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι πολίτες, όπως είναι η κατάθλιψη (Lawlor & Hopker, 2001; Scully, Kremer, Meade, Graham, & Dudgeon, 1998) αλλά και πολλών σωματικών προβλημάτων (Faulkner & Taylor, 2005).

Αν και τα τελευταία χρόνια η έρευνα που αφορά στη συμβολή της άσκησης στην καλύτερη ποιότητα ζωής και στη μακροζωία των ατόμων έχει αυξηθεί (Blair, Kohl, Gordon & Raffenbarger, 1992), λίγες έρευνες έχουν διεξαχθεί για τη διερεύνηση της επίδρασής της στην ψυχολογική κατάσταση των ατόμων με αναπηρία, μετά από τη συμμετοχή τους σε προγράμματα άσκησης (Lenze et al., 2001). Ωστόσο υπάρχουν ερευνητές που υποστηρίζουν ότι τα άτομα με αναπηρία μπορούν να απολαύσουν τα ίδια οφέλη με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Durstin, Painter, Franklin, Morgan & Pitetti, 2000).

Η άσκηση περιγράφηκε από τα άτομα με αναπηρία ως το «όχημα» που προκαλεί και καλλιεργεί την ψυχολογική αίσθηση της οικειότητας και της κοινωνικοποίησης, καθώς και της βοήθειας και της σχέσης μεταξύ των ατόμων. Αποτελεί το «μέσο» για να ξεφύγει κανείς από τον κόσμο της ανικανότητας και της ασθένειας. Μέσω της άσκησης παράγεται η αίσθηση του να σχετίζεται κανείς με μέλη του σώματός του σαν να μην είναι ακριβώς δικά του και να συνδιαλέγεται με άτομα που μοιράζονται παρόμοιες εμπειρίες ανικανότητας, απομόνωσης και χρόνιου πόνου (Graham et al., 2008). Έρευνες έχουν δείξει ότι τα οφέλη στο συναισθηματικό τομέα, που αποκομίζουν τα άτομα από τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες αναψυχής και άσκησης, συνίστανται στη βελτίωση της αυτοπεποίθησής τους, αύξηση της αυτοεκτίμησής τους, και μείωση σε σημαντικό βαθμό του άγχους που βιώνουν λόγω των καθημερινών αναγκών και καταστάσεων που αντιμετωπίζουν (Marsh, Richards, & Barnes, 1986).

Τα άτομα με αναπηρία παραμένουν τα λιγότερο δραστηριοποιημένα κινητικά άτομα της κοινωνίας, παρά τις ευεργετικές επιδράσεις της άσκησης στην υγεία τους, η οποία είναι πιο επιβαρυνμένη σε σχέση με αυτήν των ατόμων χωρίς αναπηρία (Heath

& Fentem, 1997). Για τα άτομα με κινητική αναπηρία, η ενασχόληση με τον αθλητισμό συνδέεται συνήθως με την αποκατάσταση. Οι Smyth και Anderson (2000), ανέφεραν ότι τα παιδιά με κινητικές δυσκολίες έχουν περισσότερες αποτυχίες στον αθλητισμό σε σύγκριση με τα παιδιά χωρίς κινητικές δυσκολίες. Παιδιά με χαμηλό συντονισμό κινήσεων αποφεύγουν δραστηριότητες που εμπεριέχουν κίνηση. Είναι συνήθως παρατηρητές και λιγότερο δραστήρια, περιορίζοντας έτσι τις ευκαιρίες για επιτυχία (Bouffard, Watkinson, Thompson, Causgrove-Dunn, & Romanow, 1996). Αντίθετα η συμμετοχή τους σε προγράμματα άσκησης εξασφαλίζει αφενός την ανάπτυξη της δύναμης, του συντονισμού και της αντοχής και κατά συνέπεια τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, αφού γίνονται ικανότερα να ανταπεξέρχονται στις καθημερινές τους δραστηριότητες, και αφετέρου βοηθάει τα άτομα που πρόσφατα απέκτησαν την αναπηρία, να κερδίσουν τη χαμένη τους αυτοεκτίμηση, προωθεί την ανάπτυξη θετικών συμπεριφορών, ενώ ταυτόχρονα τα βοηθάει να αποδεχτούν την αναπηρία τους και να καταφέρουν να επανενταχθούν κοινωνικά (Chawla, 1994).

Δείκτης της συναισθηματικής σταθερότητας και προσαρμοστικότητας στις απαιτήσεις της ζωής αποτελεί το επίπεδο αυτοεκτίμησης του ατόμου. Η υψηλή αυτοεκτίμηση σχετίζεται με ένα σύνολο θετικών, ποιοτικών παραγόντων, όπως η ικανοποίηση από τη ζωή, η θετική κοινωνική ρύθμιση, η ηγεσία, η ανεξαρτησία, η προσαρμοστικότητα στο άγχος και τα υψηλά επίπεδα επιτυχίας στην εκπαίδευση και στην εργασία. Γι' αυτό η αυτοεκτίμηση είναι στενά συνδεδεμένη με την υποκειμενική ευημερία και συνεπώς αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι συνδεδεμένη με ψυχικές ασθένειες και απουσία ψυχικής υγείας. Συχνά συνοδεύει την κατάθλιψη, το άγχος, τις νευρώσεις, τους αυτοκτονικούς ιδεασμούς, τα αισθήματα απελπισίας, την έλλειψη δυναμισμού και το χαμηλό επίπεδο αυτοελέγχου (Diener, 1984)

Πολλοί είναι οι ερευνητές που υποστήριξαν τη διαφορά στη σωματική αυτοαντίληψη (Davis et al., 1991; Fox & Corbin, 1989; Gonnì, 2000) και την αυτοεκτίμηση (Hutzler & Bar-Eli, 1993; Martin, 1999), με τους αθλούμενους να υπερτερούν σε σχέση με τους μη αθλούμενους, αλλά και τη βελτίωση της σωματικής αυτοαντίληψης (Davis et al., 1991; Fox & Corbin, 1989; Gonnì, 2000) και της αυτοεκτίμησης (Greenwood et al., 1990), μέσα από τη συμμετοχή τους σε προγράμματα άσκησης και φυσικής δραστηριότητας. Οι Whitehead και Corbin (1997) διαπίστωσαν μάλιστα ότι ο αθλητισμός επηρεάζει περισσότερο την αυτοαντίληψη για τη φυσική κατάσταση από τη γενική αυτοεκτίμηση.

Αν και έχει διαπιστωθεί από παλιά ότι η άσκηση συμβάλλει στην ψυχολογική ανάταση των αθλητών με αναπηρία (Carpenter, 1976; Collingwood & Willet, 1971), εντούτοις μέχρι σήμερα δεν είναι μεγάλος ο αριθμός αυτών που εμπλέκονται με φυσικές δραστηριότητες. Αυτό αποδίδεται αφενός στο γεγονός ότι δεν έχει πεισθεί η πλειονότητα αυτών για τη σπουδαιότητα της άσκησης ώστε να διεκδικήσει - απαιτήσει κατάλληλους χώρους εξάσκησης και αφετέρου στη δυσκολία των υπεύθυνων της υγείας και της άσκησης να παρακινήσουν και να διατηρήσουν τα άτομα με αναπηρία σε επαφή με οργανωμένα προγράμματα φυσικής δραστηριότητας ή επανένταξης στο κοινωνικό σύνολο (Rimmer, 2005).

Για να παραμείνει ένας ασκούμενος σε ένα πρόγραμμα άσκησης θα πρέπει να συντρέχουν διάφοροι λόγοι. Αυτοί μπορεί να οφείλονται τόσο στα ίδια τα άτομα με αναπηρία όσο και στις οικογένειές τους, στο κοινωνικό και δομημένο περιβάλλον, ή ακόμη και στους υπεύθυνους της υγείας. Εδώ και πολλά χρόνια οι Roberts, Kleiber και Duda (1981), διαπίστωσαν ότι η ικανότητα και η επιτυχία στις φυσικές δραστηριότητες είναι βασικός παράγοντας παρακίνησης. Τα άτομα που αισθάνονται ικανά στις αθλητικές δραστηριότητες παρουσιάζουν υψηλότερη παρακίνηση. Οι έφηβοι (παιδιά μεγαλύτερα των 11-12 χρόνων) έχουν δύο τρόπους για να κρίνουν την ικανότητά τους. Στον πρώτο, η ικανότητα κρίνεται με βάση την ικανότητα των άλλων (προσανατολισμός στο εγώ), ενώ στο δεύτερο η επιτυχία κρίνεται από το άτομο με κριτήριο την προσπάθεια που το ίδιο κατέβαλε (προσανατολισμός στο έργο) (Παπαϊωάννου, Θεοδωράκης & Γούδας, 1999). Ο προσδιορισμός των λόγων και των κινήτρων για τα οποία εντάσσονται στα προγράμματα άσκησης τα άτομα με κινητική αναπηρία, θα βοηθούσε σημαντικά τους πτυχιούχους φυσικής αγωγής, οι οποίοι αναλαμβάνουν το σχεδιασμό και την υλοποίηση των προγραμμάτων άσκησης, να ανταποκρίνονται πλήρως στις απαιτήσεις των ασκούμενων. Όταν τα προγράμματα ικανοποιούν απόλυτα τις προσδοκίες των ασκούμενων είναι σίγουρο ότι ο χρόνος παραμονής τους σ' αυτά θα είναι μεγάλος.

Για να αυξηθεί ο αριθμός των ατόμων με κινητική αναπηρία που θα ασχοληθεί με τον αθλητισμό, η επιστήμη της φυσικής αγωγής οφείλει να ανανεώσει τις γνώσεις της αφενός ως προς τους παράγοντες που επιδρούν θετικά στην ψυχολογία τους και αφετέρου ως προς τους λόγους για τους οποίους τα άτομα αυτά ασχολούνται με τα προγράμματα άσκησης. Ενδιαφέρον θα ήταν να μελετηθεί εάν η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης διαφοροποιεί το επίπεδο αυτοαντίληψής τους από το αντίστοιχο αυτών που δεν ασχολούνται, σχέση που διαπιστώθηκε στα άτομα χωρίς αναπηρία

(Davis, Elliot, Dionne, & Mitchell, 1991; Fox & Corbin, 1989; Gonnì, 2000). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει μάλιστα η διαπίστωση ότι όσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα αυτοεκτίμησης και σωματικής αυτοαντίληψης, τόσο μεγαλύτερη είναι η θετική επίδραση της άσκησης (Burgess, Grogan & Burwitz, 2005). Το ερώτημα που τίθεται είναι εάν κάτι ανάλογο συμβαίνει και στα άτομα με κινητική αναπηρία.

**Σκοπός** της παρούσας έρευνας ήταν αφενός να διερευνήσει τους παράγοντες που παρακινούν τα παιδιά και τους εφήβους με και χωρίς αναπηρία να συμμετέχουν σε φυσικές-αθλητικές δραστηριότητες και αφετέρου να καταγράψει το επίπεδο αυτοαντίληψής τους.

### **Σημασία της έρευνας**

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας θα αναδείξουν αφενός τους λόγους που οδηγούν στον αθλητισμό ή γενικότερα στη φυσική δραστηριότητα τα άτομα με και χωρίς κινητική αναπηρία και αφετέρου το επίπεδο αυτοαντίληψης αυτών που συμμετέχουν και εκείνων που δεν συμμετέχουν σε προγράμματα άσκησης. Τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας θα βοηθήσουν τόσο τους επαγγελματίες υγείας (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσιοθεραπευτές κ.α), όσο και τους εκπαιδευτικούς, γονείς αλλά και όλους εκείνους που συναναστρέφονται με άτομα με κινητικά προβλήματα και ενδιαφέρονται πραγματικά αυτά να γίνουν έφηβοι, ενήλικες χωρίς προβλήματα, διασφαλίζοντας μια καλή ποιότητα ζωής, από τη μακρά συμμετοχή τους σε οργανωμένα προγράμματα άσκησης.

### **Οριοθετήσεις της έρευνας**

Για να συμμετέχουν στην ερευνητική διαδικασία, οι συμμετέχοντες έπρεπε να πληρούν τις εξής προϋποθέσεις:

α) να είναι ηλικίας από 8 έως 22 χρονών, και να ανήκουν σε κάποια εκπαιδευτική βαθμίδα (π.χ α/βάθμια, β/βάθμια, γ/βάθμια εκπαίδευση).

β) να υπάρχει διαγνωσμένη κινητική αναπηρία, για τα άτομα με αναπηρία.

γ) να έχουν καλό νοητικό επίπεδο, να μπορούν να διαβάσουν και να κατανοήσουν αυτό που διαβάζουν.



### ***Περιορισμοί έρευνας***

Για την εύρεση του δείγματος πραγματοποιήθηκαν επαφές με αθλητικούς και συνδικαλιστικούς συλλόγους ατόμων με αναπηρία γιατί ο Νόμος 2472/1997 «για την προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα» δεν επιτρέπει την πρόσβαση σε προσωπικά στοιχεία από τις υπηρεσίες που έχουν καταγεγραμμένα τα άτομα με αναπηρία. Ορισμένοι διοικούντες των συλλόγων ενώ δέχτηκαν αρχικά να συμμετέχουν στην έρευνα, ωστόσο η συνεργασία αυτή δεν υλοποιήθηκε στο τέλος, αν και υπήρξαν επανειλημμένες επαφές και υπενθύμιση. Ήταν μικρός ο αριθμός των συμμετεχόντων ατόμων με αναπηρία στην έρευνα εξαιτίας των προϋποθέσεων συμμετοχής. Ήταν δύσκολο να βρεθούν παιδιά με κινητική αναπηρία, ηλικίας 8-22 ετών που θα μπορούσαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Σε κάποιους συλλόγους αν και βρέθηκαν καταγεγραμμένα παιδιά, αυτά βρίσκονταν σε μικρότερη ηλικία από την ερευνώμενη.

### ***Ερευνητικές υποθέσεις:***

Οι βασικές ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής που εξετάστηκαν είναι:

i): Το επίπεδο αυτοαντίληψης των ατόμων με και χωρίς αναπηρία θα διαφέρει σημαντικά μεταξύ τους.

ii): Το επίπεδο αυτοαντίληψης των ατόμων που συμμετέχουν ενεργά σε προγράμματα άσκησης θα διαφέρει σημαντικά από το αντίστοιχο των ατόμων που δεν ασχολούνται.

iii): Το επίπεδο αυτοαντίληψης των ατόμων που συμμετέχουν ενεργά σε προγράμματα άσκησης θα διαφέρει σημαντικά μεταξύ των ατόμων που έχουν διαφορετική ηλικία.

iv): Το επίπεδο αυτοαντίληψης των ατόμων που συμμετέχουν ενεργά σε προγράμματα άσκησης θα διαφέρει σημαντικά μεταξύ ατόμων διαφορετικού φύλου.

v): Διαφορετικοί είναι οι λόγοι παρακίνησης για τη συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης μεταξύ των ατόμων με και χωρίς αναπηρία.

vi) : Διαφορετικοί είναι οι λόγοι παρακίνησης για τη συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης μεταξύ των ατόμων που έχουν διαφορετική ηλικία.

vii): Διαφορετικοί είναι οι λόγοι παρακίνησης για τη συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης μεταξύ των ατόμων διαφορετικού φύλου.

**Μηδενικές υποθέσεις:**

H<sub>1</sub>: Το επίπεδο αυτοαντίληψης των ατόμων με και χωρίς αναπηρία δε θα διαφέρει σημαντικά μεταξύ τους.

H<sub>2</sub>: Το επίπεδο αυτοαντίληψης των ατόμων που συμμετέχουν ενεργά σε προγράμματα άσκησης δε θα διαφέρει σημαντικά από το αντίστοιχο των ατόμων που δεν ασχολούνται.

H<sub>3</sub>: Το επίπεδο αυτοαντίληψης των ατόμων που συμμετέχουν ενεργά σε προγράμματα άσκησης δε θα διαφέρει σημαντικά μεταξύ των ατόμων που έχουν διαφορετική ηλικία.

H<sub>4</sub>: Το επίπεδο αυτοαντίληψης των ατόμων που συμμετέχουν ενεργά σε προγράμματα άσκησης δε θα διαφέρει σημαντικά μεταξύ ατόμων διαφορετικού φύλου.

H<sub>5</sub>: Δεν είναι διαφορετικοί οι λόγοι παρακίνησης για τη συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης μεταξύ των ατόμων με και χωρίς αναπηρία.

H<sub>6</sub> : Δεν είναι διαφορετικοί οι λόγοι παρακίνησης για τη συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης μεταξύ των ατόμων που έχουν διαφορετική ηλικία.

H<sub>7</sub>: Δεν είναι διαφορετικοί οι λόγοι παρακίνησης για τη συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης μεταξύ των ατόμων διαφορετικού φύλου.

**Λειτουργικοί ορισμοί**

*Παρακίνηση*: ορίζεται ως η σύνθεση δυνάμεων, ορμών, αναγκών, τάσεων ή άλλων μηχανισμών που ξεκινούν και διατηρούν μια εθελοντική δραστηριότητα για την επίτευξη προσωπικών στόχων (Hoy & Miskel, 1982) ή η προθυμία καταβολής επίμονων προσπαθειών για την επίτευξη στόχων και την ικανοποίηση προσωπικών αναγκών (Robbins, 1997).

*Εσωτερική παρακίνηση* είναι όταν κάνει το άτομο κάτι για να το κάνει, για την ίδια τη δραστηριότητα, για τη χαρά και την ικανοποίηση που του προσφέρει και το κάνει εθελοντικά, χωρίς εξωτερικές ανταμοιβές (Deci, 1975; Deci & Ryan 1985).

Στην *εξωτερική παρακίνηση* η συμπεριφορά ρυθμίζεται από εξωτερικές πηγές, όπως είναι οι αμοιβές ή οι εξαναγκασμοί. (Deci & Ryan, 1985)

Στη *μη-παρακίνηση*, υπάρχει απουσία παρακίνησης (*amotivation*). Τα άτομα αυτά τα οποία δεν παρακινούνται καθόλου έχουν ως αποτέλεσμα να εγκαταλείπουν την δραστηριότητα (Deci & Ryan, 1985, 2000)

*Αυτοεκτίμηση (self-esteem)*: αντιπροσωπεύει τη συναισθηματική πλευρά της

αυτογνωσίας δείχνοντας το βαθμό στον οποίο το άτομο αποδέχεται και επιδοκιμάζει τον εαυτό του (Λεονταρή, 1996).

*Αυτοαντίληψη (self-perception)*: η εικόνα που έχει διαμορφώσει το άτομο για τον εαυτό του/της και αντιπροσωπεύει το μέρος του εαυτού που έχει τη θέση του αντικειμένου (το «Εμένα») (Burns, 1986).

*Εννοια του εαυτού (self-concept)*: σύνθετη εννοιολογική κατασκευή η οποία περιλαμβάνει γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές πτυχές (Harter, 1986; Shavelson & Marsh, 1986)

*Φυσική δραστηριότητα*: είναι η οποιαδήποτε σωματική κίνηση που παράγεται από τους σωματικούς μύες και έχει σαν αποτέλεσμα την ενεργειακή δαπάνη (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). Περιλαμβάνει τις καθημερινές δραστηριότητες, (περπάτημα, δουλειές σπιτιού, κήπου κ.α), δραστηριότητες αναψυχής και συμμετοχή σε οργανωμένα προγράμματα στοχευμένης άσκησης (WHO, 2002).

*Αναπηρία*: είναι το αποτέλεσμα οργανικών ή περιβαλλοντικών αιτίων, που δημιουργούν ένα σύνολο εμποδίων σε σημαντικές περιοχές της ζωής, όπως η αυτοεξυπηρέτηση, η απασχόληση, η εκπαίδευση, η ψυχαγωγία και η γενικότερη κοινωνική συμμετοχή (WHO, 2002)

*Κινητική αναπηρία*: θεωρείται κάθε μυοσκελετική και νευρολογική διαταραχή η οποία επηρεάζει δυσμενώς την κινητική απόδοση του ατόμου. Περιλαμβάνει βλάβες που προκλήθηκαν από εκ γενετής ανωμαλίες (π.χ απουσία κάποιου μέλους), από ασθένειες (π.χ πολιομυελίτιδα, φυματίωση) ή από άλλες αιτίες (π.χ εγκεφαλική παράλυση, ακρωτηριασμός άκρων, κάκωση νωτιαίου μυελού) (WHO, 2002)

## II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

### *Αθλητισμός - Αυτοαντίληψη*

Τις τελευταίες δεκαετίες αρκετοί ερευνητές ασχολήθηκαν με τη μελέτη της επίδρασης της άσκησης στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως η σωματική αυτοαντίληψη και η αυτοεκτίμηση. Τα ψυχολογικά οφέλη από την άσκηση βρίσκονται στη χαλάρωση από την πίεση και το στρες, στην ευχάριστη αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου, στην απόδοση στην εργασία, στην καλλίτερη ποιότητα ζωής, στις ευκαιρίες για ευχάριστες εμπειρίες, στην αύξηση της αυτοεκτίμησης, στην καλή εμφάνιση και εικόνα του σώματος (Corbin, Dowell, Lindsey, & Tolson, 1983). Οι March, Richards και Barnes (1986) υποστήριξαν ότι τα οφέλη που αποκομίζουν τα άτομα από τη συμμετοχή τους σε υπαίθριες δραστηριότητες αναψυχής, είναι η βελτίωση του αυτοσυναισθήματος, της αυτοπεποίθησης και ο περιορισμός του άγχους.

Σε έρευνα στην οποία συμμετείχαν 56 γυναίκες και 58 άντρες μέσης ηλικίας, διερευνήθηκε η επίδραση που είχε η άσκηση στο επίπεδο της αυτοεκτίμησής τους. Σε πρόγραμμα συνολικής διάρκειας 20 εβδομάδων διαπιστώθηκε βελτίωση της αυτοεκτίμησης στα άτομα και των δύο ομάδων (Mc Auley, Bane, & Mihalec, 1995). Οι Lindwall και Lindgren (2005), απέδειξαν ότι τα παρεμβατικά προγράμματα άσκησης στα οποία συμμετείχαν υγιείς έφηβοι και νεαροί ενήλικες είχαν θετική επίδραση σε τομείς της ψυχικής υγείας και συγκεκριμένα στη μείωση των επιπέδων άγχους, στην ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας, της σωματικής αυτοαντίληψης, της αυτοεκτίμησης καθώς και στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ο Sonstream (1984) και ο Mc Auley (1994), εκτίμησαν ότι η βελτίωση από τη συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης οδηγεί στην αύξηση του επιπέδου της αυτοεκτίμησης η οποία μάλιστα ήταν μεγαλύτερη σε εκείνα τα άτομα που παρουσίαζαν αρχικά χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης, συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν και οι Burgess, Grogan και Burwitz, (2005). Ο Fox (2000) συνοψίζοντας τα οφέλη της άσκησης υποστήριξε ότι :

- η άσκηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως «διαμεσολαβητής» για την προαγωγή της σωματικής αυτοαξίας και των υπολοίπων σωματικών αυτοαντιλήψεων, όπως η αθλητική ικανότητα και η σωματική εικόνα.

- υπάρχει θετική επίδραση σε όλες τις ηλικίες και στα δυο φύλα, αλλά μεγαλύτερα οφέλη προκύπτουν σε άτομα μέσης ηλικίας και παιδιά, καθώς και σε άτομα με χαμηλή αυτοαντίληψη.
- ποικίλες μορφές άσκησης επιφέρουν αλλαγές στην αυτοαντίληψη, αλλά η αερόβια άσκηση και η άσκηση με αντιστάσεις (άσκηση με βάρη) δίνουν καλύτερα αποτελέσματα.

### ***Ορισμός της έννοιας του Εαυτού***

Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αποκαλύπτει πληθώρα ορισμών για την έννοια του εαυτού. Κατά τον Burns (1982), η έννοια του εαυτού «είναι ένα σύνολο υποκειμενικά αξιολογούμενων χαρακτηριστικών και συναισθημάτων», ενώ ο Rosenberg (1986), την όρισε ως «το σύνολο των σκέψεων και συναισθημάτων του ατόμου». Ανεξάρτητα από τις αντιθέσεις και αντιπαραθέσεις μεταξύ των ερευνητών σχετικά με τον ορισμό της έννοιας του εαυτού, ένας γενικά παραδεκτός ορισμός αυτής της εννοιολογικής κατασκευής είναι ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται τον εαυτό του (Harter, 1999).

### ***Αυτοεκτίμηση – Αυτοαντίληψη***

Η έννοια της αυτοαντίληψης είναι η γνωστική πλευρά της έννοιας του εαυτού, και αντιπροσωπεύει μια δήλωση, μια περιγραφή, ή μια πεποίθηση του ατόμου για τον εαυτό του (Μπότσαρη – Μακρή, 2001). Ο Burns (1986), όρισε την αυτοαντίληψη ως την εικόνα που έχει διαμορφώσει το άτομο για τον εαυτό του/της και αντιπροσωπεύει το μέρος του εαυτού που έχει τη θέση του αντικειμένου (το «Εμένα»). Το «Εμένα» («Me») ορίζεται ως το αντικείμενο της γνώσης, μια σειρά ιδεών για τον «εαυτό». Θεωρείται ότι περιλαμβάνει αντικειμενικές γνώσεις για τον εαυτό, όπως σωματικά χαρακτηριστικά, ηλικία, φύλο, κάποιο είδος αυτοαξιολόγησης που αφορά τις ικανότητες του ατόμου και την αξία του γενικά, και τάσεις συμπεριφοράς (Burns, 1986). Οι περισσότεροι ερευνητές θεωρούν ότι η αυτοαντίληψη είναι μέρος του εαυτού και την καθορίζουν ως το σύνολο των στάσεων και πεποιθήσεων που έχει διαμορφώσει ένα άτομο για τον εαυτό του. Η εικόνα που έχει για τον εαυτό του το άτομο χτίζεται από την πρώτη στιγμή της ζωής του, από την αλληλοεπίδραση των προσωπικών εμπειριών και των αξιολογήσεων των «σημαντικών άλλων» (Rosenberg, 1979), αλλά και από τα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης κατάστασης (Λεονταρή, 1996).

Ένα από τα βασικά συστατικά της αυτοαντίληψης είναι η αυτοεκτίμηση, η οποία περιγράφει το εύρος και την έκταση στην οποία το άτομο αισθάνεται ικανό και άξιο. Η αυτοεκτίμηση είναι ένα βασικό συστατικό της ψυχικής υγείας (Rosenberg, 1979) και της προσαρμογής στη ζωή (Sonstroem, 1997). Τόσο η αυτοεκτίμηση όσο και η αυτοαντίληψη ενέχουν το στοιχείο της αυτοαξιολόγησης. Οι ερευνητές θεωρούν ότι οι αυτοαξιολογήσεις, οι οποίες αφορούν γενικά χαρακτηριστικά όπως «Είμαι ένα αξιόλογο άτομο», πρέπει να διαχωρίζονται από τις αυτοαξιολογήσεις του ατόμου σε επιμέρους τομείς της ζωής του, όπως η γνωστική ικανότητα «Είμαι έξυπνος», η κοινωνική ικανότητα «Οι συνομήλικοί μου με συμπαθούν» και η σωματική ικανότητα «Είμαι καλός στα σπορ» (Shavelson et al., 1976).

Η αυτοεκτίμηση και η αυτοαντίληψη είναι στενά συνδεδεμένες με την επιλογή και την επιμονή στην επιτυχία και στην υιοθέτηση υγιεινών προτύπων συμπεριφοράς. Οι άνθρωποι θέλουν να αισθάνονται όμορφα και ως εκ τούτου τείνουν να έλκονται από τις καταστάσεις της ζωής που τους παρέχουν τις ευκαιρίες για υψηλά επίπεδα αυτοαντίληψης. Η υψηλή αυτοεκτίμηση σχετίζεται με υγιεινά πρότυπα συμπεριφοράς (ιδιαίτερα κατά την εφηβεία), όπως αντίσταση στο κάπνισμα, χαμηλότερα επίπεδα αυτοκτονίας, μεγαλύτερη εμπλοκή στον αθλητισμό και την άσκηση και πιο υγιεινά πρότυπα διατροφής (Torres & Fernandez, 1995).

Τα άτομα με αναπηρία βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης γιατί η αναπηρία τους, άμεσα ή έμμεσα, περιορίζει την ικανότητά τους να βιώσουν την επιτυχία. Οι Smyth και Anderson (2000) ανέφεραν ότι τα παιδιά με κινητικές δυσκολίες έχουν περισσότερες αποτυχίες στον αθλητισμό σε σχέση με τα παιδιά χωρίς κινητικές δυσκολίες. Παιδιά με χαμηλό συντονισμό κινήσεων αποφεύγουν δραστηριότητες που εμπιέχουν κίνηση, παρακολουθούν μόνο και είναι λιγότερο δραστήρια, περιορίζοντας έτσι τις ευκαιρίες για επιτυχία (Bouffard, Watkinson, Thompson, Causgrove-Dunn, & Romanow, 1996). Εξ' αιτίας των χαμηλών επιδόσεών τους στις διάφορες δραστηριότητες εισπράττουν την απόρριψη από τους συνομηλικούς τους και την κοινωνική απομόνωση. Ενήλικες με αναπτυξιακή διαταραχή του συντονισμού για παράδειγμα, μερικές φορές, βιώνουν τον εξευτελισμό και το άγχος ως αποτέλεσμα της αντίδρασης των άλλων στην κατάστασή τους (Fitzpatrick & Watkinson, 2003). Μερικά άτομα με αναπηρία ανέφεραν ότι η συμμετοχή τους στα σπορ και στη φυσική δραστηριότητα υποβαθμίζεται και οι φυσικές τους ικανότητες αμφισβητούνται (Taub, Blinde & Greer, 1999).

Πολλές φορές ακόμη και η καλοπροαίρετη προσφορά βοήθειας μπορεί να

παρεξηγηθεί. Η Goodwin (2001), για παράδειγμα πήρε συνέντευξη από 12 παιδιά με αναπηρία, ηλικίας δημοτικού σχολείου, για να κατανοήσει την οπτική της βοήθειας από συνομηλίκους τους στο μάθημα της γυμναστικής. Ανέφερε ότι η αυτοεκτίμηση των παιδιών απειλούνταν όταν η βοήθεια προσφέρονταν εξαιτίας μιας αρνητικής εκτίμησης της ικανότητάς τους (πχ «πιστεύει ότι δεν έχω μύες»). Αντίθετα, οι Rees, Smith και Sparkes (2003), ανέφεραν ότι 6 άντρες, που έμειναν παράλυτοι εξαιτίας κάκωσης του νωτιαίου μυελού, έπειτα από αγώνα ράγκμπι, είχαν υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης εξαιτίας της κοινωνικής υποστήριξης από τους «σημαντικούς άλλους», όπως ο πατέρας, ο θεραπευτής.

Ο Martin (1999) εξέτασε διάφορες αυτοαναφορές εφήβων κολυμβητών με διαφορετικές μορφές αναπηρίας (πχ εγκεφαλική παράλυση) και βρήκε ότι η βαθμολογία που αφορούσε το επίπεδο αυτοεκτίμησης ήταν ανάλογη των εφήβων ποδοσφαιριστών υψηλής επίδοσης, των γυμναστών και των σκίτερς. Οι Campbell και Jones (1994), ανέφεραν ότι τόσο οι νεαροί όσο και οι ενήλικες αθλητές με αναπηρία παρουσίασαν επίπεδα αυτοαντίληψης ανάλογα με εκείνα των συνομηλίκων τους χωρίς αναπηρία. Διαπιστώθηκε μάλιστα ότι οι αθλητές διεθνούς επιπέδου είχαν υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης σε σύγκριση με τα αντίστοιχα των αθλητών που είχαν διακρίσεις σε εθνικό και τοπικό επίπεδο και βέβαια από αυτούς που ασχολούνταν με τον αθλητισμό για αναψυχή. Οι Whitehead και Corbin (1997) υποστήριξαν ότι ο αθλητισμός δεν επηρεάζει το επίπεδο της γενικής αυτοεκτίμησης των αθλητών αλλά την αυτοεκτίμηση για τη φυσική τους κατάσταση. Προέτρεψαν μάλιστα τους αθλητικούς ψυχολόγους να είναι εξοικειωμένοι με τη θεωρία της ανάπτυξης της αυτοεκτίμησης στον αθλητισμό και να μην παραμελούν τη σημασία της στην ψυχική υγεία.

### ***Μοντέλα αυτοαντίληψης***

Αρχικά υπήρχε μια μονοδιάστατη αντίληψη για την έννοια του «εαυτού» Κύριος εκφραστής της ήταν ο Coopersmith (1967), για τον οποίο ο «Εαυτός» αποτελούσε μια γενική αδιαφοροποίητη εννοιολογική κατασκευή. Σύγχρονοι όμως θεωρητικοί αμφισβήτησαν το μονοδιάστατο αθροιστικό μοντέλο της έννοιας του εαυτού, υποστηρίζοντας ότι μια τέτοια προσέγγιση μπορεί να συγκαλύψει σημαντικές διακρίσεις που κάνουν τα άτομα στους διάφορους τομείς της ζωής τους. Οι θεωρητικοί αυτοί υποστήριξαν ότι δεν είναι δυνατό να κατανοηθούν πλήρως οι

ενδοατομικές διαφορές αν αγνοηθεί η πολυδιάστατη φύση των αυτοπεριγραφικών εκτιμήσεων (Harter, 1986; Marsh & Hattie, 1996; Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976). Οι μελετητές της ανθρώπινης συμπεριφοράς αμφισβητώντας το μονοδιάστατο αθροιστικό μοντέλο του εαυτού, θεώρησαν ότι είναι καλύτερο να περιγράφεται η έννοια του εαυτού ως ένα σύνθετο σύστημα από δομές (Fox, 2000). Με τον τρόπο αυτό προβλήθηκε μια πολυδιάστατη – πολυπαραγοντική προσέγγιση στην έννοια του εαυτού, σύμφωνα με την οποία τα άτομα διατηρούν πολλές επιμέρους αυτοεικόνες. Δύο ήταν τα μοντέλα που γνώρισαν τη μεγαλύτερη απήχηση: το πολυπαραγοντικό μοντέλο της Harter (1983) και το ιεραρχικό μοντέλο των Shavelson, Hubner και Stanton, (1976).

Το μοντέλο της Harter (1986) στηρίζεται στην υπόθεση ότι η επίδραση των επιμέρους τομέων αυτοαντίληψης στην αυτοεκτίμηση εξαρτάται από τη σπουδαιότητα που το ίδιο το άτομο αποδίδει στους διάφορους τομείς της ζωής του. Αυτό μπορεί να σημαίνει πως μόνο οι πλευρές του εαυτού που θεωρούνται σημαντικές από το ίδιο το άτομο θα έχουν σημαντική επίδραση στη γενική αυτοεκτίμηση. Για παράδειγμα, ένα μικρό αγόρι μπορεί να αισθάνεται ακαδημαϊκά πολύ ικανό, αλλά παράλληλα, να νιώθει ότι έχει προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής. Επειδή θέλει απεγνωσμένα να νιώσει ικανό σε σχέση με τους συνομηλίκους του, ο μικρός δείκτης κοινωνικής του αποδοχής, θα έχει αρνητική επίδραση, και ίσως καταλήξει σε χαμηλή αυτοεκτίμηση.

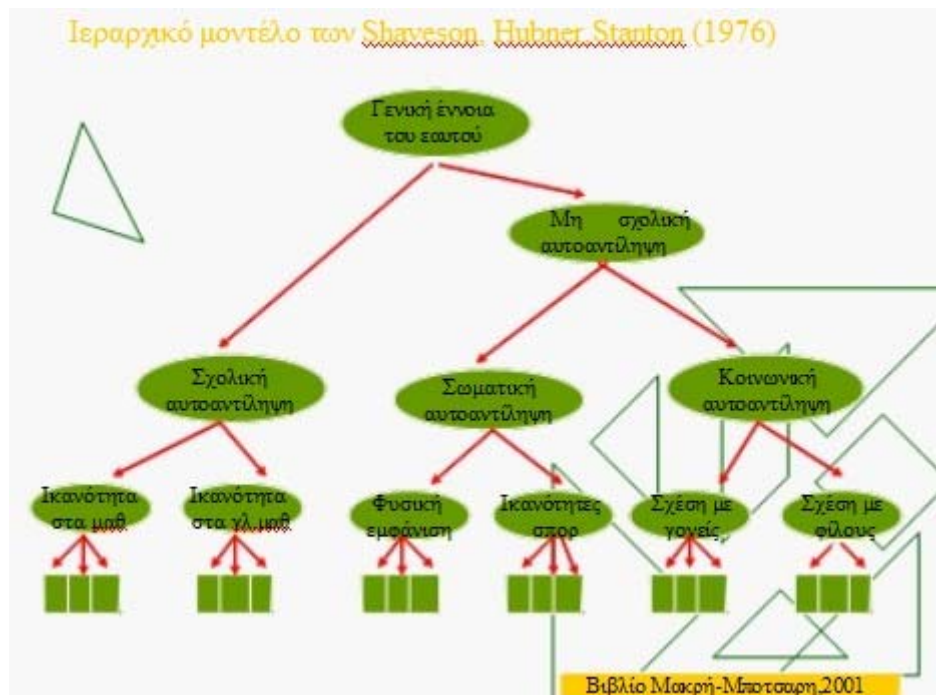


**Σχήμα 1.** Πολυπαραγοντικό μοντέλο της Harter (Μπότσαρη – Μακρή, 2001, σελ.31).



Το ιεραρχικό μοντέλο των Shavelson, Hubner και Stanton (1976), τοποθετεί στην κορυφή της ιεραρχίας τη γενική έννοια του εαυτού και στη βάση της τους διάφορους τομείς αυτοαντίληψης. Στη δομή της αυτοαντίληψης οι ερευνητές αναγνώρισαν επτά κρίσιμα χαρακτηριστικά της: 1. οργάνωση ή δόμηση, 2. πολυδιάσταση 3. ιεραρχία (με αντιλήψεις της προσωπικής συμπεριφοράς σε συγκεκριμένες καταστάσεις, στη βάση της ιεραρχίας, εκτιμήσεις για τον εαυτό σε ευρύτερους τομείς (π.χ. κοινωνικό, ακαδημαϊκό και σωματικό) στο ενδιάμεσο της ιεραρχίας, και μία συνολική, γενική αυτοεκτίμηση στην κορυφή της) 4. σταθερότητα στην κορυφή της ιεραρχίας, η οποία γίνεται όλο και λιγότερο σταθερή στα κατώτερα επίπεδά της, 5. οι πολλές διαστάσεις εξαρτώνται από την ηλικία, 6. δυνατότητα περιγραφής και αξιολόγησης 7. η διαφοροποίηση από άλλες δομές.

Το ιεραρχικό μοντέλο είναι ελκυστικό επειδή προτείνει έναν ελεγχόμενο μηχανισμό, στον οποίο αντιλήψεις στο χαμηλότερο επίπεδο σχετιζόμενες με συγκεκριμένες συμπεριφορές μπορεί να μετρηθούν από το πολύ συγκεκριμένο και μεταβλητό μέχρι το πολύ σταθερό και γενικευμένο. Είναι πιθανό οι μεταβολές που συμβαίνουν στη βάση του μοντέλου να επισκιάζονται από αυτοαντιλήψεις που βρίσκονται στις ανώτερα ιεραρχικά αντιλήψεις (Marsh & Hattie, 1996).



**Σχήμα 2.** Ιεραρχικό μοντέλο των Shavelson, Hubner Stanton (1976), (Μπότσαρη – Μακρή, 2001, σελ.32 )

### ***Σωματικός εαυτός - ανάπτυξη αυτοεκτίμησης***

Διάφορες αντιλήψεις του «σωματικού εαυτού» έχουν αναφερθεί ως ιδιαιτέρως σημαντικές στην τόνωση της αυτοεκτίμησης. Η αυτοαντίληψη αναπτύσσεται εξελικτικά. Από την παιδική ηλικία, η αίσθηση της ικανότητας για κυριαρχία και αλληλεπίδραση με το φυσικό περιβάλλον, καθίσταται σημαντική στην υγιή ανάπτυξη. Οι πρώτες προσπάθειες αυτοσυνειδητοποίησης και κοινωνικής ένταξης ξεκινούν από τη βρεφική ηλικία. Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας (3-6 ετών) αυτοαξιολογούνται κάνοντας αναφορά σε γενικά αισθησιοκινητικά, κοινωνικά και βιοσωματικά τους χαρακτηριστικά, ενώ τα παιδιά σχολικής ηλικίας (6-12ετών) διαμορφώνουν μια πιο «ρεαλιστική» γενική και ακαδημαϊκή αυτοαντίληψη (Harter, 1990). Με την ωρίμανση, το ανάστημα, η εμφάνιση και οι φυσικές ικανότητες αποτελούν τα γενικά χαρακτηριστικά, τα οποία χρησιμοποιούνται ως σημεία αναφοράς στην ταυτότητα του ατόμου. Οι προέφηβοι και έφηβοι (13-18 ετών) τείνουν να σταθεροποιήσουν την αυτοαντίληψή τους και να διαμορφώσουν μια σαφέστερη «αυτοεικόνα» και «αυτοεκτίμηση (παρά τις διακυμάνσεις που διέρχονται σε αυτή τη φάση), δίνοντας έμφαση σε αυτοπεριγραφές των εσωτερικών-ψυχολογικών τους χαρακτηριστικών (Rosenberg 1986).

Τα περισσότερα όργανα μέτρησης της αυτοαντίληψης μέχρι και την προηγούμενη δεκαετία επικεντρώνονταν στη μέτρηση της γενικής αυτοεκτίμησης (Wylie, 1989). Η παράμετρος της αυτοεκτίμησης που σχετίζεται με το σώμα, μοιάζει να είναι θεμελιωμένη πάνω σε αντιλήψεις που αφορούν στην αξία από τη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες, όπως είναι για παράδειγμα η ικανότητα στα σπορ, η σωματική δύναμη, η σωματική εμφάνιση (Fox, 1992; Shavelson et al., 1976).

Μετά την ανασκόπηση των μέχρι τότε σχετικών ερευνών, ο Sonstroem (1984) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης συνοδεύεται από τη βελτίωση του επιπέδου της αυτοεκτίμησης των ατόμων, χωρίς όμως να μπορέσει να προσδιορίσει τον τρόπο ή τις αιτίες για τις οποίες συνέβαινε αυτό. Έτσι, το 1989 οι Sonstroem και Morgan, προκειμένου να μετρήσουν το μέγεθος της επίδρασης αυτής ανέπτυξαν ένα σύγχρονο μοντέλο, στηριζόμενο στα πολυδιάστατα-πολυδύναμα μοντέλα της έννοιας του εαυτού. Το μοντέλο αυτό αξιολόγησης της αυτοεκτίμησης ονομάστηκε Exercise and Self Esteem Model (EXSEM) - Μοντέλο Άσκησης και Αυτοεκτίμησης (MAA) και βασίζεται στη σύγχρονη θεωρία ότι η έννοια του εαυτού μπορεί να μελετηθεί καλύτερα σαν ένα σύνολο από αυτοαντιλήψεις. Το

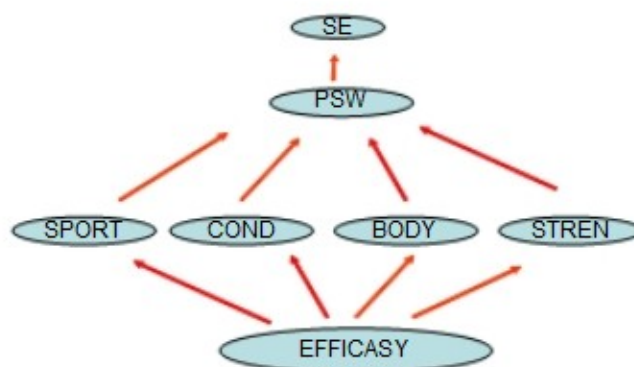
προτεινόμενο μοντέλο αποτίμησης της αυτοεκτίμησης των Sonstroem και Morgan (1989) τα επόμενα χρόνια αναθεωρήθηκε και επεκτάθηκε από τους μελετητές (Sonstream, Harlow & Josephs, 1994; Sonstream, 1997).

Το ΜΑΑ αναπτύχθηκε με σκοπό να προσδιοριστεί με ποιο τρόπο η αυτοεκτίμηση επηρεάζεται από τη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες (Shavelson et al., 1976; Sonstream et al., 1994). Απεικονίζει τη σύνδεση ανάμεσα στην άσκηση και στην αυτοεκτίμηση και στηρίζεται στην έρευνα, δίνοντας έμφαση στα πολλαπλά δομικά συστατικά της δομής του εαυτού. Αυτά τα δομικά συστατικά είναι βασισμένα σε αντιλαμβανόμενες ικανότητες και όλα τα συστατικά του εαυτού στο συγκεκριμένο μοντέλο έχουν προηγουμένως αποδειχτεί ότι σχετίζονται με την άσκηση (Sonstroem & Morgan, 1989). Το ΜΑΑ υποθέτει ότι η αποτελεσματικότητα στην ικανότητα εκτέλεσης των ασκήσεων ή της συμμετοχής στα σπορ γενικεύει και επεκτείνει την αντιλαμβανόμενη σωματική ικανότητα (Sonstream et al., 1994). Το μοντέλο βασίστηκε στις μεταβλητές της αντιληπτής φυσικής ικανότητας και της αυτοαποδοχής που έθετε ως θεμελιακούς παράγοντες την παγίωση του επιθυμητού επιπέδου αυτοεκτίμησης (Harter, 1985). Στη μελέτη του Sonstream και των συνεργατών του (1994) έγινε διερεύνηση της εγκυρότητας του ΜΑΑ, με την ενσωμάτωση της κλίμακας της αντιλαμβανόμενης σωματικής ικανότητας - P.P.S (Perceived Physical Scale) και με αυτόν τον τρόπο δόθηκε η δυνατότητα να αντικατασταθεί από το αρχικό μοντέλο, το μονοδιάστατο επίπεδο της αντιλαμβανόμενης σωματικής ικανότητας (Perceived Physical Competence) με ένα πολυδιάστατο προφίλ αντίληψης του σωματικού εαυτού.

Η φιλοσοφία του μοντέλου είναι ότι σε βασικό επίπεδο η αντιλαμβανόμενη αυτό-αποτελεσματικότητα για κάθε δραστηριότητα επηρεάζει τις τέσσερις υποκλίμακες (αντιλαμβανόμενες σωματικές ικανότητες) που στο συγκεκριμένο μοντέλο αξιολογούνται με τις υποκλίμακες της κλίμακας P.S.P.P (αθλητισμός, ανταγωνιστικότητα, εικόνα σώματος, δύναμη) και αυτές με τη σειρά τους επηρεάζουν τη σωματική αυτοαξία (Physical self worth) σε ένα ανώτερο και κυρίαρχο επίπεδο, που με τη σειρά της αντανακλάται στη «Συνολική Αυτοεκτίμηση». Από την ανάλυση της εγκυρότητας του μοντέλου (Sonstroem et al., 1994) προκύπτει ότι το επίπεδο της αυτοαποτελεσματικότητας σχετίζεται ικανοποιητικά με την αντιλαμβανόμενη αθλητική ικανότητα, την αντιλαμβανόμενη φυσική κατάσταση και την αντιλαμβανόμενη σωματική δύναμη, αλλά όχι με την αντιλαμβανόμενη ελκυστικότητα του σώματος. Εξετάζοντας τα ευρήματα της μελέτης προκύπτει να

υφίσταται μια αντίφαση που αφορά τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην αυτοαποτελεσματικότητα και στην αντιλαμβανόμενη ελκυστικότητα. Ενώ μεταξύ αυτών των δύο δεν υπάρχει ικανοποιητική συσχέτιση, η αντιλαμβανόμενη ελκυστικότητα του σώματος σχετίζεται πολύ ισχυρά με τη σωματική αυτοαξία. Η εξάσκηση και η συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο χαρακτηριστικά όπως η αθλητική ικανότητα, η φυσική κατάσταση και η δύναμη, αλλά όλα αυτά φαίνεται να έχουν μικρότερο δυναμικό από την ελκυστικότητα του σώματος, στο να δημιουργούν ισχυρές συσχετίσεις με πιο γενικά χαρακτηριστικά του εαυτού. Αρκετές έρευνες έχουν επιβεβαιώσει την ισχυρή σχέση μεταξύ της αυτοεκτίμησης και της ελκυστικότητας του σώματος (Harter,1990). Η ελκυστικότητα σώματος αποτελεί ένα πολύ ενδιαφέρον αλλά μάλλον συγκεχυμένο ακόμα παράγοντα στην έρευνα που εξετάζει τις αλληλεπιδράσεις της φυσικής δραστηριότητας και του φυσικού-σωματικού εαυτού με τα ψυχολογικά οφέλη.

Το μοντέλο MAA αποδεικνύεται ικανό να ερμηνεύσει το 32% των παραγόντων που συνιστούν τη «Συνολική Αυτοεκτίμηση» και αυτό το ποσοστό είναι σημαντικό, λαμβάνοντας υπόψη, την ευρύτητα του φάσματος και των δεξιοτήτων πάνω στο οποίο δομείται.



Sonstream, Harlow, & Josephs, 1994

**Σχήμα 3.** Μοντέλο Άσκησης και Αυτοεκτίμησης, (Sonstream, Harlow & Josephs, 1994, σελ. 37)

### ***Αυτογνωσία***

Η αυτογνωσία είναι η γνώση των συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών του ατόμου (Ravizza, 1998). Η αυτογνωσία των αθλητών ως προς το τι είναι αυτό που τους παρακινεί, οδηγεί στην προσωπική ανάπτυξη. Οι αθλητές με αναπηρίες μπορεί να έχουν ιδιαίτερα περίπλοκα κίνητρα. Για παράδειγμα, άλλοι αθλητές μπορεί να χρησιμοποιούν τον αθλητισμό για να προσαρμοστούν στην αναπηρία τους (Kirkby, 1995), άλλοι για να καταπολεμήσουν την περιθωριοποίηση (Wheeler et al., 1996) ή/και να προωθήσουν το κίνημα για τον αθλητισμό των ατόμων με αναπηρία (Asken, 1991) και άλλοι για να υπερασπίσουν γενικά τον εαυτό τους (Martin, 1996). Οι αθλητές έχουν αναφέρει ότι χρησιμοποιούν τον αθλητισμό για να θεωρούνται «φυσιολογικοί» ή ακόμη και «μη φυσιολογικοί» (Wheeler et al., 1996). Ο αθλητισμός είναι το όχημα για τον αυτοκαθορισμό, την ικανότητα δηλαδή των ατόμων να χειρίζονται την ίδια τους τη ζωή, γιατί τα άτομα με αναπηρία εκφράζουν συναισθήματα αδυναμίας (Asch, 1986). Ο Hutzler (1990) διαπίστωσε ότι οι αθλητές στα αναπηρικά αμαξίδια σημείωσαν μεγαλύτερη ανεξαρτησία στη λειτουργικότητα που πήγαζε από την αυξημένη εμπιστοσύνη και αυτοεκτίμηση, καθώς και κοινωνική αποδοχή, ως αποτέλεσμα της συμμετοχής τους στα σπορ. Ο αθλητισμός μπορεί να προωθήσει τον αυτοκαθορισμό μέσα από την αύξηση της εμπιστοσύνης σε διαπροσωπικές, λειτουργικές και αθλητικές δεξιότητες (Ashton-Shaeffer et al., 2002). Αποτελεί το μέσο για την ανάπτυξη της εμπιστοσύνης (Greenwood, Dzewaltowski, & French, 1990) και τη δημιουργία φιλικών σχέσεων ιδιαίτερα για τις γυναίκες (Martin & Mushett, 1996; Martin & Smith, 2002).

Οι αθλητές με και χωρίς αναπηρία έχουν τα ίδια «αθλητικά» κίνητρα. Για παράδειγμα, οι αθλητές με εγκεφαλική παράλυση έχουν προσανατολισμό εξίσου στο στόχο και στο εγώ όπως και οι αθλητές χωρίς αναπηρία (Martin, Adams-Mushett & Smith, 1995). Κοινωνικοί στόχοι (Brasile & Hedrick, 1991) καθώς και αισθητικοί στόχοι (Cooper, Sherrill & Marshall, 1986) είναι επίσης εμφανείς.

### ***Εικόνα του σώματος***

Πριν από αρκετά χρόνια οι ερευνητές επιχείρησαν να ερμηνεύσουν το ρόλο της εμφάνισης στην κατάκτηση των στόχων του ατόμου στην κοινωνία. Εάν ένα άτομο δεν είναι φυσικά ελκυστικό ή θεωρεί τον εαυτό του μη ελκυστικό, η πρόσβασή του στους στόχους του αποδυναμώνεται, και οδηγείται σε άγχος και σε αυτο-

υποτίμηση (Jourard, 1954).

Οι Teal και Athelstan (1975), όρισαν την εικόνα του σώματος ως μια ψυχολογική εμπειρία που εστιάζει στα συναισθήματα και στις συμπεριφορές προς το σώμα του ατόμου. Ο Smith (1984) επεξεργάστηκε παραπάνω αυτά τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές και ισχυρίστηκε ότι η εικόνα του σώματος συμπεριλαμβάνει τόσο συνειδητά όσο και ασυνείδητα συναισθήματα, που σχετίζονται με το μέγεθος, τη λειτουργία, την εμφάνιση και το δυναμικό του σώματος. Ο Slade (1994) αναγνώρισε την επιρροή του περιβάλλοντος στην εικόνα του σώματος, ορίζοντάς την ως μια χαλαρή νοητική εκπροσώπηση του σχήματος και του μεγέθους του σώματος, που επηρεάζεται από διάφορους ιστορικούς, πολιτιστικούς, κοινωνικούς, προσωπικούς και βιολογικούς παράγοντες

Το αποτέλεσμα της αλλαγής της εικόνας του σώματος είναι οι ψυχολογικές δυσλειτουργίες (Lipowski, 1975), διότι τα μέρη του σώματος εμπεριέχουν ένα συνειδητό ή/και ασυνείδητο συμβολικό περιεχόμενο για το άτομο (Lipowski, 1977). Αν μεταβληθεί η εικόνα του σώματος, όπως με την απώλεια μέλους, μπορεί να συμβούν ψυχολογικές και ψυχοπαθολογικές αντιδράσεις. Οι ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων των ακρωτηριασμένων, εκδηλώνουν διαταραχή της εικόνας του σώματος (Henker, 1979). Τα προβλήματα που παρατήρησε πιο συχνά ο Henker ήταν το άγχος, η κατάθλιψη, η ενοχή, η προβολή και ο «αποδιοπομπαίος τράγος». Ο Henker συμπέρανε ότι η αξία που προσδίδεται στο χαμένο ανατομικά μέρος επηρεάζει την αντίδραση στη μεταβολή της εικόνας του σώματος. Η ασυμφωνία μεταξύ της μεταβληθείσας φυσικής κατάστασης και της προηγούμενης προκαλεί συναισθηματική ένταση.

Τα άτομα αξιολογούν συγκεκριμένα μέρη του σώματος ή λειτουργίες για διάφορους λόγους: παρέχουν μια πηγή αυτοεκτίμησης ή αίσθηση ανταγωνισμού, βοηθούν στον ανταγωνισμό με το περιβάλλον, ενισχύουν την αυτοαντίληψη και τη σταθερότητα της εικόνας του σώματος κι επιτρέπουν στο άτομο να συνεχίσει την κοινωνική, σεξουαλική κι επαγγελματική του λειτουργικότητα. Μερικές φορές η αξιολόγηση έχει υποσυνείδητο συμβολικό περιεχόμενο από το οποίο μεταδίδεται ζωτική αξία. Κάθε αναπηρία που διαταράσσει μία από αυτές τις προσωπικές αξίες θα έχει βαθειά ψυχολογική επίδραση στο άτομο (Lipowski, 1975).

Ένα άτομο που έχασε ένα μέλος του τείνει να συγκρίνει την εμφάνισή του και τις λειτουργικές του ικανότητες με αντίστοιχες των άλλων, η πλειονότητα των οποίων είναι άτομα χωρίς αναπηρία. Βασισμένος σε αυτές τις συγκρίσεις, κάποιος μπορεί να

υποθέσει ότι θα ήταν δύσκολο για το άτομο που έχει αναπηρία να αναπτύξει μια θετική αντίληψη σε ό,τι αφορά το σώμα του. Ωστόσο ο Martin και συν. (2003), ανέφεραν ότι μετά από ένα παρεμβατικό πρόγραμμα 3 μηνών σε ενήλικες με κάκωση νωτιαίου μυελού (n=21) παρατηρήθηκε αύξηση της ικανοποίησής τους για την εικόνα του σώματός τους σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, τα άτομα της οποίας συνέχισαν τον τρόπο ζωής τους. Σε μια σχετική μελέτη ο Martin και οι συνεργάτες του (αναφ. στο Hicks et al., 2003) ότι τα άτομα που συμμετείχαν για 9 μήνες σε πρόγραμμα άσκησης παρουσίασαν γραμμική ανοδική τάση στην ικανοποίησή τους για την εμφάνισή τους σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Οι Yuen και Hanson (2002) διερεύνησαν πολυδιάστατα την εικόνα του σώματος μεταξύ ενηλίκων με (n=30) και χωρίς (n=30) επίκτητη κινητική αναπηρία, όπως πχ ακρωτηριασμό κάτω άκρων. Τα άτομα και στις δύο ομάδες διέφεραν ως προς τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και οι αναλύσεις διεξήχθησαν για να καθοριστεί αν τα άτομα με ή χωρίς αναπηρία, που ήταν δραστήρια ή μη δραστήρια διέφεραν ως προς την οπτική τους για την εικόνα του σώματός τους. Οι συμμετέχοντες με αναπηρία που ήταν φυσικά δραστήριοι εκτιμούσαν την εμφάνισή τους πιο θετικά, ήταν πιο ικανοποιημένοι με τα μέρη του σώματός τους, ήταν πιο συνειδητοποιημένοι ως προς τη διατήρηση της καλής φυσικής τους κατάστασης, και εκτιμούσαν καλύτερα την υγεία τους σε σχέση με τους φυσικά μη δραστήριους συμμετέχοντες. Επιπλέον, σε όλες σχεδόν τις κλίμακες, τα άτομα με αναπηρία (φυσικά δραστήρια) είχαν παρόμοιες βαθμολογίες με τα άτομα χωρίς αναπηρία. Ωστόσο, τα άτομα με αναπηρία εστίαζαν περισσότερο στην εξωτερική τους εμφάνιση σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία. Αυτό το συμπέρασμα αντανακλά ιδιαίτερα την επίγνωση της «διαφορετικότητας» που αντιπροσωπεύει τα άτομα με αναπηρία. Τέλος, τα άτομα χωρίς αναπηρία, εκτιμούσαν την υγεία τους σαν τον πιο σπουδαίο παράγοντα.

Σε μια σχετικά πρόσφατη σειρά ερευνών στην αθλητική ψυχολογία, οι επιστήμονες μελέτησαν ένα σχετικό συστατικό της εικόνας του σώματος: το κοινωνικό άγχος για τη σωματική διάπλαση (social physique anxiety). Το άγχος αυτό, είναι το άγχος που βιώνεται ή αναμένεται σε κάποιον, σαν αποτέλεσμα της αρνητικής εκτίμησης της εικόνας του σώματός του. Οι ερευνητές (Talerporos & McCabe, 2002) είχαν υποθέσει ότι τα άτομα με αναπηρία είναι δύσκολο να έχουν θετική εικόνα για το σώμα τους, διότι συχνά εισπράττουν μηνύματα από το περιβάλλον (π.χ. ματιές) που υποδεικνύουν έμμεσα ότι είναι μη ελκυστικά. Σε δυο άρθρα ανασκόπησης, οι Rumsey και Harcourt (2004), επιβεβαίωσαν ότι οι «ορατές διαφορές» στην εμφάνιση, σαν

αποτέλεσμα κοινωνικού άγχους για τη σωματική διάπλαση, μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην εικόνα του σώματος. Αν και οι Rumsey και Harcourt (2004) αναφέρθηκαν σε «παραμόρφωση» (π.χ. σχισμή στο χείλος), τα συμπεράσματά τους μπορεί προσεκτικά να επεκταθούν και σε άτομα με «διαφορετική» εμφάνιση, εξαιτίας μιας φυσικής αναπηρίας (π.χ. ακρωτηριασμός). Παρά την παραπάνω διαπίστωση όμως, οι ίδιοι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι πολλά άτομα προσαρμόζονται στην κατάστασή τους αποτελεσματικά και συχνά δεν επηρεάζονται από την αντίληψη που έχουν για την εικόνα του σώματός τους.

Σχετικά με το κοινωνικό άγχος για την εικόνα του σώματος, οι Kleck και De Jong (1983), διαπίστωσαν ότι τα παιδιά χωρίς αναπηρία θεωρούσαν τα παιδιά με αναπηρία λιγότερο ελκυστικά από αυτά. Τα παιδιά με αναπηρία που συμμετείχαν στην έρευνα των Goodwin, Thurmeier και Gustafson (2004), ανέφεραν ότι η ματιά του «καημένη» ανάμεσα στα παιδιά ήταν κοινή. Η αντίδραση των άλλων σε ένα άτομο με αναπηρία μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο που το άτομο αυτό αντιλαμβάνεται τον εαυτό του. Για παράδειγμα, αν το ερέθισμα είναι αρνητικό, το άτομο πιθανά να αρχίσει να βλέπει τον εαυτό του σαν παραμορφωμένο, ανίκανο και κατώτερο. Μια σύγκριση του σώματός του με την εμφάνιση και την ικανότητα των σωμάτων των ατόμων χωρίς αναπηρία συνδυασμένη με τις εν δυνάμει συνέπειες του στιγματισμού, μπορεί να οδηγήσει σε μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό του και κατά συνέπεια να επηρεάσει την υποκειμενική του ευεξία (Taleporos, & McCabe, 2002). Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι Ben-Tovim και Walker (1995) διαπίστωσαν πως οι γυναίκες με κινητικές δυσκολίες ή και παραμορφώσεις δεν υποτιμούσαν κατ' ανάγκη την εικόνα του σώματός τους. Παρά την κατάστασή τους οι γυναίκες έδειχναν να ενδιαφέρονται λιγότερο για τις αλλαγές στο βάρος τους συγκριτικά με γυναίκες χωρίς κινητικές δυσκολίες, ενώ την ίδια στιγμή διέθεταν ενισχυμένη αίσθηση της ευρωστίας τους. Η έρευνα σε αυτήν την περιοχή δεν επιβεβαιώνει κατ' ανάγκη την υπόθεση ότι τα άτομα με αναπηρία έχουν αναγκαστικά μια πιο αρνητική θεώρηση για την εικόνα του σώματός τους σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, αν και επιδεικνύουν υψηλή επίγνωση της φυσικής τους κατάστασης καθώς και της αντίληψης των άλλων απέναντί τους. Ωστόσο, όπως και στα άτομα χωρίς αναπηρία έτσι και σε αυτά με αναπηρία, η θεώρηση για την εικόνα του σώματος παίζει ρόλο στην αυτοεκτίμηση.



### *Αναπηρία – Αυτοαντίληψη - Αθλητισμός*

Η αυτοεκτίμηση και η θετική αυτοαντίληψη είναι ουσιαστικές για την ψυχολογική ευεξία των ατόμων και κυρίως για τους εφήβους που παρουσιάζουν μια ανικανότητα (Rosenberg, 1965; Sonstroem & Morgan, 1989). Λαμβάνοντας υπόψη τη σημασία που προσδίδεται σήμερα στην εμφάνιση και στην εικόνα, η σωματική αναπηρία μπορεί να έχει σοβαρό αντίκτυπο στον τρόπο που τα άτομα με αναπηρία αντιλαμβάνονται το σώμα τους. Αυτό μπορεί να είναι απόρροια της κοινωνικής απομόνωσης και του στιγματισμού απέναντι στα άτομα με αναπηρία, ενισχύοντας την άποψη των Talerogos και Mc Cabe (2002), ότι η σωματική αναπηρία μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς τόσο τη σωματική και σεξουαλική ελκυστικότητα όσο και την πρόκληση αρνητικών αισθημάτων για το σώμα. Άτομα με σωματική αναπηρία, ιδιαίτερα κατά το τέλος της εφηβείας και στην αρχή της ενήλικης ζωής μπορεί να είναι πιο ευαίσθητα και επικριτικά όσον αφορά στην εξωτερική τους εμφάνιση, πολύ περισσότερο κατά τη διάρκεια μιας περιόδου όπου οι συνομήλικοί τους αξιολογούν το σχήμα και το μέγεθος του σώματός τους ιδιαιτέρως θετικά.

Κάποιοι έφηβοι αντιμετωπίζουν μια αναπηρία, η οποία καθιστά δυσκολότερη την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησής τους. Αυτό έδειξε η έρευνα των Cazenave, Peultier και Lefort (2005), στη Γαλλία. Δύο ομάδες εφήβων με αναπηρία έλαβαν μέρος στην έρευνα. Όλα τα άτομα είχαν ιδιοπαθή ραιβοκυκλοποδία, η διάγνωση της οποίας είχε πραγματοποιηθεί από φυσίατρο. Η πρώτη ομάδα αποτελούνταν από νέους (4 κορίτσια και 5 αγόρια) που δεν είχαν ποτέ ασχοληθεί με τον αθλητισμό και η δεύτερη ομάδα από νέους (4 κορίτσια και 6 αγόρια) που ασχολούνταν συστηματικά με την κολύμβηση, το ποδόσφαιρο ή το τζούντο. Αυτή η εξωσχολική αθλητική δραστηριότητα ήταν εθελοντική και ο χρόνος που διέθεταν εβδομαδιαίως ήταν  $M_{sport}=4,13$  ώρες. Στη σύγκριση των αποτελεσμάτων αυτές οι δυο ομάδες δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο ηλικίας και το φύλο δεν αποτέλεσε καθοριστικό παράγοντα στις ανεξάρτητες μεταβλητές. Το όργανο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε ήταν η κλίμακα αυτοεκτίμησης του Rosenberg στη γαλλική γλώσσα (RSES), μεταφρασμένη και σταθμισμένη από τους Vallières και Vallerand (1990). Αποτελούνταν από 10 τομείς. Οι μισοί τομείς παρουσιάζονταν με τρόπο θετικό (πχ «έχω την εντύπωση ότι κατέχω αρκετά προσόντα», «έχω μια θετική άποψη για τον εαυτό μου») και οι άλλοι μισοί με αρνητικό (πχ «πιστεύω ότι δεν αξίζω τίποτα», «δύσκολα εμπιστεύομαι τον εαυτό μου»). Οι απαντήσεις σημειώθηκαν σε 4βάθμια κλίμακα Likert, από 1 «διαφωνώ απόλυτα», 2 «πιο πολύ διαφωνώ», 3 «πιο

πολύ συμφωνώ», 4 «συμφωνώ απόλυτα». Μία επίδοση κάτω του 30 αντιστοιχούσε σε χαμηλή αυτοεκτίμηση. Συμπληρώθηκε ακόμη το πρωτόκολλο με το Ερωτηματολόγιο Φυσικής Κατάστασης (ΕΦΚ) (Ninot, Delignières & Fortes, 2000). Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι εάν ασχολείται κάποιος με ένα άθλημα αυτό σημαίνει ότι θα παρουσιάσει υψηλές επιδόσεις στην κλίμακα RSES στη «Συνολική Αυτοεκτίμηση», στην αντιλαμβανόμενη φυσική αξία, και στον αθλητικό ανταγωνισμό. Επιπλέον, οι δυο μετρήσεις της αυτοεκτίμησης (RSES και η «Συνολική Αυτοεκτίμηση») συσχετίζονταν θετικά μεταξύ τους. Παρατηρήθηκε ακόμη η ίδια σχέση του RSES και της συνολικής αυτοεκτίμησης με την αντιλαμβανόμενη φυσική αξία και τον αθλητικό ανταγωνισμό. Τελικά, αυτές οι δύο τελευταίες κλίμακες συσχετίζονται θετικά μεταξύ τους. Καμία συσχέτιση δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των κλιμάκων της φυσικής κατάστασης, φυσικής εμφάνισης και δύναμης. Από τα παραπάνω έγινε κατανοητό ότι η κινητική ανεπάρκεια και οι περιορισμοί που είναι συνδεδεμένες μαζί τους δεν επιτρέπουν στα παιδιά με αναπηρία να εξελίξουν και να κατανοήσουν το περιβάλλον με τον ίδιο τρόπο που θα το έκαναν τα παιδιά χωρίς αναπηρία. Επιπλέον, το σύγχρονο κοινωνικό επίπεδο απαιτεί τεράστιες προσπάθειες για ένα άτομο με περιορισμένη λειτουργικότητα να προσαρμοστεί στη σύγχρονη ζωή και να ενσωματωθεί ισότιμα σε μια ομάδα, σε κατάσταση ή όχι αναπηρίας. Και αυτό μπορεί να προκαλέσει την κοινωνική συμπεριφορά της απομόνωσης που έρχεται να ενισχύσει την τρωτότητά τους. Γίνεται επομένως δύσκολο να βρίσκει στρατηγικές προσαρμογής για να επαναδημιουργήσει κοινωνικές σχέσεις ώστε να σταματήσει την τοποθέτηση στο περιθώριο κάποιων προσώπων. Ωστόσο, από τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης φάνηκε με σαφήνεια ότι η φυσική και αθλητική δραστηριότητα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο επίπεδο αυτοεκτίμησης των εφήβων με ιδιοπαθή ραιβοκοιλοποδία. Πράγματι, οι νέοι που ασκούν ένα άθλημα τακτικά έχουν πιο υψηλή αυτοεκτίμηση από εκείνους που δεν ασκούν, ανεξαρτήτου ηλικίας και φύλου. Η αντιλαμβανόμενη φυσική αξία και ο ανταγωνισμός καθώς και η αντίληψη για την εξωτερική τους εμφάνιση είναι πιο θετική από τους υπόλοιπους. Η σχέση ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση και τη φυσική εμφάνιση είχε ήδη αποδειχθεί στους εφήβους χωρίς αναπηρία (Thornton & Rickman, 1991).

Οι Benrud-Larson, Haythornthwaite Heinberg, Boling, Reed και White (2002) υποστήριξαν ότι μια κινητική αναπηρία μπορεί να είναι υπεύθυνη, τόσο για τη μείωση της κινητικότητας, όσο και για την παρουσία καταθλιπτικών διαταραχών. Σύμφωνα όμως με τον Rosenberg (1979), τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση έχουν

μεγαλύτερη τάση να απομονωθούν και να είναι καταθλιπτικά. Υπάρχει βέβαια συσχέτιση ανάμεσα στη χαμηλή αυτοεκτίμηση και στην κατάθλιψη, όπως απέδειξαν οι Modrain-Talbott, Pullen, Zandstra, Ehrenberger και Muenchen, (1998); Orvaschel, Beeferman και Kabacoff, (1997), ιδιαίτερα όταν αυτή μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια του χρόνου (Greenier et al., 1999). Επομένως, η φυσική δραστηριότητα και η ανθρώπινη παρουσία θα μπορούσαν να ενεργήσουν ως ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη που επιτρέπει στους εφήβους με αναπηρία να αυξήσουν την αυτοεκτίμησή τους και ίσως με τον τρόπο αυτό να αποφεύγονται οι οποιοσδήποτε ψυχολογικές διαταραχές που μπορεί να συνδέονται. (Brown & Harris, 1978)

Δύο ομάδες Πορτογάλων αθλητών, υψηλού επιπέδου της καλαθοσφαίρισης με αναπηρία και χωρίς αναπηρία χρησιμοποιήθηκαν από τους Ferreira και Fox (2008), προκειμένου να διερευνήσουν το επίπεδο της αυτοαντίληψής τους. Το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 137 αθλητές της καλαθοσφαίρισης, οι οποίοι συμμετείχαν στο Εθνικό τους πρωτάθλημα. Η ομάδα Α αποτελούνταν από 64 αθλητές σε αμαξίδιο, 5 γυναίκες και 59 άντρες,. Οι 5 γυναίκες αθλήτριες σε αμαξίδιο θεωρήθηκαν μέρος του δείγματος των αντρών εξαιτίας του γεγονότος ότι δεν υπάρχει κανένα πρωτάθλημα για γυναίκες αθλήτριες σε αμαξίδιο στην Πορτογαλία. Οι γυναίκες διαγωνίζονταν στις ομάδες των αντρών. Ο Μ.Ο ηλικίας των αθλητών ήταν  $32.81 \pm 11.36$  χρόνια. Αυτό το δείγμα αντιπροσώπευε το 85% όλων των αθλητών καλαθοσφαίρισης σε αμαξίδιο που διαγωνίζονταν στην Πορτογαλία. Η ομάδα Β αποτελούνταν από 69 άντρες αθλητές χωρίς αναπηρία, από οκτώ διαφορετικές ομάδες, που διαγωνίζονταν σε διαφορετικά επίπεδα πρωταθλημάτων (επαγγελματικό πρωτάθλημα 1ης και 2ης κατηγορίας). Ο Μ.Ο ηλικίας αυτών των αθλητών ήταν  $20,91 \pm 4.55$  χρόνια. Στους συμμετέχοντες χορηγήθηκε το test battery που περιείχε την Πορτογαλική έκδοση του Physical Self-Perception Profile – PSPPp (Fonseca, Fox & Almeida, 1995) καθώς και η κλίμακα αυτοεκτίμησης του Rosenberg - Self-esteem Scale – RSESp (Abrantes, 1991), επίσης στην Πορτογαλική έκδοση. Μετά από τη σύγκριση των δύο δειγμάτων επιβεβαιώθηκε η υπόθεση ότι οι αθλητές καλαθοσφαίρισης χωρίς αναπηρία είχαν υψηλότερες επιδόσεις στις υποκλίμακες του PSPPp καθώς και στη «Συνολική Αυτοεκτίμηση» από τους αθλητές καλαθοσφαίρισης σε αμαξίδιο, εξασφαλίζοντας έτσι υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής σταθερότητας και προσαρμογής στη ζωή. Επιπλέον, σύγκριση μεταξύ αθλητών της καλαθοσφαίρισης και άλλων ατόμων με ή χωρίς αναπηρία που διάγουν καθιστική ζωή (δεν αθλούνται) έδειξε πάλι υψηλότερα επίπεδα στους αθλητές, στις παραμέτρους

που εξετάζει το PSPPp και στη «Συνολική Αυτοεκτίμηση», σε σύγκριση με αυτούς που δεν αθλούνταν. Η βασική εξαίρεση διαπιστώθηκε στους άντρες αθλητές με αμαξίδιο (δείγμα Α), που επέδειξαν υψηλότερο Μ.Ο. στη Σωματική δύναμη, ενισχύοντας τόσο την υποκειμενική όσο και την αντικειμενική σημασία της Σωματικής δύναμης στην καθημερινή ζωή των ατόμων με κινητικές αναπηρίες (Ferreira, 2006). Ωστόσο τα άτομα αυτά είχαν χαμηλότερο Μ.Ο στη σωματική δύναμη σε σύγκριση με τους άντρες αθλητές χωρίς αναπηρία. Αναφορικά με την Αυτοεκτίμηση, από τα αποτελέσματα της ίδιας έρευνας προέκυψε ότι οι αθλητές που έκαναν αθλητισμό περισσότερες φορές την εβδομάδα και οι αθλητές με μεγαλύτερη αθλητική καριέρα παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα Συνολικής Αυτοεκτίμησης είτε αυτοί είχαν κάποια αναπηρία είτε όχι. Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να υποστηρίξει τις θετικές επιδράσεις της άσκησης και της συμμετοχής στον αθλητισμό στα άτομα με αναπηρία ενισχύοντας την αντίληψη για τις σωματικές δεξιότητες, επαναπροσδιορίζοντας τις σωματικές ικανότητες και αυξάνοντας την αντιλαμβανόμενη εμπιστοσύνη σε νέες σωματικές δραστηριότητες (Blinde & McClung, 1997). Ταυτόχρονα μπορεί επίσης να εξηγήσει γιατί τα άτομα με αναπηρία που έχουν υψηλότερη βαθμολογία στο επίπεδο της αυτοαντίληψης ελκύονται και εμμένουν σε ένα άθλημα. Οι αθλητές σε αμαξίδιο επέδειξαν χαμηλότερους Μ.Ο στη «Συνολική Αυτοεκτίμηση» όταν συγκρίθηκαν με συνομηλίκους αθλητές καλαθοσφαίρισης χωρίς αναπηρία, καθώς και με άτομα που δε συμμετείχαν σε αθλητικές δραστηριότητες. Αυτοί οι αθλητές αν και είχαν υψηλότερους Μ.Ο σε όλες τις υποκλίμακες του PSPPp, αυτό δεν επηρέασε το επίπεδο της Συνολικής τους Αυτοεκτίμησης. Φάνηκε ότι αυτή επηρεάζεται με διαφορετικούς τρόπους στους αθλητές σε αναπηρικό αμαξίδιο απ' ότι στους αθλητές χωρίς αναπηρία, των οποίων ο Σωματικός Εαυτός φαίνεται να είναι διαρθρωμένος παρόμοια με το γενικό πληθυσμό. Τα συμπεράσματα της έρευνας αυτής δεν ενισχύουν την άποψη ότι υπάρχουν ισχυρές σχέσεις μεταξύ της συμμετοχής στον αθλητισμό και της «Συνολικής Αυτοεκτίμησης» στα άτομα με αμαξίδιο, καθώς και της βελτίωσης της αυτοεκτίμησης στα ίδια άτομα (Hopper, 1986; Szyman, 1980; Valliant, Bezzubyk, Daley & Asu, 1985). Ωστόσο, επιβεβαιώνουν την ιδέα ότι το να συμμετέχει κανείς στον αθλητισμό και την άσκηση μέτρια συσχετίζεται με πιο θετικά αποτελέσματα στη σωματική αυτοαντίληψη από την εφηβική ηλικία και μετά (Fox & Corbin, 1989; Sonstroem, Speliotis, & Fava, 1992) και ελάχιστα με τη «Συνολική Αυτοεκτίμηση» και ότι αυτή η σχέση είναι ασταθής και πιθανά εξαρτάται από τον πληθυσμό, τα

περιβαλλοντολογικά και ατομικά χαρακτηριστικά (Fox, 2000).

Ωστόσο, σε αυτά τα ειδικά περιβάλλοντα του αθλητισμού με αναπηρία, οι αυτοαντιλήψεις του ατόμου μπορούν να αναπτυχθούν με έναν διαφορετικό τρόπο, εξαιτίας της ιδιαιτερότητας της ομάδας, όπως και των συνθηκών του περιβάλλοντος και της κοινωνίας στις οποίες διεξάγεται το άθλημα (Ferreira & Meek, 2001). Οι ατομικές αυτοαντιλήψεις στις ομάδες με σωματική αναπηρία, μπορεί να γίνονται αντιληπτές με διαφορετικό τρόπο, εστιάζοντας σε διαφορετικές πτυχές του σώματος και σε διαφορετικές προσεγγίσεις του «Σωματικού Εαυτού» από εκείνες που έχουν παραδοσιακά αναγνωριστεί στις ομάδες χωρίς αναπηρία.

Οι αθλητές σε αναπηρικό αμαξίδιο αναπτύσσουν αντιλήψεις για το σώμα τους μέσα από έντονα συναισθήματα για την ικανότητά τους. Ο αγωνιστικός αθλητισμός παρέχει στα άτομα με αναπηρία μια μοναδική ευκαιρία αφενός να εκτελέσουν με επιτυχία πολύπλοκες αθλητικές δεξιότητες και έργα, και αφετέρου ν' αποκαλύψουν μια προσωπική ικανότητα, να εκτελούν δηλαδή σε πολύ αγχωτικά περιβάλλοντα, προσδιορίζοντας τα όρια του «σώματος με αναπηρία». Η αθλητική αρένα αποτελεί ένα σημαντικό πλαίσιο, όπου τα άτομα με σωματικές αναπηρίες βρίσκουν ευκαιρίες να βιώσουν νέες προκλήσεις, να δοκιμάσουν τις ικανότητές τους, να αναπτύξουν εμπιστοσύνη και να διαμορφώσουν ισχυρότερες απόψεις για τα σώματά τους καθώς και να βιώσουν την εμπειρία της έκθεσης στην κοινωνική αξιολόγηση (Ferreira & Fox, 2008)

Άτομα με σωματική αναπηρία, κάνοντας αθλητισμό παρουσίασαν σαφή συναισθήματα «Φυσικής Εμπιστοσύνης» (Ανταγωνιστικός Αθλητισμός και Φυσική Κατάσταση) και «Σωματικής Ελκυστικότητας», ως αποτέλεσμα μιας πιο θετικής άποψης για τη σωματική τους ικανότητα στον αθλητισμό με αναπηρία. Ωστόσο, αυτά τα θετικά συναισθήματα δεν φτάνουν στην Αυτοεκτίμηση διότι σε αυτή τη συγκεκριμένη ομάδα, η Φυσική Αυτοαξία δεν λειτουργεί ως διαμεσολαβητής, όπως συνήθως αναφέρεται στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για όλες τις άλλες ομάδες χωρίς αναπηρία. Παρά το ότι θεωρούν το «Σωματικό τους Εαυτό» ως κάτι σχετικό με τη ζωή τους, η ομάδα των αθλητών καλαθοσφαίρισης σε αναπηρικό αμαξίδιο, θεωρεί ίσως ότι ο «Σωματικός τους Εαυτός» δεν παίζει σημαντικό ρόλο στη μοντελοποίηση των απόψεων και των πεποιθήσεών τους προς τα δικά τους συναισθήματα της προσωπικής ικανότητας και τον τρόπο που βλέπουν τον εαυτό τους, δηλαδή ως ενεργά κοινωνικά στοιχεία. Διαχωριστικές κοινωνικές στάσεις προς το Σώμα τους θα μπορούσε να οδηγήσουν σε μια μόνιμη υπενθύμιση για τα φυσικά τους όρια,

ασκώντας μεγάλη επιρροή στον τρόπο που οι άνθρωποι διαχειρίζονται τη σωματική τους αναπηρία ή προκαλώντας άγχος σχετικά με το Σώμα τους (Taleporos & McCabe, 2001). Τα αποτελέσματα της παραπάνω μελέτης δείχνουν επίσης ότι απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για να υπάρξει πιο σαφής εικόνα για το πώς αναπτύσσονται οι αυτοαντιλήψεις σε ομάδες με σωματική αναπηρία, με τον ίδιο ή διαφορετικό τρόπο από αυτόν που παρατηρείται στους αθλητές χωρίς αναπηρία.

Το θέμα της αυτοεκτίμησης απασχόλησε και τους Van de Vliet, Van Biesen, και Vanlandewijck (2008), οι οποίοι πραγματοποίησαν έρευνα με δείγμα Φλαμανδούς αθλητές με αναπηρία. Σκοπός της έρευνάς τους ήταν να διερευνήσει την αθλητική ταυτότητα, την αυτοεκτίμηση και τη σωματική αυτοαντίληψη των Φλαμανδών αθλητών με αναπηρία, τη σχέση ανάμεσα στις παραπάνω μεταβλητές και τη σταθερότητά τους με το πέρασμα του χρόνου. Οι αθλητές (Παραολυμπιακού επιπέδου, n=23; μη παραολυμπιακού επιπέδου - υψηλού αθλητισμού, n=37) συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια 11 μήνες πριν τους Παραολυμπιακούς Αγώνες κι αμέσως μετά. Η «Συνολική Αυτοεκτίμηση» μετρήθηκε με τη Δανέζικη έκδοση του Ερωτηματολογίου Αυτοεκτίμησης του Rosenberg (Helbing, 1982), με μια διαβάθμιση από το 1 έως το 4 στην κλίμακα Likert. Οι συμμετέχοντες και στις δυο ομάδες (παραολυμπιακού και μη παραολυμπιακού επιπέδου) έδειξαν να έχουν ισχυρή αθλητική ταυτότητα σε σχέση με τους αθλητές χωρίς αναπηρία. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν τόσο στη «Συνολική Αυτοεκτίμηση» όσο και στη «Σωματική Αυτοαντίληψη». Με εξαίρεση τον τομέα της σωματικής εμπιστοσύνης, δε βρέθηκε καμία σχέση μεταξύ της αθλητικής ταυτότητας και της σωματικής αυτοαντίληψης. Τόσο η αθλητική ταυτότητα όσο και η σωματική αυτοαντίληψη αποτελούν σταθερές κατασκευές με το πέρασμα του χρόνου. Στη «Συνολική Αυτοεκτίμηση» οι Φλαμανδοί αθλητές σημείωσαν στατιστικά υψηλή βαθμολογία σε σύγκριση με άλλους αθλητές με αναπηρία, ενώ τα αποτελέσματα αυτά κυμαίνονταν σε παρόμοια επίπεδα με αθλητές χωρίς αναπηρία. Οι Φλαμανδοί αθλητές υψηλού επιπέδου χωρίς αναπηρία είχαν ωστόσο μεγαλύτερη «Συνολική Αυτοεκτίμηση» σε σχέση με τους αντίστοιχους Παραολυμπιακούς αθλητές. Όσον αφορά στη σωματική αυτοαντίληψη οι αθλητές αυτοί, σημείωσαν συγκριτικά υψηλά επίπεδα σωματικής αυτοαξίας στους αντίστοιχους υποτομείς συγκρινόμενοι με άλλους αθλητές με και χωρίς αναπηρία. Μια εξαίρεση υπήρχε μόνο στον υποτομέα της σωματικής εμπιστοσύνης, στον οποίο οι αθλητές με αναπηρία είχαν υψηλότερη επίδοση σε σχέση με τους αθλητές χωρίς αναπηρία. Ωστόσο, οι Πορτογάλοι αθλητές

καλαθοσφαίρισης σε αμαξίδιο σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στην αντιλαμβανόμενη δύναμη σε σχέση με τους Φλαμανδούς αθλητές με αναπηρία, όπως αναφέρθηκε στην έρευνα των Ferreira και Fox (2008).

Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε και η έρευνα των Sands και Wettenhall, (2000), οι οποίοι εξέτασαν την επίδραση ενός ψυχολογικού παρεμβατικού προγράμματος ως προς τη στάση της εικόνας του σώματος, αθλητριών σε αμαξίδιο. Αρχικά, τα επίπεδα ικανοποίησης των έξι αθλητριών της καλαθοσφαίρισης σε αμαξίδιο συγκρίθηκαν με τα αντίστοιχα των 20 αθλητριών χωρίς αναπηρία, τα οποία αξιολογήθηκαν με τέσσερα διαφορετικά εργαλεία: το Physical Self-Perception Profile, το Multi-Dimensional Body Image Scale, το Social Physique Anxiety Questionnaire, και το Body Parts Questionnaire. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ως αποτέλεσμα του γνωστικού - συμπεριφορικού παρεμβατικού προγράμματος, η σωματική αυτοαντίληψη αυξήθηκε για τις αθλήτριες σε αμαξίδιο. Σημαντική ήταν η επίδραση στον αντιλαμβανόμενο ανταγωνισμό με το πέρασμα του χρόνου, επιδεικνύοντας σημαντικές διαφορές μεταξύ της αρχικής και της αξιολόγησης μετά την 6<sup>η</sup> εβδομάδα του παρεμβατικού προγράμματος.

### ***Άτομα με αναπηρία και Άσκηση***

Αν και οι περισσότεροι άνθρωποι αναγνωρίζουν τα οφέλη στον τομέα της υγείας, που προκύπτουν από τη συμμετοχή τους σε φυσικές δραστηριότητες, ωστόσο αυτό δεν αποτελεί τον κύριο λόγο για την εμπλοκή τους σε αθλητικές δραστηριότητες. Άλλοι παράγοντες, όπως ο έλεγχος του βάρους, η διασκέδαση, η κοινωνική συναναστροφή και υποστήριξη, αποτελούν τους κύριους λόγους για τους οποίους τα άτομα είναι φυσικά δραστήρια (Martin et al., 2002)

Πολλές αθλητικές δραστηριότητες που χρησιμοποιούνται για λόγους αποκατάστασης κι αναψυχής είναι κατάλληλες και για τα άτομα με αναπηρία. Ο αθλητισμός όλο και πιο πολύ συστήνεται συμπληρωματικά για θεραπευτικούς λόγους. Βοηθά στην ανάπτυξη της δύναμης, του συντονισμού και της αντοχής. Ορισμένα αθλήματα αναπτύσσουν συγκεκριμένες ομάδες μυών, για παράδειγμα η άρση βαρών και η τοξοβολία ενδυναμώνουν τους μύες του βραχίονα των παραπληγικών ασθενών, καθιστώντας τους ικανούς να αυτοεξυπηρετούνται στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Τα αθλήματα σε αμαξίδιο, όπως η καλαθοσφαίριση, βοηθούν στην ανάπτυξη του συντονισμού, αφού το άτομο

αναγκάζεται να κινεί μόνο του το αμαξίδιο, να διεισδύει, να συλλαμβάνει και να παρεμποδίζει την προώθηση της μπάλας. Το κολύμπι επίσης, είναι γενικά αποδεκτό ως ένας αξιόλογος τρόπος άσκησης και θεραπείας. Τα τελευταία μάλιστα χρόνια αποτελεί ένα από τα πιο δημοφιλή αθλήματα, γιατί επιτρέπει στα μέλη του σώματος να κινηθούν ελεύθερα, μακριά από οποιοδήποτε βοηθητικό μέσο (Chawla, 1994).

Τα οφέλη από τη συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης για τα άτομα με αναπηρία έχει αποδειχθεί ότι είναι πολλά, τόσο στο σωματικό (Block, 1995) όσο και στον ψυχολογικό τομέα (Block, 1995; Campbell & Jones, 1994). Αθλητές με αναπηρία έχουν καλύτερη σύνθεση σώματος, αναπνευστική λειτουργία, αντοχή κι αναερόβια ικανότητα από ότι άτομα με αναπηρία που δεν ασχολούνται με την άθληση (Wells & Hooker, 1990). Η καλύτερη δομή του σώματος (η οποία είναι αποτέλεσμα της τακτικής άσκησης) βοηθά στην καλύτερη χρήση του εξοπλισμού (αμαξίδια, πατερίτσες κ.λπ). Τα οφέλη στον ψυχολογικό τομέα, για τους αθλητές με αναπηρία είναι η καλύτερη διαχείριση στρεσογόνων καταστάσεων και τα μικρότερης έκτασης συμπτώματα κατάθλιψης από τα άτομα που δεν γυμνάζονται (Paulsen, French, & Sherrill, 1990). Ο/Η Benczúrné (2000), υποστήριξε ότι η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης και σε αθλητικές δραστηριότητες εξασφαλίζει την καλύτερη λειτουργία των συστημάτων που έχουν προσβληθεί με αποτέλεσμα το σώμα να γίνεται ικανότερο, και το άτομο πιο ανεξάρτητο, ενώ παρεμποδίζεται η εμφάνιση των δευτερευουσών διαταραχών ως αποτέλεσμα της αναπηρίας.

Άλλη μια πλευρά του αθλητισμού, είναι οι ευκαιρίες που παρέχει στα άτομα με αναπηρία ώστε να δημιουργήσουν σχέσεις και κοινωνικές επαφές. Η αναπηρία που επιμένει, μπορεί να επιδεινώνει τη συμπεριφορά του ατόμου απέναντι στον εαυτό του και να καταλήξει στην αυτολύπηση, στον κατακερματισμό της αυτοεκτίμησης και στην κοινωνική απομόνωση. Η συμμετοχή στον αθλητισμό μπορεί να βοηθήσει τα άτομα που πρόσφατα απέκτησαν την αναπηρία, να ξανακερδίσουν την αυτοεκτίμησή τους, προωθεί την ανάπτυξη θετικών συμπεριφορών, ενώ ταυτόχρονα τα βοηθά να αποδεχτούν την αναπηρία τους και να καταφέρουν να επανενταχθούν κοινωνικά (Chawla, 1994).



## **Παρακίνηση**

Για την παρακίνηση έχουν διατυπωθεί διάφοροι ορισμοί. Οι Hoy και Miskel, (1982), ως παρακίνηση όρισαν τη σύνθεση δυνάμεων, ορμών, αναγκών, τάσεων ή άλλων μηχανισμών που ξεκινούν και διατηρούν μια εθελοντική δραστηριότητα για την επίτευξη των προσωπικών στόχων. Παρακίνηση είναι η προθυμία καταβολής επίμονων προσπαθειών για την επίτευξη στόχων και την ικανοποίηση προσωπικών αναγκών (Robbins, 1997). Η έννοια της παρακίνησης (Vallerand & Bissonnette, 1992) έχει μελετηθεί εδώ και πολλές δεκαετίες.

Σύμφωνα με τη θεωρία του αυτοκαθορισμού (self-determination theory) των Deci και Ryan (1985, 1991) καθώς και των Ryan και Deci (2000), η παρακίνηση διακρίνεται σε εσωτερική, εξωτερική ή και απουσία παρακίνησης. Εσωτερική παρακίνηση (intrinsic motivation) είναι εκείνη η συμπεριφορά του ατόμου που πραγματοποιείται με σκοπό την ευχαρίστηση και την ικανοποίηση που αισθάνεται από τη συμμετοχή του στη δραστηριότητα (Deci, 1971). Τα άτομα δραστηριοποιούνται με τη θέλησή τους, χωρίς εξωτερικές υλικές ανταμοιβές ή περιορισμούς. Η εξωτερική παρακίνηση (extrinsic motivation) αφορά τη συμμετοχή του ατόμου σε δραστηριότητες για να κερδίσει κάποιες αμοιβές ή συμμετέχει σ' αυτές εξαιτίας εξωτερικών πιέσεων που δέχεται. Οι Deci και Ryan (1985), ανέφεραν τέσσερις τύπους εξωτερικής παρακίνησης, οι οποίοι μπορούσαν να τοποθετηθούν σε μια συνέχεια αυτοκαθορισμού. Από τα χαμηλότερα στα υψηλότερα επίπεδα, ο αυτοκαθορισμός διακρίνεται σε: εξωτερική ρύθμιση, εσωτερική πίεση, αναγνωρίσιμη ρύθμιση και ολοκληρωμένη ρύθμιση.

α) Εξωτερική ρύθμιση (external regulation), είναι η κλασική περίπτωση εξωτερικής παρακίνησης, στην οποία η συμπεριφορά ρυθμίζεται από ανταμοιβές ή εξωτερικές πιέσεις. Τα άτομα συμπεριφέρονται ανάλογα ώστε να επιτύχουν ένα επιθυμητό αποτέλεσμα όπως επιβράβευση ή αποφυγή μιας απειλούμενης τιμωρίας (Deci & Ryan, 2000).

β) Το επίπεδο της εσωτερικής πίεσης (introjected regulation) είναι εκείνο κατά το οποίο τα άτομα αρχίζουν να εσωτερικεύουν τους λόγους για τις ενέργειές τους. Κατά συνέπεια η πηγή ελέγχου είναι μέσα στο ίδιο το άτομο. Οι ανταμοιβές ή οι περιορισμοί επιβάλλονται τώρα από το άτομο και όχι από τους άλλους. Το άτομο είναι εσωτερικά ελεγχόμενο (Ryan, 1982).

γ) Κατά την αναγνωρίσιμη ρύθμιση (identified regulation), η συμπεριφορά του ατόμου επιλέγει τους αρχικούς εξωτερικούς στόχους. Η παρακίνηση είναι εξωτερική

επειδή η δραστηριότητα δεν εκτελείται από μόνη της αλλά ως μέσον για ένα συγκεκριμένο σκοπό. Ωστόσο η συμπεριφορά είναι αυτοκαθοριζόμενη.

δ) Το τελευταίο επίπεδο της εξωτερικής παρακίνησης είναι η ολοκληρωμένη ρύθμιση (intergrated regulation). Σ' αυτό το επίπεδο το άτομο συμπεριφέρεται πρόθυμα και η αυτορρύθμιση είναι σύμφωνη με την εικόνα του. Η εστίαση είναι στο πώς η επιλεγμένη εξωτερικά παρακινήσιμη συμπεριφορά συμφωνεί με τις υπόλοιπες δραστηριότητες και τους εκτιμώμενους στόχους του ατόμου. Όταν υπάρχει αρμονία μεταξύ συμπεριφοράς και άλλων πλευρών του ατόμου υπάρχει ολοκλήρωση. Ενώ όταν υπάρχει σύγκρουση, η συμπεριφορά δεν ενσωματώνεται και σ' αυτό το στάδιο της ολοκλήρωσης το άτομο δοκιμάζει το μεγαλύτερο επίπεδο αυτοκαθορισμού για εξωτερικές παρακινήσιμες συμπεριφορές. Η ολοκληρωμένη ρύθμιση και η αναγνωρίσιμη ρύθμιση αποτελούν τις αυτοκαθοριζόμενες μορφές εξωτερικής παρακίνησης σε αντίθεση με την εξωτερική ρύθμιση και την εσωτερική πίεση, που αποτελούν τις μη αυτοκαθοριζόμενες μορφές εξωτερικής παρακίνησης.

Η εσωτερική παρακίνηση διαχωρίζεται θεωρητικά σε τρεις τύπους παρακίνησης σύμφωνα με τους Sarrazin, Vallerand, Guillet, Pelletier και Cury, (2002):

α) Εσωτερική παρακίνηση για γνώση (intrinsic motivation toward knowledge), που περιλαμβάνει τη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες για ευχαρίστηση και ικανοποίηση, τις οποίες αισθάνεται το άτομο όταν μαθαίνει, εξερευνά ή προσπαθεί να μάθει κάτι καινούριο.

β) Εσωτερική παρακίνηση για εκπλήρωση (intrinsic motivation toward accomplishment), που προέρχεται από την εξάσκηση ενός αθλήματος για ευχαρίστηση και ικανοποίηση, τις οποίες αισθάνεται το άτομο όταν προσπαθεί να ξεπεράσει τον εαυτό του και η διαδικασία να επιτύχει τους νέους προσωπικούς στόχους.

γ) Εσωτερική παρακίνηση για διέγερση (intrinsic motivation toward experiencing), η οποία αναφέρεται στη συμμετοχή του ατόμου σε δραστηριότητα προκειμένου να αισθανθεί ευχάριστα συναισθήματα, αισθητικές απολαύσεις, διασκέδαση και ενθουσιασμό.

Εκτός από την εσωτερική και εξωτερική παρακίνηση, οι Deci και Ryan (1985, 2000) ανέφεραν μια τρίτη έννοια της παρακίνησης, απαραίτητη για να παρέχει μια λεπτομερή περιγραφή της ανθρώπινης συμπεριφοράς, την απουσία παρακίνησης (amotivation). Αναφέρεται στη συμπεριφορά που δεν είναι ούτε εσωτερικά ούτε εξωτερικά παρακινούμενη και βρίσκεται στο χαμηλότερο επίπεδο της συνέχειας του

αυτοκαθορισμού. Δεν υπάρχουν καθόλου ανταμοιβές (εσωτερικές ή εξωτερικές) και η συμμετοχή στη δραστηριότητα θα σταματήσει τελικά. Η απουσία παρακίνησης είναι παρόμοια με την έννοια της ανικανότητας (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978) και το άτομο δοκιμάζει ανάλογα συναισθήματα καθώς και προσδοκίες ανεξέλεγκτα.

Η υπεροχή της εσωτερικής παρακίνησης έναντι της εξωτερικής στην διαδικασία της μάθησης, στη συμμετοχή στο μάθημα αλλά και στη διάθεση των μαθητών, έχει επισημανθεί σε έρευνες τόσο στη σχολική ψυχολογία (Gottfried, 1985), όσο και στη σχολική φυσική αγωγή (Goudas, Biddle & Underwood, 1995). Συγκεκριμένα, καθοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο εσωτερικής παρακίνησης στους μαθητές που συμμετέχουν στη σχολική φυσική αγωγή είναι κοινωνικοί – περιβαλλοντικοί και ατομικοί. Στους κοινωνικούς – περιβαλλοντικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται ο προσανατολισμός του κλίματος παρακίνησης, η μορφή διδασκαλίας που χρησιμοποιεί ο καθηγητής φυσικής αγωγής, το περιεχόμενο του μαθήματος, καθώς και οι σημαντικοί άλλοι, όπως ο καθηγητής, οι γονείς και οι φίλοι. Ειδικότερα, όταν το κλίμα παρακίνησης είναι προσανατολισμένο στη δουλειά, όταν τα παιδιά συμμετέχουν στις αποφάσεις που αφορούν στο μάθημα, όταν τους παρέχονται επιλογές για το αντικείμενο που θα ήθελαν να εξασκηθούν και τέλος όταν ενθαρρύνονται και από τους «σημαντικούς άλλους», τότε θεωρείται ότι το περιβάλλον παρέχει την απαραίτητη στήριξη για την ενίσχυση της εσωτερικής τους παρακίνησης για συμμετοχή στο μάθημα της φυσικής αγωγής (Παπαχαρίσης, Χασάνδρα & Γούδας, 2000).

Οι ατομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την εσωτερική παρακίνηση των μαθητών στο μάθημα της φυσικής αγωγής, είναι η αντιλαμβανόμενη ικανότητα, η αντιλαμβανόμενη αυτονομία και η αντιλαμβανόμενη χρησιμότητα και προσδοκία των αποτελεσμάτων. Συγκεκριμένα, όταν η διδασκαλία στοχεύει στην ατομική βελτίωση και χρησιμοποιείται η θετική ανατροφοδότηση, τότε οι μαθητές δημιουργούν θετική εικόνα για την ικανότητά τους (αντιλαμβανόμενη ικανότητα). Όταν παρέχονται σε αυτούς ευκαιρίες επιλογών τότε αισθάνονται ότι οι ενέργειές τους είναι προϊόν των δικών τους αποφάσεων (αυτοκαθορισμός – αυτονομία). Τέλος όταν η συμμετοχή τους στο μάθημα στοχεύει σε συγκεκριμένα και ταυτόχρονα επιθυμητά αποτελέσματα (αντιλαμβανόμενη χρησιμότητα και προσδοκία αποτελεσμάτων), τότε εμφανίζουν ισχυρότερη εσωτερική παρακίνηση (Παπαχαρίσης, και συν., 2000)

Οι συνέπειες της εσωτερικής παρακίνησης στη συμπεριφορά των μαθητών εξετάστηκαν από τους Μουστάκα και Βλαχόπουλος (2000), Vallerand και

Bissonnette, (1992). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο υψηλός βαθμός αυτοκαθορισμού της συμπεριφοράς δηλ. ο βαθμός συμμετοχής των ατόμων σε μια δραστηριότητα, το ενδιαφέρον που δείχνουν και η προσπάθεια που καταβάλλουν έχει θετική σχέση με την εσωτερική παρακίνηση και αρνητική σχέση με την απουσία της. Ειδικότερα στο χώρο του αθλητισμού, οι Pelletier και συν. (1995), μετά από την έρευνα που διεξήγαγαν, στην οποία το δείγμα ήταν κολυμβητές, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η απουσία παρακίνησης είχε αρνητική επίδραση στη μακροπρόθεσμη συμμετοχή τους στο άθλημα σε αντίθεση με την εσωτερική παρακίνηση που είχε θετική. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν κι άλλες ερευνητικές ομάδες στο χώρο της εκπαίδευσης για το μάθημα της φυσικής αγωγής. Ο υψηλότερος βαθμός αυτοκαθορισμού του μαθητή είχε θετική σχέση με περισσότερο μακρόχρονη συμμετοχή σε άσκηση, μεγαλύτερη προσπάθεια και ενδιαφέρον κατά τη διάρκεια της άσκησης (Chatzisarantis, Biddle & Meek, 1997; Goudas, Biddle & Fox, 1994b; Goudas, Biddle, Fox & Underwood, 1995). Μελέτες έδειξαν ότι το επίπεδο της εσωτερικής παρακίνησης επηρεάζει την πρόθεση των μαθητών να συνεχίσουν να ασχολούνται με τις αθλητικές δραστηριότητες και στο μέλλον (Goudas, Dermitzaki & Bagiatas, 1998; Papaioannou & Theodorakis, 1996)

Τα παιδιά και οι έφηβοι επιδεικνύουν καλή φυσική κατάσταση, σωματική υγεία και σωματική προσαρμογή με την ενασχόλησή τους με φυσικές δραστηριότητες (Horn & Claytor, 1993; Morrow & Freedson, 1994). Περιγραφικές ερευνητικές αναφορές έχουν δείξει ότι η ανάπτυξη δεξιοτήτων, η ψυχαγωγία, η καλλιέργεια φιλίας και άλλων σχέσεων είναι οι λόγοι για την ενεργή συμμετοχή τους σε φυσικές δραστηριότητες (Weiss & Petlitchkoff, 1989). Ωστόσο, ο ανταγωνισμός, η κατάσταση οικειότητας κι οι σημαντικοί άλλοι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν αναζητούνται οι λόγοι για τους οποίους οι νέοι θέλουν να ασχοληθούν με τον αθλητισμό. Η έρευνα εξάλλου που σχετίζεται με τον αθλητισμό, αναφέρει ότι ο ανταγωνισμός αποτελεί τον σημαντικότερο λόγο για τον οποίο οι νέοι παρακινούνται προς τη φυσική δραστηριότητα (Adler, Kless, & Adler, 1992; Chase & Dummer, 1992; Evans & Roberts, 1987; Weiss & Duncan, 1992).

Για τα μικρά παιδιά, η συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες βρέθηκε ότι είναι πιο διασκεδαστική όταν δεν πιέζονται να διαγωνιστούν και να νικήσουν, αλλά αντίθετα, ενθαρρύνονται να πειραματιστούν με διαφορετικές δραστηριότητες (MacPhail, Gorley, & Kirk, 2003). Η διασκέδαση και η υποστήριξη από τους γονείς είναι επίσης ζωτικής σημασίας (Mulvihill, Rivers, & Aggleton, 2000), ενώ ο Bostock

(2001), διαπίστωσε ότι οι μητέρες των μικρών παιδιών αποθάρρυναν τα παιδιά τους να παίζουν σε ένα μη ασφαλές περιβάλλον. Ο Porter (2002) τέλος, συμπέρανε ότι οι γονείς είναι πιο υποστηρικτικοί σε μια δραστηριότητα που έχει εύκολη πρόσβαση, θεωρείται ασφαλής και παρέχει τη δυνατότητα σε άλλα μέλη της οικογένειας να βρίσκονται παρόντα κάνοντας κάποια άλλη δραστηριότητα

### ***Η παρακίνηση στην άσκηση των ατόμων με αναπηρία***

Η αναγνώριση του σπουδαίου ρόλου της άσκησης στη ζωή των ατόμων με αναπηρία φαίνεται και από το γεγονός ότι η UNESCO (1978) στο πρώτο άρθρο του καταστατικού της τονίζει ότι «η συμμετοχή στη φυσική δραστηριότητα και στον αθλητισμό είναι αναφαίρετο δικαίωμα όλων». Έρευνες έδειξαν ότι οι παράγοντες που καθορίζουν το βαθμό ενασχόλησης των ατόμων με τον αθλητισμό είναι: α. η θετική ή αρνητική εκτίμηση που έχουν προς τον αθλητισμό, η οποία εξαρτάται από τις εμπειρίες, τις γνώσεις, την πληροφόρηση που έχουν, β. Το κοινωνικό τους περιβάλλον, δηλαδή τα σημαντικά προς αυτά πρόσωπα και τη γνώμη αυτών για τον αθλητισμό και, γ. ο βαθμός ελέγχου εκ μέρους τους, δηλαδή, σε ποιο βαθμό θεωρούν ότι είναι σε θέση να ελέγχουν τη δραστηριότητα αυτή, πόσες διεξόδους έχουν, πόσες ευκαιρίες υπάρχουν ή ποιοι και πόσοι παράγοντες λειτουργούν θετικά ή αρνητικά κ.τ.λ (Rimmer, 2005).

Η συμμετοχή στη φυσική δραστηριότητα εφ' όρου ζωής είναι πολύ σημαντική για τα άτομα με αναπηρία. Για να καρποφορήσει όμως αυτή η αντίληψη, τα άτομα πρέπει να εμπνευστούν από διάφορα κίνητρα, τα οποία αποτελούν την «κινητήρια δύναμη» των δραστηριοτήτων τους. Το κίνητρο είναι καθετί που προτρέπει τα άτομα να είναι δραστήρια, απασχολημένα (Halmos, 1994). Γενικά, η παρακίνηση έχει τις ρίζες της στις εσωτερικές ανάγκες του ατόμου. Ωστόσο, και εξωτερικοί παράγοντες μπορούν να παρακινήσουν τα άτομα να ασχοληθούν με κάποια δραστηριότητα. Τα κίνητρα συμμετοχής εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η ηλικία, το φύλο, η προσωπικότητα κ.λ.π. Για να καταφέρει κανείς να παραμείνει στο χώρο του αθλητισμού για χρόνια, οι στόχοι και τα κίνητρα πρέπει να ανανεώνονται συνεχώς.

Η σχετική αθλητική επίδοση (σε μια εξάσκηση ή σε έναν διαγωνισμό) επηρεάζεται από τρεις παράγοντες εκτός από τις σωματικές δεξιότητες. Αυτές είναι: ο στόχος των αθλητών, ο χαρακτήρας του κινήτρου και η ένταση του κινήτρου. Σ' αυτήν την περίπτωση, όταν τα κίνητρα είναι ασήμαντα, το άτομο θα παραιτηθεί

γρήγορα στην πρώτη δυσκολία. Ισχυρά κίνητρα ευθύνονται για την καταβολή μεγάλης προσπάθειας και εξαιρετικής επίδοσης (Halmos, 1994).

Οι διαφορές στην παρακίνηση των ατόμων με αναπηρία που ασχολούνται με το αθλητισμό και αυτών χωρίς αναπηρία μελετήθηκαν από τους Brasile και συν. (1991) και White και Duda (1993). Οι ερευνητές διατύπωσαν το συμπέρασμα ότι οι αθλητές που παρουσίαζαν κάποιου τύπου αναπηρία ήταν περισσότερο προσανατολισμένοι στο «στόχο» παρά στο «εγώ», με τον τομέα της υγείας να υπερτερεί. Ο Cooper και οι συν. (1986), διαπίστωσαν ότι τα συμπεράσματα αυτά επιβεβαίωσαν τα συμπεράσματα προηγούμενων ερευνών που διεξήχθησαν από τους Cooper (1984) και Wankel (1985), καθώς και από τους Sapp και Haubenstriker (1978), που πραγματοποίησαν έρευνες σε παιδιά καθώς και σε αθλητές με εγκεφαλική παράλυση. Τόσο οι Brasile και συν. (1991) όσο και οι White και Duda (1993), υποστήριξαν ότι το πιο σημαντικό συμπέρασμα της έρευνά τους ήταν η ομοιότητα μεταξύ των αθλητών με και χωρίς αναπηρία σε ό,τι αφορά τους λόγους παρακίνησής τους. Η μόνη τους διαφορά εντοπίστηκε στον τομέα «κοινωνική συναλλαγή», όπου οι αθλητές με αναπηρία βαθμολογήθηκαν πιο υψηλά. Αυτή η οπτική δείχνει ότι οι συγκεκριμένοι αθλητές αξιολογούν περισσότερο ως λόγο παρακίνησής τους τη δυνατότητα να δημιουργούν καινούργιες φιλίες, να ταξιδεύουν ή να παρέχουν βοήθεια στους υπόλοιπους. Οι ερευνητές το απέδωσαν στις κοινωνικές ανάγκες αυτής της ομάδας του πληθυσμού.

Ο προσανατολισμός στο στόχο, των ατόμων με αναπηρία, ερμηνεύτηκε από τους Brasile και συν. (1991), ως αποτέλεσμα του χώρου γνωριμίας και πρώτης ενασχόλησης με τον αθλητισμό που ήταν το νοσοκομείο. Συγχρόνως όμως, ανέφεραν πως η παρακίνηση για την ενασχόληση με τον αθλητισμό είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που επηρεάζεται από μεταβλητές που θα μπορούσαν να αποδοθούν στο περιεχόμενο, υποστηρίζοντας ότι η συμμετοχή στην άθληση παρακινείται από το ίδιο το άτομο ανεξάρτητα από το αν υπάρχει αναπηρία ή όχι.

Ο αριθμός των ατόμων με αναπηρία που ασχολούνται με κάποιο άθλημα είναι ακόμη μικρός. Για να αναλυθούν τα κίνητρα που έχουν τη ρίζα τους στην εξάσκηση, πρέπει ο μελετητής να δει όχι μόνο τα ευλογοφανή κίνητρα αλλά να διερευνηθεί η πιθανή ύπαρξη και άλλων. Κατά την προσπάθεια καθορισμού των λόγων που οδηγούν την πλειονότητα των ατόμων με αναπηρία να συμμετέχουν σε φυσικές δραστηριότητες, θα ήταν ενδιαφέρον να εξεταστούν τόσο η φυσική κατάσταση, η κατάσταση της υγείας και η κοινωνικοποίηση του ατόμου, όσο και τα

μέσα που πιθανά μπορεί να χρησιμοποιούν (π.χ. ειδικό αγωνιστικό αμαξίδιο). (Brasile et al.,1991; White & Duda, 1993).

Οι λόγοι και τα κίνητρα για όσους συμμετέχουν σε φυσικές και αθλητικές δραστηριότητες είναι ποικίλοι. Η επιρροή από το κοινωνικό σύνολο μέσα στο οποίο αναπτύσσονται, από τους «σημαντικούς άλλους» και τα προσωπικά τους χαρακτηριστικά επιτρέπουν την ύπαρξη διαφορετικών τρόπων για να γίνει κατανοητή η συμμετοχή σε προγράμματα εξάσκησης. Τα ίδια τα χαρακτηριστικά της πλειονότητας των ατόμων με αναπηρία που σηματοδοτούν μια καθοριστική αρχή για την αθλητική εξάσκηση, με κάποιες ξεκάθαρες ανάγκες όσον αφορά στο χρόνο, στο χώρο, το υλικό και την ίδια την οργάνωση των δραστηριοτήτων, επειδή πολλές φορές δεν έχουν επιλυθεί, δίνουν την εντύπωση ότι υπάρχουν διαφορές στην παρακίνηση των ατόμων με και χωρίς αναπηρία για την ενασχόλησή τους με τον αθλητισμό.

Η άσκηση παρέχει μια ευκαιρία στα άτομα με αναπηρία για να επαναπροσδιορίσουν θετικά το ρόλο τους μετά από έναν τραυματισμό (Robertson, 2003). Γι' αυτήν την ομάδα των ατόμων, το να επιδείξουν και να επιβεβαιώσουν τη θέση τους ως άτομα δραστήρια και ανταγωνιστικά. ήταν ιδιαίτερα ευεργετικό σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα. Τα άτομα με αναπηρία ισχυρίστηκαν ότι το δίκτυο υποστήριξης που παρέχεται από τη συμμετοχή στον αθλητισμό αποτελούσε την πραγματική αξία της φυσικής δραστηριότητας και του αθλητισμού. Συγκεκριμένα, το να συναντιούνται με άλλα άτομα με αναπηρία και να μοιράζονται παρόμοιες εμπειρίες ήταν το κλειδί της παρακίνησης, ενώ την ίδια στιγμή η ανάπτυξη δεξιοτήτων και η εμπιστοσύνη αποτελούσαν ένα ακόμη κίνητρο για τη συμμετοχή τους στον αθλητισμό (Arthur & Finch, 1999).

Σε μια προσπάθεια να γίνει κατανοητή η παρακίνηση για άσκηση στα άτομα με κάκωση νωτιαίου μυελού (KNM) διερευνήθηκαν τα αντιλαμβανόμενα εμπόδια που έπρεπε να ξεπεραστούν ώστε να ασκηθούν. Ο Martin και οι συν. (2002), στο τμήμα κινησιολογίας του παν/μιου McMaster διεξήγαγαν μια 9μηνη μελέτη μεταξύ ατόμων με ολοκληρωτικό ή μη ολοκληρωτικό τραυματισμό στη σπονδυλική στήλη. Σχηματίστηκαν τρεις ομάδες ατόμων με KNM. Η πρώτη (ομάδα ελέγχου) αποτελούνταν από τρεις άντρες και μια γυναίκα, η δεύτερη (ομάδα ελέγχου) από τέσσερις άντρες και δυο γυναίκες και η τρίτη από τέσσερις άντρες και μια γυναίκα, των οποίων τα επίπεδα δραστηριότητας κυμαίνονταν από *πλήρη αποχή (καθιστικά)* έως *συστηματικά δραστήρια*. Αυτή η τρίτη ομάδα συμπεριλήφθηκε για να φέρει στην

επιφάνεια γνώμες των μη ασκούμενων, καθώς και για να υπάρχει μια πιο ετερογενή ομάδα ασκούμενων. Οι συμμετέχοντες σημείωσαν αρκετούς παράγοντες που τους εμπόδιζαν στο να ασκηθούν στο παρελθόν ή που θα έπρεπε να τους υπερκεράσουν προκειμένου να ασκηθούν στο παρόν και στο μέλλον. Οι κυριότεροι από αυτούς ήταν:

*Προσβασιμότητα:* Για πολλούς συμμετέχοντες ήταν πρόκληση το να βρουν ένα προσβάσιμο και ικανοποιητικό πρόγραμμα ή εγκατάσταση. Ακόμη κι αν εντόπιζαν ένα πρόγραμμα, ήταν συχνά δύσκολο να βρεθεί αξιόπιστη και επαρκής μεταφορά από και προς το κέντρο άσκησης.

*Πόνος:* η οδυνηρότητα και η δυσκαμψία που είναι συνυφασμένες με την ΚΝΜ ήταν αποτρεπτικά στοιχεία για τη συμμετοχή τους σε φυσικές δραστηριότητες. Τα σωματικά συμπτώματα περιόριζαν την ποικιλία των δραστηριοτήτων που τα άτομα ήταν πρόθυμα να εκτελέσουν και ο φόβος για τον επερχόμενο πόνο ήταν επίσης σημαντικό εμπόδιο.

*Ψυχολογικά εμπόδια:* αισθήματα κατάθλιψης και έλλειψη εμπιστοσύνης στις σωματικές τους ικανότητες ήταν κοινά παράπονα που συνυπήρχαν με τη μειωμένη παρακίνηση για άσκηση. Ανησυχίες για σωματικούς περιορισμούς και απογοήτευση ότι δεν μπορούν να κάνουν όσα μπορούσαν πριν τον τραυματισμό ήταν άλλα δύο εμπόδια για τη συμμετοχή τους στην άσκηση.

*Χρόνος:* οι χρονικοί περιορισμοί ήταν υψηλά εμπόδια σε αυτήν την ομάδα. Όπως περιέγραψε ένας συμμετέχων, «από τη στιγμή του τραυματισμού μου, όλα διαρκούν περισσότερο...ακόμη κι ο χρόνος προσαρμογής μου στην άσκηση είναι μεγαλύτερος».

*Έλλειψη πληροφόρησης:* οι γιατροί και οι φυσιοθεραπευτές παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιτήρηση της αποκατάστασης των ατόμων με ΚΝΜ. Ωστόσο, αυτοί οι επαγγελματίες υγείας δεν ήταν πάντα ενημερωμένοι για τα διαθέσιμα προγράμματα άσκησης στα άτομα με ΚΝΜ ή για τα πλεονεκτήματα που θα μπορούσαν να προκύψουν από την άσκηση. Ως αποτέλεσμα, οι επαγγελματίες υγείας συχνά αποτύγχαναν να συστήσουν τη συμμετοχή τους σε φυσικές δραστηριότητες. Ένα περεταίρω εμπόδιο στη διάδοση της πληροφόρησης συνάντησαν τα άτομα που τραυματίστηκαν πριν αρκετά χρόνια και είχαν μικρή επαφή με ειδικούς και κοινοτικές οργανώσεις που προωθούσαν τα εξειδικευμένα αυτά προγράμματα.

Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων της έρευνας προέκυψαν τα οφέλη της άσκησης που ήταν:



*Σωματικά οφέλη:* η αύξηση της δύναμης των μυών συσχετίστηκε με την επαυξημένη κινητικότητα. Οι συμμετέχοντες σημείωσαν ακόμη ότι μετά από μερικούς μήνες εξάσκησης, η χρήση του αναπηρικού αμαξιδίου και άλλες καθημερινές δεξιότητες έγιναν ευκολότερες. Μερικοί συμμετέχοντες επίσης υπογράμμισαν το γεγονός ότι η άσκηση ήταν μια εναλλακτική θεραπεία στη φαρμακευτική αγωγή για τον πόνο και τα άλλα συμπτώματα.

*Αυξημένη αίσθηση ευημερίας:* εκτός από τις σωματικές αλλαγές, οι ασκούμενοι διαπίστωσαν ότι η άσκηση συνέβαλε στην αύξηση της εμπιστοσύνης στον εαυτό τους ώστε να δοκιμάσουν καινούργιες δραστηριότητες που απαιτούσαν φυσική δύναμη. Κάποιος άλλος ισχυρίστηκε ότι «όταν κάνεις περισσότερα πράγματα σωματικά, δεν αισθάνεσαι ανάπηρος. Αυτό σε κάνει να έχεις εμπιστοσύνη γενικά...δεν σε κρατάει τόσο πίσω». Με τη συστηματική άσκηση, αυξάνεται και το ενεργειακό επίπεδο, που είναι ένα ακόμη πλεονέκτημα.

Οι συμμετέχοντες στην ομάδα ελέγχου υπογράμμισαν τις πλευρές του προγράμματος που βρήκαν ιδιαίτερα παρακινητικές και τους διευκόλυναν στο να ξεπεράσουν τα εμπόδια

*Προσβασιμότητα:* η άσκηση των ατόμων με αναπηρικό αμαξίδιο διευκολύνθηκε από τα βάρη και τα εργόμετρα χειρός. Ο μικρός αριθμός ασκούμενων (3-8) αφενός και ο μεγάλος χώρος μεταξύ των οργάνων αφετέρου συνέβαλαν στη χωρίς εμπόδια εξάσκηση των ατόμων με αναπηρία. Ένας συμμετέχων ανέφερε «είναι καταπληκτικό να έχεις τελικά την ευκαιρία να δουλέψεις με εξοπλισμό ειδικά σχεδιασμένο για εμάς και σε ένα μέρος όπου μπορώ να μετακινηθώ και να κάνω αυτό που πραγματικά θέλω να κάνω». Για να ξεπεράσουν τους φραγμούς του χρόνου σαν πιθανά εμπόδια, οι ασκούμενοι είχαν την ευκαιρία να επιλέξουν απογευματινές ή βραδινές συνεδρίες για άσκηση. Αυτό επέτρεπε στους συμμετέχοντες να δουλεύουν σε ώρες πιο βολικές για τους ίδιους.

*Προσωπικοί προπονητές:* οι φοιτητές κινησιολογίας προσφέρθηκαν εθελοντικά να κινητοποιήσουν και να προκαλέσουν τους συμμετέχοντες να ασκηθούν με ασφάλεια και ένταση. Πολλοί συμμετέχοντες ισχυρίστηκαν ότι οι προσωπικοί προπονητές ήταν το μεγαλύτερο όφελος του προγράμματος. Ικανοποίηση μεγάλη αισθάνθηκαν εξαιτίας του γεγονότος ότι προσέφεραν με τη σειρά τους μεγαλύτερη ενημέρωση στα νέα μέλη της κοινότητάς τους.

*Κοινωνική υποστήριξη:* οι συμμετέχοντες έκαναν καινούργιες φιλίες καθώς ασκούσαν μαζί για 9 μήνες. Το πρόγραμμα άσκησης λειτουργούσε ως «αρένα» για

την ανταλλαγή πληροφοριών και την κοινωνική υποστήριξη ενώ συγχρόνως ήταν σωματικά δραστήριοι.

Στην έρευνα των Sanmartin και Pertegaz (2006), μελετήθηκε ένα δείγμα 160 αθλητών, ηλικίας 16-40 ετών, όλοι κάτοικοι της κοινότητας της Valencia (Ισπανία). Από αυτούς οι 80 ήταν με κινητική αναπηρία και οι 80 χωρίς αναπηρία. Η ομάδα των ατόμων με αναπηρία περιλάμβανε 37 αθλητές με σωματική αναπηρία (46%) και 43 με εγκεφαλική παράλυση (54%). Από αυτούς, το 16% είχε ελαφρά αναπηρία, το 48% μέτρια και το 36% βαριά, διαχωρισμός που θα επέτρεπε να εκτιμηθούν οι πιθανές διαφορές στη λειτουργικότητα των ατόμων. Για τη συλλογή των στοιχείων χορηγήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με δημογραφικά στοιχεία και το «Ερωτηματολόγιο παρακίνησης για τη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες» των Brasile, Kleiber και Harnisch (1991). Το κοινωνικο-δημογραφικό ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από μια σειρά ερωτήσεων που αφορούσαν την ηλικία, το γένος, το μορφωτικό επίπεδο, το άθλημα και το επίπεδο επιδόσεων, αν ακολουθούν ή ακολουθούσαν μαθήματα φυσικής δραστηριότητας και το επίπεδο ικανοποίησής τους από αυτά. Στην περίπτωση των ατόμων με αναπηρία καταγράφηκε ο τύπος και ο βαθμός αναπηρίας, καθώς και η αθλητική δραστηριότητα με την οποία ασχολούνταν πριν τον τραυματισμό.

Το «Ερωτηματολόγιο παρακίνησης για τη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες» των Brasile, Kleiber και Harnisch (1991), χρησιμοποιήθηκε από τους παραπάνω ερευνητές με σκοπό να μελετήσουν τις πιθανές διαφορές στην παρακίνηση ανάμεσα σε άτομα με και χωρίς αναπηρία που κάνουν αθλητισμό. Είναι ένα όργανο που αποτελείται από 26 τομείς με 5 επιλογές απάντησης, που κυμαίνονται από το (1) διαφωνώ απόλυτα μέχρι (5) συμφωνώ απόλυτα (τύπου Likert). Οι τομείς που αποτελούν αυτήν την κλίμακα αρχικά ανιχνεύθηκαν από τη θεωρία πάνω σε αθλητές με αμαξίδιο και αφορούσαν την παρακίνηση σε γενικές γραμμές, καθώς επίσης και από επαγγελματίες που είχαν σχέση με αθλητές σε αμαξίδιο και τους ίδιους τους αθλητές. Προκαταβολικά, οι τομείς ανιχνεύθηκαν έπειτα από πιλοτικές έρευνες του Brasile (1989). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές «προσανατολισμός στο εγώ», «κοινωνική συναλλαγή», «κοινωνική επιρροή», με τους αθλητές με αναπηρία να έχουν σημειώσει την υψηλότερη βαθμολογία στους παραπάνω τομείς. Αν και δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή «προσανατολισμός στο στόχο», οι μέσοι όροι κάθε ομάδας έδειξαν ότι οι

αθλητές με λειτουργική αναπηρία τείνουν να δείχνουν έναν προσανατολισμό στο έργο ελαφρώς υψηλότερο σε σχέση με αυτούς χωρίς αναπηρία.

Στην παραπάνω έρευνα αποδείχθηκε ότι για τη συμμετοχή στην άσκηση των ατόμων με αναπηρία, σε αντίθεση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, εκτιμήθηκε η ανάγκη να βρουν τους δικούς τους εσωτερικούς παράγοντες που τους επιτρέπουν να συμμετέχουν σε φυσικές δραστηριότητες, διότι δεν μπορούν να γίνουν κατανοητοί οι λόγοι της άσκησης χωρίς να είναι παρούσα η σημασία που έχει για τα άτομα με αναπηρία, η φυσική κατάσταση και η κατάσταση της υγείας, η κοινωνικοποίηση και η κοινωνική συναλλαγή. Από τα παραπάνω συνάγεται το συμπέρασμα ότι στα άτομα με αναπηρία μετρά περισσότερο η ικανότητα να δημιουργήσουν καινούργιες φιλίες, να ταξιδέψουν, να νιώσουν χρήσιμοι, να βοηθήσουν τους υπόλοιπους, από ότι στα άτομα χωρίς αναπηρία. Ωστόσο, αυτά τα αποτελέσματα έρχονται σε αντίθεση με αυτά του Delforge (1973), ο οποίος δε βρήκε διαφορές ανάμεσα στους αθλητές που αντιπροσώπευαν τον πληθυσμό αναφοράς, γεγονός που επιβεβαιώθηκε και από άλλες μελέτες (Brasile et al., 1991; Whyte & Duda, 1993).

Με μια άλλη ερμηνεία, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα άτομα με κινητική αναπηρία δείχνουν μεγαλύτερο προσανατολισμό στο εγώ, αντίθετα με αυτό που αναμένονταν. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με έρευνες (Brasile et al., 1991; Whyte & Duda, 1993), οι οποίοι με διαφορετικά όργανα διαπίστωσαν ότι οι αθλητές με κινητική αναπηρία ήταν περισσότερο προσανατολισμένοι στο έργο από ότι οι αθλητές χωρίς αναπηρία. Αυτή η διαφορά στα αποτελέσματα μπορεί να αποδοθεί στα χαρακτηριστικά του εμπλεκόμενου δείγματος, μια κι εκείνοι μελέτησαν αθλητές υψηλών επιδόσεων, ενώ το δείγμα στην έρευνα των Sanmartin και Pertegaz (2006), αποτέλεσαν κυρίως άτομα που ασχολούνταν με τον αθλητισμό στον ελεύθερο χρόνο τους. Σύμφωνα με αυτά τα αποτελέσματα λοιπόν, φαίνεται λογικό τα άτομα με αναπηρία να ψάχνουν μέσω της άσκησης μια κοινωνική επιβεβαίωση. Το γεγονός ότι η φυσική δραστηριότητα αποτελεί το μέσο με το οποίο τα άτομα με αναπηρία μπορούν να αποδείξουν στους άλλους τις ικανότητές τους ανεξάρτητα της ύπαρξης ή όχι της αναπηρίας τους, θα μπορούσε να είναι ένα κίνητρο στο οποίο έχει ρίζες ο παραπάνω προσανατολισμός.

Σκοπός της έρευνας των Kälbli, Osvath, Gita και Rigler (<http://www.docstoc.com/docs/41776517/What-motivate-top-level-athletes-with-disability-to-do-sport>) ήταν να διερευνηθεί τι είναι αυτό που παρακινεί ένα άτομο με κινητική αναπηρία να εξασκείται τακτικά. Με τη βοήθεια ενός ερωτηματολογίου

ρωτήθηκαν 36 Ούγγροι αθλητές υψηλών επιδόσεων σε διαφορετικά αθλήματα: ποιοι ήταν οι λόγοι που τους παρακίνησαν ώστε να ξεκινήσουν τον αθλητισμό και για ποιο λόγο τον συνεχίζουν μέχρι την εποχή της έρευνας. Ο Μ.Ο ηλικίας όσων απάντησαν ήταν  $34,01 \pm 10,26$  ετών, εκ των οποίων το 72,2% ήταν άντρες και το 27,7% γυναίκες. Το 50 % αυτών ήταν άτομα με αναπηρία.. Κατά μέσο όρο τα άτομα έκαναν αθλητισμό για  $13,6 \pm 10,68$  χρόνια. Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι οι παράγοντες παρακίνησης στον αθλητισμό αλλάζουν ανάλογα με τα χρόνια της ενεργούς ενασχόλησης και τις επιδόσεις στο άθλημα. Στην αρχή της αθλητικής καριέρας, ο πιο ισχυρός παρακινητικός παράγοντας είναι η επιθυμία της «απόδειξης» τόσο στον εαυτό τους (61%), όσο και στους άλλους (33%). Άτομα με αναπηρία, βασιζόμενα στην ατομική τους δύναμη, μπορούν να πετύχουν συχνά εκπληκτικά αποτελέσματα και να αποδείξουν την ανεξαρτησία τους. Αυτό το αποτέλεσμα βέβαια είναι εξαιρετικής σημασίας και για τους προπονητές που εργάζονται στο χώρο της αναπηρίας, διότι το να αποδεικνύουν τις ικανότητές τους οι αθλητές, μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο εφόσον είναι προσγειωμένοι στις απαιτήσεις που έχουν έναντι του εαυτού τους (έχουν επίγνωση του εφικτού). Ο προπονητής είναι το άτομο που θα πρέπει να προειδοποιήσει τον αθλητή, μέσα από μια αντικειμενική προσπάθεια να μη θέτει απροσπέλαστους στόχους, ενώ ταυτόχρονα είναι αυτός που ωθεί τον αθλητή μέσω της άσκησης να θέτει ένα στόχο και να τον εκπληρώνει (Halmos, 1994).

Στην παραπάνω έρευνα το 52,8% των αθλητών είχε την άποψη ότι ο αθλητισμός είναι ένα εξαιρετικό μέσο για να περνά κάποιος εποικοδομητικά τον ελεύθερο χρόνο του. Το 71,4% των αθλητών τόνισε ότι ο αθλητισμός είναι σημαντικός για τη βελτίωση της κατάστασής τους και για τη διατήρηση της υγείας τους. Γι' αυτό και η προπόνηση σχεδιάζεται προσεκτικά από τους αθλητές με αναπηρία για την αποφυγή των αρνητικών επιδράσεων της (Benczúrné, 2000). Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσω ειδικής μεταχείρισης και ανάλογα με τις ειδικές ανάγκες.

Υπάρχει η αντίληψη της αφομοίωσης των ατόμων με αναπηρία στην κοινωνία μέσω του αθλητισμού. Πολλοί αθλητές υψηλών επιδόσεων με κινητική αναπηρία προπονούνται μαζί με αθλητές χωρίς αναπηρία. Γι' αυτό και ο αθλητισμός θεωρείται η «οδός» προς την αφομοίωση (Földesiné, 1995). Ακόμη κι αν ο παράγοντας «να κάνω φίλους και σχέσεις» δεν ήταν στους κυριότερους λόγους ενασχόλησης με τον αθλητισμό, τα νέα άτομα τον αναφέρουν ως σημαντικό παράγοντα σε σχέση με τα

μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα. Σύμφωνα με διεθνείς έρευνες, οι ενήλικες εστιάζουν στον παράγοντα «υγεία» ως λόγο για τη συμμετοχή τους στον αθλητισμό (Brasile & Hedrick, 1991).

Μετά από όλα αυτά, συμπεραίνεται όπως ισχυρίζεται η Kälbli και συν. (<http://www.docstoc.com/docs/41776517/What-motivate-top-level-athletes-with-disability-to-do-sport>) ότι ο αθλητισμός είναι συνήθεια. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι 77,7% των αθλητών ανέφεραν ότι κάνουν αθλητισμό από συνήθεια. Για τα άτομα αυτά, δεν υπάρχει ζωή χωρίς φυσική δραστηριότητα. Για να γίνει όμως αυτό, ο αθλητισμός πρέπει να μπει νωρίς στη ζωή των ατόμων. Σε αυτήν την περίπτωση, ο αθλητισμός γίνεται μέρος της ζωής και συνεχίζεται εφ' όρου ζωής. Κάθε άνθρωπος στον κόσμο (με ή χωρίς αναπηρία) έχει διαφορετική προσωπικότητα και διαφορετικές ανάγκες. Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, δεν υπάρχει τέλεια ή μοναδική συνταγή για τους λόγους παρακίνησης. Για να προσεγγίσει κανείς το γενικό στόχο που είναι η άσκηση εφ' όρου ζωής, ο προπονητής ή οι σημαντικοί άλλοι πρέπει να βοηθήσουν πολύ.

Όσον αφορά στην παρακίνηση στον αθλητισμό παιδιών με και χωρίς αναπηρία, η έρευνα του Sit Hui Ping (1998), για το πανεπιστήμιο του Χόνγκ Κόνγκ, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι δεν υπήρχαν στερεοτυπικές διαφορές στη δραστηριότητα και στην αυτοπαρακίνηση μεταξύ των δύο ομάδων. Στην έρευνα συμμετείχαν 4.690 παιδιά χωρίς αναπηρία και 242 παιδιά με κινητική αναπηρία, τα οποία παρουσίαζαν διαταραχές όρασης, διαταραχές ακοής, αναπηρία μέτριου βαθμού και κακή προσαρμογή (συμπεριφορά). Τα παιδιά που συμμετείχαν φοιτούσαν από την Ε' Δημοτικού μέχρι και τη Β' Λυκείου. Αποδείχθηκε ακόμη ότι τα παιδιά με αναπηρία ήταν περισσότερο εσωτερικά παρακινούμενα και τα κίνητρά τους για τη συμμετοχή στον αθλητισμό ήταν ισχυρότερα από τα αντίστοιχα των παιδιών χωρίς αναπηρία. Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι γενικά τα αγόρια και τα μικρότερα παιδιά ήταν περισσότερο δραστήρια σε σχέση με τα κορίτσια και τα μεγαλύτερα σε ηλικία παιδιά. Το φύλο θεωρείται ότι αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη συμμετοχή στον αθλητισμό και για την επιλογή της δραστηριότητας. Τα κορίτσια με αναπηρία και τα μεγαλύτερα παιδιά αποδείχθηκε ότι συμμετέχουν σε λιγότερα αθλήματα, γεγονός που αντικατοπτρίζει την ύπαρξη της διπλής επίδρασης του ρόλου του φύλου και της αναπηρίας. Τα μεγαλύτερα παιδιά αφιερώνουν περισσότερο χρόνο για μελέτη.

### III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

#### *Δείγμα*

Το δείγμα αποτέλεσαν 113 άτομα με και χωρίς αναπηρία, ηλικίας 8-22 ετών και των δύο φύλων, τα οποία διέμεναν στη Βόρειο Ελλάδα. Συγκεκριμένα, το δείγμα αποτέλεσαν κάτοικοι των νομών Ροδόπης, Έβρου, Καβάλας, Σερρών και Θεσσαλονίκης. Προϋπόθεση ήταν να μη συνυπάρχει νοητική υστέρηση, ώστε να μπορούν μόνο τους να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο. Για την εύρεση του δείγματος πραγματοποιήθηκαν επαφές με αθλητικούς και συνδικαλιστικούς συλλόγους ατόμων με αναπηρία στις παραπάνω πόλεις, καθώς και επαφές με φοιτητές και μαθητές χωρίς αναπηρία. Όλοι δέχτηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο εθελοντικά.

Το δείγμα χωρίστηκε σε άτομα με (ομάδα Α) και χωρίς αναπηρία (ομάδα Β). Η κάθε ομάδα αποτελείτο από τρεις υποομάδες: άτομα που ασχολούνταν με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων, τον ερασιτεχνικό αθλητισμό και άτομα που δεν ασχολούνταν με τον αθλητισμό.

#### *Περιγραφή οργάνων*

Για την πραγματοποίηση των μετρήσεων της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερωτηματολόγια:

1. Ερωτηματολόγιο Σωματικής Αυτοπεριγραφής - Physical Self Description Questionnaire (P.S.D.Q) (Marsh, 1994)
2. Κλίμακα Παρακίνησης σε Φυσικές Δραστηριότητες - Αναθεωρημένη - Motives for Physical Activities Measures – Revised (MPAM-R), (Ryan, Frederick, Lepas, Rubio, & Sheldon, 1997)

Το Ερωτηματολόγιο Σωματικής Αυτοπεριγραφής (PSDQ), είναι ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 70 ερωτήσεις, επιλεγμένες για τη μέτρηση έντεκα ειδικών συνιστωσών της σωματικής αυτοαντίληψης (δύναμη (strength), σωματικό λίπος (physical fat), δραστηριότητα (activity), αντοχή (endurance), αθλητική ικανότητα (sport ability), συντονισμός (coordination), υγεία (health) / fitness, εμφάνιση (appearance), ευλυγισία (flexibility), της γενικής σωματικής

αυτοαντίληψης (*global physical self-concept*), και της συνολικής αυτοεκτίμησης (*global self-esteem*). Το PSDQ βασίστηκε πάνω στο θεωρητικό μοντέλο των Shalveson, Hubner, και Stanton (1976), στην αναθεώρησή του από τους Marsh και Shalveson και στην προηγούμενη έρευνα των αυτοπεριγραφικών ερωτηματολογίων (SDQ). Τόσο η παραγοντική δομή όσο και η δομική αξιοπιστία αλλά και η θετική συσχέτιση του ερωτηματολογίου με εξωτερικά κριτήρια (τεστ αντοχής, δύναμης, μετρήσεις σωματικού λίπους κ.ά.) αποδείχθηκαν σε επόμενες έρευνες τόσο από τον ίδιο τον Marsh όσο και από άλλους ερευνητές (Marsh, 1994b; Marsh & Redmayne, 1994). Επίσης ο Marsh και οι συνεργάτες του (1994) χρησιμοποιώντας στατιστική ανάλυση (*multitrait - multimethod analysis, MTMM*), απέδειξαν σημαντική αντιστοιχία και αλληλοκάλυψη μεταξύ των αντίστοιχων κλιμάκων του PSDQ και του PSPP (Physical Self Perception Profile – Ερωτηματολόγιο Σωματικής Αυτοαντίληψης). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής κατέδειξαν τη δομή της σωματικής αυτοαντίληψης, όπως επίσης και την αξιοπιστία των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων.

Από το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο επιλέχθηκαν 5 τομείς: α) η υγεία, β) εμφάνιση, γ) φυσική δραστηριότητα, δ) σωματικό λίπος, ε) αυτοεκτίμηση. Οι ερωτήσεις, μετά από την παραπάνω επιλογή, περιορίστηκαν στις 34. Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε μία από τις 6 πιθανές απαντήσεις της κάθε ερώτησης (Κλίμακα Likert - 6 βαθμίδες από *λάθος, σχεδόν λάθος, πιο λάθος παρά σωστό, πιο σωστό παρά λάθος, σχεδόν σωστό, σωστό*). Η εγκυρότητα και αξιοπιστία του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου έχει ελεγχθεί και στον ελληνικό πληθυσμό (Tsofbatzoudis, 2005). Οι ερωτήσεις διατυπώνονταν οι περισσότερες θετικά (πχ είμαι χοντρός) εκτός από τρεις (πχ τίποτα από ό,τι κάνω δεν φαίνεται να πηγαίνει καλά). Οκτώ ερωτήσεις αναφέρονταν στην υγεία, έξι στην εμφάνιση, έξι στη φυσική δραστηριότητα, έξι στο σωματικό λίπος και οκτώ στην αυτοεκτίμηση. Σε όλους τους τομείς η χαμηλότερη επίδοση σήμαινε καλύτερη αντίληψη της συγκεκριμένης παραμέτρου.

Η Κλίμακα Παρακίνησης σε Φυσικές Δραστηριότητες - Αναθεωρημένη (MPAM-R) είναι ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 30 ερωτήσεις επιλεγμένες για τη μέτρηση των παραγόντων που ωθούν τα άτομα προς τον αθλητισμό και τη φυσική δραστηριότητα. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι ακόλουθοι: α) ενδιαφέρον-ψυχαγωγία, β) ικανότητα - ανταγωνισμός, γ) εμφάνιση, δ) υγεία - *fitness*, ε) κοινωνικότητα. Το MPAM (Frederick & Ryan, 1993) είναι ένα

ψυχομετρικό εργαλείο που μετρά επαρκώς τις κατασκευές που προκύπτουν από τη θεωρία του αυτοκαθορισμού. Σχεδιάστηκε για να εκτιμήσει τους ποικίλους παράγοντες που οδηγούν στη συμμετοχή των ατόμων σε φυσικές δραστηριότητες. Με αυτό το υπόβαθρο, ο ανταγωνισμός, η διασκέδαση και η εικόνα του σώματος είναι χαρακτηριστικά της εσωτερικής και εξωτερικής παρακίνησης, που σχετίζονται με τον τομέα της φυσικής κατάστασης. Αργότερα, οι Ryan, Frederick, Lepes, Rubio, και Sheldon (1997) αναθεώρησαν το MPAM (κατασκευάζοντας το MPAM-R) προσθέτοντας τόσο την παράμετρο «κοινωνικότητα» όσο και την παράμετρο «υγεία-fitness», επειδή αυτά τα κίνητρα θεωρούνται πρωταρχικά για τη συμμετοχή στην άσκηση. Το MPAM-R θεωρήθηκε έγκυρο και αξιόπιστο όταν μετρήθηκε σαν βάση για τις απαντήσεις από νέους εγγεγραμμένους σε σχολή Φυσικής Αγωγής (N = 155; 19.3± 3.0 χρόνια, εκ των οποίων το 57.4% ήταν γυναίκες). Η τελική μορφή του MPAM-R αξιολογεί πέντε λόγους παρακίνησης για την ενασχόληση με τη φυσική δραστηριότητα που υποστηρίζεται από διάφορους βαθμούς ανάγκης ψυχολογικής ικανοποίησης, από χαμηλό (εμφάνιση) έως υψηλό (κοινωνικότητα (social), ανταγωνισμό-πρόκληση (competence), υγεία (health / fitness), και ενδιαφέρον – διασκέδαση (interest / enjoyment). Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε μία από τις 7 πιθανές απαντήσεις της κάθε ερώτησης (Κλίμακα Likert - 7 βαθμίδες από καθόλου αληθές έως απόλυτα αληθές, με 1 (καθόλου αληθές), 2 ( πάρα πολύ λίγο αληθές), 3 (λίγο αληθές), 4 (έτσι κι έτσι), 5 (αρκετά αληθές), 6 (πάρα πολύ αληθές), 7 (απόλυτα αληθές). Επτά ερωτήσεις αναφέρονταν στο ενδιαφέρον, επτά στον ανταγωνισμό, έξι στην εμφάνιση, πέντε στην υγεία / φυσική δραστηριότητα και πέντε στην κοινωνικότητα. Οι ερωτήσεις ήταν διατυπωμένες θετικά (πχ επειδή θέλω να είμαι σε φόρμα). Η εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου για τον ελληνικό πληθυσμό (άτομα με κινητική αναπηρία) ελέγχθηκε και κρίθηκε αξιόπιστο (Πολλατίδου, 2010).

Στην αρχή του ερωτηματολογίου προστέθηκαν ερωτήσεις που αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία όπως ηλικία, φύλο, αναπηρία, οικογενειακή κατάσταση, ενασχόληση με την άσκηση και παράγοντας παρακίνησης, η δραστηριότητα που ασχολούνταν και πόσα χρόνια, αν έχουν λάβει μέρος σε αγώνες και ποιες οι διακρίσεις τους, ποια θεωρούν τα σημαντικότερα προβλήματα για τη συμμετοχή τους στην άσκηση, συχνότητα προπόνησης και τρόπος μετακίνησής τους από και προς τους χώρους άθλησης.



### ***Στατιστική ανάλυση***

Η παρουσίαση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με περιγραφική στατιστική. Για την επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε διπλή ανάλυση διακύμανσης (two way ANOVA) με ανεξάρτητες μεταβλητές – άτομα με και χωρίς αναπηρία και εξαρτημένες μεταβλητές το επίπεδο αυτοαντίληψης (η υγεία, εμφάνιση, αντοχή, σωματικό λίπος, αυτοεκτίμηση), επίπεδο παρακίνησης (ενδιαφέρον-διασκέδαση, ανταγωνισμός, εμφάνιση, υγεία-fitness, κοινωνικότητα). Για τη συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε συσχέτιση Pearson.

#### IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 113 άτομα, από τα οποία τα 64 ήταν χωρίς κάποια μορφή αναπηρίας και τα 49 με αναπηρία. Τα 55 ήταν αγόρια και τα 58 κορίτσια εκ των οποίων χωρίς αναπηρία ήταν 19 αγόρια και 45 κορίτσια και με αναπηρία 36 αγόρια και 13 κορίτσια (Πίνακας 1).

**Πίνακας 1.** Στοιχεία του δείγματος

<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>						
<b>ΟΜΑΔΑ</b>	<b>ΦΥΛΟ</b>	<b>8-11</b>	<b>12-15</b>	<b>16-18</b>	<b>18 &lt;...</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
<b>ΧΩΡΙΣ</b>	<b>ΑΓΟΡΙ</b>	2	5	1	11	19
	<b>ΚΟΡΙΤΣΙ</b>	1	6	10	28	45
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	3	11	11	39	64
<b>ΜΕ</b>	<b>ΑΓΟΡΙ</b>	2	10	10	14	36
	<b>ΚΟΡΙΤΣΙ</b>	4	2	2	5	13
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	6	12	12	19	49

Το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηθέντων είχαν ηλικία μεγαλύτερη των 18 (51,32%), ενώ μόνο το 7,96% είχε ηλικία μεταξύ 8-11 ετών. Το 48,65 % ήταν φοιτητές ενώ το 51,35% μαθητές (Πίνακας 2).

**Πίνακας 2.** Ηλικιακή κατανομή του δείγματος κατά φύλο και επαγγελματική κατάσταση

ΟΜΑΔΑ	ΦΥΛΟ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΜΑΘΗΤΗΣ	ΦΟΙΤΗΤΗΣ	
ΧΩΡΙΣ	Α	9	10	19
ΑΝΑΠΗΡΙΑ	Κ	19	25	44
	ΣΥ/ΛΟ	28	35	63
ΜΕ	Α	22	13	35
ΑΝΑΠΗΡΙΑ	Κ	7	6	13
	ΣΥ/ΛΟ	29	19	48

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται ότι τα κορίτσια χωρίς αναπηρία ήταν περισσότερα από τα αγόρια, γεγονός που δείχνει ότι ήταν πιο θετικά στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από ότι τα αγόρια. Το μεγαλύτερο δείγμα των ατόμων χωρίς αναπηρία εκτός από ορισμένους μαθητές/τριες, αποτέλεσε τμήμα φοιτητών του Τ.Ε.Φ.Α.Α Κομοτηνής. Όσον αφορά στα άτομα με αναπηρία, διαπιστώθηκε ότι τα αγόρια με αναπηρία ήταν περισσότερα από τα κορίτσια. Η μορφή αναπηρίας των ερωτηθέντων για το 59,2% ήταν εκ γενετής ενώ για το 40,8% επίκτητη. Η επίκτητη μορφή αναπηρία τους, για το 38,1% των ερωτηθέντων προέκυψε σε ηλικία 1-5χρόνων, για το 9,5% σε ηλικία 6-10, για το 19% σε ηλικία 11-15 και για το 33,3% των ερωτηθέντων σε ηλικία 16-18. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (42,9%) δεν προσδιόρισε τη μορφή της αναπηρίας που παρουσίαζε, ενώ το 36,7% δήλωσε ότι είχε εγκεφαλική παράλυση. Μικρό ήταν το ποσοστό αυτών που είχε ακρωτηριασμό, κάκωση του νωτιαίου μυελού και πολιομυελίτιδα.

Πίνακας 3. Μορφή αναπηρίας της ομάδας του δείγματος

ΤΥΠΟΣ ΑΝΑΡΙΑΣ	ΦΥΛΟ	ΜΟΡΦΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ		
		ΕΚ ΓΕΝΕΤΗΣ	ΕΠΙΚΤΗΤΗ	ΣΥΝΟΛΟ
ΑΚ/ΣΜΟΣ	ΑΓ.	1	3	4
	ΚΟΡ	1	1	2
	ΣΥΝΟΛΟ	2	4	6
ΚΝΜ	ΚΟΡ.		2	2
	ΣΥΝΟΛΟ		2	2
Ε. Π.	ΑΓ.	11	3	14
	ΚΟΡ.	4		4
	ΣΥΝΟΛΟ	15	3	18
ΠΟΛΙΟ	ΑΓ.		1	1
	ΚΟΡ.	1		1
	ΣΥΝΟΛΟ	1	1	2
ΑΛΛΟ	ΑΓ.	7	10	17
	ΚΟΡ.	4		4
	ΣΥΝΟΛΟ	11	10	21

Τα χρόνια ενασχόλησης με κάποια μορφή άσκησης των ατόμων χωρίς αναπηρία, που συμμετείχαν στην έρευνα, κυμαίνονταν από 1 μέχρι και πάνω από εννιά (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Χρόνια ενασχόλησης με την άσκηση

ΟΜΑΔΑ	ΦΥΛΟ	ΧΡΟΝΙΑ				
		1-2	3-4	5-6	7-8	9-10
ΧΩΡΙΣ	ΑΓΟΡΙ		4	2	2	7
	ΚΟΡΙΤΣΙ	5	6	7	8	6
	ΣΥ/ΛΟ	5	10	9	10	13
ΜΕ	ΑΓΟΡΙ	3	4	5	1	9
	ΚΟΡΙΤΣΙ		2	2	3	2
	ΣΥ/ΛΟ	3	6	7	4	11

Το μεγαλύτερο ποσοστό (30,1%) αυτών ασχολούνταν ερασιτεχνικά με τον αθλητισμό, ενώ μικρότερο ήταν το ποσοστό αυτών που δεν ασχολούνταν με κάποια μορφή άσκησης (14,2%). Από τα άτομα με αναπηρία που συμμετείχαν στην έρευνα, το 28,3% ασχολούνταν με κάποια μορφή άσκησης είτε ερασιτεχνικά είτε με τον πρωταθλητισμό. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών ασχολούνταν περισσότερο από εννιά χρόνια με κάποια μορφή άσκησης (Πίνακας 5).

**Πίνακας 5.** Αθλητική εμπειρία του δείγματος

ΧΡΟΝΙΑ/ ΦΥΛΟ	ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑ						ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ					
	ΚΑΘΟΛΟΥ		ΑΝΑΨΥΧΗ		ΠΡΩΤ/ΣΜΟ		ΚΑΘΟΛΟΥ		ΑΝΑΨΥΧΗ		ΠΡΩΤ/ΣΜΟ	
	A	K	A	K	A	K	A	K	A	K	A	K
1-2	0	0	0	5	0	0	0	0	1	0	2	0
3-4	0	0	4	6	0	0	0	0	1	2	3	0
5-6	0	0	2	4	0	3	0	0	1	0	4	2
7-8	0	1	2	5	0	2	0	0	0	0	1	3
9 <.....	0	1	1	4	6	1	0	0	0	1	9	1
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>24</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>19</b>	<b>6</b>

Η πλειονότητα των αγοριών χωρίς αναπηρία ασχολούνταν με περισσότερες από μία αθλητικές δραστηριότητες. Αντιθέτως, τα αγόρια με αναπηρία ασχολούνταν σε ίδια ποσοστά είτε με μία είτε με περισσότερες αθλητικές δραστηριότητες. Η πλειονότητα των κοριτσιών χωρίς αναπηρία ασχολούνταν μόνο με μία αθλητική δραστηριότητα (Πίνακας 6)

Πίνακας 6. Ενασχόληση του δείγματος με ποικίλες δραστηριότητες

ΟΜΑΔΑ	ΦΥΛΟ	ΜΕ ΜΙΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ		ΣΥΝΟΛΟ
		ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΧΩΡΙΣ	ΑΓΟΡΙ	3	12	15
	ΚΟΡΙΤΣΙ	20	10	30
	ΣΥΝΟΛΟ	23	22	45
ΜΕ	ΑΓΟΡΙ	11	11	22
	ΚΟΡΙΤΣΙ	4	5	9
	ΣΥΝΟΛΟ	15	16	31

Στην ερώτηση «ποιος σας παρακίνησε να ασχοληθείτε με την άσκηση» τα άτομα χωρίς αναπηρία απάντησαν σε ποσοστό 56,52% ότι από μόνοι τους ξεκίνησαν να ασχολούνται με τον αθλητισμό (αυτοπαρακίνηση), το 23,91% οι γονείς τους ενώ το 6,52% από το δάσκαλο φυσικής αγωγής. Στα άτομα με αναπηρία σημειώθηκε διαφορά ως προς το πρόσωπο - φορέα που τους παρακίνησε να ασχοληθούν με την άσκηση. Ο γιατρός που τους παρακολουθεί (28,12%) καθώς και οι γονείς (28,12%) είναι εκείνοι που παρακινούν τα άτομα αυτά ενώ μόνο το 18,75% ξεκινάει από μόνο του να ασχοληθεί με τον αθλητισμό (αυτοπαρακίνηση). Τα άτομα με «εκ γενετής αναπηρία» δήλωσαν ότι τους παρακίνησαν οι γονείς τους (36,84%), και ο γιατρός που τους παρακολουθεί (26,31%), ενώ για τα άτομα με επίκτητη αναπηρία η κύρια πηγή παρακίνησης ήταν ο γιατρός που τους παρακολουθεί (30,76%) (Πίνακας 7).

**Πίνακας 7.** Πηγή παρακίνησης του δείγματος για την ενασχόλησή του με την άσκηση

ΟΜΑΔΑ	ΦΥΛΟ	ΥΠ.ΚΕΝ	ΓΙΑΤΡΟΣ	ΔΑ/ΛΟΣ Φ.Α	ΑΥΤΟ/ΝΗΣΗ	ΓΟΝΕΙΣ	ΜΕΛ.ΣΥΛ.ΑΝ.	ΠΡΟΠΟΝΗΤΗΣ	ΆΛΛΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΧΩΡΙΣ	ΑΓΟΡΙ			1	6	5		1	2	15
	ΚΟΡΙΤΣΙ			2	20	6		3		31
	ΣΥ/ΛΟ			3	26	11		4	2	46
ΜΕ	ΑΓΟΡΙ	1	5	1	5	6	2	2	1	23
	ΚΟΡΙΤΣΙ		4		1	3			1	9
	ΣΥ/ΛΟ	1	9	1	6	9	2	2	2	32

Σημ. ΥΠ.ΚΕΝ: υπεύθυνος κέντρου αποκατάστασης, ΜΕΛ.ΣΥΛ.ΑΝ.: Μέλος Συλλόγου Αναπήρων

Τα αθλήματα με τα οποία ασχολούνται τα άτομα με αναπηρία είναι η κολύμβηση (67,7%), η καλαθοσφαίριση (19,3%), το ποδόσφαιρο (6,4%), ο κλασικός αθλητισμός (3,2%). Ένα μικρό ποσοστό των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ασχολούνταν με κάποια άλλη δραστηριότητα (3,4%). Οι ερωτηθέντες χωρίς αναπηρία ασχολούνταν κατά κύριο λόγο με άλλες δραστηριότητες (42,5%) (χωρίς να τις διευκρινίζουν), με τον κλασικό αθλητισμό (23,4%), το ποδόσφαιρο (12,76%) και την καλαθοσφαίριση - κολύμβηση το 21,34%. (το ποσοστό αυτό είναι ένα και για τις 2 δραστηριότητες). Το 87,09% των ατόμων με αναπηρία ασκούνταν πάνω από 3 φορές την εβδομάδα ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ατόμων χωρίς αναπηρία ήταν μικρότερο (78,04%).

Από τα άτομα με επίκτητη αναπηρία, 5 αγόρια είχαν ασχοληθεί με τον αθλητισμό πριν την αναπηρία και 1 μόνο κορίτσι. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι στην ερώτηση «αν έχουν λάβει μέρος σε αγώνες για άτομα με αναπηρία», 20 αγόρια απάντησαν θετικά για το άθλημα της κολύμβησης και 2 κορίτσια αρνητικά. Το 30,7% αυτών έλαβε μέρος σε περιφερειακούς αγώνες και σε διάφορες αθλητικές συναντήσεις (Meetings), ενώ το 23,2% αυτών σε Περιφερειακούς-Meetings-Πανελλήνιους-Πανευρωπαϊκούς-Παγκόσμιους- Παραολυμπιακούς.

Από τους συμμετέχοντες στην έρευνα χωρίς αναπηρία, μόνο οι 11 είχαν λάβει

μέρος σε αγώνες. Από αυτούς, το 27,4% στην καλαθοσφαίριση, το 9% στην πάλη και το ίδιο και στο σκι. Στα αθλήματα της κολύμβησης, του ποδοσφαίρου και του κλασικού αθλητισμού το ποσοστό ήταν 18,2% για το καθένα. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα άτομα με αναπηρία είχαν τις σημαντικότερες διακρίσεις στους αγώνες, από την 1<sup>η</sup> έως την 3<sup>η</sup> θέση, σε όλους σχεδόν τους αγώνες. Οι διακρίσεις των περισσότερων δεν περιορίζονταν μόνο στη μία φορά.

**Πίνακας 8.** Προβλήματα του δείγματος για την εξάσκησή του.

	ΟΜΑΔΑ		ΣΥΝΟΛΟ
	Χωρίς αναπηρία	Με αναπηρία	
Απουσία χώρων άθλησης	9	15	24
Απουσία κατάλληλων οργάνων	3	0	3
Δυσκολία στην προσέγγιση χώρων	1	6	7
Απουσία κατάλληλων προπονητών	1	4	5
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>14</b>	<b>25</b>	<b>39</b>

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται τα σημαντικότερα προβλήματα ιεραρχικά που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία κατά την προσπάθειά τους να ασχοληθούν με την άσκηση. Διαπιστώνεται ότι τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν πρωτίστως πρόβλημα με την απουσία κατάλληλων και προσαρμοσμένων στις ανάγκες τους χώρων άθλησης, δυσκολία πρόσβασης στα αθλητικά κέντρα, απουσία κατάλληλα εκπαιδευμένων προπονητών και ελεύθερου χρόνου. Τα συχνά προβλήματα υγείας δεν τα θεωρούν ως πρόβλημα για τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων. Ο αριθμός των ατόμων χωρίς αναπηρία που απάντησε στη συγκεκριμένη ερώτηση ήταν μικρός (n=14).



Πίνακας 9. Συχνότητα εξάσκησης των ατόμων του δείγματος εβδομαδιαίως.

ΟΜΑΔΑ				
ΦΟΡΕΣ/ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	ΦΥΛΟ	ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	ΣΥΝΟΛΟ
1	ΑΓ.		2	2
	ΚΟΡ.	2		2
	ΣΥΝΟΛΟ	2	2	4
2	ΑΓ.	1	2	3
	ΚΟΡ.	6		6
	ΣΥΝΟΛΟ	7	2	9
3	ΑΓ.	2	5	7
	ΚΟΡ.	9	1	10
	ΣΥΝΟΛΟ	11	6	17
4	ΑΓ.	5	5	10
	ΚΟΡ.	4	4	8
	ΣΥΝΟΛΟ	9	9	18
5	ΑΓ.	2	5	7
	ΚΟΡ.	3	4	7
	ΣΥΝΟΛΟ	5	9	14
6	ΑΓ.	5	2	7
	ΚΟΡ.	2		2
	ΣΥΝΟΛΟ	7	2	9
7	ΑΓ.		1	1
	ΣΥΝΟΛΟ		1	1

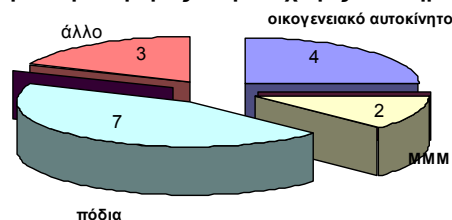
Στον πίνακα 9 παρουσιάζεται η συχνότητα εξάσκησης την εβδομάδα των ατόμων του δείγματος. Τα περισσότερα άτομα με αναπηρία προπονούσαν 3 με 4 φορές ενώ τα άτομα χωρίς αναπηρία 2 με 3 φορές την εβδομάδα. Το μεγαλύτερο ποσοστό και των δυο ομάδων στην προπόνησή τους χρησιμοποιούσαν κι άλλη μορφή άσκησης εκτός από αυτήν του αθλήματός τους.

**Πίνακας 10.** Συχνότητα εξάσκησης του δείγματος με άλλη μορφή δραστηριότητας εβδομαδιαίως

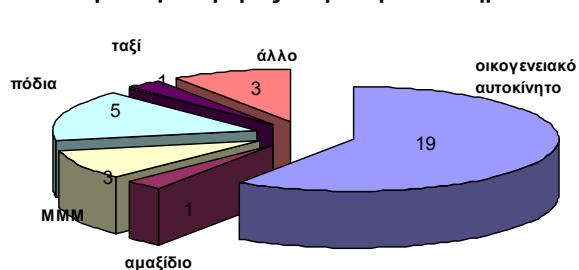
ΠΟΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ					
Συχνότητα/εβδομάδα	ΟΜΑΔΑ				ΣΥΝΟΛΟ
	ΧΩΡΙΣ		ΜΕ		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	
	12	10	15	13	
Συχνότητα/εβδομάδα	ΕΞΑΣΚΗΣΗ ΜΕ ΑΛΛΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ				
1	3		3		6
2	1		2		3
3	1		6		7
4	2		1		3
5	1		3		4
6	4				4
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>12</b>		<b>15</b>		<b>27</b>

Μικρός ήταν ο αριθμός των ατόμων που δήλωσε το μέσο μετακίνησής του από και προς το κέντρο άσκησης. Από αυτά, τα άτομα με αναπηρία σε μεγάλο ποσοστό μετακινούνταν από το σπίτι τους για το κέντρο άσκησης με το οικογενειακό αυτοκίνητο σε αντίθεση με τα άτομα χωρίς αναπηρία τα οποία μετακινούνταν με τα πόδια.

**μέσα μεταφοράς ατόμων χωρίς αναπηρία**



**μέσα μεταφοράς ατόμων με αναπηρία**



**Σχήμα 4.** Μέσα μετακίνησης του δείγματος από και προς το κέντρο άσκησης

#### Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

Από τον έλεγχο αξιοπιστίας (reliability) των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν προέκυψε ότι:

- σε όλες τις μεταβλητές του ερωτηματολογίου PSDQ, που χρησιμοποιήθηκαν, η αξιοπιστία άλφα δεν ήταν σημαντική (Πίνακας 11). Συγκεκριμένα βρέθηκε στην παράμετρο:

α. **της υγείας**, η αξιοπιστία άλφα των οκτώ ερωτήσεων της παραμέτρου ήταν 0.48, πράγμα που έδειξε ότι η μεταβλητή αυτή δε διαθέτει καλή αξιοπιστία. Με τον αποκλεισμό δύο ερωτήσεων (No 34 & 69), η αξιοπιστία άλφα των υπόλοιπων έξι ερωτήσεων της μεταβλητής, αυξήθηκε στο 0,82, η οποία θεωρήθηκε ικανοποιητική.

β. **της αυτοεκτίμησης**, η αξιοπιστία άλφα των οκτώ ερωτήσεων της παραμέτρου ήταν 0.42, πράγμα που έδειξε ότι η μεταβλητή αυτή δε διαθέτει καλή αξιοπιστία. Με τον αποκλεισμό δύο ερωτήσεων (No 11 & 66), η αξιοπιστία άλφα των υπόλοιπων έξι ερωτήσεων της μεταβλητής, αυξήθηκε στο 0,66, η οποία θεωρήθηκε μέτρια.

γ. **της εμφάνισης**, η αξιοπιστία άλφα των έξι ερωτήσεων της παραμέτρου ήταν 0.40, πράγμα που έδειξε ότι η μεταβλητή αυτή δε διαθέτει καλή αξιοπιστία. Με τον αποκλεισμό δύο ερωτήσεων (No 40 & 62) η αξιοπιστία άλφα των υπόλοιπων τεσσάρων ερωτήσεων της μεταβλητής, αυξήθηκε στο 0,81, η οποία θεωρήθηκε ικανοποιητική.

δ. **του σωματικού λίπους**, η αξιοπιστία άλφα των έξι ερωτήσεων της παραμέτρου ήταν 0.85, πράγμα που έδειξε ότι η μεταβλητή αυτή διαθέτει ικανοποιητική αξιοπιστία.

ε. **της φυσικής δραστηριότητας**, η αξιοπιστία άλφα των έξι ερωτήσεων της παραμέτρου ήταν 0.80, πράγμα που έδειξε ότι η μεταβλητή αυτή διαθέτει ικανοποιητική αξιοπιστία.

2. σε όλες τις μεταβλητές του ερωτηματολογίου MPAM-R, η αξιοπιστία άλφα ήταν ικανοποιητική έως υψηλή (Πίνακας 12). Συγκεκριμένα βρέθηκε για την παράμετρο:

α. **ενδιαφέρον - ψυχαγωγία**, η αξιοπιστία άλφα των επτά ερωτήσεων της παραμέτρου ήταν 0.86, πράγμα που έδειξε ότι η μεταβλητή αυτή διαθέτει ικανοποιητική αξιοπιστία.

β. **ανταγωνισμός - ικανότητα**, η αξιοπιστία άλφα των επτά ερωτήσεων της παραμέτρου ήταν 0.93, πράγμα που έδειξε ότι η μεταβλητή αυτή διαθέτει υψηλή αξιοπιστία.

γ. **της εμφάνισης**, η αξιοπιστία άλφα των έξι ερωτήσεων της παραμέτρου ήταν 0.84, πράγμα που έδειξε ότι η μεταβλητή αυτή διαθέτει ικανοποιητική αξιοπιστία.

δ. **υγείας - φυσικής κατάστασης**, η αξιοπιστία άλφα των πέντε ερωτήσεων της παραμέτρου ήταν 0.89, πράγμα που έδειξε ότι η μεταβλητή αυτή διαθέτει ικανοποιητική αξιοπιστία.

ε. **κοινωνικότητας**, η αξιοπιστία άλφα των πέντε ερωτήσεων της παραμέτρου ήταν 0.79, πράγμα που έδειξε ότι η μεταβλητή αυτή διέθετε ικανοποιητική αξιοπιστία.

Πραγματοποιήθηκε υπολογισμός νέων μεταβλητών από τις τιμές των ερωτήσεων της κάθε παραμέτρου, για τα δύο ερωτηματολόγια (compute).

### **Συσχέτιση**

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης (Pearson correlation) μεταξύ των παραμέτρων των ερωτηματολογίων ξεχωριστά για τα άτομα με και χωρίς αναπηρία (Πίνακας 11). Από τη συσχέτιση προέκυψε ότι:

α. η αντίληψη για την υγεία των ατόμων με αναπηρία συσχετίστηκε αρνητικά με το επίπεδο αυτοεκτίμησής τους (.684\*\*), αλλά και με την παρακίνησή τους για βελτίωση της υγείας τους - φυσικής κατάστασης (.530\*\*), ψυχαγωγία (.492\*\*) και τη βελτίωση της ικανότητάς τους (.450\*\*). Αρνητικά συσχετίστηκε η αντίληψη που είχαν για την υγεία τους με το επίπεδο αυτοεκτίμησής τους και των ατόμων χωρίς αναπηρία (.358\*\*), ενώ δεν ήταν σημαντική η συσχέτισή της με κάποια άλλη παράμετρο των ερωτηματολογίων αυτοαντίληψης και παρακίνησης.

**Πίνακας 11.** Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων των ερωτηματολογίων των ατόμων με και χωρίς αναπηρία

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	N
<b>ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ</b>										
1. ΥΓΕΙΑ										7
2. ΕΜΦΑΝΙΣΗ	-.294*									7
3. ΛΙΠΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ	.280	.041								6
4. ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	-.169	.305*	.003							6
5. ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ	.684**	-.232	.439**	-.321*						5
6. ΕΝΔ/ΡΟΝ-ΨΥΧ/ΓΙΑ	-.492**	.436**	-.091	.600**	-.574**					7
7. ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	-.450**	.508**	-.174	.679**	-.513**	.829**				7
8. ΕΜΦΑΝΙΣΗ2	-.335*	.531**	.177	.481**	-.251	.548**	.619**			6
9. ΥΓΕΙΑ-FITNESS	-.530**	.639**	-.108	.606**	-.530**	.817**	.882**	.572**		6
10. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ	-.214	.352*	-.015	.341*	-.339*	.734**	.570**	.586**	.552**	5
<b>ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑ</b>										
1. ΥΓΕΙΑ										7
2. ΕΜΦΑΝΙΣΗ	.091									7
3. ΛΙΠΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ	.076	-.193								6
4. ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	.117	.239	.077							6
5. ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ	.358**	-.050	.162	-.097						5
6. ΕΝΔ/ΡΟΝ-ΨΥΧ/ΓΙΑ	-.201	.255	.004	.388**	-.504**					7
7. ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ	-.008	.187	-.192	.555**	-.307*	.868**				7
8. ΕΜΦΑΝΙΣΗ2	.013	.371**	.007	.177	-.220	.468**	.555**			6
9. ΥΓΕΙΑ-FITNESS	-.043	.303*	-.104	.510**	-.386**	.737**	.854**	.734**		6
10. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ	-.072	.346**	.058	.175	-.279*	.574**	.457**	.417**	.386**	5

N= αριθμός ερωτήσεων. \*:  $p < 0.05$ , \*\*:  $p < 0.001$ ,

β. η αυτοαντίληψη που είχαν τα άτομα με αναπηρία για την εμφάνισή τους συσχετίστηκε μέτρια με την αντίληψη που είχαν για την ικανότητα (ανταγωνισμό) τους (.305\*), ενώ υψηλά με την παρακίνησή τους για βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης (.639\*\*), της εμφάνισής τους (.531\*\*) και της ικανότητάς τους (.508\*\*). Το επίπεδο αυτοαντίληψης των ατόμων χωρίς αναπηρία για την εμφάνισή τους συσχετίστηκε μέτρια με τους λόγους παρακίνησής τους για βελτίωση της εμφάνισής τους (.371\*\*) και της κοινωνικότητάς τους (.346\*\*).

γ. το επίπεδο αυτοαντίληψης των ατόμων με αναπηρία για το λίπος του σώματός τους συσχετίστηκε μέτρια με το επίπεδο αυτοεκτίμησής τους (.439\*\*).

δ. η συσχέτιση του επιπέδου αυτοαντίληψης για την ικανότητα (ανταγωνισμό) τους που είχαν τα άτομα με αναπηρία ήταν υψηλή με τους λόγους παρακίνησής τους για τη βελτίωση της ικανότητας (.679\*\*), φυσικής κατάστασης (.606\*\*), ψυχαγωγίας (.600\*\*) και εμφάνισής τους (.481\*\*). Η ίδια ακριβώς σειρά συσχέτισης παρατηρήθηκε και στα άτομα χωρίς αναπηρία. Το επίπεδο αυτοαντίληψής τους για την ικανότητα (ανταγωνισμό) τους συσχετίστηκε με την παρακίνησή τους για τη βελτίωση της ικανότητας (.555\*\*), φυσικής κατάστασης (.510\*\*) και ψυχαγωγίας (.388\*\*).

ε. το επίπεδο αυτοεκτίμησης των ατόμων με αναπηρία συσχετίστηκε αρνητικά με τους λόγους παρακίνησης για ψυχαγωγία (.574\*\*), φυσική κατάσταση (.530\*\*) και ικανότητα (.513\*\*). Αρνητική ήταν η συσχέτιση και στα άτομα χωρίς αναπηρία για τους λόγους παρακίνησής τους να ασχοληθούν με την άσκηση, ψυχαγωγία (.504\*\*), φυσική κατάσταση (.386\*\*) και ικανότητα (.307\*).

στ. τα άτομα με αναπηρία που παρακινούνταν να ασχοληθούν με την άσκηση για ψυχαγωγία ταυτόχρονα επιθυμούσαν και τη βελτίωση της ικανότητάς τους (.829\*\*), της φυσικής κατάστασης (.817\*\*), της κοινωνικότητας (.734\*\*) και της εμφάνισης (.548\*\*). Η ίδια ακριβώς σχέση παρατηρήθηκε και στα άτομα χωρίς αναπηρία: ικανότητα (.868\*\*), φυσική κατάσταση (.737\*\*), κοινωνικότητα (.574\*\*), εμφάνιση (.468\*\*).

ζ. τα άτομα με αναπηρία που παρακινούνταν να ασχοληθούν με την άσκηση για βελτίωση της ικανότητάς τους ταυτόχρονα παρακινούνταν και για τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης (.882\*\*), της εμφάνισης (.619\*\*) και της κοινωνικότητάς τους (.570\*\*), σχέση που παρατηρήθηκε και στα άτομα χωρίς αναπηρία: φυσική κατάσταση (.854\*\*), εμφάνιση (.555\*\*), κοινωνικότητα (.457\*\*).

η. η βελτίωση της εμφάνισης, ως λόγος ενασχόλησης με την άσκηση συσχετιζόνταν με τη βελτίωση της κοινωνικότητας (.586\*\*) και της φυσικής κατάστασης (.572\*\*) για τα άτομα με αναπηρία, και με τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης (.734\*\*) και κοινωνικότητα (.417\*\*), για τα άτομα χωρίς αναπηρία.

θ. τα άτομα που παρακινούνταν να ασχοληθούν με την άσκηση για λόγους βελτίωσης της φυσικής τους κατάστασης επεδίωκαν και τη βελτίωση της κοινωνικότητάς τους, τόσο αυτά με αναπηρία (.552\*\*) όσο και εκείνα χωρίς αναπηρία (.386\*\*).

### ***Επίπεδο αυτοαντίληψης - παρακίνησης***

Στον Πίνακα 12 φαίνονται οι μέσοι όροι και οι σταθερές αποκλίσεις των ατόμων με και χωρίς αναπηρία ως προς το επίπεδο ενασχόλησής τους με την άσκηση. Από τον πίνακα γίνεται φανερό ότι η αυτοαντίληψη στην παράμετρο:

α. της «υγείας» ήταν υψηλότερη στα άτομα που ασχολούνταν με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων. Χαμηλότερα ήταν τα επίπεδά της στα άτομα που δεν ασχολούνταν με την άσκηση και ακόμη χαμηλότερα αυτών που ασχολούνταν ερασιτεχνικά. Η ίδια σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ των ατόμων με και χωρίς αναπηρία.

β. της «εμφάνισης» διατηρήθηκε σε παρόμοια επίπεδα τόσο μεταξύ των ατόμων με αναπηρία όσο και αυτών χωρίς αναπηρία και στις τρεις κατηγορίες (άτομα που δεν ασχολούνταν με τον αθλητισμό, άτομο που ασχολούνταν ερασιτεχνικά και άτομα που ασχολούνταν με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων). Υψηλότερη βαθμολογία είχαν τα άτομα που ασχολούνταν ερασιτεχνικά με την άσκηση και χαμηλότερη αυτά που δεν ασχολούνταν καθόλου. Η ίδια σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ των ατόμων με και χωρίς αναπηρία.

γ. της «φυσικής δραστηριότητας» κυμάνθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα. Υψηλότερη ήταν η βαθμολογία των ατόμων που ασχολούνταν με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων και χαμηλότερη αυτών που δεν ασχολούνταν. Η ίδια σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ των ατόμων με και χωρίς αναπηρία. Τα άτομα με αναπηρία που ασχολούνταν ερασιτεχνικά με την άσκηση είχαν καλύτερη αυτοαντίληψη από τα άτομα χωρίς αναπηρία, σχέση που δε διαπιστώθηκε στις άλλες δύο ομάδες στις οποίες υπερείχαν τα άτομα χωρίς αναπηρία.

δ. του «λίπους σώματος» δε σημειώθηκε η ίδια σχέση στις ομάδες των ατόμων με και χωρίς αναπηρία. Η βαθμολογία των ατόμων με αναπηρία ήταν υψηλότερη από τις

**Πίνακας.12.** Μέσοι όροι, σταθερές αποκλίσεις των **τριών** ομάδων του δείγματος στα δύο ερωτηματολόγια και οι συντελεστές α Cronbach

<b>ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ</b>										
	<b>Υγεία</b>		<b>Εμφάνιση</b>		<b>Φυσική Δρ/τα</b>		<b>Λίπος Σώματος</b>		<b>Αυτοεκτίμηση</b>	
	Με	Χωρίς	Με	Χωρίς	Με	Χωρίς	Με	Χωρίς	Με	Χωρίς
<b>Δεν ασχολούνται</b>	2,89±1,47	1,85±0,49	4,09±1,32	4,15±1,13	2,90±1,35	3,07±1,55	2,01±1,33	1,80±0,72	2,47±0,88	2,13±0,45
	N=17	N=16	N=16	N=16	N=17	N=15	N=16	N=14	N=17	N=15
<b>Ασχολούνται ερασιτεχνικά</b>	3,03±1,34	2,07±0,84	4,70±0,80	4,71±1,00	3,66±1,24	3,62±1,24	2,28±1,81	1,64±0,85	2,33±1,23	2,04±0,63
	N=6	N=34	N=6	N=32	N=6	N=33	N=6	N=29	N=6	N=34
<b>Αθλητισμό υψηλών επιδόσεων</b>	1,91±0,99	1,84±0,59	4,37±1,09	4,55±1,05	3,96±1,16	3,98±0,90	2,02±1,11	1,65±0,47	2,24±0,83	2,09±0,55
	N=26	N=13	N=24	N=14	N=25	N=14	N=24	N=12	N=26	N=14
a Cronbach	.82		.66		.81		.80		.85	
<b>ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗ</b>										
	<b>Ενδιαφέρον</b>		<b>Ανταγωνισμός</b>		<b>Εμφάνιση</b>		<b>Υγεία - Φ.Κ.</b>		<b>Κοινωνικότητα</b>	
	Με	Χωρίς	Με	Χωρίς	Με	Χωρίς	Με	Χωρίς	Με	Χωρίς
<b>Δεν ασχολούνται</b>	4,23±1,37	4,93±1,34	3,48±1,37	4,36±1,96	4,21±1,51	4,52±1,86	4,04±1,69	5,10±1,96	4,26±1,47	3,72±1,02
	N=17	N=13	N=16	N=14	N=16	N=16	N=17	N=16	N=16	N=16
<b>Ασχολούνται ερασιτεχνικά</b>	6,39±0,50	5,54±1,32	5,65±1,40	5,55±1,20	3,61±1,94	5,32±1,27	5,97±0,61	5,88±1,08	4,97±1,63	4,76±1,12
	N=4	N=33	N=5	N=28	N=6	N=33	N=6	N=33	N=6	N=32
<b>Αθλητισμό υψηλών επιδόσεων</b>	5,50±0,86	5,43±1,0	5,80±1,16	5,50±0,99	4,90±1,36	5,03±0,84	5,90±0,75	5,51±0,98	4,93±1,63	4,24±1,17
	N=23	N=13	N=23	N=14	N=24	N=13	N=25	N=14	N=25	N=14
a Cronbach	.86		.93		.84		.89		.79	



αντίστοιχες των ατόμων χωρίς αναπηρία. Η βαθμολογία αυτών που ασχολούνταν με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων και εκείνων που δεν ασχολούνταν καθόλου κυμάνθηκε στα ίδια επίπεδα, ελαφρά χαμηλότερα από την αντίστοιχη των ατόμων που ασχολούνταν ερασιτεχνικά. και στις τρεις κατηγορίες με τα άτομα με αναπηρία να σκοράρουν υψηλότερα.

ε. Υψηλότερες βαθμολογίες παρατηρήθηκαν και στην παράμετρο «αυτοεκτίμηση» από τα άτομα με αναπηρία αν και οι αποκλίσεις ήταν μικρές από τα άτομα χωρίς αναπηρία.

στ. Παρατηρήθηκε επίσης ότι η παρακίνηση όσον αφορά στην παράμετρο «ενδιαφέρον» έχει μια μικρή διαφορά με τα άτομα χωρίς αναπηρία που δεν ασχολούνται με τον αθλητισμό να υπερτερούν, ενώ ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι τα άτομα με αναπηρία που ασχολούνται ερασιτεχνικά με τον αθλητισμό ή τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων να έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία.

ζ. Κάτι ανάλογο παρατηρήθηκε και στην παράμετρο «ανταγωνισμός», με υψηλότερες βαθμολογίες στα άτομα χωρίς αναπηρία που δεν ασχολούνται με τον αθλητισμό, ενώ υψηλότερα βαθμολογήθηκαν στην ίδια παράμετρο τα άτομα με αναπηρία που ασχολούνται ερασιτεχνικά ή με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων.

η. Αντίθετα με τις προηγούμενες παραμέτρους, στην παράμετρο «εμφάνιση», παρατηρήθηκε ότι και στις τρεις κατηγορίες (άτομα που δεν ασχολούνται, άτομα που ασχολούνται ερασιτεχνικά και άτομα που ασχολούνται με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων) τα άτομα χωρίς αναπηρία έχουν υψηλότερη βαθμολογία.

θ. Ωστόσο στην παράμετρο «υγεία – φυσική κατάσταση» διαπιστώθηκε και πάλι ότι όσοι ασχολούνται ερασιτεχνικά με τον αθλητισμό ή με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων έχουν υψηλότερη βαθμολογία μεταξύ των ατόμων με αναπηρία, σε αντίθεση με τα άτομα χωρίς αναπηρία στα οποία διαπιστώθηκε υψηλότερη βαθμολογία σ' αυτά που δεν ασχολούνται με τον αθλητισμό.

ι. Τέλος, όσον αφορά στην παράμετρο «κοινωνικότητα» διαπιστώθηκε και πάλι ότι τα άτομα με αναπηρία σκόραραν υψηλότερα και στις τρεις κατηγορίες (άτομα που δεν ασχολούνται, άτομα που ασχολούνται ερασιτεχνικά και άτομα που ασχολούνται με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων).

**Πίνακας 13.** Ομοιότητα διακυμάνσεων.

	ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ					ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗ				
	Υγεία	Εμφ/ση I	Φυ/κή Δρ/τα	Λίπος Σ.	Αυτ/ση	Ενδ/ρον	Ικαν/τα – Αντ/μός	Εμφ/ση II	Υγεία Φ.Κ.	Κοι/τα
F	3,738	0,393	0,934	7,153	2,700	1,290	2,504	2,024	6,011	1,179
df1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
df2	106	102	104	95	106	97	94	102	105	102
Sig.	0,004	0,853	0,462	0,000	0,024	0,275	0,036	0,081	0,000	0,325

Πραγματοποιήθηκε διπλή ανάλυση διακύμανσης για μη συσχετισμένες τιμές (two way anova). Από τον έλεγχο Levene για την ομοιότητα των διακυμάνσεων διαπιστώθηκε ότι η σημαντικότητα αυτού του ελέγχου ήταν μεγαλύτερη από 0,05 για τις παραμέτρους της Εμφάνισης I (0,978), και της Φυσικής Δραστηριότητας (0,427) του ερωτηματολογίου της αυτοαντίληψης, του Ενδιαφέροντος - διασκέδασης (0,275), της Εμφάνισης II (0,081) και της Κοινωνικότητας (0,325) για το ερωτηματολόγιο της παρακίνησης. Αυτό σημαίνει ότι οι διακυμάνσεις ήταν παρόμοιες.

Από τη διπλή μη συσχετισμένη ανάλυση ANOVA, προέκυψε ότι:

- α. σημαντική επίδραση είχε το επίπεδο ενασχόλησης με την άσκηση όσον αφορά στην αντίληψη που είχαν τα άτομα του δείγματος για την ικανότητά τους στις φυσικές δραστηριότητες. Το test Scheffe έδειξε ότι η διαφορά σημειώθηκε μεταξύ αυτών που δεν ασχολούνταν και εκείνων που ασχολούνταν με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων. Χαμηλότερη βαθμολογία πέτυχαν αυτοί που δεν ασχολούνταν με την άσκηση ενώ υψηλότερη αυτοί που ασχολούνταν με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων.
- β. Για την παράμετρο της αντίληψης που είχαν τα άτομα του δείγματος για την «εμφάνισή τους» κανένας παράγοντας δεν είχε σημαντική επίδραση.
- γ. Για την παράμετρο «ενδιαφέρον – ψυχαγωγία» ως λόγο παρακίνησης για την ενασχόληση των ατόμων του δείγματος με την άσκηση σημαντική επίδραση είχε το επίπεδο ενασχόλησής τους με την άσκηση. Το test Scheffe έδειξε ότι η διαφορά σημειώθηκε μεταξύ αυτών που δεν ασχολούνταν και εκείνων που ασχολούνταν με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων αλλά και εκείνων που ασχολούνταν ερασιτεχνικά. Χαμηλότερη βαθμολογία πέτυχαν αυτοί που δεν ασχολούνταν με την άσκηση.

δ. Για την παράμετρο της «εμφάνισης» ως λόγο ενασχόλησης με την άσκηση σημαντική ήταν μόνο η επίδραση του παράγοντα «ομάδα». Υπερείχε η ομάδα των ατόμων χωρίς αναπηρία

ε. Για την παράμετρο «κοινωνικότητα» ως λόγο ενασχόλησης με την άσκηση μη σημαντική ήταν η επίδραση τόσο της ομάδας, όσο και του επιπέδου ενασχόλησής τους αλλά και της αλληλεπίδρασής τους (Πίνακας 14).

**Πίνακας 14.** Δεδομένα της ANOVA

Προέλευση διακύμανσης	Άθροισμα τετραγώνων	Βαθμοί ελευθερίας	Μέσο τετράγωνο	Λόγος F	Πιθανότητα
<b>ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ</b>					
<b>ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ</b>					
Επίπεδο ενασχόλησης	16,639	2	8,320	5,300	0,006
Ομάδα	6,162E-02	1	6,162E-02	0,039	0,843
Ομάδα με Επίπεδο ενασχόλησης	0,166	2	8,324E-02	0,053	0,948
Σφάλμα	163,261	104	1,570		
<b>ΕΜΦΑΝΙΣΗ</b>					
Επίπεδο ενασχόλησης	4,503	2	2,252	1,883	0,157
Ομάδα	0,136	1	0,136	0,114	0,736
Ομάδα με Επίπεδο ενασχόλησης	0,113	2	5,667E-02	0,47	0,954
Σφάλμα	121,932	102	1,195		
<b>ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗ</b>					
<b>ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ - ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗ</b>					
Επίπεδο ενασχόλησης	22,210	2	11,105	7,848	0,001
Ομάδα	8,219E-02	1	8,219E-02	0,058	0,810
Ομάδα με Επίπεδο ενασχόλησης	6,152	2	3,076	2,174	0,119
Σφάλμα	137,257	97	1,415		
<b>ΕΜΦΑΝΙΣΗ</b>					
Επίπεδο ενασχόλησης	6,699	2	3,349	1,641	0,199
Ομάδα	10,424	1	10,424	5,108	0,026
Ομάδα με Επίπεδο ενασχόλησης	8,838	2	4,419	2,166	0,120
Σφάλμα	208,130	102	2,040		
<b>ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ</b>					
Επίπεδο ενασχόλησης	10,848	2	5,424	3,070	0,051
Ομάδα	4,618	1	4,618	2,614	0,109
Ομάδα με Επίπεδο ενασχόλησης	0,773	2	0,387	0,219	0,804
Σφάλμα	180,239	102	1,767		

Για τις μεταβλητές της υγείας, του λίπους σώματος, της αυτοεκτίμησης του ερωτηματολογίου της αυτοαντίληψης, όπως της υγείας - φυσικής κατάστασης και της ικανότητας - ανταγωνισμού του ερωτηματολογίου της παρακίνησης η σημαντικότητα του ελέγχου Levene ήταν μικρότερη από 0,05. Αυτό σημαίνει ότι οι διακυμάνσεις δεν ήταν παρόμοιες. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Kruskal-Wallis H για τον εντοπισμό διαφορών μεταξύ των διαμέσων των παραμέτρων της υγείας, του λίπους σώματος, της αυτοεκτίμησης του ερωτηματολογίου της αυτοαντίληψης, της υγείας- φυσικής κατάστασης και της ικανότητας - ανταγωνισμού του ερωτηματολογίου παρακίνησης των τριών ομάδων των ατόμων με και χωρίς αναπηρία.

1. Από τον έλεγχο διαπιστώθηκε ότι υπήρξε σημαντική διαφορά ( $p < 0,05$ ) για τα άτομα με αναπηρία στην παράμετρο της αντίληψης της υγείας, όπως και στις παραμέτρους της ικανότητας - ανταγωνισμού και της υγείας – φυσικής κατάστασης του ερωτηματολογίου της παρακίνησης (Πίνακας 14). Ο έλεγχος U των Mann-Whitney διαπίστωσε ότι:

α. η αντίληψη των ατόμων με αναπηρία που δεν ασχολούνταν ή ασχολούνταν ερασιτεχνικά με τον αθλητισμό, για την υγεία τους δε διέφερε σημαντικά ( $U=45,00$ ,  $N_1=17$ ,  $N_2=6$ ,  $z=-0.422$ , δίπλευρη  $p=0,673$ ). (Σημ. Στην παράμετρο της υγείας οι ερωτήσεις είναι διατυπωμένες με τέτοιο τρόπο ώστε η μικρότερη βαθμολογία να δηλώνει αντίληψη καλύτερης υγείας). Αντίθετα σημειώθηκε διαφορά μεταξύ των δύο αυτών ομάδων ως προς το λόγο παρακίνησής τους να ασχοληθούν με την άσκηση στις παραμέτρους «υγεία - φυσική κατάσταση» και «ικανότητα - ανταγωνισμός» ( $U=12.000$ ,  $N_1=17$ ,  $N_2=6$ ,  $z=-2.736$  δίπλευρη  $p=0,006$  και  $U=10.500$ ,  $N_1=17$ ,  $N_2=6$ ,  $z=-2.441$  δίπλευρη  $p=0,015$  αντίστοιχα) (Πίνακας 15).

**Πίνακας 15.** Ανάλυση Kruskal-Wallis H σε παραμέτρους των ερωτηματολογίων των τριών ομάδων των ατόμων με και χωρίς αναπηρία.

ΠΑΡΑΜΕ- ΤΡΟΙ	ΥΓΕΙΑ	ΑΥΤΟΕΚΤΙ- ΜΗΣΗ	ΛΙΠΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ	ΥΓΕΙΑ	ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ
				ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΝΤ/ΜΟΣ
<b>ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ</b>					
<b>X<sup>2</sup></b>	6,560	1,442	0,097	16,685	19,021
<b>df</b>	2	2	2	2	2
<b>p</b>	0,038	0,486	0,953	0,000	0,000
<b>ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑ</b>					
<b>X<sup>2</sup></b>	0.462	0.990	1.505	2,235	4,243
<b>df</b>	2	2	2	2	2
<b>p</b>	0.794	0.610	0.471	0.327	0,120

β. η αντίληψη των ατόμων με αναπηρία, που δεν ασχολούνταν ή ασχολούνταν με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων, για την υγεία τους διέφερε σημαντικά ( $U=129,000$ ,  $N_1=17$ ,  $N_2=26$ ,  $z=-2.286$  δίπλευρη  $p=0,022$ ). Σημειώθηκε διαφορά σημαντική μεταξύ των δύο αυτών ομάδων ως προς το λόγο παρακίνησής τους να ασχοληθούν με την άσκηση στις παραμέτρους «υγεία - φυσική κατάσταση» και «ικανότητα - ανταγωνισμός» ( $U=62,500$ ,  $N_1=17$ ,  $N_2=25$ ,  $z=-3,850$ , δίπλευρη  $p=0,000$  και  $U=35.000$ ,  $N_1=16$ ,  $N_2=23$ ,  $z=-4.259$  δίπλευρη  $p=0,000$  αντίστοιχα) (Πίνακας 15).

γ. η αντίληψη των ατόμων με αναπηρία, που ασχολούνταν ερασιτεχνικά ή με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων, για την υγεία τους δε διέφερε σημαντικά ( $U=43.000$ ,  $N_1=6$ ,  $N_2=26$ ,  $z=-1.701$  δίπλευρη  $p=0,089$ ). Δε σημειώθηκε διαφορά σημαντική μεταξύ των δύο αυτών ομάδων ως προς το λόγο παρακίνησής τους να ασχοληθούν με την άσκηση στις παραμέτρους «υγεία - φυσική κατάσταση» και «ικανότητα-ανταγωνισμός» ( $U=73,000$ ,  $N_1=6$ ,  $N_2=25$ ,  $z=-0,101$ , δίπλευρη  $p=0,920$  και  $U=56,500$ ,  $N_1=5$ ,  $N_2=23$ ,  $z=-0,060$  δίπλευρη  $p=0,952$  αντίστοιχα) (Πίνακας 15).

2. Από τον έλεγχο διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρξε σημαντική διαφορά ( $p < 0,05$ ) για τα άτομα χωρίς αναπηρία στην παράμετρο της αντίληψης της υγείας, όπως και στις παραμέτρους της «υγείας – φυσικής κατάστασης» και της «ικανότητας - ανταγωνισμού» του ερωτηματολογίου της παρακίνησης (Πίνακας 16).

**Πίνακας 16.** Έλεγχος U Mann Whitney των ατόμων με αναπηρία

		ΥΓΕΙΑ		ΥΓΕΙΑ - Φ.Κ		ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ- ΑΝΤ/ΜΟΣ	
		Δ.Α	Α.ΕΠ	Δ.Α	Α.Ε	Δ.Α	Α.Ε
	<b>N</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>5</b>
	<b>Mean</b>	<b>11,65</b>	<b>13</b>	<b>9,71</b>	<b>18,50</b>	<b>9,16</b>	<b>16,90</b>
<b>1-2</b>	<b>Rank</b>						
	<b>Mann</b>	<b>45,000</b>		<b>12,000</b>		<b>10,500</b>	
	<b>Whitney U</b>						
	<b>Wilcoxon</b>	<b>198,000</b>		<b>165,000</b>		<b>146,500</b>	
	<b>W</b>						
	<b>Z</b>	<b>-,422</b>		<b>-2,736</b>		<b>-2,441</b>	
	<b>Asymp.Sig</b>	<b>,673</b>		<b>,006</b>		<b>0,015</b>	
	<b>. (2-tailed)</b>						
		<b>ΔΑ</b>	<b>ΑΥΕΠ</b>	<b>ΔΑ</b>	<b>ΑΥΕΠ</b>	<b>ΔΑ</b>	<b>ΑΥΕΠ</b>
	<b>N</b>	<b>17</b>	<b>26</b>	<b>17</b>	<b>25</b>	<b>16</b>	<b>23</b>
	<b>Mean</b>	<b>27,38</b>	<b>18,48</b>	<b>12,68</b>	<b>27,50</b>	<b>10,69</b>	<b>26,48</b>
<b>1-3</b>	<b>Rank</b>						
	<b>Mann</b>	<b>129,500</b>		<b>62,500</b>		<b>35,000</b>	
	<b>Whitney U</b>						
	<b>Wilcoxon</b>	<b>480,500</b>		<b>215,500</b>		<b>171,000</b>	
	<b>W</b>						
	<b>Z</b>	<b>-2,286</b>		<b>-3,850</b>		<b>-4,259</b>	
	<b>Asymp.Sig</b>	<b>,022</b>		<b>,000</b>		<b>,000</b>	
	<b>. (2-tailed)</b>						
		<b>ΑΕΠ</b>	<b>ΑΥΕΠ</b>	<b>ΑΕΠ</b>	<b>ΑΥΕΠ</b>	<b>ΑΕΠ</b>	<b>ΑΥΕΠ</b>
	<b>N</b>	<b>6</b>	<b>26</b>	<b>6</b>	<b>25</b>	<b>5</b>	<b>23</b>
	<b>Mean</b>	<b>22,33</b>	<b>15,15</b>	<b>16,33</b>	<b>15,92</b>	<b>14,70</b>	<b>14,46</b>
<b>2-3</b>	<b>Rank</b>						
	<b>Mann</b>	<b>43,000</b>		<b>73,000</b>		<b>56,500</b>	
	<b>Whitney U</b>						
	<b>Wilcoxon</b>	<b>394,000</b>		<b>398,000</b>		<b>332,500</b>	
	<b>W</b>						
	<b>Z</b>	<b>-1,701</b>		<b>-,101</b>		<b>-,060</b>	
	<b>Asymp.Sig</b>	<b>,089</b>		<b>,920</b>		<b>,952</b>	
	<b>. (2-tailed)</b>						

### Φύλο – επίπεδο ενασχόλησης με την άσκηση

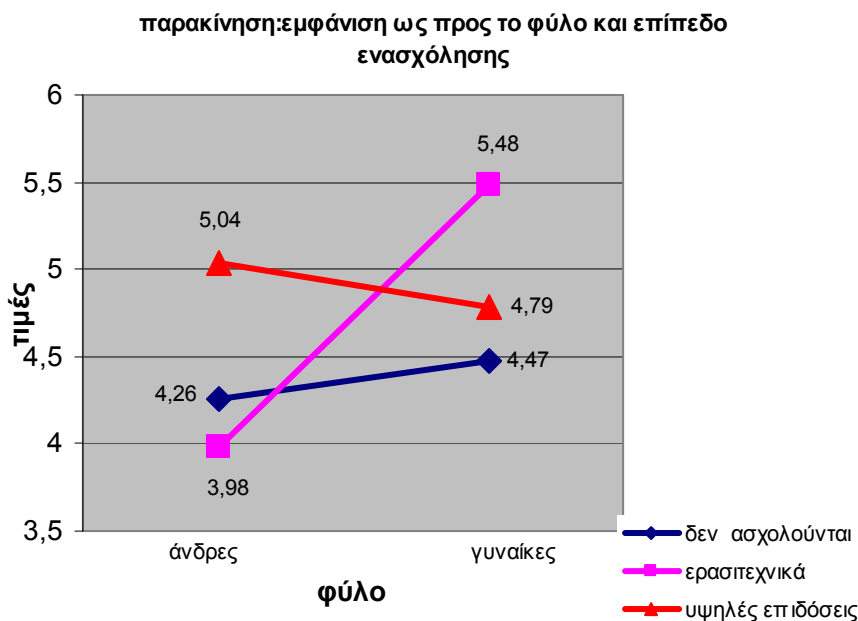
Πραγματοποιήθηκε διπλή ανάλυση διακύμανσης για μη συσχετισμένες τιμές: φύλο -επίπεδο ενασχόλησης με την άσκηση (two way anova). Από τον έλεγχο Levene για την ομοιότητα των διακυμάνσεων διαπιστώθηκε ότι η σημαντικότητα αυτού του ελέγχου ήταν μεγαλύτερη από 0,05 για τις παραμέτρους της Υγείας (.263), της Εμφάνισης I (0,978), και της Φυσικής Δραστηριότητας (0,581) του ερωτηματολογίου της αυτοαντίληψης, του Ενδιαφέροντος - διασκέδασης (0,249), της Εμφάνισης II (0,331), της Ικανότητας - Ανταγωνισμού (0,070) και της Κοινωνικότητας (0,882) για το ερωτηματολόγιο της παρακίνησης. Αυτό σημαίνει ότι οι διακυμάνσεις ήταν παρόμοιες.

**Πίνακας 17.** Ομοιότητα διακυμάνσεων (επίπεδο ενασχόλησης - ηλικία).

	ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ					ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗ				
	Υγεία	Εμφ/ση	Φυ/κή Δρ/τα	Λίπος Σωμ.	Αυτ/ση	Εν/ρον	Ικανότητα	Εμφ/ση II	Υγεία Φ.Κ.	Κοι/τα
F	1.315	.155	.759	2.436	4.474	1.353	2.119	1.165	7.580	.348
df1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
df2	106	102	104	95	106	97	94	102	105	102
Sig.	.263	.978	.581	.040	.001	.249	.070	.331	.000	.882

Από τη διπλή μη συσχετισμένη ανάλυση ANOVA, προέκυψε ότι:

α. Το επίπεδο ενασχόλησης με την άσκηση δεν επέδρασε σημαντικά στην αντίληψη που είχαν τα άτομα με αναπηρία ως προς την υγεία και την εμφάνισή τους. Αντίθετα επέδρασε σημαντικά στην αντίληψή τους για την ικανότητά τους να συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες ( $p=.007$ ). Η σημαντική διαφορά (test Scheffe) σημειώθηκε μεταξύ αυτών που δεν ασχολούνταν και εκείνων που ασχολούνταν τόσο με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων όσο και ερασιτεχνικά.



**Σχήμα 5.** Λόγος παρακίνησης η εμφάνιση (επίπεδο ενασχόλησης με την άσκηση και φύλο)

β. σημαντική ήταν η επίδραση του επιπέδου ενασχόλησης με την άσκηση ως προς το λόγο που παρακινήθηκαν να ασχοληθούν με αυτήν. Η σημαντική επίδραση ήταν στην παράμετρο της ενασχόλησης από ενδιαφέρον - για λόγους ψυχαγωγίας, αλλά και για τη βελτίωση της ικανότητάς τους. Η σημαντική διαφορά (test Scheffe) και στις δύο παραμέτρους σημειώθηκε μεταξύ αυτών που δεν ασχολούνταν και εκείνων που ασχολούνταν τόσο με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων όσο και ερασιτεχνικά.

γ. Ως λόγο παρακίνησης για την ενασχόληση με την άσκηση για τη βελτίωση της «εμφάνισης» σημαντική ήταν η αλληλεπίδραση των παραγόντων φύλο και επίπεδο ενασχόλησης ( $p=0.042$ ). (Σχήμα 2)

Για τις μεταβλητές του λίπους σώματος, της αυτοεκτίμησης του ερωτηματολογίου της αυτοαντίληψης, όπως της υγείας - φυσικής κατάστασης του ερωτηματολογίου της παρακίνησης η σημαντικότητα του ελέγχου Levene ήταν μικρότερη από 0,05. Αυτό σημαίνει ότι οι διακυμάνσεις δεν ήταν παρόμοιες. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος U των Mann-Whitney ως προς το φύλο (δύο ανεξάρτητα δείγματα 2 independent). Από τον έλεγχο διαπιστώθηκε ότι:



α. δεν υπήρξε σημαντική διαφορά ( $p < 0,05$ ) μεταξύ των ατόμων με αναπηρία διαφορετικού φύλου στην παράμετρο της αυτοεκτίμησης και του λίπους σώματος, όπως και στην παράμετρο της υγείας – φυσικής κατάστασης του ερωτηματολογίου της παρακίνησης (Πίνακας 18).

β. δεν υπήρξε σημαντική διαφορά ( $p < 0,05$ ) μεταξύ των ατόμων χωρίς αναπηρία διαφορετικού φύλου στην παράμετρο της αυτοεκτίμησης και του λίπους σώματος, όπως και στην παράμετρο της υγείας – φυσικής κατάστασης του ερωτηματολογίου της παρακίνησης (Πίνακας 18)

**Πίνακας 18.** Μέσοι όροι και σταθερές αποκλίσεις των τριών ομάδων του δείγματος στα δύο ερωτηματολόγια (επίπεδο ενασχόλησης- ομάδας)

<b>ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ</b>										
	<b>Υγεία</b>		<b>Εμφάνιση</b>		<b>Φυσική Δρ/τα</b>		<b>Λίπος Σώματος</b>		<b>Αυτοεκτίμηση</b>	
	Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα
<b>Δεν ασχολούνται</b>	2.53±1.33	2.22±1.08	4.21±1.22	4.03±1.22	3.14±1.50	2.80±1.36	1.90±1.29	1.92±0.82	2.28±0.84	2.34±0.59
	N=17	N=16	N=16	N=16	N=17	N=15	N=16	N=14	N=17	N=15
<b>Ασχολούνται ερασιτεχνικά</b>	2.23±1.26	2.20±0.85	4.72±1.07	4.70±0.93	3.65±1.27	3.62±1.23	1.96±1.59	1.66±0.80	2.44±1.22	1.93±0.29
	N=12	N=28	N=12	N=26	N=12	N=27	N=10	N=25	N=12	N=28
<b>Αθλητισμό υψηλών επιδόσεων</b>	1.85±0.83	1.97±0.95	4.63±0.95	4.10±1.19	4.06±1.09	3.79±1.01	1.97±1.05	1.76±0.79	2.21±0.79	2.14±0.66
	N=26	N=13	N=24	N=14	N=25	N=14	N=23	N=13	N=26	N=14
<b>ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗ</b>										
	<b>Ενδιαφέρον</b>		<b>Ικανότητα-Αν/μος</b>		<b>Εμφάνιση</b>		<b>Υγεία - Φ.Κ</b>		<b>Κοινωνικότητα</b>	
	Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα	Άνδρας	Γυναίκα
<b>Δεν ασχολούνται</b>	4.29±1.27	4.80±1.50	3.57±1.75	4.21±1.64	4.26±1.82	4.47±1.56	4.23±1.84	4.90±1.91	4.05±1.36	3.93 ±1.22
	N=16	N=14	N=15	N=15	N=16	N=16	N=17	N=16	N=16	N=16
<b>Ασχολούνται ερασιτεχνικά</b>	5.49±1.01	5.68±1.37	5.32±1.11	5.69±1.26	3.98±1.58	5.48±1.25	5.58±1.08	6.02±0.98	4.67±1.25	4.85±1.16
	N=9	N=28	N=11	N=22	N=11	N=28	N=11	N=28	N=11	N=27
<b>Αθλητισμό υψηλών επιδόσεων</b>	5.54±0.78	5.38±1.08	5.82±1.01	5.46±1.22	5.04±1.16	4.79±1.28	5.95±0.74	5.42±0.96	4.79±1.41	4.52±1.73
	N=22	N=14	N=23	N=14	N=24	N=13	N=25	N=14	N=25	N=13

(Σημ. Οι ερωτήσεις είναι διατυπωμένες με τέτοιο τρόπο ώστε η μικρότερη βαθμολογία να δηλώνει καλύτερη αντίληψη).

Πίνακας 19. Δεδομένα της ανάλυσης ANOVA

Προέλευση διακύμανσης	Άθροισμα τετραγώνων	Βαθμοί ελευθερίας	Μέσο τετράγωνο	Λόγος F	Πιθανότητα
<b>ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ</b>					
<b>ΥΓΕΙΑ</b>					
Επίπεδο ενασχόλησης	3.886	2	1.943	1.834	.165
Φύλο	.131	1	.131	.124	.726
Φύλο με Επίπεδο ενασχόλησης	.809	2	.404	.382	.684
Σφάλμα	112.259	106	1.059		
<b>Ε Μ Φ Α Ν Ι Σ Η</b>					
Επίπεδο ενασχόλησης	5.716	2	2.858	2.440	.092
Φύλο	1.534	1	1.534	1.309	.255
Φύλο με Επίπεδο ενασχόλησης	1.123	2	.561	.479	.621
Σφάλμα	119.490	102	1.171		
<b>Φ Υ Σ Ι Κ Η Δ Ρ Α Σ Τ Η Ρ Ι Ο Τ Η Τ Α</b>					
Επίπεδο ενασχόλησης	16.063	2	8.032	5.159	.007
Φύλο	1.166	1	1.166	.749	.389
Φύλο με Επίπεδο ενασχόλησης	.452	2	.226	.145	.865
Σφάλμα	161.906	104	1.557		
<b>ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗ</b>					
<b>Ε Ν Δ Ι Α Φ Ε Ρ Ο Ν - Δ Ι Α Σ Κ Ε Δ Α Σ Η</b>					
Επίπεδο ενασχόλησης	19.134	2	9.567	6.576	.002
Φύλο	.748	1	.748	.514	.475
Φύλο με Επίπεδο ενασχόλησης	1.792	2	.896	.616	.542
Σφάλμα	141.127	97	1.455		
<b>Ε Μ Φ Α Ν Ι Σ Η</b>					
Επίπεδο ενασχόλησης	5.084	2	2.542	1.263	.287
Φύλο	5.831	1	5.831	2.897	.092
Φύλο με Επίπεδο ενασχόλησης	13.172	2	6.586	3.272	.042
Σφάλμα	205.280	102	2.013		
<b>Κ Ο Ι Ν Ω Ν Ι Κ Ο Τ Η Τ Α</b>					
Επίπεδο ενασχόλησης	11.131	2	5.566	3.055	.051
Φύλο	.111	1	.111	.061	.806
Φύλο με Επίπεδο ενασχόλησης	.838	2	.419	.230	.795
Σφάλμα	185.848	102	1.822		
<b>Ι Κ Α Ν Ο Τ Η Τ Α - Α Ν Τ Α Γ Ω Ν Ι Σ Μ Ο Σ</b>					
Επίπεδο ενασχόλησης	58.640	2	29.320	16.257	.000
Φύλο	1.136	1	1.136	.630	.429
Φύλο με Επίπεδο ενασχόλησης	4.410	2	2.205	1.222	.299
Σφάλμα	169.536	94	1.804		

**Πίνακας 20.** Έλεγχος U Mann Whitney των ατόμων με αναπηρία (φύλο).

	ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ		ΛΙΠΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ		ΥΓΕΙΑ- Φ. Κ	
ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ						
	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ
<b>N</b>	<b>36</b>	<b>13</b>	<b>33</b>	<b>13</b>	<b>35</b>	<b>13</b>
<b>Mean Rank</b>	<b>25.81</b>	<b>22.77</b>	<b>24.14</b>	<b>21.88</b>	<b>23.74</b>	<b>26.54</b>
<b>Mann Whitney U</b>	<b>205.000</b>		<b>193.500</b>		<b>201.000</b>	
<b>Wilcoxon W</b>	<b>296.000</b>		<b>284.500</b>		<b>831.000</b>	
<b>Z</b>	<b>-.670</b>		<b>-.529</b>		<b>-.616</b>	
<b>Asymp.Sig . (2-tailed)</b>	<b>.503</b>		<b>.597</b>		<b>.538</b>	
ΑΤΟΜΑ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑ						
	Α	Γ	Α	Γ	Α	Γ
<b>N</b>	<b>19</b>	<b>44</b>	<b>16</b>	<b>39</b>	<b>18</b>	<b>45</b>
<b>Mean Rank</b>	<b>29,68</b>	<b>33,00</b>	<b>22,44</b>	<b>30,28</b>	<b>30,89</b>	<b>32,44</b>
<b>Mann Whitney U</b>	<b>374.000</b>		<b>223.000</b>		<b>385.000</b>	
<b>Wilcoxon W</b>	<b>564.000</b>		<b>359.000</b>		<b>556.000</b>	
<b>Z</b>	<b>-.669</b>		<b>-1.663</b>		<b>-.306</b>	
<b>Asymp.Sig . (2-tailed)</b>	<b>.503</b>		<b>.096</b>		<b>.760</b>	

**Ηλικία – επίπεδο ενασχόλησης με την άσκηση**

Πραγματοποιήθηκε διπλή ανάλυση διακύμανσης για μη συσχετισμένες τιμές ως προς την ηλικία και το επίπεδο ενασχόλησης με την άσκηση (two way anova). Από τον έλεγχο Levene για την ομοιότητα των διακυμάνσεων διαπιστώθηκε ότι η σημαντικότητα αυτού του ελέγχου ήταν μεγαλύτερη από 0,05 για τις παραμέτρους της Υγείας (.266), της Εμφάνισης I (0,749), της Φυσικής Δραστηριότητας (0,604) και της Αυτοεκτίμησης (0,235) του ερωτηματολογίου της αυτοαντίληψης, της Εμφάνισης II (0,074), της Ικανότητας- Ανταγωνισμού (0.061) και της Κοινωνικότητας (0,799) για το ερωτηματολόγιο της παρακίνησης. Αυτό σημαίνει ότι οι διακυμάνσεις ήταν παρόμοιες.

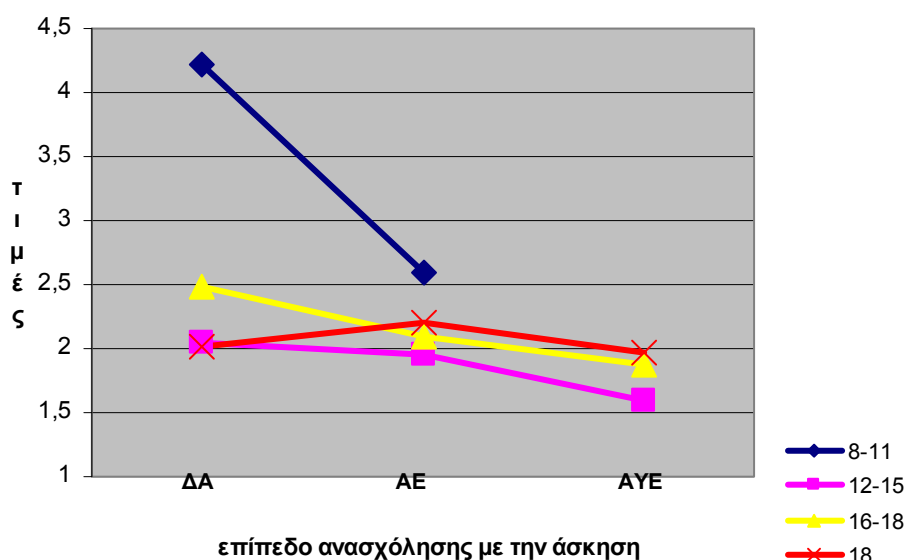
**Πίνακας 21.** Ομοιότητα διακυμάνσεων (επίπεδο ενασχόλησης - ηλικία).

	ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ					ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗ				
	Υγεία	Εμ/ση	Φυ/κή Δρ/τα	Λίπος Σ.	Αυτ/ση	Εν/ρον	Ικανότητα	Εμφ/ση Π	Υγεία Φ.Κ.	Κοι/τα
F	1.255	.671	.827	4.907	1.311	2.261	1.867	1.784	4.498	.614
df1	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
df2	100	96	98	89	100	91	88	96	99	96
Sig.	.266	.749	.604	.000	.235	.007	.061	.074	.000	.799

Από τη διπλή μη συσχετισμένη ανάλυση ANOVA, προέκυψε ότι:

α. Το επίπεδο ενασχόλησης με την άσκηση δεν επέδρασε σημαντικά στην αντίληψη που είχαν τα άτομα με αναπηρία ως προς την υγεία τους. Αντίθετα επέδρασε σημαντικά στην αντίληψή τους για την «υγεία», η ηλικία τους ( $p=0.012$ ). Τα άτομα ηλικίας 8-11 διέφεραν σημαντικά από τα άτομα των άλλων ηλικιών, δηλ. 12-15, 16-18 και 18<..... (test Scheffe). Μεταξύ των ατόμων των άλλων ηλικιών δε σημειώθηκε σημαντική διαφορά. Δε σημειώθηκε σημαντική αλληλεπίδραση της ηλικίας και του επιπέδου ενασχόλησης με την άσκηση στην αντίληψη των ατόμων για την υγεία τους.

#### αντίληψη της κατάστασης της υγείας



Σημ. Οι ψηλές τιμές δηλώνουν χαμηλή αντίληψη

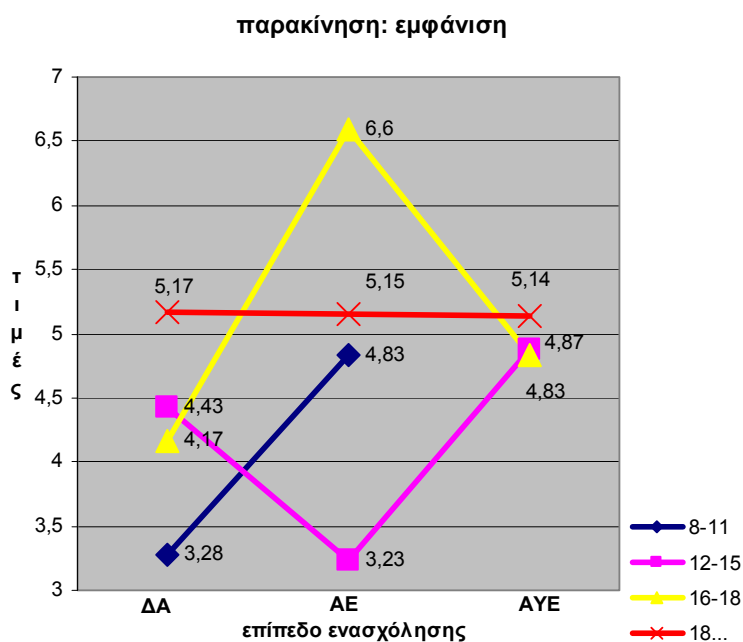
**Σχήμα 6.** Αντίληψη της κατάστασης της υγείας των ατόμων του δείγματος

β. Στην αντίληψη που είχαν τα άτομα για την εμφάνισή τους δεν επέδρασε σημαντικά ούτε το επίπεδο ενασχόλησής τους ούτε και η ηλικία τους. Δε σημειώθηκε αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων στην αντίληψή τους για την εμφάνισή τους.

γ. Σημαντική ήταν η επίδραση του επιπέδου ενασχόλησης με την άσκηση ως προς την αντίληψη που είχαν για την ενεργό συμμετοχή τους σε φυσικές δραστηριότητες ( $p=0.003$ ). Η σημαντική διαφορά (test Scheffe) σημειώθηκε μεταξύ αυτών που δεν ασχολούνταν και εκείνων που ασχολούνταν τόσο με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων όσο και ερασιτεχνικά με την άσκηση. Η επίδραση του παράγοντα της ηλικίας δεν ήταν σημαντική αλλά ούτε και η αλληλεπίδραση της ηλικίας και του επιπέδου ενασχόλησης με την άσκηση.

δ. Στο επίπεδο αυτοεκτίμησης των ατόμων του δείγματος δεν επέδρασε σημαντικά ούτε το επίπεδο ενασχόλησης με την άσκηση αλλά ούτε και η ηλικία τους. Δε σημειώθηκε σημαντική αλληλεπίδραση των παραγόντων αυτών.

ε. Σημαντική ήταν η επίδραση του επιπέδου ενασχόλησης με την άσκηση ως λόγο παρακίνησης για τη βελτίωση της ικανότητας ( $p<0.001$ ). Η σημαντική διαφορά (test Scheffe) σημειώθηκε μεταξύ αυτών που δεν ασχολούνταν και εκείνων που ασχολούνταν τόσο με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων όσο και ερασιτεχνικά με την άσκηση



**Σχήμα 7.** Η εμφάνιση λόγω παρακίνησης ατόμων διαφορετικής ηλικίας

στ. Για την ενασχόλησή τους με την άσκηση που είχε ή θα είχε ως κίνητρο τη βελτίωση της εμφάνισής τους, σημαντική ήταν η επίδραση της ηλικίας των ατόμων που συμμετείχαν ( $p=0.034$ ), όπως και η αλληλεπίδραση των παραγόντων της ηλικίας και του επιπέδου ενασχόλησής τους με την άσκηση. Η σημαντική διαφορά (test Scheffe ) σημειώθηκε μεταξύ των ατόμων ηλικίας 12-15 και αυτών που είχαν ηλικία 8-11, 16-18 και 18<..... Τα άτομα ηλικίας 8-11 σημείωσαν τη μικρότερη βαθμολογία ενώ την υψηλότερη τα άτομα ηλικίας 16-18 χρόνων.

ζ. Για την ενασχόλησή τους με την άσκηση που είχε ή θα είχε ως κίνητρο τη βελτίωση της κοινωνικότητάς τους, σημαντική ήταν η επίδραση του επιπέδου ενασχόλησης με την άσκηση ( $p=0.002$ ). Η σημαντική διαφορά (test Scheffe ) σημειώθηκε μεταξύ των ατόμων που δεν ασχολούνταν και εκείνων που ασχολούνταν ερασιτεχνικά ή με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων. Χαμηλότερη βαθμολογία σημείωσαν τα άτομα που δεν ασχολούνταν με την άσκηση και υψηλότερη αυτά που ασχολούνταν ερασιτεχνικά. Ο παράγοντας «ηλικία» δεν είχε σημαντική επίδραση. Δε σημειώθηκε σημαντική αλληλεπίδραση της ηλικίας και του επιπέδου ενασχόλησης με την άσκηση.

**Πίνακας 22.** Μέσοι όροι και σταθερές αποκλίσεις στο ερωτηματολόγιο της αυτοαντίληψης ως προς το επίπεδο ενασχόλησης και την ηλικία.

<i>ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ</i>															
	Υγεία			Εμφάνιση			Φυσική Δρ/τα			Λίπος Σώματος			Αυτοεκτίμηση		
	ΔΑ	ΑΕ	ΑΥΕ	ΔΑ	ΑΕ	ΑΥΕ	ΔΑ	ΑΕ	ΑΥΕ	ΔΑ	ΑΕ	ΑΥΕ	ΔΑ	ΑΕ	ΑΥΕ
<b>8-11</b>	4.22±	2.60±		3.50±	4.62±		2.11±	4.60±		1.05±	2.90±		3.16±	1.90±	
	1.79	1.09		1.29	0.85		1.92	1.28		0.1	1.79		1.15	0.19	
	N=3	N=5	N	N=3	N=4	N	N=3	N=5	N	N=3	N=5	N	N=3	N=5	N
<b>12-15</b>	2.05±	1.96±	1.60±	4.50±	4.15±	4.75±	3.08±	3.40±	4.25±	1.61±	1.0±	1.45±	2.06±	1.83±	2.17±
	1.13	1.00	0.30	0.82	0.92	1.0	1.62	1.20	1.0	0.79		0.53	0.52	0.24	0.47
	N=13	N=5	N=5	N=13	N=5	N=5	N=13	N=5	N=4	N=12	N=3	N=4	N=13	N=5	N=5
<b>16-18</b>	2.48±	2.10±	1.88±	3.70±	4.75±	4.75±	2.98±	2.76±	4.00±	2.58±	1.12±	1.91±	2.50±	1.93±	2.00±
	1.09	0.85	0.65	1.46	1.04	0.92	1.41	1.20	0.84	1.40	0.15	0.91	0.77	0.45	0.43
	N=11	N=5	N=6	N=10	N=5	N=7	N=10	N=5	N=7	N=10	N=4	N=6	N=10	N=5	N=7
<b>18&lt;...</b>	2.02±	2.21±	1.97±	4.33±	4.83±	4.43±	3.19±	3.65±	3.94±	1.83±	1.71±	1.93±	2.11±	2.21±	2.26±
	0.40	1.00	0.98	1.37	0.99	0.91	0.84	1.15	1.16	0.58	0.85	1.04	0.51	0.89	0.85
	N=6	N=25	N=27	N=6	N=24	N=25	N=6	N=24	N=27	N=5	N=23	N=25	N=6	N=25	N=27

(Σημ. Οι ερωτήσεις είναι διατυπωμένες με τέτοιο τρόπο ώστε η μικρότερη βαθμολογία να δηλώνει καλύτερη αντίληψη)



**Πίνακας 23.** Μέσοι όροι και σταθερές αποκλίσεις στο ερωτηματολόγιο της παρακίνησης ως προς το επίπεδο ενασχόλησης και την ηλικία.

<i>ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗ</i>															
	Ενδιαφέρον			Εμφάνιση			Ικανότητα-Αν/μος			Υγεία - ΦΚ			Κοινωνικότητα		
	ΔΑ	ΑΕ	ΑΥΕ	ΔΑ	ΑΕ	ΑΥΕ	ΔΑ	ΑΕ	ΑΥΕ	ΔΑ	ΑΕ	ΑΥΕ	ΔΑ	ΑΕ	ΑΥΕ
<b>8-11</b>	3.23±	6.43±		3.28±	4.83±		3.09±	6.93±		2.86±	6.50±		3.27±	5.90±	
	2.21	0.39		1.71	1.77		1.43	0.10		2.20	0.41		1.55	0.35	
	N=3	N=4	N	N=3	N=4	N	N=3	N=2	N	N=3	N=4	N	N=3	N=4	N
<b>12-15</b>	4.90 ±	6.07±	5.43±	4.43±	3.23±	4.87±	3.98±	5.42±	5.42±	4.37±	5.96±	5.68±	4.57±	4.96±	4.28±
	0.73	0.18	1.30	1.73	1.50	2.40	1.71	0.82	1.46	1.6	0.61	1.37	1.12	1.23	1.75
	N=12	N=4	N=5	N=12	N=5	N=4	N=13	N=5	N=5	N=13	N=5	N=6	N=13	N=5	N=5
<b>16-18</b>	4.41±	6.26±	5.83±	4.17±	6.60±	4.83±	3.55±	6.10±	6.43±	4.70±	6.76±	5.97±	3.82±	4.48±	5.14±
	1.37	0.94	0.50	1.50	0.80	1.08	1.76	1.16	0.58	2.02	0.36	0.52	1.24	1.37	1.58
	N=10	N=5	N=5	N=11	N=5	N=7	N=9	N=4	N=5	N=11	N=5	N=7	N=10	N=5	N=7
<b>18&lt;...</b>	4.66±	5.30±	5.46±	5.17±	5.15±	5.14±	4.77±	5.38±	5.69±	5.53±	5.61±	5.79±	3.40±	4.65±	4.80±
	2.00	1.44	0.90	1.88	1.22	0.76	1.81	1.29	1.00	1.83	1.11	0.78	1.31	1.17	1.34
	N=5	N=24	N=25	N=6	N=25	N=25	N=5	N=22	N=26	N=6	N=25	N=26	N=6	N=24	N=25

**Πίνακας 24.** Δεδομένα της ανάλυσης ANOVA για τις παραμέτρους των ερωτηματολογίων (Επίπεδο ενασχόλησης- ηλικία)

Προέλευση διακύμανσης	Άθροισμα τετραγώνων	Βαθμοί ελευθερίας	Μέσο τετράγωνο	Λόγος F	Πιθανότητα
<b>ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ</b>					
<b>ΥΓΕΙΑ</b>					
Επίπεδο ενασχόλησης	4.577	2	2.288	2.324	.103
Ηλικία	11.249	3	3.750	3.808	.012
Ηλικία με Επίπεδο ενασχόλησης	4.668	5	0.934	.948	.454
Σφάλμα	98.482	100	.985		
<b>Ε Μ Φ Α Ν Ι Σ Η</b>					
Επίπεδο ενασχόλησης	5.291	2	2.645	2.484	.089
Ηλικία	.862	3	.287	.270	.847
Ηλικία με Επίπεδο ενασχόλησης	6.376	5	1.275	1.198	.316
Σφάλμα	102.219	96	1.065		
<b>Φ Υ Σ Ι Κ Η Δ Ρ Α Σ Τ Η Ρ Ι Ο Τ Η Τ Α</b>					
Επίπεδο ενασχόλησης	19.252	2	9.626	6.232	.003
Ηλικία	1.893	3	.631	.409	.747
Ηλικία με Επίπεδο ενασχόλησης	10.176	5	2.035	1.318	.263
Σφάλμα	151.366	98	1.545		
<b>Α Υ Τ Ο Ε Κ Τ Ι Μ Η Σ Η</b>					
Επίπεδο ενασχόλησης	2.945	2	1.472	2.752	.069
Ηλικία	1.501	3	.500	.935	.427
Ηλικία με Επίπεδο ενασχόλησης	3.273	6	.655	1.223	.304
Σφάλμα	53.497	100	.535		
<b>ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΗ</b>					
<b>Ε Μ Φ Α Ν Ι Σ Η</b>					
Επίπεδο ενασχόλησης	6.184	2	3.092	1.705	.187
Ηλικία	16.332	3	5.444	3.002	.034
Ηλικία με Επίπεδο ενασχόλησης	27.714	5	5.543	3.056	.013
Σφάλμα	174.109	96	1814		
<b>Κ Ο Ι Ν Ω Ν Ι Κ Ο Τ Η Τ Α</b>					
Επίπεδο ενασχόλησης	21.480	2	10.740	6.537	.002
Ηλικία	1.888	3	.629	.383	.766
Ηλικία με Επίπεδο ενασχόλησης	12.917	5	2.583	1.572	.175
Σφάλμα	157.736	96	1.643		
<b>Ι Κ Α Ν Ο Τ Η Τ Α – Α Ν Τ Α Γ Ω Ν Ι Σ Μ Ο Σ</b>					
Επίπεδο ενασχόλησης	57.097	2	28.548	16.312	.000
Ηλικία	1.955	3	.652	.372	.773
Ηλικία με Επίπεδο ενασχόλησης	15.034	5	3.007	1.718	.139
Σφάλμα	154.010	88	1.750		

Για τις μεταβλητές του «λίπους σώματος» του ερωτηματολογίου της αυτοαντίληψης, της «υγείας - φυσικής κατάστασης» και της «ενδιαφέρον - ψυχαγωγίας» του ερωτηματολογίου της παρακίνησης η σημαντικότητα του ελέγχου Levene ήταν μικρότερη από 0,05. Αυτό σημαίνει ότι οι διακυμάνσεις δεν ήταν παρόμοιες.

**Πίνακας 25.** Ανάλυση Kruskal-Wallis H σε παραμέτρους των ερωτηματολογίων των τριών ομάδων των ατόμων με και χωρίς αναπηρία

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ	ΛΙΠΟΣ	ΥΓΕΙΑ - ΦΥΣΙΚΗ	ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ-
	ΣΩΜΑΤΟΣ	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΣ
<b>ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ</b>			
<b>X<sup>2</sup></b>	4.861	4.293	0,725
<b>df</b>	3	3	3
<b>p</b>	0,182	0,232	0,867
<b>ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑ</b>			
X <sup>2</sup>	1,497	10,122	4,786
df	3	3	3
p	0.683	0,018	0,188

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Kruskal-Wallis H για τον εντοπισμό διαφορών μεταξύ των διαμέσων των παραμέτρων του λίπους σώματος, του ερωτηματολογίου της αυτοαντίληψης, της «υγείας - φυσικής κατάστασης» και της «ενδιαφέρον-ψυχαγωγίας» του ερωτηματολογίου παρακίνησης των ατόμων με και χωρίς αναπηρία ως προς την ηλικία. Από τον έλεγχο διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρξε σημαντική διαφορά ( $p < 0,05$ ) για όλες τις μεταβλητές στα άτομα με αναπηρία. Για τα άτομα χωρίς αναπηρία, σημαντική διαφορά σημειώθηκε στην παράμετρο της υγείας - φυσικής κατάστασης. Ο έλεγχος U των Mann - Whitney διαπίστωσε ότι η σημαντική διαφορά σημειώθηκε μεταξύ των ατόμων ηλικίας 16-18 χρόνων με τα άτομα ηλικίας 12-15 ( $p = 0,015$ ), 18 και άνω ( $p = 0,017$ ).

**Πίνακας 26.** Έλεγχος U Mann Whitney των ατόμων χωρίς αναπηρία στην υγεία - φυσική κατάσταση (ηλικία).

<b>8-11</b>						
	<b>8-11</b>	<b>12-15</b>	<b>8-11</b>	<b>16-18</b>	<b>8-11</b>	<b>18&lt;...</b>
<b>N</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>39</b>
<b>Mean</b>	<b>11,25</b>	<b>6,23</b>	<b>8,50</b>	<b>6,73</b>	<b>34,00</b>	<b>20,33</b>
<b>Rank</b>						
<b>Mann</b>	<b>2,500</b>		<b>8,000</b>		<b>13,000</b>	
<b>Whitney U</b>						
<b>Wilcoxon</b>	<b>68,500</b>		<b>74,000</b>		<b>793,000</b>	
<b>W</b>						
<b>Z</b>	<b>-1,692</b>		<b>-0,694</b>		<b>-1,581</b>	
<b>Asymp.Sig</b>	<b>0,091</b>		<b>0,539</b>		<b>0,114</b>	
<b>. (2-tailed)</b>						
<b>12-15</b>			<b>16-18</b>			
	<b>12-15</b>	<b>16-18</b>	<b>12-15</b>	<b>18&lt;...</b>	<b>16-18</b>	<b>18&lt;...</b>
<b>N</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>39</b>	<b>11</b>	<b>39</b>
<b>Mean</b>	<b>8,18</b>	<b>14,82</b>	<b>20,73</b>	<b>26,85</b>	<b>34,73</b>	<b>22,90</b>
<b>Rank</b>						
<b>Mann</b>	<b>24,000</b>		<b>162,000</b>		<b>113,00</b>	
<b>Whitney U</b>						
<b>Wilcoxon</b>	<b>90,000</b>		<b>228,000</b>		<b>893,000</b>	
<b>W</b>						
<b>Z</b>	<b>-2,421</b>		<b>-1,233</b>		<b>-2,390</b>	
<b>Asymp.Sig</b>	<b>0,015</b>		<b>0,217</b>		<b>0,017</b>	
<b>. (2-tailed)</b>						

## V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όσον αφορά στο δείγμα που δέχτηκε να συμμετάσχει στην έρευνα γίνεται φανερό ότι τα αγόρια με αναπηρία ήταν σχεδόν τριπλάσια των κοριτσιών (36 αγόρια – 13 κορίτσια) αναλογία που παρατηρήθηκε και κατά τη διάρκεια των παραολυμπιακών αγώνων της Αθήνας, το 2004 ([http://www.paralympic.org/Paralympic\\_Games/Past\\_Games/Athens\\_2004/index.html](http://www.paralympic.org/Paralympic_Games/Past_Games/Athens_2004/index.html)). Αυτό πιθανά να οφείλεται στο μεγαλύτερο αριθμό των αγοριών με αναπηρία ή σε κοινωνικούς λόγους. Τα αγόρια με αναπηρία είναι πιθανό να δραστηριοποιούνται σε μεγαλύτερο βαθμό έξω από το σπίτι σε σχέση με τα κορίτσια. Στα άτομα χωρίς αναπηρία, ο αριθμός των κοριτσιών ήταν σχεδόν διπλάσιος από τον αντίστοιχο των αγοριών. Αυτό πιθανά να οφείλεται στη μεγαλύτερη προθυμία των κοριτσιών να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια, σχέση που διαπιστώθηκε και σε άλλες έρευνες. Αναφορικά με την ιδιότητά τους, 28 άτομα χωρίς αναπηρία ήταν μαθητές και 35 φοιτητές, ενώ 29 ήταν οι μαθητές και 19 οι φοιτητές με αναπηρία. Η διαφορά που προκύπτει στην ιδιότητα οφείλεται ίσως στο γεγονός ότι ένα ποσοστό του δείγματος στο οποίο χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια ήταν φοιτητές του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης που εδρεύει στην Κομοτηνή, στο οποίο ήταν εύκολη η πρόσβαση.

Ο λόγος για τον οποίο η έρευνα επεκτάθηκε και σε ηλικίες άνω των 18 ετών με την προϋπόθεση βέβαια να φοιτούν σε κάποια εκπαιδευτική βαθμίδα ήταν για να διευρυνθεί ο αριθμός του δείγματος μια και οι πρώτες ενδείξεις από τις επαφές με τους συλλόγους με αναπηρία ήταν ότι λίγα άτομα σε ηλικία κάτω των 18 ετών ασχολούνταν με την άσκηση. Αυτό βέβαια είναι ίσως και ενδεικτικό της ελληνικής κοινωνίας, η οποία είτε δεν έχει ακόμη ξεπεράσει σε μεγάλο βαθμό τα ταμπού που συνοδεύουν τα άτομα με αναπηρία, είτε δεν είναι ενήμερη για προγράμματα εξάσκησης που υλοποιούνται, είτε ακόμη υπερπροστατεύει τα μέλη της οικογένειας, αφήνοντάς τα να ενηλικιωθούν για να ασχοληθούν με την άσκηση.

Από τη μελέτη των στοιχείων του δείγματος διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με αναπηρία που ασχολούνταν με τον αθλητισμό, ασχολούνταν συνήθως με τον

αθλητισμό υψηλών επιδόσεων. Αυτό πιθανά να οφείλεται αφενός στο γεγονός ότι ήταν πιο εύκολο για τους αρμόδιους των αθλητικών συλλόγων να ενημερώσουν τα μέλη τους τα οποία αθλούνταν και τα οποία ανταποκρίθηκαν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων σε αντίθεση με τους συνδικαλιστικούς φορείς τα μέλη των οποίων δεν επικοινωνούν πολύ τακτικά και αφετέρου στο ότι τα άτομα με αναπηρία που ασχολούνται με την άσκηση, εξαιτίας του μικρού τους αριθμού συμμετέχουν και σε αγώνες με την ελπίδα ότι μπορεί να διακριθούν (ανταγωνισμός).

Στην έρευνα παρατηρήθηκε ότι τα άτομα με αναπηρία ασκούνται περισσότερες φορές την εβδομάδα σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία, ενώ συγχρόνως ασχολούνται περισσότερα χρόνια με τον αθλητισμό. Γίνεται επίσης αντιληπτό ότι τα άτομα με αναπηρία ασχολούνται με περισσότερες μορφές άσκησης, γεγονός που οφείλεται ίσως στην ανάγκη ενδυνάμωσης ή βελτίωσης της φυσικής κατάστασης γενικότερα ή του υπολειπόμενου μέλους ειδικότερα. Η συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία στους αγώνες είναι μακρόχρονη σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία. Πολλοί δήλωσαν ότι έχουν διακριθεί σε αγώνες και ότι έχουν λάβει την 1<sup>η</sup> έως και 3<sup>η</sup> θέση στο άθλημα της κολύμβησης κυρίως, η οποία φαίνεται να υπερτερεί των υπολοίπων αθλημάτων μια και συστήνεται ως μέσο αποκατάστασης στις περισσότερες παθήσεις.

Οι προπονήσεις των ατόμων με αναπηρία (πάνω από το 50% των ερωτηθέντων) γίνονται τέσσερις με πέντε φορές την εβδομάδα σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία που προπονούνται τρεις φορές την εβδομάδα (το μεγαλύτερο ποσοστό 45%). Η μετακίνηση στους χώρους άθλησης των ατόμων με αναπηρία γίνεται κυρίως με το οικογενειακό αυτοκίνητο ενώ των ατόμων χωρίς αναπηρία με τα πόδια, γεγονός που δείχνει την έλλειψη αυτονομίας που έχουν τα άτομα αυτά ως προς τις μετακινήσεις τους. Είναι επίσης πιθανό ωστόσο, αυτή η έλλειψη αυτονομίας να οφείλεται στην υπερπροστατευτικότητα – κουλτούρα της ελληνικής οικογένειας ή στην έλλειψη κατάλληλων – προσβάσιμων μέσων μαζικής μεταφοράς, τουλάχιστον στις επαρχιακές πόλεις.

Τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία κατά την προσπάθειά τους να ασχοληθούν με τον αθλητισμό είναι με ιεραρχική σειρά η απουσία χώρων άθλησης η προσβασιμότητα στο χώρο άθλησης καθώς και η απουσία κατάλληλων προπονητών και οργάνων. Τα συμπεράσματα αυτά συμφωνούν με την έρευνα των Martin και συν. (2002) που παρουσίασαν την προσβασιμότητα ως βασικό πρόβλημα, αλλά έθεσαν και τον πόνο, τον χρόνο και την κακή ενίοτε

ψυχολογική κατάσταση ως εμπόδια. Ωστόσο, αν και ο γιατρός τους και οι γονείς τους είναι εκείνοι οι οποίοι τους παρακινούν, φαίνεται να υπάρχει έλλειψη πληροφόρησης από τους ειδικούς διαπίστωση που έγινε και από τον Martin και συν. (2002).

Αναφορικά με το φύλο, αποδεικνύεται μέσα από την έρευνα ότι τα αγόρια με αναπηρία ασχολούνται περισσότερο με τον αθλητισμό από ότι τα κορίτσια, γεγονός που οφείλεται ίσως στα κοινωνικά στερεότυπα που συνοδεύουν το γυναικείο φύλο. Οι Sit Hui Ping (1998) επιβεβαίωσαν την ίδια υπόθεση, θέτοντας και τα μικρότερης ηλικίας παιδιά στην κατηγορία των «κινητικά δραστήριων».

Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι η αντίληψη για την υγεία των ατόμων με αναπηρία συσχετίστηκε αρνητικά με το επίπεδο αυτοεκτίμησής τους αλλά και με την παρακίνησή τους για βελτίωση της υγείας τους – φυσικής κατάστασης, ψυχαγωγία και τη βελτίωση της ικανότητάς τους. Αρνητικά συσχετίστηκε ωστόσο και η αντίληψη που είχαν για την υγεία τους με το επίπεδο αυτοεκτίμησής τους τα άτομα χωρίς αναπηρία. Η αντίληψη για την εμφάνισή τους στα άτομα με αναπηρία συσχετίστηκε μέτρια με την αντίληψη που είχαν για την ικανότητά τους και υψηλά με την παρακίνησή τους για βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης, της εμφάνισης και της ικανότητάς τους. Μέτρια συσχετίστηκε αντίστοιχα και το επίπεδο αυτοαντίληψης των ατόμων χωρίς αναπηρία με τους λόγους παρακίνησής τους για τη βελτίωση της εμφάνισής τους και της κοινωνικότητάς τους. Τόσο για τα άτομα με αναπηρία όσο και γι' αυτά χωρίς αναπηρία, το επίπεδο αυτοαντίληψής τους για το λίπος του σώματός τους συσχετίστηκε μέτρια με το επίπεδο αυτοεκτίμησής τους. Η ίδια σειρά συσχέτισης του επιπέδου αυτοαντίληψης για την ικανότητα (ανταγωνισμό) ήταν υψηλή με τους λόγους παρακίνησης για τη βελτίωση της ικανότητας, φυσικής κατάστασης, ψυχαγωγίας και εμφάνισης τόσο στα άτομα με αναπηρία όσο και σε αυτά χωρίς αναπηρία. Αρνητική ήταν και η συσχέτιση του επιπέδου αυτοεκτίμησης και στις δυο ομάδες (με και χωρίς αναπηρία) για τους λόγους παρακίνησης για ψυχαγωγία, φυσική κατάσταση και ικανότητα. Τόσο τα άτομα με αναπηρία όσο και χωρίς αναπηρία που παρακινούνταν να ασχοληθούν με την άσκηση για ψυχαγωγία επιθυμούσαν σε ιεραρχική σειρά τη βελτίωση της ικανότητάς τους, της φυσικής κατάστασης, της κοινωνικότητας και τέλος της εμφάνισης. Και στις δυο ομάδες επίσης (με και χωρίς αναπηρία) που παρακινούνταν να ασχοληθούν με την άσκηση για βελτίωση της ικανότητάς τους παρατηρήθηκε ότι παρακινούνταν και για τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης, της εμφάνισης και τέλος της κοινωνικότητας. Ίδια συσχέτιση και στις δυο ομάδες παρατηρήθηκε και στη βελτίωση της εμφάνισης ως λόγο ενασχόλησης με την άσκηση, η οποία συσχετιζόταν με

τη βελτίωση της κοινωνικότητας και της φυσικής κατάστασης ενώ η βελτίωση της κοινωνικότητας ήταν επιδίωξη τόσο των ατόμων με αναπηρία όσο και αυτών χωρίς αναπηρία που παρακινούνταν να ασχοληθούν με την άσκηση για λόγους βελτίωσης της φυσικής τους κατάστασης. Από τα παραπάνω γίνεται εμφανές το γεγονός ότι τα άτομα με αναπηρία και χωρίς αναπηρία έχουν παρόμοια επίπεδα αυτοαντίληψης σε όλες τις παραμέτρους σχεδόν, με εξαίρεση την παράμετρο της υγείας και της εμφάνισης, ενώ ίδιοι είναι οι λόγοι που τους παρακινούν να ασχοληθούν με την άσκηση. Σε ανάλογα συμπεράσματα κατέληξαν και οι Campbell και Jones (1994), οι οποίοι ανέφεραν ότι τόσο οι νεαροί όσο και οι ενήλικες αθλητές με αναπηρία παρουσίασαν επίπεδα αυτοαντίληψης ανάλογα με εκείνα των συνομηλίκων τους χωρίς αναπηρία.

Πιο αναλυτικά, το επίπεδο αυτοαντίληψης των ατόμων με και χωρίς αναπηρία όσον αφορά στον παράγοντα «υγεία» ήταν υψηλότερη στα άτομα που ασχολούνταν με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων, χαμηλότερη σε όσους δεν ασχολούνταν με κάποια μορφή άσκησης και πιο χαμηλή ακόμη σε όσους ασχολούνταν ερασιτεχνικά με τον αθλητισμό. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός γιατί η διαβάθμιση θα αναμένονταν ίσως να ήταν αντίστροφη, με τα άτομα που ασχολούνται ερασιτεχνικά να έχουν υψηλότερη βαθμολογία από τα άτομα που δεν ασχολούνται καθόλου με τον αθλητισμό. Αυτό πιθανά να οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα που ασχολούνται ερασιτεχνικά με την άσκηση διαπιστώνουν την αδυναμία τους να ανταποκριθούν ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της άσκησης και το αποδίδουν στην κακή κατάσταση της υγείας τους. Τα άτομα που δεν ασχολούνται με την άσκηση, δεν αντιμετωπίζουν αυτή την πρόκληση με αποτέλεσμα να μην έχουν αρνητική εικόνα για την υγεία τους. Αντίθετα τα άτομα που ασχολούνται με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων έχοντας ξεπεράσει πολλές δυσκολίες θεωρούν ότι είναι σε πολύ καλή κατάσταση η υγεία τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ηλικία επέδρασε σημαντικά στην αντίληψη που είχαν τα άτομα με αναπηρία ως προς την υγεία τους, με τα άτομα ηλικίας 8–11 ετών να έχουν χαμηλότερη αυτοαντίληψη από τα άτομα των άλλων ηλικιών, ενώ αντίθετα το φύλο και το επίπεδο ενασχόλησης με την άσκηση δεν επέδρασαν σημαντικά.

Στην παράμετρο εξάλλου «υγεία – φυσική κατάσταση» στο ερωτηματολόγιο της παρακίνησης διαπιστώθηκε και πάλι ότι όσοι ασχολούνταν ερασιτεχνικά με τον αθλητισμό ή με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων είχαν υψηλότερη βαθμολογία μεταξύ των ατόμων με αναπηρία, σε αντίθεση με τα άτομα χωρίς αναπηρία στα οποία διαπιστώθηκε υψηλότερη βαθμολογία σ' αυτά που δεν ασχολούνταν με τον αθλητισμό. Διαπιστώνεται από το παραπάνω, ότι τα άτομα χωρίς αναπηρία έχουν



καλή αντίληψη της υγείας τους, και δεν θεωρούν την άσκηση απαραίτητο παράγοντα για να την διατηρήσουν.

Στην παράμετρο «εμφάνιση», τόσο τα άτομα με όσο και εκείνα χωρίς αναπηρία που ασχολούνταν ερασιτεχνικά με τον αθλητισμό είχαν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τα άτομα που δεν ασχολούνταν με κάποια μορφή άσκησης. Πιο συγκεκριμένα, η αυτοαντίληψη που είχαν τα άτομα με αναπηρία για την εμφάνισή τους συσχετίστηκε μέτρια με την αντίληψή τους για την ικανότητά τους, ενώ υψηλά με την παρακίνησή τους για βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης, της εμφάνισης και της ικανότητά τους (ανταγωνισμός). Ωστόσο, το επίπεδο αυτοαντίληψης των ατόμων χωρίς αναπηρία για την εμφάνισή τους συσχετίστηκε μέτρια με τους λόγους παρακίνησής τους για βελτίωση της εμφάνισής τους και της κοινωνικότητάς τους. Διαπιστώθηκε επίσης, ότι οι τιμές στην παράμετρο της εμφάνισης ήταν υψηλότερες από τις τιμές των υπόλοιπων παραμέτρων, γεγονός που αποδεικνύει την καλή αντίληψη της εμφάνισης που είχαν τα άτομα και στις δύο ομάδες (με και χωρίς αναπηρία). Χαμηλότερη αυτοαντίληψη για την εμφάνισή τους είχαν τα άτομα που δεν ασχολούνταν με κάποια μορφή άσκησης, με μικρές αποκλίσεις όμως από τις υπόλοιπες κατηγορίες (άτομα που ασχολούνταν ερασιτεχνικά ή με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων).

Για την παράμετρο της «εμφάνισης» ως λόγο ενασχόλησης με την άσκηση σημαντική ήταν η επίδραση του παράγοντα «ομάδα» και η αλληλεπίδραση των παραγόντων «φύλο» και «επίπεδο ενασχόλησης». Υπερείχε η ομάδα των ατόμων χωρίς αναπηρία, γεγονός που αποδεικνύει ίσως την προτεραιότητα που δίνουν οι νέοι στην εμφάνιση και στη σεξουαλική ελκυστικότητα, ενώ τα άτομα με αναπηρία φαίνεται να έχουν αποδεχθεί ενδεχομένως το θέμα της εμφάνισής τους, και δεν μπαίνουν στη διαδικασία να ασχοληθούν με την άσκηση ώστε να γίνουν πιο ελκυστικοί. Η αλληλεπίδραση των παραγόντων ηλικίας και του επιπέδου ενασχόλησης με την άσκηση φαίνεται να έπαιξε εξίσου σημαντικό ρόλο, με τις ηλικίες 16–18 ετών που ασχολούνταν ερασιτεχνικά με τον αθλητισμό να σημειώνουν την υψηλότερη βαθμολογία. Διαπιστώνεται λοιπόν, ότι οι έφηβοι ασχολούνται ερασιτεχνικά με τον αθλητισμό για να βελτιώσουν την εμφάνισή τους, επηρεασμένοι ίσως από το πρότυπο ενός καλοσχηματισμένου υγιούς σώματος. Για τους ίδιους λόγους ενδεχομένως, παρατηρήθηκε επίσης ότι οι γυναίκες χωρίς αναπηρία που ασχολούνται ερασιτεχνικά με τον αθλητισμό παρακινούνται για λόγους εμφάνισης. Αν και η άποψη των Taleporos και Mc Cabe (2002), ήταν ότι η σωματική αναπηρία μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς τόσο τη σωματική και σεξουαλική ελκυστικότητα όσο και να προκαλέσει αρνητικά

αισθήματα για το σώμα. ενισχύοντας την κοινωνική απομόνωση και το στιγματισμό απέναντι στα άτομα με αναπηρία δεν επιβεβαιώθηκε κάτι ανάλογο στην παρούσα έρευνα. Η διατήρηση της καλής υγείας και η ανάπτυξη των ικανοτήτων τους φαίνεται να αποτελεί πιο σημαντικό λόγο παρακίνησης.

Όσον αφορά στην παράμετρο της «φυσικής δραστηριότητας» παρατηρήθηκε ότι υψηλότερη ήταν η αυτοαντίληψη των ατόμων με και χωρίς αναπηρία που ασχολούνταν με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων και χαμηλότερη των ατόμων που δεν ασχολούνταν με τον αθλητισμό και στις δύο ομάδες. Αξιοσημείωτο ήταν το γεγονός ότι τα άτομα με αναπηρία που ασχολούνταν ερασιτεχνικά με τον αθλητισμό είχαν καλύτερη αυτοαντίληψη από τα άτομα χωρίς αναπηρία στην αντίστοιχη κατηγορία. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι τα άτομα με αναπηρία που ασχολούνται με οποιαδήποτε μορφή άσκησης το κάνουν συνειδητά για να βελτιώσουν το επίπεδο της φυσικής τους δραστηριότητας, το οποίο δεν είναι ανεξάρτητο βέβαια από τη βελτίωση της υγείας τους και των ικανοτήτων τους. Η έρευνα που σχετίζεται με τον αθλητισμό πάντως, αναφέρει ότι ο ανταγωνισμός αποτελεί τον σημαντικότερο λόγο για τον οποίο οι νέοι παρακινούνται προς τη φυσική δραστηριότητα (Adler, Kless, & Adler, 1992; Chase & Dummer, 1992; Evans & Roberts, 1987; Weiss & Duncan, 1992). Ιδιαίτερη περίπτωση αποτελούν τα μικρά παιδιά, η συμμετοχή των οποίων σε φυσικές δραστηριότητες βρέθηκε ότι είναι πιο διασκεδαστική όταν δεν πιέζονται να διαγωνιστούν και να νικήσουν, αλλά αντίθετα, ενθαρρύνονται να πειραματιστούν με διαφορετικές δραστηριότητες (MacPhail, Gorley & Kirk, 2003). Στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε επίσης ότι η βελτίωση της ικανότητας – ανταγωνισμού αποτέλεσε κύριο λόγο για την ενασχόληση των ατόμων με αναπηρία με την άσκηση. Με άλλα λόγια, τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν την άσκηση ως μέσο για την ανάπτυξη περεταίρω δεξιοτήτων ή καταφεύγουν σε αυτήν ώστε να βοηθηθούν να υπερκεράσουν οποιοσδήποτε δυσκολίες προκύπτουν.

Τέλος, στην παράμετρο «λίπος σώματος», τα άτομα με αναπηρία είχαν υψηλότερη βαθμολογία από τα άτομα χωρίς αναπηρία, γεγονός που παρακινεί ίσως τα άτομα με αναπηρία να καταφύγουν στη φυσική δραστηριότητα. Έρευνες εξάλλου που διεξήχθησαν παλιότερα από τους Launer, Harris, Rumpel και Medans (1994) απέδειξαν ότι ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος συνδέεται αρνητικά με την κινητική αναπηρία. Στη συγκεκριμένη παράμετρο, αν και οι τιμές ανάμεσα στις τρεις κατηγορίες των ατόμων κινήθηκαν σε παρόμοια επίπεδα, εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι τόσο τα άτομα που ασχολούνταν με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων όσο και αυτά που δεν

ασχολούνταν με καμία μορφή άσκησης σημείωσαν σχεδόν ίδια βαθμολογία. Χαμηλότερη αυτοαντίληψη όσον αφορά στο λίπος σώματος είχαν τα άτομα που ασχολούνταν ερασιτεχνικά με τον αθλητισμό, γεγονός που εξηγεί ενδεχομένως την τάση των ατόμων να καταφεύγουν στην άθληση για να διατηρήσουν τον έλεγχο του βάρους τους.

Οι Smyth και Anderson (2000) ανέφεραν ότι τα παιδιά με κινητικές δυσκολίες έχουν περισσότερες αποτυχίες στον αθλητισμό σε σχέση με τα παιδιά χωρίς κινητικές δυσκολίες. Αυτό έχει πολλές φορές ως αποτέλεσμα τη χαμηλή αυτοαντίληψη, σχέση που δεν παρατηρήθηκε σε όλες τις παραμέτρους στην παρούσα έρευνα. Αντιθέτως, στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με αναπηρία ασχολούνται με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων, γεγονός όμως που οφείλεται όπως προαναφέρθηκε στο ότι το κυρίως δείγμα αποτέλεσαν άτομα με αναπηρία που ήταν μέλη αθλητικών συλλόγων. Το επίπεδο ενασχόλησης με την άσκηση είχε σημαντική επίδραση στην αντίληψη που είχαν τα άτομα του δείγματος για την ικανότητά τους στις φυσικές δραστηριότητες. Η διαφορά σημειώθηκε μεταξύ αυτών που δεν ασχολούνταν και εκείνων που ασχολούνταν με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων. Χαμηλότερη βαθμολογία πέτυχαν αυτοί που δεν ασχολούνταν με την άσκηση ενώ υψηλότερη αυτοί που ασχολούνταν με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων και στις δύο ομάδες (με και χωρίς αναπηρία).

Αναφορικά με την Αυτοεκτίμηση τα αποτελέσματα στην έρευνα των Ferreira και Fox (2008), έδειξαν ότι οι αθλητές που έκαναν αθλητισμό περισσότερες φορές την εβδομάδα και οι αθλητές με μεγαλύτερη αθλητική καριέρα παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα «Συνολικής Αυτοεκτίμησης» είτε αυτοί είχαν κάποια αναπηρία είτε όχι. Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να υποστηρίξει τις θετικές επιδράσεις της άσκησης και της συμμετοχής στον αθλητισμό στα άτομα με αναπηρία ενδυναμώνοντας την αντίληψη για τις σωματικές δεξιότητες, επαναπροσδιορίζοντας τις σωματικές ικανότητες και αυξάνοντας την αντιληπτική εμπιστοσύνη σε νέες σωματικές δραστηριότητες (Blinde & McClung, 1997). Ωστόσο, τόσο τα αποτελέσματα των Ferreira και Fox (2008), όσο και τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας υποστηρίζουν την άποψη ότι το να συμμετέχει κάποιος στον αθλητισμό και στην άσκηση μέτρια σχετίζεται με πιο θετικά αποτελέσματα στη «σωματική αυτοαντίληψη» από την εφηβική ηλικία και μετά (Fox & Corbin, 1989; Sonstroem, Speliotis & Fava, 1992) και ελάχιστα με τη «Συνολική Αυτοεκτίμηση» και ότι αυτή η σχέση είναι ασταθής και πιθανά εξαρτάται από τον πληθυσμό, τα

περιβαλλοντολογικά και ατομικά χαρακτηριστικά (Fox, 2000). Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και η έρευνα των Van de Vliet, Van Biesen και Vanlandewijck (2008), που διεξήχθη σε Φλαμανδούς αθλητές με αναπηρία. Όσον αφορά στη «Συνολική Αυτοεκτίμηση» οι Φλαμανδοί αθλητές σημείωσαν στατιστικά υψηλές επιδόσεις σε σχέση με άλλους αθλητές με αναπηρία, ενώ τα αποτελέσματα αυτά κυμαίνονταν σε παρόμοια επίπεδα με αθλητές χωρίς αναπηρία. Στην έρευνα των Cazenave, Peultier και Lefort (2005), φάνηκε με σαφήνεια ότι η φυσική και αθλητική δραστηριότητα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο επίπεδο αυτοεκτίμησης των εφήβων.

Όσον αφορά στην παράμετρο «ενδιαφέρον» παρατηρήθηκε ότι τα άτομα με αναπηρία που ασχολούνταν ερασιτεχνικά με τον αθλητισμό ή με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων είχαν χαμηλότερη βαθμολογία από τα άτομα χωρίς αναπηρία που δεν ασχολούνταν με τον αθλητισμό. Το παραπάνω επιβεβαιώνει το γεγονός ότι τα άτομα με αναπηρία που ασχολούνται με τον αθλητισμό παρακινούνται για λόγους που αφορούν περισσότερο στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους.

Ομοίως, και στην παράμετρο «ικανότητα - ανταγωνισμός» τα άτομα με αναπηρία που ασχολούνταν ερασιτεχνικά ή με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων είχαν υψηλότερη βαθμολογία από τα άτομα χωρίς αναπηρία που δεν ασχολούνταν με τον αθλητισμό, γεγονός που επιβεβαιώνουν και τα αποτελέσματα της έρευνας του Robertson (2003). Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της δικής του έρευνας, η άσκηση παρέχει μια ευκαιρία στα άτομα με αναπηρία για να επαναπροσδιορίσουν θετικά το ρόλο τους μετά από έναν τραυματισμό. Γι' αυτήν την ομάδα των ατόμων, το να επιδείξουν και να επιβεβαιώσουν τη θέση τους ως άτομα δραστήρια και ανταγωνιστικά ήταν ιδιαίτερα ευεργετικό σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα. Τα άτομα με αναπηρία ισχυρίστηκαν ότι το δίκτυο υποστήριξης που παρέχεται από τη συμμετοχή στον αθλητισμό αποτελούσε την πραγματική αξία της φυσικής δραστηριότητας και του αθλητισμού. Συγκεκριμένα, το να συναντιούνται με άλλα άτομα με αναπηρία και να μοιράζονται παρόμοιες εμπειρίες ήταν το κλειδί της παρακίνησης, ενώ την ίδια στιγμή η ανάπτυξη δεξιοτήτων και η εμπιστοσύνη αποτελούσαν ένα ακόμη κίνητρο για τη συμμετοχή τους στον αθλητισμό (Arthur & Finch, 1999).

Τέλος, όσον αφορά στην «κοινωνικότητα» ως λόγο ενασχόλησης με την άσκηση διαπιστώθηκε για άλλη μια φορά ότι τα άτομα με αναπηρία είχαν υψηλότερη βαθμολογία και στις τρεις κατηγορίες. Φαίνεται πως τα άτομα χωρίς αναπηρία έχουν

περισσότερους λόγους ή κίνητρα εκτός της άσκησης για να κοινωνικοποιηθούν ή να ενταχθούν σε μια ομάδα συγκριτικά με τα άτομα με αναπηρία που επιδιώκουν να βρίσκονται με «όμοιους» τους. Η ενασχόληση με την άσκηση λοιπόν για τα άτομα με αναπηρία αποτελεί μια καλή αφορμή για δημιουργία φιλικών σχέσεων. Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και από άλλες έρευνες στο παρελθόν. (Martin et al., 2002)

Περιγραφικές ερευνητικές αναφορές έχουν δείξει ότι η ανάπτυξη δεξιοτήτων, η ψυχαγωγία, η καλλιέργεια φιλίας και άλλων σχέσεων είναι οι λόγοι για την ενεργή συμμετοχή τους σε φυσικές δραστηριότητες (Weiss & Petlitchkoff, 1989). Εξάλλου και στην έρευνα των Sanmartin και Pertegaz (2006), δείγμα των οποίων αποτέλεσαν κυρίως άτομα που ασχολούνταν με τον αθλητισμό στον ελεύθερο χρόνο τους, διαπιστώθηκε ότι στα άτομα με αναπηρία μετρά περισσότερο η ικανότητα να δημιουργήσουν καινούργιες φιλίες, να ταξιδέψουν, να νιώσουν χρήσιμοι, να βοηθήσουν τους υπόλοιπους, από ότι στα άτομα χωρίς αναπηρία. Ωστόσο, αυτά τα αποτελέσματα έρχονται σε αντίθεση με αυτά του Delforge (1973), ο οποίος δε βρήκε διαφορές ανάμεσα στους αθλητές που αντιπροσώπευαν τον πληθυσμό αναφοράς, γεγονός που επιβεβαίωσαν και οι Brasile και συν.(1991) και οι Whyte και Duda (1993).

Τα συμπεράσματα της παρούσης έρευνας έρχονται σε συμφωνία με τα συμπεράσματα των Kälbli και συν. (<http://www.docstoc.com/docs/41776517/What-motivate-top-level-athletes-with-disability-to-do-sport>) όπου το 52,8% των αθλητών είχε την άποψη ότι ο αθλητισμός είναι ένα εξαιρετικό μέσο για να περνά κάποιος εποικοδομητικά τον ελεύθερο χρόνο του και το 71,4% των αθλητών τόνισε ότι ο αθλητισμός είναι σημαντικός για τη βελτίωση της κατάστασής τους και για τη διατήρηση της υγείας τους. Ωστόσο, οι Martin και συν. (2002) στην έρευνά τους κατέληξαν ότι άλλοι παράγοντες, όπως ο έλεγχος του βάρους, η διασκέδαση, η κοινωνική συναναστροφή και υποστήριξη, αποτελούν τους κύριους λόγους για τους οποίους τα άτομα είναι φυσικά δραστήρια, τοποθετώντας σε δευτερεύοντα επίπεδο ίσως τα οφέλη στον τομέα της υγείας, που προκύπτουν από τη συμμετοχή τους σε φυσικές δραστηριότητες,

Στο δείγμα της παρούσας έρευνας πάντως, αποδείχθηκε ότι ο λόγος για τον οποίο τα άτομα καταφεύγουν στην άσκηση ή στον αθλητισμό γενικότερα, αφορά περισσότερο θέματα υγείας – καλής φυσικής κατάστασης και λιγότερο θέματα κοινωνικοποίησης, ανάπτυξης φιλίας ή αποφυγής της κοινωνικής απομόνωσης. Σε παρόμοιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Brasile & Hedrick (1991). Στην έρευνά τους

η «κοινωνικότητα» ή η ανάπτυξη φιλικών σχέσεων ως λόγος παρακίνησης σχετίζονται με την ηλικία και το επίπεδο ενασχόλησης με την άσκηση καθώς και την αλληλεπίδραση αυτών.

Μετά από όλα αυτά, συμπεραίνεται ότι ο αθλητισμός είναι συνήθεια. όπως ισχυρίζεται η Kälbli και συν. (<http://www.docstoc.com/docs/41776517/What-motivate-top-level-athletes-with-disability-to-do-sport>). Το 77,7% των αθλητών στην έρευνά τους ανέφεραν ότι κάνουν αθλητισμό από συνήθεια. Για τα άτομα αυτά, δεν υπάρχει ζωή χωρίς φυσική δραστηριότητα. Για να γίνει όμως αυτό, ο αθλητισμός πρέπει να μπει νωρίς στη ζωή των ατόμων. Σε αυτήν την περίπτωση, ο αθλητισμός γίνεται μέρος της ζωής και συνεχίζεται εφ' όρου ζωής.

## VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμπεραίνεται ότι τα νεαρά άτομα που ασχολούνται με τον αθλητισμό γενικά έχουν καλύτερο επίπεδο αυτοαντίληψης σε όλες τις παραμέτρους συγκριτικά με τα άτομα που δεν αθλούνται είτε έχουν κάποια μορφή αναπηρίας είτε όχι. Υψηλότερη βαθμολογία σημείωσαν τα άτομα που ασχολούνταν με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων και χαμηλότερη τα άτομα που δεν ασχολούνταν καθόλου με τον αθλητισμό και στις δύο ομάδες (με και χωρίς αναπηρία). Μόνη εξαίρεση αποτέλεσε η διαφορά στον παράγοντα «υγεία» όπου η βαθμολογία ήταν υψηλότερη στα άτομα που ασχολούνταν με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων, χαμηλότερη σε όσους δεν ασχολούνταν με κάποια μορφή άσκησης και πιο χαμηλή ακόμη σε όσους ασχολούνταν ερασιτεχνικά με τον αθλητισμό.

Δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές διαφορές στο επίπεδο αυτοαντίληψης μεταξύ των ατόμων διαφορετικών ηλικιών και διαφορετικού φύλου και στις δύο ομάδες. Σημαντικοί λόγοι για τους οποίους τα άτομα με αναπηρία αθλούνται είναι για τη βελτίωση της υγείας, της ικανότητας και για ψυχαγωγία. Σημαντική ήταν η επίδραση του επιπέδου ενασχόλησης με την άσκηση ως λόγο παρακίνησης για τη βελτίωση της ικανότητας ( $p < 0.001$ ). Η σημαντική διαφορά σημειώθηκε μεταξύ αυτών που δεν ασχολούνταν και εκείνων που ασχολούνταν ερασιτεχνικά ή με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων.

Αξιοσημείωτη ήταν ωστόσο η επίδραση της ηλικίας των ατόμων για την ενασχόλησή τους με την άσκηση που είχε ή θα είχε ως κίνητρο τη βελτίωση της εμφάνισής τους καθώς και η αλληλεπίδραση των παραγόντων της ηλικίας και του επιπέδου ενασχόλησης με την άσκηση. Η σημαντική διαφορά σημειώθηκε μεταξύ των ατόμων ηλικίας 12–15 και αυτών που είχαν ηλικία 8–11, 16–18 και 18 <..... Τα άτομα ηλικίας 8–11 σημείωσαν τη μικρότερη βαθμολογία ενώ την υψηλότερη τα άτομα ηλικίας 16–18.

Αναφορικά με τα άτομα χωρίς αναπηρία σημαντική διαφορά σημειώθηκε στην παράμετρο της «υγείας – φυσικής κατάστασης» μεταξύ των ατόμων ηλικίας 16–18 ετών με τα άτομα ηλικίας 12–15, 18 και άνω.

Το φύλο παρουσίασε σημαντική διαφορά μόνο στον παράγοντα της «εμφάνισης» ως λόγο παρακίνησης στην ενασχόληση με την άσκηση στην ομάδα των ατόμων χωρίς αναπηρία με τις γυναίκες να υπερτερούν, ανάλογα βέβαια και με το επίπεδο ενασχόλησης. Οι γυναίκες χωρίς αναπηρία που ασχολούνταν ερασιτεχνικά με τον αθλητισμό σημείωσαν την υψηλότερη βαθμολογία στην παραπάνω παράμετρο.

Η ενασχόληση με τον αθλητισμό στα άτομα με αναπηρία έχει θετικές επιπτώσεις στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται τη ζωή τους. Η συμμετοχή τους σε σωματικές δραστηριότητες αυξάνει τη σωματική τους ικανότητα επιδρώντας θετικά στην εκτίμηση του ίδιου του ατόμου. Κατά συνέπεια η αυξημένη εκτίμηση οδηγεί σε αύξηση της αυτοεκτίμησης. Η άθληση βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ατόμων με κινητική αναπηρία, παρέχοντας σημαντικά σωματικά και ψυχολογικά οφέλη. Μέσω της άσκησης βελτιώνεται ο τρόπος που οι έφηβοι αντιλαμβάνονται το σώμα τους και την εμφάνισή τους, βελτιώνεται η κατάσταση της υγείας τους, ενώ συγχρόνως έρχονται σε επαφή με συνομήλικα άτομα, αυξάνουν τις κοινωνικές τους επαφές και δεν απομονώνονται.

Για τους παραπάνω λόγους, τόσο οι καθηγητές Φυσικής Αγωγής όσο και οι επαγγελματίες υγείας (ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί) ή ακόμη και όσοι ασχολούνται με τον τομέα της αποκατάστασης (φυσίατροι, φυσιοθεραπευτές) οφείλουν να ενισχύουν τα κίνητρα για συμμετοχή στον αθλητισμό και να προσανατολίζουν τα άτομα με κινητική αναπηρία προς την επίτευξη των προσωπικών τους στόχων. Η συμμετοχή τους σε κατάλληλα, οργανωμένα και δομημένα προγράμματα άσκησης μπορεί να συμβάλλει στην περεταίρω βελτίωση των ψυχολογικών παραμέτρων γεγονός που έχει άμεση σχέση και με τη διαμόρφωση θετικής αυτοαντίληψης και υψηλής αυτοεκτίμησης.

### ***Προτάσεις – Πρακτικές***

Είναι προφανές ότι κατά τη διεξαγωγή της έρευνας προέκυψαν διάφορα εμπόδια. Τα περισσότερα από αυτά αφορούσαν το μικρό αριθμό του δείγματος, γεγονός που οδήγησε στην αύξηση της ηλικιακής βαθμίδας του εξεταζόμενου δείγματος, ώστε το δείγμα να είναι τουλάχιστον ικανοποιητικό. Εντούτοις, έπρεπε να τηρείται η προϋπόθεση της φοίτησης σε κάποια εκπαιδευτική βαθμίδα (μέχρι και ανώτερα ή ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα) ώστε να μη διαφοροποιηθούν πολύ τα



αποτελέσματα της έρευνας. Όπως αποδείχτηκε, το δείγμα θα ήταν μεγαλύτερο αν η ίδια έρευνα διεξαγόταν σε ηλικίες άνω των 18 ετών. Βέβαια, δεδομένης της ιδιαιτερότητας του δείγματος (άτομα με αναπηρία) ήταν αναμενόμενη κατά κάποιο τρόπο η μικρή συμμετοχή τους σε αθλητικούς συλλόγους.

Μεγαλύτερη δυσκολία στη διεξαγωγή της έρευνας απαντήθηκε κατά την επαφή με συνδικαλιστικούς συλλόγους οι οποίοι δεν ήταν πάντα πρόθυμοι να βοηθήσουν στη δειγματοληψία. Αποδείχθηκε ωστόσο, ότι είτε υπήρχαν άτομα μικρότερης ηλικίας από την ερευνώμενη, είτε η κινητική αναπηρία συνοδευόταν συχνά και από νοητική υστέρηση ή νοητική έκπτωση, οπότε τα άτομα αυτά αποκλείονταν από τον ερευνώμενο πληθυσμό.

Από τη βιβλιογραφία προκύπτει ότι η θετική επίδραση της άσκησης στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της σωματικής αυτοαντίληψης, με επακόλουθο την ενδυνάμωση της συνολικής αυτοαντίληψης.

Πρέπει να επισημανθεί ότι στην Ελλάδα η έρευνα στο χώρο της Φυσικής Αγωγής των ατόμων με κινητική αναπηρία είναι εξαιρετικά περιορισμένη, γεγονός που καθιστά επιτακτική την ανάγκη για την διεξαγωγή επιπλέον μελετών στον τομέα αυτό και προς όλες τις κατευθύνσεις και ηλικιακές ομάδες. Αφού ο όγκος της διεθνούς βιβλιογραφίας τονίζει ότι η συμμετοχή σε κατάλληλα και οργανωμένα προγράμματα άσκησης συμβάλλει στη διαμόρφωση θετικής αυτοεκτίμησης και υψηλής αυτοαντίληψης, η υιοθέτηση κατάλληλων στάσεων και συμπεριφορών από την πλευρά των ατόμων με κινητική αναπηρία, θα εξασφαλίσει σε μεγάλο βαθμό σωματική ευεξία και ψυχική υγεία. Εξάλλου, κίνητρο για την ενασχόληση με την άσκηση όπως αποδείχθηκε, αποτελούν τόσο η βελτίωση της υγείας, της ικανότητας όσο και η ψυχαγωγία και η κοινωνικοποίηση. Η ανάγκη για ανάπτυξη φιλικών σχέσεων και η συνεύρεση με «ομοίους» φαίνεται να δρα θετικά στην παρακίνηση των ατόμων με αναπηρία για την ενασχόληση με τον αθλητισμό.

Σε ένα άλλο επίπεδο, ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η σύγκριση ατομικών και ομαδικών αθλημάτων ως προς την επίδραση της κοινωνικοποίησης και της καλύτερης ενσωμάτωσης των ατόμων με αναπηρία, καθώς και η επέκταση της έρευνας σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Ίσως θα ήταν σκόπιμο να διερευνηθεί περαιτέρω ο λόγος που τα άτομα με αναπηρία ασχολούνται με τον αθλητισμό υψηλών επιδόσεων. Ενδιαφέρον θα ήταν ίσως να εξεταστεί ποια αθλήματα είναι πιο δημοφιλή μεταξύ των ατόμων με αναπηρία, αν δείχνουν προτίμηση στα ατομικά ή ομαδικά αθλήματα και

για ποιους λόγους, και αν υπάρχουν αθλήματα που θα μπορούσαν να κινητοποιήσουν το γυναικείο πληθυσμό να συμμετέχει περισσότερο σε αυτά. Ίσως θα μπορούσε επίσης να συσχετισθεί το επίπεδο ενασχόλησης με τον αθλητισμό με το πολιτιστικό - οικονομικό επίπεδο των ατόμων με αναπηρία

Μια άλλη σημαντική πτυχή που θα τύγγανε ιδιαίτερου ενδιαφέροντος θα ήταν η σύγκριση ομάδων με διαφορετικούς βαθμούς αναπηρίας, ώστε να διερευνηθεί αν η σοβαρότητα της αναπηρίας αποτελεί εμπόδιο στην ενασχόληση με την άσκηση και κατά πόσο επιδρά στη «Συνολική Αυτοεκτίμηση» και αυτοαντίληψη του ατόμου με κινητική αναπηρία.

Επίσης, εξίσου ενδιαφέρον θα ήταν να διερευνηθεί το πεδίο της αυτοαντίληψης γενικότερα και στο χώρο της ψυχικής υγείας ή και στα άτομα με νοητική υστέρηση, εφόσον σταθμίζονταν κατάλληλα τα ερωτηματολόγια της αυτοαντίληψης και της παρακίνησης, ή βρίσκονταν εναλλακτικοί τρόποι ώστε να ληφθούν τα στοιχεία προς διερεύνηση.

Το θέμα του φύλου, θα ήταν επίσης ενδιαφέρον να εξετασθεί πιο ενδελεχώς, μια και καμία προηγούμενη μελέτη δεν έχει διερευνήσει πιο εξειδικευμένα τη σημασία της συμμετοχής των γυναικών με κινητική αναπηρία σε ομαδικά αθλήματα. Το θέμα του φύλου παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον εξάλλου, αν ληφθεί υπόψη ότι τα αγόρια με αναπηρία ασχολούνται περισσότερο με τον αθλητισμό από ότι τα κορίτσια με αναπηρία. Δεν είναι ακόμη γνωστό αν το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι τα αγόρια είναι πιο επιρρεπή στους τραυματισμούς που καταλήγουν σε κινητική αναπηρία ή αν τα κορίτσια είναι πιο προστατευμένα στο οικογενειακό περιβάλλον ή προτιμούν άλλες μορφές κοινωνικοποίησης ή ψυχαγωγίας εκτός της άσκησης από ότι τα αγόρια.

Τέλος, λίγα είναι ακόμη γνωστά για την έννοια και τη σημασία που κατέχει ο αθλητισμός υψηλών επιδόσεων στα άτομα με κινητικές αναπηρίες στον Ελλαδικό χώρο τουλάχιστον, οπότε το πεδίο είναι πρόσφορο ακόμη για οποιαδήποτε έρευνα.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Adler, P.A., Kless, S.J., & Adler, P. (1992). Socialization to gender roles: Popularity among elementary school boys and girls, *Sociology of Education*, 65(3), 169-187.
- Bailey, D., Malina, R.M., & Mirwald, R.(1986). The child, physical activity and growth. In F. Falkner and J.M. Tanner (Eds.), *Human Growth: Postnatal growth, neurology*, 2, (pp. 147-170). New York: Plenum Press.
- Barnett, N.P., Smoll, F.L. & Smith, R.E. (1992). Effects of enhancing coach athlete relationships on youth sport attrition. *Sport Psychologis*, 6, 111–127.
- Bar-Or, O. (1983). *Pediatric sports medicine for the practitioner*. New York: Springer-Verlag.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529.
- Ben-Tovim, D. I. & Walker, M. K (1995). Body image disfigurement and disability. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 283-291.
- Blair, S.N., Kohl, H.W., Gordon, N.F., & Raffenberg, R.S., JR (1992). How much physical activity is good for health? *Annual Review of Public Health*,13, 99-126.
- Block, M.E. (1995). American with Disabilities Act: Its impact in youth sports. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, 66, 28 -32 .

- Burgess, G., Grogan, S. & Burwitz, L. (2005). Effects of a 6-week aerobic dance intervention on body image and physical self-perceptions in adolescent girls. *Body Image*, 3, 57-66.
- Burns, R.B. (1986). *The Self Concept: Theory, Measurement, Development and Behaviour*. London : Longman.
- Campbell, E., & Jones, G.(1994). Psychological wellbeing in wheel-chair sport and non participants. *Adapted Physical Activity Quarterly*,11, 404-415.
- Carpenter, R. (1976). Integration self concept and recreation. *Leisure ability*, 3, 31-36.
- Caspersen, C.J., Powell, K.E., & Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health - related research. *Public Health Reports*, 100, 126-131.
- Cazenave, N., Peultier, A.- S. , & Lefort, G. (2008). L'activité physique et sportive et l'estime de soi chez les adolescents handicapés : le cas de la pathologie du pied bot. *Annales medico-psychologiques, revue psychiatrique*, 166(10), 789-793.
- Chase, M., & Dummer, G. (1992). The role of sport as a social status determinant for children. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 63, 418-424.
- Chatzisarantis, N., Biddle, S.J.H., & Meek, G.A., (1997). A Self-Determination Theory approach to the study of intentions and the intention – behavior relationship in children's physical activity. *British Journal of Health Psychology*, 2, 343-360.
- Chawla, J.C. (1994). ABC of Sports Medicine: Sport for people with disability, *British Magazine Journal*, 308, 1500-1504.
- Collingwood, T.R., & Willet, L. (1971). The effects of physical training upon self-concept and body attitude. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 411- 412.

- Cooper, M. (1984). *Attitudes toward physical activity and sources of attraction to sport of cerebral palsied athletes*. Unpublished doctoral dissertation. Texas Woman's University, Denton.
- Corbin, C.B., Dowell, L.J., Lindsay, R., & Toloson, H. (1983). *Concepts of physical education with laboratories and experiments*. Ed.3 W. C. Brown & Company, Publishers Dubuque.
- Davis, C., Elliot, S., Dionne, M., & Mitchell, I. (1991). The relationship of personality factors and physical activity to body satisfaction in men. *Personality and Individual Differences*, 12, 689-694.
- Davis, G.M., Shephard, R.J., & Jackson, R.W. (1981). Cardiorespiratory fitness and muscular strength in the lower limb disabled. *Canadian Journal of Applied Sport Science*, 6, 159-165
- Deci, E.L. (1971). Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 18, 105-115.
- Deci, E.L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York: Plenum
- Deci, E.L., Betley, G., Kahle, J., Abrams, L., & Pore, J. (1981). When trying to win: Competition and intrinsic motivation. *Personality and social Psychology Bulletin*, 7, 79-83
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E.L., Eghrari, H., Patrick, B.C., & Leone, D.R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of Personality*, 62, 119-142.

- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: human needs and the self – determination of behavior. *Psychology Inquiry*, 11, 227-268.
- Diener, E (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Doganis, G. (2000). Development of a Greek version of the Sport Motivation Scale. *Perceptual and Motor Skills*, 90, 505-512.
- Duda, J.L. (1992). Motivation in sport settings: A goal perspective approach. In G. C. Roberts (Ed), *Motivation in sport and exercise* (pp.57-92). Champaign, IL: Human Kinetics
- Duda, J.L., & Nicholls, J.G. (1992). Dimensions of Achievement motivation in schoolwork and sport. *Journal of Educational Psychology*, 84, 290-299.
- Duda, J.L., Olson, L.K., & Templin, T.J. (1991). The relationship of task and ego orientation to sportsmanship attitudes and perceived legitimacy of injurious acts. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 62 (1), 79-87.
- Duda, J.L., & White, S. (1992). Goal orientations and beliefs about the causes of sport success among elite skiers. *The Sport Psychologist*, 6, 334-343.
- Duda, J.L., Chi, L., Newton, M.L., Walling, M. D., & Catlley, D. (1995). Task and ego orientation and intrinsic motivation in sport. *International Journal of Sport Psychology*, 26, 40-63.
- Durstine J.L., Painter P., Franklin B.A., Morgan D., Pitetti K.H., & Roberts S.O. (2000). Physical Activity for the Chronically Ill and Disabled. *Sports Medicine*, 30, 207-219.
- Emes, G. (1981). Fitness and the physically disabled: a review. *Canadian Journal of Applied Sport Science*, 6, 176-178.

- Evans, J.R., & Roberts, G.C. (1987). Physical competence and the development of peer relations. *Quest*, 39, 23-35.
- Faulkner, G., & Taylor, A.H. (2005). *Exercise, health and mental health: Emerging relationships*. London: Routledge.
- Ferreira, J.P.& Fox K.R. (2008). Physical self- perceptions in wheelchair sport participants. Players with and without disability: a preliminary analysis using the Physical Self Perception Profile. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 1(1), 35- 49.
- Ferreira, J.P., & Fox K.R. (2004). Self- perceptions and exercise in groups with special needs: Preliminary analyses, Physical activity and promotion of mental health: proceedings of the First International Symposium of Exercise and Health Psychology 33 – 40. Coimbra (PT): Universidade de Coimbra.
- Ferreira, J.P.,& Meek, G.A. (2001). Portuguese wheelchair athletes self-perceptions in the physical domain: Preliminary analysis. *Proceedings of the 13th International Symposium, 5th European Congress of Adapted Physical Activity* (p.50). Vienna.
- Fox, K. (2000). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 228-240.
- Fox, K.R., & Corbin, C.B. (1989). The physical self-perception profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11, 408–430.
- Frederick, C.M., & Ryan, R.M. (1993). Differences in motivation for sport and exercise and their relationships with participation and mental health. *Journal of Sport Behavior*, 16, 125-145.

- Gass, G.C., & Camp, E.M. (1979). Physiological characteristics of trained Australian paraplegic and tetraplegic subjects. *Medicine and Science in Sports*, 11, 255-259.
- Goffman, E., (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster, Inc.
- Gonni, A., & Zulaika, L., (2000). Relationships between physical education classes and the enhancement of fifth grade pupils' self concept. *Perceptual and Motor Skills*, 91, 246-250.
- Gottfried, A.E. (1985). Academic intrinsic motivation in elementary and junior high school students. *Journal of Educational Psychology*, 20, 205-215.
- Goudas, M., Biddle, S., & Underwood, M. (1995). A prospective study of the relationships between motivational orientations and perceived competence with intrinsic motivation and achievement in a teacher education course. *Education Psychology*, 15, 80-96.
- Goudas, M., Biddle, S., & Fox, K. (1994b). Perceived locus of causality, goal orientations, and perceived competence in school physical education classes. *British Journal of Educational Psychology*, 64, 453-463.
- Goudas, M., Biddle, S., Fox, K., & Underwood, M. (1995). It ain't what you do, it's the way you do it! Teaching style affects children's motivation in track and field lessons. *The Sport Psychologist*, 9, 254-264.
- Goudas, M., Dermizaki, I., & Bagiatis, K.(1999). *Differences in students' motivation. in physical education according to their participation in sports* In(Ed.) Proceedings of the 10<sup>th</sup> European Congress on Sport Psychology, Prague: Charles University in Prague: CZ



- Graham, R., Kremer, J., & Wheeler, G. (2008). Physical Exercise and Psychological well-being among people with chronic illness and disability, *Journal of Health Psychology*, 13 (4), 44-45.
- Greenwood, C.M., Dzewaltowski, D.A., & French, R. (1990). Self-efficacy and psychological well-being of wheel-chair tennis participants and wheel-chair non tennis participants. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 7, 12-21.
- Grouzet, F., Vallerand, R.J., Thill, E., & Provencher, P. (2000). *On the social factors-motivation-outcomes casual sequence: A test of the Hierarchical Model of intrinsic and extrinsic motivation*. Manuscript submitted for publication.
- Hall, E.E., Ekkekakis, P., & Petruzzello, S.J. (2002). The affective beneficence of vigorous exercise revisited? *British Journal of Health Psychology*, 7(1), 47-66.
- Harter, S. (1978). Effectance motivation reconsidered: Toward a developmental model. *Human Development*, 21, 34-64.
- Harter, S. (1981). A model of intrinsic mastery motivation in children: Individual differences and developmental change. In A.Collins (Ed.), *Minnesota Symposium on Child Psychology* 14. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Heath, G., & Fentem, P. (1997). Physical activity among persons with disabilities: a public health perspective, *Exercise Sport Science Review*, 25, 195-234.
- Helbing, J.C. (1982). Zelfwaardering: Meting en validiteit [Self-esteem: Measurement and validity]. *Nederlands tijdschrift voor de Psychologie*, 11, 257-277.
- Hoy, W.K., & Miskel, C.G. (1991), *Educational Administration: Theory, Research, and Practice*, 4th edition, McGraw-Hill, New York, NY.

- Hutzler, Y., & Bar-Eli, M. (1993). Psychological benefits of sports for disabled people: a review. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 3, 217 – 228.
- Johnston, O., Reilly, J., & Kremer, J. (2004). Women's experiences of appearance concern and body control across the lifespan: Challenging accepted wisdom. *Journal of Health Psychology*, 9(3), 397-410.
- Kälbli, K., Osvath, P., Gita, S., & Rigler, E. What motivate top level athletes with disability to do sport? Ημερομηνία ανάκτησης: 10-02-2010. <http://www.docstoc.com/docs/41776517/What-motivate-top-level-athletes-with-disability-to-do-sport>.
- Launer, L., Harris, T., Rumpel, C., Medans, J. (1994). Body mass index, weight change, and risk of mobility disability in middle – aged and older women. *Journal of the American Medical Association*, 271, 1093-1098.
- Lawlor, D.A., & Hopker, S.W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: Systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 322, 1–8.
- Leith, M.L., & Taylor, A.H. (1991). Behavior modification and exercise adherence: A literature review. *Journal of Sport Behavior*, 15, 60-74.
- Lenze, E.J., Rogers, J.C., Martire, L. M., Mulsant, B.H., Rollman, B.L., Dew, M.A., Scultz, R., Reynolds, C. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability: A review of the literature and prospects for future research. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(2), 113–135 .
- Lindwall, M., & Lindgren, E.C. (2005) The effects of a 6-month exercise intervention programme on physical self-perceptions and social physique anxiety in non-physically active adolescent Swedish girls. *Psychology of Sport and Exercise*, 6, 643-658.

- Λεονταρή, Α (1996). *Αυτοαντίληψη*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Mc Auley, E., Bane, S.M., & Mihalco, S.L. (1995). Exercise in middle-aged adults: Self-efficacy and self presentational outcomes. *Preventive Medicine*, 24, 319-328.
- McCaughtry, N. (2004). The emotional dimensions of a teacher's pedagogical content knowledge: Influences on content, curriculum and pedagogy. *Journal of Teaching in Physical Education*, 23, 30-47.
- McCaughtry, N., Barnard, S., Martin, J., & Cothran, D. (2004). Learning to transform EPEC curriculum for urban and multicultural schools. In N. McCaughtry (Chair), *Detroit Healthy Youth Initiative*. Symposium at the meeting of the American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance, New Orleans, LA.
- Markland, D. (1999). Self-Determination Moderates the Effects of Perceived Competence on Intrinsic Motivation in an Exercise Setting. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 21, 351-361.
- Marks, D. (1977). Models of disability, *Disability Rehabilitation*, 19, 85-91.
- Marsh, H.W., Richards, G.E., Johnson, S., Roche, L., & Tremayne, P. (1994). Physical Self- Description Questionnaire: Psychometric Properties and a multitrait-multimethod analysis of relations to existing instruments. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 270-305.
- Marsh, H.W., & Redmayne, R.S. (1994). A multidimensional physical self-concept and its relation to multiple components of physical fitness. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 45-55.
- Martin, J. (1999). Predictors of Social Physique Anxiety in adolescent swimmers with physical disabilities. *Adopted Physical Activity Quarterly*, 16, 75-85.

- Martin, K.A., Latimer, A.E., Francoeur, C., Hanley, H., Watson, K., Hicks, A.L., & Mc Cartney, N. (2002). Sustaining exercise motivation and participation among people with spinal cord injuries – lessons learned from a 9-month intervention. *Palaestra*, 18, 38-42.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. Harper & Row, New York.
- Motl, R.W., Berger B.G., Leuschen P.S. (2000). The role of enjoyment in the exercise-mood relationship. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 347-363.
- Μουστάκα, Φ. & Βλαχόπουλος, Σ. (2000). Διαφορές μεταξύ ασκουμένων με έντονα και άτονα κίνητρα συμμετοχής ως προς τη συχνότητα. *Φυσική Δραστηριότητα και Ποιότητα Ζωής – Ηλεκτρονικό Περιοδικό*, 1,18- 26.
- Μπότσαρη – Μακρή, Ε. (2001). *Αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Nicholls, J.G. (1984). Achievement motivation: conceptions of ability, subjective experience, mastery choice, and performance. *Psychological Review*, 91(3), 328-346.
- Oliver, M. (1990) *The politics of disablement*, Macmillan, London.
- Qvortrup, J. (1994). Childhood matters: an introduction. In: J. Qvortrup, M. Bardy, G. Sgritta and H. Wintersberger, Editors, *Childhood matters: social theory, practice and politics*, Avebury, Aldershot, 1–24.
- Pangrazi, R.P. (1997). *Διδασκαλία της Φυσικής Αγωγής στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση*. (Επιμ. έκδοσης: Ευθύμης Κιουμουρτζόγλου). Θεσσαλονίκη: Εκδ. University Studio Press.

- Papaioannou, A., & Theodorakis, Y. (1996). A test of three models for the prediction of intention for participation in physical education lessons. *International Journal of Sport Psychology*, 27, 383-399.
- Paulsen, P., French, R., Sherrill, C. (1990). Comparison of wheelchair athletes and non athletes on selected mood states. *Perception Motor Skills*, 71, 1160-2.
- Pedersen, B.K., & Saltin, B. (2006). Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 16(1), 3-63.
- Pelletier, L.G., Fortier, M.S., Vallerand, R.J., Tuson, K.M., Briere, N.M., & Blais, M.R. (1995) Toward a new measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation in sports: The Sport Motivation Scale (SMS). *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17, 35-62.
- Παπαχαρίσης, Β., Χασάνδρα, Μ., & Γούδας, Μ. (2000). Ο Ρόλος της Εσωτερικής Παρακίνησης στο Μάθημα της Σχολικής Φυσικής Αγωγής. *Φυσική Δραστηριότητα και Ποιότητα Ζωής*, 1, 1-17.
- Rhodes, E.G., McKenzie, D.C., Coutts, K.D., & Rogers, A.R. (1981). A field test for the prediction of aerobic capacity in male paraplegics and quadraplegics. *Canadian Journal of Applied Sports Science*, 6, 182-186.
- Rimal, R. (2001). Longitudinal influences of knowledge and self-efficacy on exercise behaviour: Tests of a mutual reinforcement model. *Journal of Health Psychology*, 6(1), 31-46.
- Rimmer J.H, (2005). The conspicuous absence of people with disabilities in public fitness and recreation facilities: lack of interest or lack of access? *American Journal Health Promotion*, 19(5), 327-329.
- Roberts, G.C., (2000). *Advances in motivation in sport and exercise*. Champaign, IL: Human Kinetics.

- Robinson, K., (2008). Well spring. Are we ready? Full participation of people with disabilities at community facilities. *Alberta centre for active living. Research and education for the promotion of physical activity*, 19(3). (φωλλάδιο)
- Ryan, R.M. (1982). Control and information in the intrapersonal sphere: An extension of cognitive evaluation theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 450-461.
- Ryan, R.M., Frederick, S.M., Lipes, D., Rubio, N., & Sheldon, K.M. (1997). Intrinsic motivation and exercise adherence. *International Journal of Sport Psychology*, 28, 335-354.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Saap, M., & Haubenstricker, J. (1978). *Motivation for joining and reasons for not continuing in youth sports programs in Michigan*. Paper presented at AAHPER Conference. Kansas City, MO.
- Sands, R.T., & Wettenhall, R.S., (2000). Female wheelchair athletes and changes to body image, *International Journal of Disability, Development and Education*, 47(4), 413 – 426.
- Sanmartin, G, & Pertegaz, C., (2006). Analisis de los motivos para la participacion en actividades fisicas de personas con discapacidad. *RICUDE(Revista Internacional de Ciencia y del Deporte)*, 2 (2), 49 – 64.
- Sarrazin, P., Vallerand, R., Guillet, E., Pelletier, L., & Cury, F. (2002). Motivation and dropout in female handballers: a 21-month prospective study. *European Journal of Social Psychology*, 32, 395-418.

- Scully, D., Kremer, J., Meade, M., Graham, R & Dudgeon, K. (1998). Physical exercise and psychological well being: a critical review. *British Journal of Sports Medicine*. 32,111-120.
- Shakespeare, T. (2002). The social model of disability: an outdated ideology?, *Research Social Science Disability*, 2, 9–28.
- Shakespeare, T., N. Watson, Cunningham-Burley, S. & Barnes, C. (2000). Life as a disabled child: a qualitative study of young people's experiences and perspectives, Department of Nursing Studies, University of Edinburgh .
- Shavelson, R.J., Hubner, J.J., & Stanton, G.C. (1976). Self – concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 104-441.
- Sit Hui Ping (1999). *Participation motivation in sport: a comparative study of able-bodied and Disabled School-aged children in Hong Kong*, Ημερομηνία ανάκτησης: 12-02-2010. [http://: en.scientificcommons.org/7856045](http://en.scientificcommons.org/7856045)
- Slade, P.D., (1994). What is body image?. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 497–502.
- Smith, R. (1984). Identity crisis. *Nursing Mirror*, 158, 1-6.
- Sonstream, R.J. (1984). Exercise and self-esteem. *Exercise and Sport Science Reviews*, 12, 123-155.
- Sonstream, R. J., Harlow, L.L., Josephs, L. (1994). Exercise and Self-Esteem: Validity of model expansion and Exercise Associations. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 16, 29-42.
- Sport England (2001). *Young people with a disability and sport*, Sport England, London

- Stewart, N. (1981). Value of sport in rehabilitation of the physically disabled. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, 6, 166-167.
- Taleporos, G & McCabe, M.P. (2002) Body image and physical disability - personal perspectives. *Social Science & Medicine*. 54(6), 971-980.
- Taylor, R, Kirby, B., Burdon, D., & Caves, R. (1998). The assessment of recovery in patients after myocardial infraction using three generic quality of life measures. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 18, 139-144.
- Teal, J.C. & Athelstan, G.T. (1975). Sexuality and spinal cord injury: Some psychosocial considerations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* ,56, 264–268.
- Τοκμακίδης, Σ., & Δούδα, Ε. (1999). Προσαρμογές κατά την αναπτυξιακή ηλικία. *1ο Παγκόσμιο Συνέδριο Φυσικής Αγωγής*, 33-48 (πρακτικά).
- Tsorbatzoudis, H. (2005). Psychometric evaluation of the Greek physical self-description questionnaire. *Perceptual & Motor Skills*, 101(1), 79-89.
- Vallerand, R.J. (2007). Intrinsic and extrinsic motivation in sport and physical activity: A review and a look at the future. In G. Tenenbaun & E. Eklund (Eds.), *Handbook of sport psychology* (3<sup>rd</sup> ed.), New York: John Wiley.
- Vallerand, R.J. (1997). Toward a hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. In M.P. Zanna (Ed.). *Advances in experimental social psychology* 271-360, San Diego, CA: Academic Press.
- Vallerand, R.J. (2001). *Deci and Ryan's Self-Determination Theory: A View from the Hierarchical Model of Intrinsic and Extrinsic Motivation*. Laboratoire de Recherche sur le Comportement Social. Université du Québec à Montréal. 312-318.



- Vallerand, R.J., Guay, F., & Blanchard, C.B. (2000). *A confirmatory test of the Hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation*. Manuscript submitted for publication.
- Vallerand, R.J., & Bissonnette, R. (1992). On the predictive effect of intrinsic, extrinsic, and amotivational styles on behavior: a prospective study. *Journal of Personality*, 60, 599-620.
- Van de Vliet, P., Knapen, J., Onghena, P., Fox, K.R., Van Coppenolle, H., David, A., Pieters, G., & Peuskens, J. (2002). Assessment of physical self-perceptions in normal Flemish adults versus depressed psychiatric patients. *Personality and Individual Differences*, 32, 855–863.
- Van De Vliet, P., Knapen, J., Fox, K.R., Onghena, P., David, A., Probst, M., Van Coppenolle, H., & Pieters, G. (2003). Changes in psychological well-being in female patients with clinically diagnosed depression: an exploratory approach in a therapeutic setting. *Psychology, Health & Medicine*, 8, 399-408.
- Van de Vliet, P., Van Biesen, D., & Vanlandewijck, Y.C., (2008). Athletic identity and self-esteem in Flemish athletes with a disability. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 1(1), 9–21.
- Wankel, L.M. (1985). *Factors affecting sport participation: Enjoyment and dissatisfaction in minor sport*. Alberta: The University of Alberta.
- Weiss, M.R.; Duncan, S.C. (1992). The relationship between physical competence and peer acceptance in the context of children's sports participation. *Journal of Sport and Exercise*, 14(2), 177-191.
- Weiss, M.R., & Petlitchkoff, L. (1989). Children's motivation for participation in and withdrawal from sport: Identifying the missing links. *Pediatric Exercise Science*, 1(3), 195-211.

- World Health Organization (2002). *Physical activity: how much is needed*. Washington DC: Physical activity - World Health Organization.
- Wylie, R.C., (1989). *Measures of self-concept*. Lincoln, NE. University of Nebraska.
- Yeung, R.R. (1996). The acute effects of exercise on mood state. *Journal of Psychosomatic Research*, 2, 123–141.
- Yuker, H., & Hurley, M.K., (1987). Contact with and attitudes towards persons with disabilities: The measurement of intergroup contact. *Rehabilitation Psychology*, 32(3), 145 - 154

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΔΗΜΟΚΡΙΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΡΑΚΗΣ

## ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ Κ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

**ΑΝΩΝΥΜΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.** Αφιέρωσε 15 λεπτά για μια έρευνα.

Διάβασε προσεκτικά τις πληροφορίες και τις οδηγίες που ακολουθούν για τη σωστή συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που μοιράζεται μέσα στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής εργασίας της Κας Ιωαννίδου Δέσποινας, με τίτλο : **Το επίπεδο αυτοαντίληψης των ατόμων με κινητική αναπηρία και οι λόγοι παρακίνησης για την ενασχόλησή τους με την άσκηση.**

Οι απαντήσεις σου να είναι ειλικρινείς και αυθόρμητες για να είναι τα αποτελέσματα της έρευνας αξιόπιστα και έγκυρα. Δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις. Απάντησε σε όλες τις ερωτήσεις.

Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και αποτελούν αυστηρά απόρρητα στοιχεία στα οποία έχουν πρόσβαση μόνο η διεξάγουσα την έρευνα και οι υπεύθυνοι καθηγητές.

**Σημείωσε με X το αντίστοιχο πλαίσιο**

**ΦΥΛΟ:** ΑΓΟΡΙ  ΚΟΡΙΤΣΙ

1. **ΗΛΙΚΙΑ**...(χρόνια).....

8-11  12-15  16-18  18 και άνω

2. **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:**

ΜΑΘΗΤΗΣ  ΦΟΙΤΗΤΗΣ

3. **ΜΟΡΦΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ**

ΕΚ ΓΕΝΕΤΗΣ  ΕΠΙΚΤΗΤΗ

α)ΕΑΝ ΕΙΝΑΙ ΕΠΙΚΤΗΤΗ, ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΠΡΟΕΚΥΨΕ (χρόνια)

1-5  11-15   
6-10  16-18

4. **ΕΙΔΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ:**

ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΣ	<input type="checkbox"/>	ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ	<input type="checkbox"/>
ΚΑΚΩΣΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ	<input type="checkbox"/>	ΠΟΛΙΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ	<input type="checkbox"/>
ΑΛΛΟ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**ΒΑΘΜΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ:**.....

**5. ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ**

1-2	<input type="text"/>	7-8	<input type="text"/>
3-4	<input type="text"/>	9-10	<input type="text"/>
5-6	<input type="text"/>		<input type="text"/>

**6. ΠΟΙΟΣ ΣΑΣ ΠΑΡΑΚΙΝΗΣΕ ΝΑ ΑΣΧΟΛΗΘΕΙΤΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ;**

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΓΙΑΤΡΟΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙ	<input type="text"/>	ΓΟΝΕΙΣ	<input type="text"/>
ΔΑΣΚΑΛΟΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	<input type="text"/>	ΜΕΛΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΑΝΑΠΗΡΩΝ	<input type="text"/>
ΑΠΟ ΜΟΝΟΣ/Η ΣΟΥ	<input type="text"/>	ΠΡΟΠΟΝΗΤΗΣ	<input type="text"/>
		ΑΛΛΟΣ	<input type="text"/>

**7. ΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ ΜΟΝΟ ΜΕ ΜΙΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ**

ΝΑΙ  ΟΧΙ

**8. ΜΕ ΠΟΙΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ;**

ΜΠΑΣΚΕΤ ΚΟΛΥΜΒΗΣΗ ΤΕΝΝΙΣ	<input type="text"/>	ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΟ ΣΤΙΒΟ ΑΛΛΟ	<input type="text"/>
--------------------------------	----------------------	-----------------------------	----------------------

**11. ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΑΣΚΕΙΣΤΕ;(ΑΡΙΘΜΟΣ) .....**

**12. ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ ΕΙΧΑΤΕ ΑΣΧΟΛΗΘΕΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ;**  
 ΝΑΙ  ΟΧΙ

**ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ 11 ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΕΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΣΧΟΛΕΙΣΤΕ ΜΕ ΤΟΝ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟ ΥΨΗΛΩΝ ΕΠΙΔΟΣΕΩΝ**

**13.ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΕΙ ΜΕΡΟΣ ΣΕ ΑΓΩΝΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ;**

ΝΑΙ  ΟΧΙ

**16. ΑΝ ΝΑΙ, ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ ΑΓΩΝΕΣ ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΕΙ ΜΕΡΟΣ;:**

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΙ	<input type="text"/>	ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΙ	<input type="text"/>
ΜΕΕΤΙΝΓ	<input type="text"/>	ΠΑΝΕΥΡΩΠΑΙΚΟΙ	<input type="text"/>
ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΙ	<input type="text"/>	ΠΑΡΑΟΛΥΜΠΙΑΚΟΙ	<input type="text"/>
ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ	<input type="text"/>	ΑΛΛΟΙ	<input type="text"/>

**14. ΣΕ ΠΟΙΟ ΑΘΛΗΜΑ ΠΗΡΑΤΕ ΜΕΡΟΣ ΣΕ ΑΓΩΝΕΣ;**

.....

**15. ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΕ ΑΓΩΝΕΣ**1-2  
3-4  
5-6


7-8  
9-10


**17. ΠΟΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΣΑΣ;**(ΓΡΑΨΤΕ ΤΟΥΣ ΑΓΩΝΕΣ, π.χ. 2 φορές 2<sup>η</sup> θέση στους Παραολυμπιακούς):

.....

**18. ΠΟΙΑ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ ΥΨΗΛΩΝ ΕΠΙΔΟΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ (ΝΑ ΤΑ ΙΕΡΑΡΧΗΣΕΤΕ).**

ΑΠΟΥΣΙΑ ΧΩΡΩΝ ΑΘΛΗΣΗΣ


ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΗΝ  
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ  
ΑΘΛΗΣΗΣ  
(ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ)  
ΑΠΟΥΣΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΩΝ  
ΠΡΟΠΟΝΗΤΩΝ  
ΑΠΟΥΣΙΑ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ  
ΧΡΟΝΟΥ


ΑΠΟΥΣΙΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΩΝ  
ΟΡΓΑΝΩΝ  
ΣΥΧΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ**19. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΠΡΟΠΟΝΕΙΣΤΕ;**1 ΦΟΡΑ/  
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ


2 ΦΟΡΕΣ/  
ΕΒΔΟΜΑΔΑ


4 ΦΟΡΕΣ/  
ΕΒΔΟΜΑΔΑ


2 ΦΟΡΕΣ/  
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ3 ΦΟΡΕΣ  
/ΕΒΔΟΜΑΔΑ5 ΦΟΡΕΣ/  
ΕΒΔΟΜΑΔΑ**20. Η ΠΡΟΠΟΝΗΣΗ ΣΑΣ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ ΚΑΙ ΑΛΛΗ ΜΟΡΦΗ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΑΥΤΗΝ ΤΟΥ ΑΘΛΗΜΑΤΟΣ ΣΑΣ;**

ΝΑΙ

ΟΧΙ

**21. ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ; (ΑΡΙΘΜΟΣ).....****22. ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΗ;.....**

**23. ΠΩΣ ΜΕΤΑΚΙΝΕΙΣΤΕ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΑΣ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΣΚΗΣΗΣ;**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ  
ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟ


ΜΕΣΑ  
ΜΑΖΙΚΗΣ  
ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ  
MINI BUS


ΜΕ ΤΑ ΠΟΔΙΑ

ΜΕ ΤΟ  
ΑΝΑΠΗΡΙΚΟ  
ΑΜΑΞΙΔΙΟ


ΤΑΧΙ

ΑΛΛΟ

Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς ο κάθε άνθρωπος περιγράφει τον εαυτό του ως προς τη σωματική του κατάσταση. Απάντησε σε κάθε πρόταση όπως ακριβώς νιώθεις τώρα και όσο πιο γρήγορα μπορείς. Σε παρακαλώ, μην αφήσεις κενή απάντηση. Διάβασε κάθε πρόταση και διάλεξε την απάντησή σου. Για κάθε πρόταση, υπάρχουν 6 πιθανές απαντήσεις και 6 αριθμοί που αντιστοιχούν σε κάθε απάντηση:

1 = «Λάθος», 2 = «Σχεδόν λάθος», 3 = «Πιο λάθος από σωστό», 4 = «Πιο σωστό από λάθος», 5 = «Σχεδόν σωστό» και 6 = «Σωστό».

Διάλεξε μια απάντηση για κάθε πρόταση και βάλε σε κύκλο (○) τον αριθμό που βρίσκεται κάτω από την απάντησή σου. Μην συζητήσεις με κανέναν άλλον ή μην πεις δυνατά την απάντησή σου.

	Λάθος	Σχεδόν λάθος	Πιο λάθος παρά σωστό	Πιο σωστό παρά λάθος	Σχεδόν σωστό	Σωστό
1. Όταν είμαι αδιάθετος/η, αισθάνομαι τόσο άσχημα που δεν μπορώ να σηκωθώ ούτε από το κρεβάτι μου.	1	2	3	4	5	6
2. Μερικές φορές την εβδομάδα ασκούμαι ή παίζω τόσο έντονα που αυτό με κάνει να ανασαίνω πολύ γρήγορα (να λαχανιάζω).	1	2	3	4	5	6
3. Είμαι πολύ χοντρός/ή.						
4. Είμαι ελκυστικός/ή για την ηλικία μου.	1	2	3	4	5	6
5. Γενικά, τα καταφέρνω καλά σε οτιδήποτε κάνω.	1	2	3	4	5	6
6. Συνήθως «κολλάω» οποιαδήποτε αρρώστια κυκλοφορεί (γρίπη, ιούς, κρύωμα κλπ).	1	2	3	4	5	6
7. Συχνά ασκούμαι ή ασχολούμαι με δραστηριότητες που με κάνουν να ανασαίνω πολύ γρήγορα (να λαχανιάζω).	1	2	3	4	5	6
8. Η μέση μου είναι πολύ μεγάλη.	1	2	3	4	5	6
9. Έχω όμορφο πρόσωπο.	1	2	3	4	5	6
10. Δεν έχω πολλά για τα οποία να είμαι υπερήφανος/η.	1	2	3	4	5	6
11. Είμαι τόσο συχνά αδιάθετος/η που δεν μπορώ να κάνω όλα τα πράγματα που θέλω.	1	2	3	4	5	6
12. Ασκούμαι ή ασχολούμαι με δραστηριότητες τρεις ή τέσσερις φορές την εβδομάδα, οι οποίες με κάνουν να λαχανιάζω και διαρκούν τουλάχιστον 30 λεπτά.	1	2	3	4	5	6
13. Έχω πολύ λίπος στο σώμα μου	1	2	3	4	5	6

14. Έχω καλύτερη εξωτερική εμφάνιση από τους περισσότερους φίλους μου.	1	2	3	4	5	6
15. Αισθάνομαι ότι η ζωή μου δεν είναι πολύ χρήσιμη.	1	2	3	4	5	6
16. Σπάνια αδιαθετώ ή αρρωσταίνω	1	2	3	4	5	6
17. Ασχολούμαι με φυσικές δραστηριότητες (όπως jogging, χορό, ποδηλασία, αερόμπικ, γυμναστήριο ή κολύμβηση) τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα.	1	2	3	4	5	6
18. Είμαι υπέρβαρος/η.	1	2	3	4	5	6
19. Είμαι άσχημος/η.	1	2	3	4	5	6
20. Γενικά, δεν είμαι καλός/ή.	1	2	3	4	5	6
21. Αδιαθετώ συχνά.	1	2	3	4	5	6
22. Ασχολούμαι με πολλά αθλήματα, χορό, γυμναστήριο ή άλλες φυσικές δραστηριότητες.	1	2	3	4	5	6
23. Το στομάχι μου είναι πολύ μεγάλο.	1	2	3	4	5	6
24. Έχω καλή εξωτερική εμφάνιση	1	2	3	4	5	6
25. Τα περισσότερα πράγματα που κάνω, τα κάνω καλά.	1	2	3	4	5	6
26. Όταν είμαι αδιάθετος/η μου παίρνει καιρό για να γίνω καλά.	1	2	3	4	5	6
27. Ασχολούμαι με αθλήματα, ασκήσεις, χορό ή άλλες φυσικές δραστηριότητες σχεδόν κάθε μέρα.	1	2	3	4	5	6
28. Οι άλλοι πιστεύουν ότι είμαι χοντρός/ή	1	2	3	4	5	6
29. Κανείς δεν πιστεύει ότι έχω καλή εξωτερική εμφάνιση.	1	2	3	4	5	6
30. Γενικά, έχω πολλά πράγματα για τα οποία μπορώ να είμαι υπερήφανος/η.	1	2	3	4	5	6
31. Χρειάζεται να πηγαίνω στο γιατρό επειδή αρρωσταίνω πιο συχνά από τους περισσότερους συνομηλίκους μου.	1	2	3	4	5	6
32. Γενικά, είμαι μια αποτυχία	1	2	3	4	5	6
33. Συνήθως παραμένω υγιής ακόμη και όταν οι φίλοι μου είναι αδιάθετοι.	1	2	3	4	5	6
34. Τίποτα από ό,τι κάνω δεν φαίνεται να πηγαίνει καλά.	1	2	3	4	5	6



Στην παρακάτω λίστα υπάρχουν οι λόγοι που οι άνθρωποι ασχολούνται με φυσικές δραστηριότητες, τα σπορ και την άσκηση. Έχοντας στο νου την πρωταρχική σου φυσική δραστηριότητα/σπορ, απάντησε σε κάθε ερώτηση με βάση την κλίμακα που σου δίνεται, ανάλογα με το πόσο αληθής είναι η κάθε απάντηση για εσένα (τσεκάρετε με X)

	Καθόλου Αληθές	Πάρα πολύ λίγο	Λίγο	Έτσι και έτσι	Αρκετά	Πάρα πολύ	Απόλυτα αληθές
1.Επειδή θέλω να είμαι σε φόρμα							
2.Επειδή έχει πλάκα							
3.Επειδή μου αρέσει να εμπλέκομαι με δραστηριότητες που προκαλούν τη φυσική μου κατάσταση.							
4.Επειδή θέλω να πετυχαίνω καινούργιες δεξιότητες							
5.Επειδή θέλω να χάσω ή να διατηρήσω το βάρος μου για να δείχνω καλύτερα							
6.Επειδή θέλω να βρίσκομαι με φίλους/φίλες.							
7.Επειδή μου αρέσει αυτή η δραστηριότητα							
8.Επειδή θέλω να βελτιώσω υπάρχουσες δεξιότητες							
9.Επειδή μου αρέσει η πρόκληση							
10.Επειδή θέλω να αναπτύξω τους μύες μου ώστε να δείχνω καλύτερα							
11.Επειδή με κάνει χαρούμενο/η							
12.Επειδή θέλω να διατηρήσω το υπάρχον επίπεδο δεξιοτήτων μου							
13.Επειδή θέλω να έχω περισσότερη ενέργεια							
14.Επειδή μου αρέσουν δραστηριότητες που προκαλούν τη φυσική μου κατάσταση							
15.Επειδή μου αρέσει να βρίσκομαι με άλλους/άλλες που τους αρέσει αυτή η δεξιότητα							
16.Επειδή θέλω να βελτιώσω την καρδιαγγειακή μου κατάσταση							
17.Επειδή θέλω να βελτιώσω την εμφάνισή μου							
18.Επειδή πιστεύω ότι είναι ενδιαφέρον							
19.Επειδή θέλω να διατηρήσω τη σωματική μου δύναμη για να έχω μια υγιή ζωή.							
20.Επειδή θέλω να είμαι ελκυστικός στους άλλους/ άλλες							

	Καθόλου Αληθές	Πάρα πολύ λίγο	Λίγο	Έτσι και έτσι	Αρκετά	Πάρα πολύ	Απόλυτα αληθές
21.Επειδή θέλω να γνωρίζω νέους ανθρώπους							
22.Επειδή μου αρέσει αυτή η δραστηριότητα							
23.Επειδή θέλω να διατηρήσω τη σωματική μου υγεία και την ευημερία μου							
24.Επειδή θέλω να βελτιώσω την εικόνα του σώματός μου							
25.Επειδή θέλω να γίνομαι καλύτερος στην δραστηριότητά μου.							
26.Επειδή βρίσκω αυτή τη δραστηριότητα διεγερτική.							
27.Επειδή θα νιώθω σωματικά μη ελκυστικός/ή αν δεν το κάνω							
28.Επειδή οι φίλοι μου το θέλουν							
29.Επειδή με συναρπάζει το αίσθημα της συμμετοχής							
30.Επειδή μου αρέσει να περνάω τον χρόνο μου με άλλους κάνοντας αυτή τη δραστηριότητα							

Σας ευχαριστώ πολύ!