

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ, ΑΝΤΙΛΗΨΗ
ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ
ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ
ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ**

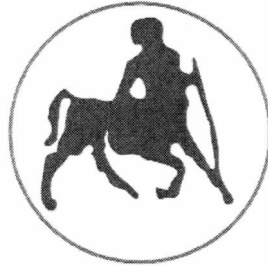
Πανούση Σταυρούλα
Α.Μ.:1010025

Επιβλέποντες Καθηγητές:

Α' επιβλέπων : Κλεφτάρας Γεώργιος, Αναπληρωτής Καθηγητής

Β' επιβλέπουσα : Βλάχου Αναστασία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Βόλος, 2014



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ, ΑΝΤΙΑΛΗΨΗ
ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ
ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ
ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ**

Πανούση Σταυρούλα
Α.Μ.:1010025

Επιβλέποντες Καθηγητές:

Α' επιβλέπων : Κλεφτάρας Γεώργιος, Αναπληρωτής Καθηγητής

Β' επιβλέπουσα : Βλάχου Αναστασία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Βόλος, 2014



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ & ΚΕΝΤΡΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ «ΓΚΡΙΖΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ»**

Αριθ. Εισ.: 12835/1
Ημερ. Εισ.: 12-08-2014
Δωρεά: Συγγραφέας
Ταξιθετικός Κωδικός: ΠΤ - ΠΕΑ
2014
ΠΑΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή και επόπτη της πτυχιακής μου εργασίας, κύριο Κλεφτάρα Γεώργιο για την πολύτιμη βοήθεια και υποστήριξη του κατά την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας. Επίσης, τον καθηγητή μου κύριο Αβραμίδη Ηλία για τη στήριξή του στο μεθοδολογικό κομμάτι της έρευνας. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους, όσοι συμμετείχαν στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, τόσο διότι χωρίς την ανιδιοτελή συμμετοχή τους θα ήταν αδύνατη η εκπόνηση της έρευνας όσο και για την άμεση ανταπόκριση τους.

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθεί η καταθλιπτική συμπτωματολογία στα άτομα με σωματικές δυσλειτουργίες στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, στόχο αποτέλεσε η διερεύνηση της σοβαρότητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στο συγκεκριμένο πληθυσμό σε σχέση με τον προσανατολισμό στο χρόνο ή αλλιώς τον τρόπο που ένα άτομο αντιλαμβάνεται την έννοια του παρελθόντος, του παρόντος και του μέλλοντος, καθώς και η μελέτη του βαθμού προσαρμογής του στη σωματική δυσλειτουργία. Η έρευνα έγινε σε δείγμα 100 ατόμων με σωματικές δυσλειτουργίες, μέλη διάφορων συλλόγων. Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Ερωτηματολόγιο Αυτο-εκτιμούμενης Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας, το Ερωτηματολόγιο Αντίληψης Χρόνου του Stanford και η Αναθεωρημένη Κλίμακα Προσαρμογής στη Σωματική Δυσλειτουργία. Σε γενικές γραμμές οι υποθέσεις για τη σχέση της προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία και του προσανατολισμού στο χρόνο επιβεβαιώθηκαν, οι υποθέσεις για την σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία μερικώς επιβεβαιώθηκαν, ενώ οι υποθέσεις για τη σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της αντίληψης του χρόνου καθώς και της επίδρασης των δημογραφικών στοιχείων στις τρεις μεταβλητές (κατάθλιψη, αντίληψη χρόνου και προσαρμογή στη δυσλειτουργία) δεν επιβεβαιώθηκαν.

Λέξεις-Κλειδιά: Καταθλιπτική συμπτωματολογία, προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία, αντίληψη χρόνου, άτομα με σωματικές δυσλειτουργίες

Abstract

The main purpose of this study was to examine depressive symptomatology in individuals with physical disabilities in Greece. More specifically, the study aimed at evaluating the severity of depressive symptomatology in this population, in relation to time perspective or else the way a person perceives the concept of past, present and future, as well as his/her degree of adaptation to physical disability. The sample of the present study consisted of 100 individuals with physical disabilities, members of various associations for individuals with disabilities. The measures that were administered were the Questionnaire of Self Evaluated Depressive Symptomatology, the Stanford Time Perspective Inventory and the Adaptation to Disability Scale-Revised. Generally, the hypotheses concerning the significant relationship between adaptation to disability and time perspective were confirmed, the hypotheses regarding the relationship between depressive symptomatology and adaptation to disability, were partly confirmed, whereas the hypotheses of the significant relationship between depressive symptomatology and time perspective were as well as the impact of demographics on all three variables (depression, time perspective, adaptation to disability) were not confirmed.

Key-Words: Depressive symptomatology, adaptation to physical disability, time perspective, individuals with physical disabilities.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΜΕΡΟΣ Ι- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	4
1. Σωματική δυσλειτουργία	4
1.1. Εισαγωγή.....	4
1.2. Ιστορική Αναδρομή.....	6
1.2.1. Ιατρικό μοντέλο.....	6
1.2.2. Κοινωνικό μοντέλο	7
1.3. Κατηγορίες σωματικών δυσλειτουργιών	8
2. Καταθλιπτική Συμπτωματολογία	10
2.1. Επίκτητες σωματικές δυσλειτουργίες και κατάθλιψη.....	11
2.1.1. Κατάθλιψη και κρανιοεγκεφαλική κάκωση (ΚΕΚ).....	11
2.1.2. Κατάθλιψη και βλάβη νωτιαίου μυελού.	12
2.1.3. Κατάθλιψη και ακρωτηριασμός	12
2.1.4. Κατάθλιψη και χρόνιες νευρολογικές ασθένειες.....	13
2.1.5. Κατάθλιψη και πολιομυελίτιδα.	14
2.1.6. Κατάθλιψη και σκλήρυνση κατά πλάκας.....	14
3. Προσαρμογή στην αναπηρία.....	15
3.1. Στάδια προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία.....	17
3.2. Προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία και αλλαγή αξιών	19
3.3. Προσαρμογή στην αναπηρία και παράγοντες που την επηρεάζουν	20
4. Η αντίληψη του χρόνου	22
4.1. Οι χρονικές διαστάσεις.....	23
4.1.1. Προσανατολισμός στο παρελθόν	23
4.1.2. Προσανατολισμός στο παρόν.....	23
4.1.3. Προσανατολισμός στο μέλλον	24
5. Κατάθλιψη και αντίληψη του χρόνου.....	24
6. Προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία και αντίληψη του χρόνου	25
7. Σύνοψη- Υποθέσεις	26
7.1. Στόχος της έρευνας	26
7.2. Υποθέσεις της έρευνας.....	27
ΜΕΡΟΣ ΙΙ : Μέθοδος	29
1. Δείγμα	29
2. Ψυχομετρικά εργαλεία	30

2.1.Ερωτηματολόγιο Αυτό-Εκτιμώμενης Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας (Questionnaired' Auto-Evaluation de la Symptomatologie Dépressive [QD2])	31
2.2.Ερωτηματολόγιο Αντίληψης Χρόνου του Stanford (Stanford Time Perspective Inventory [STPI]).....	32
2.3.Κλίμακα προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία -αναθεωρημένο (Adaptation to disability scale- Revised)	33
3. Διαδικασία	34
ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ : ΕΥΡΗΜΑΤΑ	35
1. Σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας	35
1.1.....Σχέσεις μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, της αντίληψης του χρόνου και της προσαρμογής στη δυσλειτουργία.....	35
2. Συγκρίσεις μεταξύ των δύο ομάδων προσαρμογής στη δυσλειτουργία ως προς τηνκαταθλιπτική συμπτωματολογία.	38
3. Συγκρίσεις μεταξύ των δύο ομάδων προσαρμογής στη δυσλειτουργία ως προς τον προσανατολισμό στο χρόνο.	38
4. Συγκρίσεις μέσωσν όρων μεταξύ των δύο φύλων ως προς την προσαρμογή στη δυσλειτουργία, την καταθλιπτική συμπτωματολογία και την αντίληψη του χρόνου.....	38
5. Αποτελέσματα συγκρίσεων των διαφόρων κατηγοριών δυσλειτουργίας και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, της προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία και της αντίληψης του χρόνου.	40
6.Προβλεπτικότητα των μεταβλητών της έρευνας	42
6.1. Προβλεπτικότητα των μεταβλητών της έρευνας ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία.....	42
6.2. Προβλεπτικότητα των μεταβλητών της έρευνας ως προς την προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία.....	43
ΜΕΡΟΣ ΙV: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	45
1. Καταθλιπτική συμπτωματολογία	45
2. Προσανατολισμός στο χρόνο και προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία	46
3. Δημογραφικά στοιχεία και μεταβλητές της έρευνας	47
4. Περιορισμοί της έρευνας	48
5. Συμπέρασμα	49
ΜΕΡΟΣ V: Βιβλιογραφία	50
ΜΕΡΟΣ VI: ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	60
1. Δημογραφικά Στοιχεία.....	61
2. Ερωτηματολόγιο Αυτό-Εκτιμώμενης Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας (Questionnaired' Auto-Evaluation de la Symptomatologie Dépressive [QD2])	63

3. Ερωτηματολόγιο Αντίληψης Χρόνου του Stanford (Stanford Time Perspective Inventory [STPI])	66
4. Κλίμακα προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία -αναθεωρημένο (Adaptation to disability scale- Revised)	69

ΜΕΡΟΣ Ι- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1. Σωματική δυσλειτουργία

1.1. Εισαγωγή

Σήμερα, στη σύγχρονη εποχή που ζούμε, προβάλλεται συνεχώς η σημασία του τέλειου και απεγάδιαστου σώματος, ένας μύθος που κρατά από την αρχαιότητα (Stone,1995). Παρόλα αυτά θα πρέπει να αναστοχαστούμε την εμμονή μας με την τελειότητα του σώματος και ταυτόχρονα να μην παραβλέπουμε το γεγονός ότι άτομα με αναπηρία αποτελούν σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού μας, μια ομάδα της κοινωνίας μας με ανομοιογενή χαρακτηριστικά. Βέβαια είναι ιδιαίτερα δύσκολο να δοθεί ένας συγκεκριμένος ορισμός σχετικά με την αναπηρία, αφού δίνονται διαφορετικές ερμηνείες ανάλογα με τον χώρο που ανήκει κάποιος (Σιδέρη, 1998. Πολυχρονοπούλου, 2001). Διαφορετικό ορισμό θα δώσει ένας ψυχολόγος, ένας γιατρός και ένας εκπαιδευτικός. Επιπλέον, ο όρος αποτελεί πεδίο συζητήσεων και προβληματισμού, κάτι που διαφαίνεται και από τους εναλλακτικούς όρους που έχουν προταθεί: όπως δυσλειτουργία, άτομα με ειδικές ανάγκες, μειονεκτούντα άτομα.

Σύμφωνα με τον ορισμό που έχει δοθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1980) (Ζώνιου - Σιδέρη 1998, σελ.14-15), άτομα με ειδικές ανάγκες θεωρούνται όλα τα άτομα που εμφανίζουν σοβαρή μειονεξία η οποία προκαλείται από φυσική ή διανοητική βλάβη. Από αυτό τον ορισμό προκύπτουν τρεις κατηγορίες της αναπηρίας: α) μειονέκτημα, ως αποτέλεσμα της αλλοίωσης μια δομής ή μιας ψυχολογικής, φυσιολογικής ή ανατομικής λειτουργίας β) την ανικανότητα ως αποτέλεσμα του μειονεκτήματος, με αποτέλεσμα την μειωμένη ικανότητα εκτέλεσης μιας δραστηριότητας και γ) το ελάττωμα που εμποδίζει το άτομο να εκπληρώσει έναν λειτουργικό ρόλο. Ένας ορισμός που δόθηκε αργότερα για την αναπηρία ήταν από το συμβούλιο των υπουργών της ΕΟΚ όπου ο όρος “Άτομα με ειδικές ανάγκες” περιλαμβάνει τα άτομα με σοβαρές ανεπάρκειες ή μειονεξίες που οφείλονται σε σωματικές βλάβες, συμπεριλαμβανόμενων των βλαβών των αισθήσεων ή σε διανοητικές ή ψυχικές βλάβες οι οποίες περιορίζουν ή αποκλείουν την εκτέλεση δραστηριότητας ή λειτουργίας, η οποία θεωρείται κανονική για ένα άτομο”(Απόφαση του Συμβουλίου 93/136/ΕΟΚ,ΕΕ αριθ. L56 της 9/3/93, σελ 30, αναφέρεται στο Ζώνιου - Σιδέρη, 1998).

Σε μια προσπάθεια κοινωνικής θεώρησης της αναπηρίας, ανέκυψε η Διεθνής Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας (International Classification of Functioning, Disability and Health) (WHO, 2001) αντικαθιστώντας έτσι τη “ Διεθνή Ταξινόμηση Βλαβών, Αναπηριών και Μειονεξιών». Σύμφωνα με την νέα αυτή ταξινόμηση η αναπηρία και η

λειτουργικότητα είναι το αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων μιας κατάστασης υγείας, όπως τραυματισμοί, κάποια ασθένεια και εξωτερικών, περιβαλλοντικών παραγόντων αλλά και εσωτερικών, ενδοατομικών παραγόντων, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, το επάγγελμα, η καταγωγή κ.α. Μπορεί να λαμβάνονται υπόψη περισσότεροι παράγοντες και να αναγνωρίζεται και η κοινωνική διάσταση της αναπηρίας, τελικά όμως, η αναπηρία σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό, ουσιαστικά αποτελεί την ικανότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος.

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν χρησιμοποιηθεί διαφορετικοί όροι για την αναφορά στα άτομα με δυσλειτουργία, αλλά και για την αναφορά στη ίδια τη δυσλειτουργία, όπως «αναπηρία», «ειδικές ανάγκες». Για τον όρο «ειδικές ανάγκες» η κριτική είναι έντονη, αφού είναι ένας όρος συναισθηματικά φορτισμένος και ασαφής. Σύμφωνα με τον Κλεφτάρα (2003) «δεν ανταποκρίνεται στο περιεχόμενό του και χαρακτηρίζεται α) από μια σχετική κοινωνική υποκρισία και ουσιαστικά κοινωνική άρνηση της ύπαρξης τόσο της βλάβης όσο και της συνοδής δυσλειτουργίας και β) από την άρνηση της κοινωνικής ευθύνης, που συνεπάγεται η παραδοχή αυτής της δυσλειτουργίας, ανεξάρτητα από το αν οφείλεται σε βλάβη ή όχι» (Ψαρρά, 2010). Επιπλέον ο όρος «αναπηρία», αναφέρεται σε άτομα με σοβαρά οργανικά ή σωματικά, κυρίως κινητικά προβλήματα, όχι όμως σε νοητικά ή ψυχικά προβλήματα και είναι συναισθηματικά και κοινωνικά φορτισμένος, όμως δεν γίνεται πλήρως αποδεκτός καθώς δεν περιλαμβάνει την περιβαλλοντική και κοινωνική διάσταση της δυσλειτουργίας (Κλεφτάρας, 2009).

Τελικά στην παρούσα έρευνα, υιοθετείται ο όρος “δυσλειτουργία”, καθώς είναι ένας όρος συναισθηματικά αποφορτισμένος και περισσότερο σαφής από άλλους όρους και χρησιμοποιείται τόσο για νοητικές, σωματικές, οργανικές, κοινωνικές και συμπεριφορικές δυσλειτουργίες. Σύμφωνα με τον Κλεφτάρα (2009), ο όρος «Δυσλειτουργία» αναφέρεται σε ένα πρόβλημα στη λειτουργία ή τη λειτουργικότητα του ατόμου που οφείλεται α) στο ίδιο το άτομο, λόγω μιας οργανικής, σωματικής ή νοητικής βλάβης ή ανεπάρκειας, β) στο περιβάλλον και στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, που το καθιστούν ακατάλληλο ή απροσπέλαστο, γ) στην έλλειψη κοινωνικής πρόνοιας για την κατάλληλη προσαρμογή του περιβάλλοντος, δ) στην έλλειψη κοινωνικής ευαισθητοποίησης και στάσης αποδοχής γενικά ως προς τη «διαφορετικότητα» και ειδικότερα ως προς τη δυσλειτουργία και ε) σε συνδυασμό των παραπάνω.

Σε αυτό το σημείο κρίνεται σκόπιμο να γίνει μια μικρή ιστορική αναδρομή στα δύο κυρίαρχα μοντέλα προσέγγισης της αναπηρίας.

1.2. Ιστορική αναδρομή

1.2.1. Ιατρικό μοντέλο

Σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο, η αναπηρία αποτελεί προσωπικό πρόβλημα του ατόμου και στόχος είναι, με την βοήθεια αποκλειστικά που μπορεί να προσφέρει ο κλάδος της ιατρικής με τους εκάστοτε ειδικούς, το άτομο να “ομαλοποιηθεί”. Το ιατρικό μοντέλο κυριάρχησε τον 20ο αιώνα κυρίως, μέχρι τα τέλη του 1960 (Βλάχου, Διδασκάλου, Παπανάνου, 2012) όπου σημειώνονταν πολλές κοινωνικές και πολιτικές αλλαγές. Οι ρίζες του μοντέλου συναντώνται στο Διαφωτισμό (Darke, 1999) με την άνθιση της ιατρικής αλλά και κατά την βιομηχανική επανάσταση όπου οι άνθρωποι διαχωρίζονταν και καθορίζονταν από την δυνατότητα τους ή μη για εργασία (Oliver 1989, στο Darke, 1999). Μετά το Β' παγκόσμιο πόλεμο, με την αύξηση των ιατρικών ειδικοτήτων αλλά και τα πολυπληθή άτομα με κάποιο σοβαρό τραυματισμό αλλά και με χρόνιες παθήσεις ήταν αυτονόητη η ιατρική προσέγγιση της αναπηρίας.

Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, το μειονέκτημα αποτελεί το επίκεντρο, χωρίς η προσοχή να δίνεται στις δυνατότητες του ατόμου αλλά και ταυτόχρονα το άτομο να αποτελεί ένα “αντικείμενο” στα χέρια της επιστήμης, ενώ η αναπηρία θεωρείται ως ασθένεια που πρέπει να ιαθεί. Η εγκαθίδρυση του μοντέλου επιτεύχθηκε με την επιστημονική χρήση της γλώσσας, με επιστημονικοφανή ορολογία προσδίδοντας έτσι κύρος στους ειδικούς που την χρησιμοποιούν (Βλάχου, Διδασκάλου & Παπανάτου, 2012).

Ταυτόχρονα με την κατασκευή κατηγοριών και με “αντικειμενικές μετρήσεις” ενισχύεται η ισχύ της διάγνωσης και εδραιώνεται το ιατρικό μοντέλο. Το ανάπηρο σώμα για να ανταποκριθεί στις ανάγκες εργασίας αλλά και της κοινωνίας γενικότερα, πρέπει να υποστεί διορθώσεις, διότι διαφορετικά δεν γίνεται αποδεκτό. Η αναπηρία θεωρείται ως ένα τρομερά ατυχές συμβάν που πλήττει τα άτυχα άτομα, σύμφωνα με την θεωρία της προσωπικής τραγωδίας (Παντελιάδου, 2006). Σύμφωνα με τους Thomas και Woods (2008) στο ιατρικό μοντέλο το άτομο δεν αντιμετωπίζεται ως ολότητα διότι α) αιτία της αναπηρίας αποτελεί η κινητική ή νοητική βλάβη, β) τα άτομα αντιμετωπίζονται ως περιστατικά ιατρικά τα οποία πρέπει να θεραπευτούν και να αντιμετωπιστούν άμεσα γ) το άτομο αποκλείεται από την διάγνωση και τη θεραπεία, αφού ο ειδικός αποφασίζει τι πρέπει να γίνει καθώς εκείνος αποκλειστικά κατέχει τη γνώση και δ) κεντρικό ενδιαφέρον αποτελεί η διάγνωση μέσω ακαδημαϊκών ιατρικών γνώσεων.

Τελικά, το άτομο είναι αυτό που αναμένεται να μεταβληθεί και να προσαρμοστεί σε μια κοινωνία σταθερή και αμετάβλητη, παραβλέποντας ότι θεσμικές και δομικές αλλαγές είναι αναγκαίες, καθώς η οργάνωση και δομή της κοινωνίας αποτελεί το σοβαρότερο εμπόδιο στη ζωή

των ατόμων με αναπηρία. Κεντρικό επιχείρημα ενάντια στο ιατρικό μοντέλο αποτελεί η εμμονή στο φυσιολογικό, απ' όπου παρεκκλίνει το άτομο με αναπηρία, αντί να γίνει προσπάθεια εκθιασμού και αποδοχής της διαφορετικότητας (Corbett, 2004). Στον αντίποδα του ιατρικού μοντέλου βρίσκεται το κοινωνικό μοντέλο.

1.2.2. Κοινωνικό μοντέλο

Μετά το Β' Παγκόσμιο πόλεμο υπήρξε τεράστιος αριθμός σοβαρά τραυματισμένων ανθρώπων και το ενδιαφέρον του γενικού πληθυσμού, αλλά και των πολιτικών αυξήθηκε γι' αυτά τα άτομα, αφού αποτελούσαν μέλη της οικογένειάς τους και μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '60, η παροχή υπηρεσιών φροντίδας για τα άτομα με αναπηρία γινόταν από το κράτος και όσα άτομα δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα για περίθαλψη, δεν είχαν αυτό το προνόμιο. Το παραπάνω δεδομένο οδήγησε στην δημιουργία της "Ένωσης Εσόδων" για άτομα με αναπηρία (DIG) από δύο ανάπηρες γυναίκες το 1965 (Campbell & Oliver, 1996) Λίγα χρόνια αργότερα, το 1974 ιδρύθηκε η Ένωση Σωματικά Αναπήρων κατά του Διαχωρισμού (UPIAS), τα μέλη της οποίας αποτέλεσαν τους κύριους εκφραστές του κοινωνικού μοντέλου. Σύμφωνα λοιπόν με το Κοινωνικό μοντέλο, το ενδιαφέρον δεν εστιάζεται πλέον στο άτομο, αλλά στην κοινωνία. Γίνεται σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ της αναπηρίας, που υπάρχει βιολογικά στο άτομο και της δυσλειτουργίας που είναι το αποτέλεσμα των εμποδίων που θέτει η κοινωνία με την ελλιπή της οργάνωση. Έτσι λοιπόν, η δυσλειτουργία είναι το μειονέκτημα λόγω του περιορισμού της δραστηριότητας που προκαλείται από τη σύγχρονη κοινωνική οργάνωση, η οποία δεν λαμβάνει υπόψη της τα άτομα που έχουν κάποια σωματική αναπηρία και τους αποκλείει από τη συμμετοχή τους στις κοινωνικές δραστηριότητες (UPIAS, 1976).

Η αναπηρία όπως αντιμετωπιζόταν έως τότε, τοποθετούσε το ανάπηρο άτομο στο περιθώριο, πλήρως εξαρτώμενο από τους άλλους, λόγω της φτώχειας και της ανεργίας και δεν έχει ίσα δικαιώματα με τους άλλους πολίτες (Ζώνιου – Σιδέρη, 2004). Η δυσλειτουργία είναι μια κατασκευασμένη έννοια, αφού η κοινωνική οργάνωση είναι τέτοια, ώστε να εξυπηρετείται η πλειοψηφία που είναι τα άτομα χωρίς αναπηρία. Απαιτούνται αλλαγές στη δομή, στους θεσμούς στην οργάνωση της κοινωνίας μας ώστε τα άτομα με αναπηρία να έχουν ίσα δικαιώματα με όλους τους πολίτες. Βέβαια και στο κοινωνικό μοντέλο έχει ασκηθεί έντονη κριτική. Όπως αναφέρεται από την Corbett (2004) όπως στο ιατρικό μοντέλο ο γιατρός, ο ειδικός είναι ο μοναδικός γνώστης και αρωγός των ατόμων με αναπηρία, έτσι με την προσκόλληση στο κοινωνικό μοντέλο, κατακρίνοντας μόνο την κοινωνία και την οργάνωση της, παραβλέπονται οι ανάγκες και η προσωπικότητα των ατόμων με αναπηρία. Τέλος, Κοινωνικό και Ιατρικό μοντέλο, συνενώνονται σε μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, όπου σύμφωνα με τον ορισμό στη Διεθνή Ταξινόμηση της

Λειτουργικότητας, της Δυσλειτουργίας και της Υγείας (ICF) η δυσλειτουργία είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μιας ασθένειας ή ενός τραυματισμού με περιβαλλοντικούς και ατομικούς παράγοντες, αλλά και παράγοντες που αφορούν το πλαίσιο (WHO, 2001).

1.3. Κατηγορίες σωματικών δυσλειτουργιών

Τα άτομα με κινητικές αναπηρίες, αποτελούν μια ανομοιογενή ομάδα, με πολλά διαφορετικά χαρακτηριστικά και ανάγκες. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι κινητικές αναπηρίες διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες :

1) Βλάβες του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Το κεντρικό νευρικό σύστημα αποτελείται από τον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό. Οι βλάβες του κεντρικού νευρικού συστήματος διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες:

α) Εγκεφαλικές βλάβες, οι οποίες προκαλούνται πριν την γέννηση, κατά τη διάρκεια του τοκετού αλλά και ύστερα από αυτόν. Προγεννητικά αίτια αποτελούν η ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης, τοξικοί παράγοντες κ.α. Περιγεννητικά αποτελούν η ισχαιμία και η προωρότητα και μεταγεννητικά αποτελούν λοιμώξεις του κεντρικού νευρικού συστήματος και τραυματισμοί, που προκαλούν κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Όλοι οι παραπάνω παράγοντες θεωρούνται υπεύθυνοι μεταξύ άλλων και για την εγκεφαλική παράλυση.

β) Κληρονομικές δυσμορφίες του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως είναι η δισχιδής ράχη και η υδροκεφαλία.

γ) Επίκτητες βλάβες του νωτιαίου μυελού και των νεύρων είτε εξαιτίας του ιού της πολιομυελίτιδας ή η παράλυση από τραυματισμό του νωτιαίου μυελού.

δ) Επιληψία είναι μια ακόμη εγκεφαλική διαταραχή κατά την οποία ομάδες νευρώνων του εγκεφάλου εκφορτίζονται αιφνίδια εκπέμποντας μη φυσιολογικά ηλεκτρικά σήματα, με αποτέλεσμα να προκαλούν ανώμαλα κινητικά φαινόμενα στους μύες με ταυτόχρονη απώλεια συνείδησης.

Η εγκεφαλική παράλυση είναι η συχνότερη αιτία κινητικής αναπηρίας, με συχνότητα 2-3/ 1000 νεογνά και μπορεί να συνοδεύεται και από διανοητικό ή άλλο έλλειμμα. Η εγκεφαλική παράλυση, ανάλογα με τον αριθμό των μελών που έχουν προσβληθεί διακρίνεται σε ημιπληγία, διπληγία, τετραπληγία και μονοπληγία (Σπετσιώτης & Σταθόπουλος, 2003). Η **τετραπληγία**, αφορά το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων με εγκεφαλική παράλυση, που ανέρχεται σε 50% (Νησιώτου-Μαντέλου, 2012) και παρατηρείται διάχυτη διαταραχή του μυϊκού τόνου και στα τέσσερα άκρα με τα άνω άκρα να είναι σοβαρότερα προσβεβλημένα. Η **διπληγία** αναφέρετε στην

υποτονία ή δυστονία και των τεσσάρων άκρων του ατόμου με σοβαρότερα προσβεβλημένα τα κάτω άκρα. Η **ημιπληγία** αφορά στη διαταραχή του μυϊκού τόνου ενός άνω και ενός κάτω άκρου του ατόμου, τα οποία είναι ομόπλευρα. Τέλος η **μονοπληγία** αναφέρεται στη διαταραχή του μυϊκού τόνου ενός μόνο άκρου του ατόμου. Ανάλογα με το χρόνο επέλευσης της βλάβης, γίνεται διάκριση σε προγεννητική, δηλαδή κατά τη διάρκεια της κύησης, περιγεννητική βλάβη, όπου η βλάβη προκλήθηκε κατά τη διάρκεια του τοκετού και τέλος κατά τα πρώτα χρόνια ζωής του ατόμου, μεταγεννητική βλάβη. Καταληκτικά, γίνεται διάκριση ανάλογα με την διαταραχή του μυϊκού τόνου και τις διακυμάνσεις του, που επηρεάζουν την κίνηση του ατόμου, σε σπαστικότητα (αύξηση του μυϊκού τόνου, υπερτονία), αταξία (διαταραχή της ισορροπίας) και αθέτωση (ακούσιες κινήσεις).

2) Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος.

Το μυοσκελετικό σύστημα περιλαμβάνει τα οστά, τις αρθρώσεις και τους μύες και οι παθήσεις αφορούν παθήσεις των μυών (μυοπάθειες), όπως είναι η μυϊκή δυστροφία τύπου Duchene, τύπου Becker και η μυϊκή δυστροφία μυοτονικού τύπου, οι διαταραχές στην ανάπτυξη ενός ή περισσότερων μελών του σώματος (δυσπλασίες), οι ακρωτηριασμοί και οι αρθρίτιδες. Συγκεκριμένα οι μυοπάθειες δεν προκαλούνται από βλάβες του κεντρικού νευρικού συστήματος, αλλά αφορούν στην αδυναμία των μυών να εκτελέσουν την εντολή για κίνηση που δίνεται από τα νεύρα (Νησιώτου-Μαντέλου, 2012).

3) Χρόνιες Παθήσεις.

Αυτή η τρίτη κατηγορία αναφέρεται σε χρόνιες παθήσεις, επίκτητες με αίτια κληρονομικά, βλάβες των εσωτερικών οργάνων αλλά και περιβαλλοντικά. Ανάμεσα σε αυτές τις παθήσεις είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η νόσος Parkinson, η Σκλήρυνση κατά πλάκας κ.α. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά στην Σκλήρυνση κατά πλάκας, αποτελεί μια χρόνια, αυτοάνοση, εκφυλιστική ασθένεια, η οποία προσβάλλει τους νευρώνες, τον νωτιαίο μυελό και τα κύτταρα του εγκεφάλου, χωρίς να υπάρχει ακόμη γνωστή αιτία που την προκαλεί. Υπεύθυνη για την προστασία των νευρώνων και τη μετάδοση των “μηνυμάτων”, των νευρικών ώσεων, είναι η μυελίνη η οποία καλύπτει τους νευρώνες. Η σκλήρυνση κατά πλάκας, προσβάλλει ακριβώς αυτή την ουσία, προκαλεί δηλαδή απομυελίνωση. Η νόσος αυτή μπορεί να προκαλέσει στις περισσότερες περιπτώσεις αναπηρία. Κάποια ακόμη συμπτώματα αποτελούν ο πόνος, τα προβλήματα στην ομιλία, η μυϊκή ατροφία κ.α. Η διάγνωση γίνεται συνήθως ανάμεσα στα 20 έως τα 40 έτη, με μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης στις γυναίκες. Δεν υπάρχει γνωστή θεραπεία, ωστόσο υπάρχουν θεραπείες που περιορίζουν την εμφάνιση των συμπτωμάτων.

2. Καταθλιπτική Συμπτωματολογία

Αν και η κατάθλιψη αποτελεί συχνό φαινόμενο, εν τούτοις δεν είναι εύκολο να οριστεί, ακόμη και οι ειδικοί δεν μπορούν να προσδιορίσουν επακριβώς ποια είναι η φύση της και αν πρόκειται για ένα βιολογικό ή ψυχολογικό φαινόμενο. Μολαταύτα, θα μπορούσε να οριστεί ως μία κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από διαταραχές στη διάθεση οι οποίες μειώνουν τα επίπεδα της δραστηριοποίησης ενός ατόμου και μπορούν να καταλήξουν ακόμη και σε κλινική διαταραχή.

Η κατάθλιψη έχει σε γενικές γραμμές τα εξής συμπτώματα: α) κακή διάθεση που συνοδεύεται από απαισιοδοξία, ανησυχία, απογοήτευση ή και εριστική διάθεση, β) χαμηλή αυτοεκτίμηση καθώς το άτομο χαρακτηρίζεται από μία αίσθηση ανεπάρκειας, ανικανότητας και ενοχής, γ) απουσία ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που φυσιολογικά είναι ευχάριστες (ανηδονία).

Παράλληλα με αυτά, παρουσιάζονται κατά περίπτωση και άλλα συμπτώματα όπως είναι: οι αλλαγές στη διατροφική συμπεριφορά με αποτέλεσμα τη μείωση ή και την αύξηση του βάρους, η μείωση της σωματικής δραστηριότητας, διαταραχές στον ύπνο (αϋπνία ή υπνηλία), αίσθημα έντονης κόπωσης ύστερα από δραστηριότητες που το άτομο συνήθιζε να εκτελεί στο παρελθόν με αποτέλεσμα να χάνει την ενεργητικότητα του, δυσκολία στη συγκέντρωση, τη μνήμη και τη λήψη αποφάσεων καθώς και συνεχής σκέψη του θανάτου και της αυτοκτονίας (Radnitz, Bockian & Moran, 2000. Babin, 2003).

Είναι συνεπώς εμφανές πως η κατάθλιψη δεν επηρεάζει μόνο τη συναισθηματική κατάσταση, αλλά και τις σωματικές λειτουργίες, με αποτέλεσμα ο ύπνος, η τροφή και οι φυσικές δραστηριότητες παρουσιάζουν προβλήματα. Έχει επιπτώσεις τόσο σωματικά όσο και διανοητικά. Βεβαίως όλα τα συμπτώματα δεν πρέπει να είναι απαραίτητα παρόντα για να διαγνωστεί η κατάθλιψη. Πολλά εξαρτώνται από την ένταση, τη σοβαρότητα και τη διάρκεια τους (Κλεφτάρας, 1998). Πάντως, όταν πολλά από αυτά τα συμπτώματα εμφανίζονται ταυτόχρονα κάνουν δύσκολη την καθημερινότητα του ατόμου που τα βιώνει αλλά και του οικογενειακού και φιλικού του περιβάλλοντος. Για να θεωρήσουμε ωστόσο πως κάποιος που παρουσιάζει αυτά τα συμπτώματα πάσχει από κατάθλιψη πρέπει η διάρκεια τους να είναι δύο εβδομάδων.

Η κατάθλιψη δεν κάνει διακρίσεις καθώς πλήττει όλες τις ηλικίες, άντρες και γυναίκες και υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανιστεί σε άτομα με δυσλειτουργίες. Μάλιστα είναι πιο επώδυνη και πιο εμφανής σε άτομα που αντιμετωπίζουν κινητική δυσλειτουργία είτε αυτή οφείλεται σε ασθένεια είτε σε κάποιο ατύχημα και αυτό γιατί τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες συνθήκες πίεσης και γι' αυτό είναι πολύ πιο πιθανό να εκδηλώσουν συμπτώματα κατάθλιψης. Υπάρχουν πολλά ερευνητικά αποτελέσματα που καταδεικνύουν τη σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές παραμέτρους έτσι ώστε η σχέση τους να μην μπορεί να αμφισβητηθεί (Turner & Beiser, 1990. Turner & Noh, 1988. Turner & Wood, 1985).

Έχουν γίνει πολλές έρευνες που επιβεβαιώνουν το συσχετισμό της κατάθλιψης και της σωματικής δυσλειτουργίας, εντούτοις κάποια συμπτώματα, όπως ο πόνος, η αίσθηση κόπωσης, πιθανόν να οφείλονται στην σωματική δυσλειτουργία, άρα υπάρχει κάποια επιφύλαξη για το αν ο πάσχων έχει όντως κατάθλιψη (Rosental, Christensen & Ross, 1998. Radnitz. Bockian & Moran, 2000. Babin, 2003. Kroenke, Spitzer & Williams, 2001).

2.1. Επίκτητες σωματικές δυσλειτουργίες και κατάθλιψη

Ένας σοβαρός τραυματισμός μπορεί να προκαλέσει κρανιοεγκεφαλική κάκωση, βλάβη του νωτιαίου μυελού ή και ακρωτηριασμό, όλα αυτά οδηγούν εύλογα σε συναισθηματικές διαταραχές καθώς το άτομο είναι αναγκασμένο να συμφιλιωθεί με σοβαρές απώλειες και κυρίως με την απουσία του προ του τραυματισμού εαυτού του (De Vore, 1998). Όσο πιο σοβαρός είναι ο τραυματισμός και άρα μεγαλύτερες οι απώλειες τόσο μεγαλύτερος είναι και ο βαθμός της κατάθλιψης που παρουσιάζεται (Jorge, Robinson & Arndt, 1993. Levin & Grossman, 1978). Στη συνέχεια θα εξεταστεί η σχέση της κατάθλιψης με διάφορες κατηγορίες επίκτητων και χρόνιων σωματικών δυσλειτουργιών την κρανιοεγκεφαλική κάκωση, τη βλάβη του νωτιαίου μυελού, τον ακρωτηριασμό, την πολιομυελίτιδα και την σκλήρυνση κατά πλάκα.

2.1.1. Κατάθλιψη και κρανιοεγκεφαλική κάκωση (ΚΕΚ)

Κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι η εκτεταμένη βλάβη του εγκεφάλου με ή χωρίς κάταγμα του κρανίου, συνήθως οφείλεται σε ένα τροχαίο ή σε ένα εργατικό ατύχημα και αποτελεί την πρώτη αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας στους εφήβους και στους νεαρούς ενήλικες (Winston&Kreshak, 1998). Μια σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση μπορεί να προκαλέσει νευροψυχολογικές και συναισθηματικές διαταραχές, όπως προβλήματα στην προσοχή και τη συγκέντρωση, διαταραχές ύπνου, επιθετικότητα (Silver, Hales & Yudofsky, 2004). Επίσης εξαιτίας της κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης το άτομο γίνεται ευαίσθητο και αυξάνονται οι πιθανότητες να αναπτύξει μια ψυχιατρική διαταραχή (Koropen et al., 2002. Mooney & Speed, 2001).

Κατάθλιψη μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση μπορεί να παρουσιαστεί ύστερα από μεγάλο χρονικό διάστημα μετά τον τραυματισμό. Όσο πιο πρόσφατος είναι ο τραυματισμός τόσο μεγαλύτερες είναι οι ελπίδες του ατόμου για ανάρρωση και αποθεραπεία, όταν όμως ο χρόνος περνά και η προσδοκώμενη βελτίωση δεν εμφανίζεται το άτομο συνειδητοποιεί τη σοβαρότητα αλλά κυρίως τη μονιμότητα των συνεπειών του τραυματισμού. Γι' αυτό και η κατάθλιψη μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι ένα συνηθισμένο σύμπτωμα που μπορεί να επέλθει ακόμη και

μετά από έναν ολόκληρο χρόνο από τον τραυματισμό, προκαλώντας δυσκολίες στη ζωή και την ψυχοκοινωνική εξέλιξη του ατόμου (Gomez- Hernandez et al., 1997. Fann et al., 1995. Bowen et al., 1998. McCleary et al., 1998. Satz et al., 1998. Fedoroff et al., 1992. Christensen et al., 1994. Jorge et al., 1994).

2.1.2. Κατάθλιψη και βλάβη νωτιαίου μυελού.

Οι βλάβες του νωτιαίου μυελού με τη σωματική δυσλειτουργία που συνεπάγονται, προκαλούν μια κατάσταση επιβαλλόμενης αβοηθησίας στη ζωή των ατόμων, καθώς επηρεάζονται λειτουργίες, όπως η κίνηση και η αισθητικότητα ανάλογα με το πόσο σοβαρή είναι η βλάβη που ο ασθενής έχει υποστεί. Μπορεί να προκαλέσει απώλεια ελέγχου της κίνησης και των μυών του σώματος, παράλυση, αδυναμία λειτουργίας των αναπνευστικών και δυσλειτουργία άλλων λειτουργιών όπως η αναπνοή, η καρδιακή λειτουργία ο έλεγχος σφιγκτήρων και ουροδόχου κύστης (Austin, 1992. Morgan, Silver & Williams, 1986. Seaton & Hollingworth, 1986. Kottke & Lehmann, 1990). Οι επιπτώσεις που έχουν αυτά τα συμπτώματα στην καθημερινότητα και την κοινωνική ζωή αυτών των ατόμων τους προκαλούν άγχος, ψυχολογικές διαταραχές και έτσι συνδέονται με υψηλά ποσοστά κατάθλιψης και διαταραχές στη διάθεση από τον πρώτο κιόλας μήνα, μάλιστα σε αυτό τον πληθυσμό είναι πολύ υψηλά και τα ποσοστά αυτοκτονιών (Trieschmann, 1997). Σε έρευνα που έγινε σε άτομα με βλάβη του νωτιαίου μυελού βρέθηκε πως η κατάθλιψη ήταν η πιο συχνή διάγνωση ένα μήνα μετά από τον τραυματισμό (Tate et al, 1994). Επίσης, άτομα που έχουν υποστεί ολοκληρωτικές βλάβες είναι πιο επιρρεπή στην κατάθλιψη, ενώ τα άτομα με ημιτελείς τραυματικές βλάβες διατηρούν ελπίδες για την αποκατάσταση τους και για το λόγο αυτό δεν εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης.

2.1.3. Κατάθλιψη και ακρωτηριασμός

Συνήθως ακρωτηριασμοί κάποιου σωματικού μέλους γίνονται σε μεσήλικες εξαιτίας μιας μόνιμης ανιάτης ασθένειας όπως είναι για παράδειγμα ο σακχαρώδης διαβήτης (Moore & Malone, 1989. Pinzur, Graham & Osterman, 1988. Reiber, Pecorano & Koepsell, 1992), αλλά συχνά και εξαιτίας τραυματισμού σε ένα ατύχημα. Για τα άτομα που έχουν χρόνιες ασθένειες ο ακρωτηριασμός αποτελεί αναγκαίο κακό. Αρχικά αντιμετωπίζουν τον ακρωτηριασμό θετικά, με κάποια ανακούφιση (Frierson & Lippman, 1987), όμως με την πάροδο του χρόνου συνειδητοποιούν τη σοβαρότητα της απώλειας, δυσκολεύονται να συνηθίσουν τον νέο τρόπο ζωής και την εικόνα του εαυτού τους. Όμως άλλες έρευνες διαψεύδουν αυτό το συμπέρασμα καθώς δείχνουν πως είναι

συνηθισμένη μια καταθλιπτική αντίδραση αμέσως μετά τον ακρωτηριασμό (Randall, Ewalt & Blair, 1945. Shukla et al., 1982. Schubert et al., 1992. MacBride et al., 1980). Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για άτομα που έχουν υποστεί ακρωτηριασμό μετά από τραυματισμό, έτσι δεν έχουμε ξεκάθαρη εικόνα για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες του (Dillingham, Pezzin & MacKenzie, 1998. Pezzin, Dillingham & MacKenzie, 2000. Dougherty, 2003). Συνήθως αυτά τα άτομα είναι υγιή με υψηλό προσδόκιμο ζωής και ο ακρωτηριασμός είναι ένα αιφνίδιο γεγονός που αναγκαστικά πρέπει να αποδεχτούν. Ωστόσο και για τις δύο παραπάνω περιπτώσεις, δηλαδή τόσο για αυτούς που αναγκάστηκαν να ακρωτηριαστούν εξαιτίας μιας σοβαρής χρόνιας ασθένειας, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης ή ο καρκίνος αλλά και για όσους ακρωτηριάστηκαν ύστερα από έναν σοβαρό τραυματισμό, οι έρευνες δείχνουν αντιφατικά αποτελέσματα σχετικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Πιο συγκεκριμένα οι αντιδράσεις των ατόμων που έχουν υποστεί ακρωτηριασμό διαφέρει σημαντικά χωρίς να μπορεί να εξαχθεί ένα γενικό συμπέρασμα, με μόνη σημαντική παράμετρο που φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο να είναι ο χρόνος που έχει επέλθει από τον ακρωτηριασμό. Διαφορετικές έρευνες αποδεικνύουν ότι τα άτομα που έχουν υποστεί ακρωτηριασμό μέχρι και πριν μια δεκαετία εμφανίζουν υψηλά ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στο δείγμα τους (Bodenheimer et al., 2000. Williamson et al., 1994) ενώ σε άλλες δεν αποδεικνύεται κάτι τέτοιο (Fisher & Hanspal, 1998a. Atherton & Robertson, 2006). Επίσης σε έρευνες που εξέτασαν την καταθλιπτική συμπτωματολογία σε άτομα που είχαν υποστεί ακρωτηριασμό πριν από δέκα έως είκοσι χρόνια και πάλι τα αποτελέσματα ήταν αντιφατικά, με άλλες έρευνες να βρίσκουν υψηλά ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Desmond & MacLachlan, 2006a) ενώ άλλες όχι (Fisher & Hanspal, 1998b).

2.1.4. Κατάθλιψη και χρόνιες νευρολογικές ασθένειες

Οι πάσχοντες από χρόνιες νευρολογικές ασθένειες υφίστανται αλλαγές και περιορισμούς στην καθημερινότητα τους (Hayden, 1993) με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα όπως η κατάθλιψη (Gordon & Benishek, 1996. Robertson, 1997. Kanner & Barry, 2003). Τα συμπτώματα της κατάθλιψης που πλήττουν τις σωματικές λειτουργίες μπορεί να είναι και συμπτώματα της νόσου, για παράδειγμα ένας ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να αισθάνεται κόπωση, ψυχοκινητική επιβράδυνση, μειωμένη συγκέντρωση προσοχής, σεξουαλική δυσλειτουργία, αλλαγές στη διάθεση, διαταραχές στον ύπνο, όμως αυτά τα συμπτώματα της νευρολογικής ασθένειας, είναι και συμπτώματα της κατάθλιψης. Ωστόσο έρευνες που έγιναν, στις οποίες δε συμπεριλήφθηκαν ερωτήματα για σωματικά συμπτώματα έδειξαν την ύπαρξη σημαντικών διαταραχών στη διάθεση των ατόμων αυτών (Feinstein, 1999). Η συσχέτιση συνεπώς

της κατάθλιψης με τις νευρολογικές ασθένειες είναι υπαρκτή και πρέπει να διερευνηθεί. Παρακάτω θα εξεταστεί η σχέση της κατάθλιψης με δύο χρόνιες νευρολογικές ασθένειες, την πολιομυελίτιδα και τη σκλήρυνση κατά πλάκας.

2.1.5. Κατάθλιψη και πολιομυελίτιδα.

Η πολιομυελίτιδα είναι μια λοιμώδης ασθένεια που βλάπτει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα επηρεάζει αρνητικά πολλές λειτουργίες και μπορεί να προκαλέσει μερική ή πλήρη μυϊκή παράλυση ή ακόμη και θάνατο. Στις δεκαετίες του '40 και του '50 είχε πάρει διαστάσεις επιδημίας, προσέβαλλε συνήθως παιδιά και αποτελούσε μάλιστα για την βιομηχανική κοινωνία της Δύσης μέχρι που βρέθηκε το εμβόλιο που εμποδίζει την εξάπλωση της (Dalakas, Bartfeld & Kurland, 1995). Ακόμη και αν κάποιος αναρρώσει από πολιομυελίτιδα είναι πολύ πιθανό να παρουσιάσει μεταπολιομυελιδικό σύνδρομο του οποίου τα βασικά συμπτώματα είναι η κόπωση και η αδυναμία (Falconer & Bollenbach, 2000. Bruno, 2000. Halstead & Silver, 2000. Dalakas, 1995b. Williams, 2000). Οι αρνητικές συνέπειες αυτής της κατάστασης είναι σημαντικές αφού επιδρά αρνητικά στην ποιότητα της ζωής του ατόμου, προκαλείται συναισθηματική καταπόνηση, άγχος, απώλεια ευχαρίστησης και όρεξης για ζωή, λόγω απώλειας λειτουργικών ικανοτήτων. Ωστόσο υπάρχουν και έρευνες που μελέτησαν τη σχέση πολιομυελίτιδας (και πολιομυελιδικού συνδρόμου) και της κατάθλιψης και δε βρήκαν κάποια συσχέτιση (Tate et al., 1993. Schanke, 1997). Συνεπώς τα ευρήματα που αφορούν τη σχέση της πολιομυελίτιδας με την κατάθλιψη είναι αντιφατικά και χρειάζονται περισσότερη διερεύνηση, καθώς δείχνουν πως υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωση ή την απουσία ψυχολογικών διαταραχών σε άτομα με πολιομυελίτιδα.

2.1.6. Κατάθλιψη και σκλήρυνση κατά πλάκας.

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι χρόνια νευρολογική πάθηση που οδηγεί σε σταδιακή έκπτωση της λειτουργίας διαφόρων νεύρων, πρόκειται δηλαδή για μια νόσο εκφυλιστική με αβέβαιη πορεία, στην οποία ο ασθενής είναι αναγκασμένος διαρκώς να προσαρμόζεται στα εκάστοτε δεδομένα της ασθένειας (Feinstein, 2004. Hakim et al., 2000). Συχνά οι ασθενείς παρουσιάζουν διαταραχές στη διάθεση και δυσθυμία, ενώ είναι αυξημένος ο κίνδυνος της αυτοκτονίας (Bronnum – Hanswn, Koch – Henrisken & Stenager, 2004. Feinsten, 1999. Stenager et al., 1992. Long & Miller, 1991). Έχει παρατηρηθεί πως τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι πιο αυξημένα σε νεαρά άτομα, κάτω των 35 χρόνων (Pattern, Metz&Reimer 2000. Pattern et al., 2003. Kneebone, Dunmore & Evans, 2003) και πιο συχνά στις γυναίκες (Pattern, Metz & Reimer 2000 Pattern et al., 2003). Εν τούτοις

κάποιες άλλες έρευνες δε δείχνουν συσχέτιση της κατάθλιψης με το γυναικείο φύλο (Zorzon et al., 2001. Arnett et al., 1999. Moller et al.1994. Chwastiak et al., 2002). Η ψυχολογική έρευνα έχει εστιάσει στην αρνητική επίδραση που έχει η σωματική δυσλειτουργία στη ζωή του ατόμου, όμως πιο πρόσφατες έρευνες μελετούν τους παράγοντες που σχετίζονται με τη θετική προσαρμογή του ατόμου στη σωματική δυσλειτουργία (Dunn 1996. Gallagher & MacLachlan, 2000. Thompson et al., 2003. Amaral, 2009).

3. Προσαρμογή στην αναπηρία

Για ένα άτομο που έχει γεννηθεί με κάποια αναπηρία, σύμφωνα με αρκετά ερευνητικά δεδομένα, η διαδικασία δημιουργίας ταυτότητας καθώς και εικόνα του εαυτού δεν διαφέρει από αυτή των ατόμων χωρίς κάποια αναπηρία (Grzesiak & Hicok, 1994. Livneh & Antonak, 1997. Wright, 1983. Bishop, 2005). Αντιθέτως, το ίδιο δεν συμβαίνει με άτομα τα οποία έχουν κάποια επίκτητη αναπηρία, ή χρόνια πάθηση, αφού βιώνουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους σημαντικές αλλαγές και περνούν από αρκετά στάδια μέχρι να προσαρμοστούν στην νέα κατάσταση. Όπως είναι λογικό, με την δυσλειτουργία, κυρίως όταν είναι επίκτητη, η ζωή του ατόμου διαταράσσεται και αναγκάζεται να αντιμετωπίσει μια κοινωνία ατόμων χωρίς κάποια δυσλειτουργία και με χαμηλό βαθμό αποδοχής προς τα άτομα με δυσλειτουργίες (Κλεφτάρας, 2003). Έτσι λοιπόν, το άτομο θα πρέπει να αποκτήσει δεξιότητες αυτόνομης διαβίωσης, αλλά ταυτόχρονα να αναπροσαρμόσει και την κοινωνική, την προσωπική και την επαγγελματική του ζωή. Ταυτόχρονα όμως θα πρέπει να αντιμετωπίσει και συνοδά προβλήματα υγείας αλλά και τον πόνο, τη φαρμακευτική αγωγή που θα πρέπει να λαμβάνει, την ακινησία κ.α. (Charmaz, 1983. Livneh & Antonak,1997. Bishop, 2005).

Είναι ευρύτερα αποδεκτό ότι η προσαρμογή ή μη ενός ατόμου στην σωματική δυσλειτουργία, αλλά και η διάρκεια της προσαρμογής είναι μια πολυπαραγοντική διαδικασία εξαρτώμενη τόσο από ατομικούς παράγοντες, όπως είναι η ηλικία εμφάνισης αλλά και το είδος της δυσλειτουργίας ή της χρόνιας ασθένειας, αλλά και από κοινωνικούς, οικογενειακούς, ιατρικούς και πολιτισμικούς παράγοντες (αξίες, στερεότυπα, αποδοχή ή μη των ατόμων με σωματική δυσλειτουργία). Ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την “προσαρμογή στην αναπηρία” είναι: η διαδικασία ενός ατόμου με δυσλειτουργία να μάθει να ζει στο περιβάλλον του (Κλεφτάρας, 2003). Αδιαμφισβήτητη η προσαρμογή στην σωματική δυσλειτουργία αποτελεί μια δυναμική διαδικασία, αφού το άτομο από την εμφάνιση της σωματικής δυσλειτουργίας και για όλη τη διάρκεια της ζωής του καλείται να προσαρμόσει όλες τις πτυχές της ζωής του καθώς και τις προσωπικές του αξίες έτσι ώστε να υπάρξει επιτυχής προσαρμογή στην σωματική δυσλειτουργία/χρόνια πάθηση (Wright, 1983).

Στη βιβλιογραφία παρόλα αυτά υπάρχει μεγάλη ανομοιογένεια όσον αφορά στις προσεγγίσεις για την προσαρμογή στην αναπηρία, (Livneh, 2001. Livneh & Antonak, 1997. Wright & Kirby,

1999) καθώς και τα στάδια μέσα από τα οποία περνά ένα άτομο προκειμένου να προσαρμοστεί (αν τελικά προσαρμοστεί) στην αναπηρία ή τη χρόνια ασθένεια. Αιτία για αυτή τη ποικιλία των ορισμών είναι η κυριαρχία αρχικά του ιατρικού και στη συνέχεια του κοινωνικού μοντέλου προσέγγισης της αναπηρίας, με αποτέλεσμα να είναι διαφορετική και η οπτική που οριζόταν η προσαρμογή στην αναπηρία και οι παράμετροι που λαμβάνονταν υπόψη. Στη συνέχεια, θα αναφερθούν συνοπτικά κάποιες από αυτές τις θεωρίες. Όπως αναφέρει η Bishop (2005), αρχικά, με την κυριαρχία του ιατρικού μοντέλου, ο βαθμός προσαρμογής στην αναπηρία γινόταν με κλινικές μετρήσεις που κατέγραφαν τα ποσοστά άγχους ή κατάθλιψης του ατόμου, της αποδοχής της αναπηρίας από το ίδιο το άτομο, ο βαθμός καθώς και οι αλλαγές στην παραγωγικότητα και στην απόδοση στην εργασία του ατόμου. Με την κυριαρχία του ιατρικού μοντέλου, θεωρείται ότι υπάρχει άμεση συσχέτιση του της φύσης της αναπηρίας με την ψυχοκοινωνική βλάβη και την αδυναμία προσαρμογής του ατόμου στη νέα κατάσταση της ζωής του (Elliott, 1994). Η κριτική που ασκήθηκε σε αυτή τη προσέγγιση είναι ότι δεν λήφθηκε υπόψη η αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου, της κοινωνίας και του περιβάλλοντος. Στην πορεία καθώς παρατηρήθηκε ότι η διάγνωση και ο βαθμός σοβαρότητας της δυσλειτουργίας δεν αποτελούν παράγοντες αυτόνομους και επαρκείς για τον προσδιορισμό της προσαρμογής του ατόμου αγνοήθηκαν.

Στη συνέχεια κατά τις δεκαετίες του 1970 και 1980 προέκυψαν οι θεωρίες των σταδίων όπου η προσαρμογή στην αναπηρία καθοριζόταν από συγκεκριμένα, καθορισμένα στάδια. Και αυτή η θεωρία των σταδίων έχει δεχτεί επίσης κριτική τόσο διότι δεν έχει εμπειρικά επιβεβαιωθεί αλλά όσο και γιατί η διαδικασία προσαρμογής αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία η οποία δεν μπορεί να κατηγοριοποιηθεί με αυστηρά κριτήρια. Οι πιο πρόσφατες θεωρίες σχετικά με τη διαδικασία προσαρμογής προτείνουν μια πιο σύνθετη διαδικασία και τονίζουν τη σημασία της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον στο οποίο ζει και χαρακτηρίζονται ως πιο «οικολογικά» μοντέλα. Σύμφωνα με τις Livneh και Antonak (1997), τέσσερις είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά τη διαδικασία και το βαθμό προσαρμογής και αυτές είναι τόσο κοινωνικές και δημογραφικές μεταβλητές, μεταβλητές σχετικά με την αναπηρία και τη φύση της, χαρακτηριστικά του ατόμου, όσο και το περιβάλλον που ζει το άτομο και η κοινωνία. Η θεωρία αυτή έχει χαρακτηριστεί ως περιγραφική και περισσότερο ρεαλιστική συγκριτικά με τις προηγούμενες θεωρίες, ταυτόχρονα όμως έχει κατακριθεί γιατί ακριβώς είναι περιγραφική παρά προβλεπτική της προσαρμογής του ατόμου στην αναπηρία. Τελικά τόσο για τις θεωρίες σταδίων όσο και για τα οικολογικά μοντέλα έχει ασκηθεί κριτική καθώς δεν αναφέρουν και τα εσωτερικά κίνητρα του ατόμου που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη προσαρμογή του ατόμου στη δυσλειτουργία και εκλείπουν εμπειρικής αξιολόγησης (Bishop, 2005, σελ.6). Τέλος, η Wright ορίζει την αποδοχή της αναπηρίας ως την ικανότητα να ελαχιστοποιεί το άτομο τις απώλειες λόγω της αναπηρίας και να διατηρεί ταυτόχρονα την αξία των ικανοτήτων του που έχουν απομείνει (Smedema & Ebener,

2010).

Πολλές θεωρίες έχουν δημοσιευτεί για την προσαρμογή ενός ατόμου στη σωματική δυσλειτουργία και τα στάδια που περνά. Από το συνδυασμό των θεωριών, σύμφωνα με τον Κλεφτάρα (2009), το άτομο με σωματική δυσλειτουργία περνά από επτά στάδια τα οποία θα αναφερθούν στη συνέχεια. Αξίζει να αναφέρουμε ότι δεν περνούν όλα τα άτομα με την ίδια σειρά από τα στάδια προσαρμογής, ούτε είναι δεδομένο ότι όλα τα άτομα θα περάσουν και από τα επτά στάδια, τόσο λόγω της διαφορετικότητας των ατόμων αλλά και της πολυπλοκότητας της διαδικασίας της προσαρμογής. Αδιαμφισβήτητα η προσαρμογή είναι μια συνεχής, δυναμική, πολύπλευρη και πολυπαραγοντική διαδικασία η οποία απαιτεί τόσο εσωτερικές (συναισθηματικές, γνωστικές) αλλά και εξωτερικές (π.χ. Περιβαλλοντικές) αλλαγές κατά τη διάρκεια ολόκληρης της ζωής του ατόμου (Vaillant, 1997. White, 1974. Livneh, 2012).

3.1. Στάδια προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία

Τα άτομα με κάποια σωματική δυσλειτουργία, επίκτητη ή όχι, περνούν από διάφορα στάδια μέχρι να καταφέρουν να προσαρμοστούν στην δυσλειτουργία τους, το οποίο είναι και το τελικό στάδιο. Βέβαια, δεν καταφέρνουν όλα τα άτομα να φτάσουν στο επιθυμητό στάδιο της προσαρμογής. Σύμφωνα με τον Κλεφτάρα (2009), τα στάδια προσαρμογής είναι επτά και διαμορφώνονται ως εξής:

1) Σοκ :

Το άτομο, μόλις πληροφορείται τη διάγνωση σχετικά με τη σωματική του δυσλειτουργία, δεν αντιλαμβάνεται επακριβώς τί του συμβαίνει και αδυνατεί να αντιληφθεί το μέγεθος και τη σοβαρότητα της κατάστασης. Για το άτομο αυτό η εικόνα του σώματος του και η λειτουργία του, είναι αυτή πριν την αναπηρία, κάτι που φαίνεται και από τις δηλώσεις τους : « Πρόκειται για κακό όνειρο», «Αυτό δεν μπορεί να συμβαίνει σε εμένα, δεν είναι αλήθεια»

2) Προσδοκία ανάρρωσης ή άρνηση:

Στο δεύτερο στάδιο το άτομο έχει αντιληφθεί την ύπαρξη του προβλήματος, όχι όμως και τη σοβαρότητα και τη μονιμότητα του. Πιστεύει ότι η ανάρρωση θα είναι σύντομη και επικεντρώνει όλες τις δυνάμεις του σε αυτό το στόχο. Αμφισβητεί τη ιατρική βοήθεια και περίθαλψη που λαμβάνει, με αποτέλεσμα σε αυτή τη φάση να αλλάζει πολλούς γιατρούς. Τέλος αξίζει να αναφέρουμε ότι η άρνηση λειτουργεί προστατευτικά για το άτομο, αφού το προφυλάσσει από το υπερβολικό άγχος και σοκ που βιώνει.

3) Θυμός και οργή :

Σε αυτό το στάδιο, το άτομο, έχοντας ξεπεράσει τη κατάσταση σοκ που βρισκόταν καθώς και την άρνηση αποδοχής της νέας κατάστασης, σταδιακά αντιλαμβάνεται το πρόβλημα. Τώρα πια, το

άτομο βιώνει τα έντονα συναισθήματα θυμού και οργής είτε προς τον εαυτό του, το Θεό, τα μέλη της οικογένειας του ακόμη και στο ιατρικό προσωπικό, αν νοσηλεύεται, θεωρώντας πως δεν τον βοηθούν αρκετά, κάτι που αρκετές φορές μπορεί να είναι πραγματικότητα. Το ερώτημα που βασανίζει το άτομο είναι : « Γιατί σε μένα», «Γιατί εγώ και όχι κάποιος άλλος».

4) Διαπραγμάτευση :

Σε αυτό το στάδιο το άτομο έχει αντιληφθεί ότι το πρόβλημα υπάρχει και βλέποντας ότι στα προηγούμενα στάδια με τη συμπεριφορά του δεν έχει επέλθει καμία πρόοδος και αλλαγή, προσπαθεί να επιδείξει καλή συμπεριφορά, μήπως έτσι ανταμειφθεί. Τα περισσότερα άτομα σε αυτό το στάδιο στρέφονται προς το «Θεό», κάποιους κάνοντας «τάματα» και υπόσχονται αφοσίωση, επιδεικνύοντας σωστή συμπεριφορά, επιδιώκοντας έτσι ως αντάλλαγμα την ανατροπή της κατάστασης τους. Προς την ίδια κατεύθυνση στρέφονται και οι οικογένειες τους ελπίζοντας σε ένα «θαύμα».

5) Πένθος και κατάθλιψη:

Σε αυτό το στάδιο, το άτομο έχοντας αντιληφθεί το μόνιμο της κατάστασης και ότι οι προηγούμενες αντιδράσεις του δεν μεταβάλλουν την κατάσταση, εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα κατάθλιψης. Κυρίως τα συμπτώματα εμφανίζονται όταν το άτομο βρεθεί εκτός του νοσοκομείου, σε κάποιο κέντρο αποκατάστασης, ή καθηλωμένος σε αναπηρικό καρότσι. Η κατάθλιψη είναι παροδική και σε αυτό το διάστημα το άτομο προσπαθεί να προσαρμοστεί στην νέα εικόνα του σώματος του, βρίσκεται όπως είναι κατανοητό σε μια δύσκολη κατάσταση. Ταυτόχρονα, το άτομο αισθάνεται ότι αποτελεί βάρος σε άλλα άτομα, αισθάνεται ότι τίποτα δεν έχει σημασία και όλα έχουν χαθεί. Σε κάποιες περιπτώσεις στο συγκεκριμένο στάδιο, οι παραπάνω αντιδράσεις είναι ανησυχητικές όταν το άτομο παραιτείται και σκέφτεται την αυτοκτονία.

6) Αμυντική στάση:

Το άτομο σε αυτό το στάδιο έχει αντιληφθεί την ύπαρξη και τη μονιμότητα του προβλήματος και υιοθετεί «αμυντική στάση» προκειμένου να το αντιμετωπίσει αλλά και να προσαρμοστεί. Δύο είναι οι πιθανές εξελίξεις αυτής της στάσης :

α) Εποικοδομητική αμυντική στάση : Το άτομο προσπαθεί να προχωρήσει παρά τους περιορισμούς και τις δυσκολίες της αναπηρίας του, έχοντας πάψει να αρνείται τη δυσλειτουργία του. Προσπαθεί να επιτύχει τους στόχους του, με μειωμένο σταδιακά το ενδιαφέρον του για ένα αρτιμελές σώμα, και προχωρά προς τη προσαρμογή τροποποιώντας τις ανάγκες του.

β) Προβληματική αμυντική στάση: Στη συγκεκριμένη περίπτωση, το άτομο υιοθετεί μηχανισμούς άμυνας, έτσι ώστε να είναι σε θέση να παραβλέπει το πρόβλημα και τα εμπόδια που συνεπάγονται με αυτό. Προσπαθεί να πείσει το ίδιο και τους ανθρώπους γύρω του ότι δεν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα και ότι έχει πλήρως προσαρμοστεί. Ισχυρίζεται

ότι δεν ενδιαφέρεται για πράγματα που παλιότερα τον ενδιέφεραν και δεν αναγνωρίζει τα εμπόδια που η αναπηρία του επιβάλλει. Όταν η προβληματική αμυντική στάση έχει μεγάλη διάρκεια και ένταση, συνοδεύεται και από άλλα προβλήματα, όπως παλινδρόμηση σε προηγούμενα αναπτυξιακά στάδια, έλλειψη ενδιαφέροντος, εξάρτηση και διάφορες ψυχωτικές αντιδράσεις (Simon, 1971).

7) Αποδοχή και προσαρμογή:

Εφόσον το άτομο έχει περάσει επιτυχώς από τα προηγούμενα στάδια, στο τελευταίο αυτό στάδιο, έχει δημιουργήσει νέες ανάγκες, συνήθειες και λειτουργίες. Το άτομο έχει αποδεχτεί το πρόβλημα του και έχει μάθει να ζει με αυτό. Δίνει πλέον μικρότερη σημασία στο πρόβλημα και κύριο μέλημα του είναι η επίτευξη των στόχων στη ζωή του ατόμου.

3.2. Προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία και αλλαγή αξιών

Σύμφωνα με τον Dembo et al (1956), η προσαρμογή στην αναπηρία μοιάζει και θεωρούταν μια κοινή διαδικασία με την αποδοχή της απώλειας. Η διαδικασία αποδοχής της απώλειας, περιλαμβάνει μια διαδικασία αλλαγής αξιών καθώς και συναισθήματα απώλειας, τα οποία βιώνει το άτομο κατά την έναρξη της δυσλειτουργίας. Τελικά και οι δύο διαδικασίες, ιδιαίτερα η διαδικασία αλλαγής αξιών, οδηγεί σε καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ατόμου στη δυσλειτουργία (Wright, 1983). Κατά την αξιολόγηση της διαδικασίας αλλαγής αξιών μετράται η ικανότητα του ατόμου να προσαρμοστεί στην αναπηρία του έτσι ώστε να αυτή μην εμπλέκεται και ν' αποτελεί εμπόδιο στους σημαντικούς τομείς της ζωής.

Η διαδικασία αλλαγής αξιών περιλαμβάνει τέσσερις κατηγορίες :

α) *Διεύρυνση του πεδίου των αξιών (enlargement of scope of values)* όπου το άτομο είναι ικανό να αναγνωρίσει αξίες άλλες από αυτές που έρχονται σε σύγκρουση με τη απόκτηση δυσλειτουργίας. Το άτομο σε αυτό το στάδιο είναι ικανό να αναπτύξει αξίες και ικανότητες που δεν έρχονται σε σύγκρουση με τη δυσλειτουργία του, παραγκωνίζοντας αξίες που πλέον δεν έχουν σημασία για τη ζωή του ατόμου (Livneh & Antonak, 1997).

β) *Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (subordination of physique)* όπου το άτομο μπορεί και αγνοεί την ικανότητα και εξωτερική εμφάνιση του/της. Σύμφωνα με τον Linkowski (1971), ο βαθμός στον οποίο τα άτομα μπορούν να ελαχιστοποιούν τους τομείς όπου η σωματική δυσλειτουργία τα επηρεάζει καθώς και “αδιαφορούν” για την εξωτερική εμφάνιση είναι ενδεικτικό της υποταγής της εμφάνισης.

γ) *Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (containment of disability effects)*.

Στη προκειμένη περίπτωση το άτομο δεν αντιμετωπίζει τη δυσλειτουργία πέρα από τη πραγματική σωματική βλάβη. Σύμφωνα με τον Linkowski (1971) τα άτομα που δεν

επεκτείνουν τη δυσλειτουργία τους πέρα από τη πραγματική, υπαρκτή δυσλειτουργία σε άλλους τομείς που είναι λειτουργικοί, βρίσκονται στο στάδιο του περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας.

δ) *Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (transformation from comparative to asset values)* όπου το άτομο δεν συγκρίνει τον εαυτό του με τους άλλους και αντιλαμβάνεται τις προσωπικές του δυνάμεις και δυνατότητες (Αναφέρονται στο Virani , 2012, σελ.19).

Για να φτάσει ένα άτομο στο στάδιο «μετατροπής» των αξιών, απαιτείται η μετατόπιση πέρα από τη σύγκριση με άλλα άτομα και η ικανότητα του να μπορεί να διακρίνει και να τονίζει τα δικά του χαρακτηριστικά και δυνατότητες (Linkowski, 1971. Wright, 1983).

Σύμφωνα με τον Linkowski & Groomes (2007), η αναθεωρημένη κλίμακα της προσαρμογής στη δυσλειτουργία (που χρησιμοποιείται σε αυτή την έρευνα) είναι βασισμένη στη θεωρία αποδοχής της απώλειας, έχοντας συγκεντρωμένες όμως τις αξίες εκείνες οι οποίες είναι απαραίτητες και βοηθούν ένα άτομο να ξεπεράσει τα συναισθήματα ντροπής και κατωτερότητας που πηγάζουν από τη δυσλειτουργία (Wright, 1983). Αξίζει να αναφέρουμε ότι στην έρευνα της Wright (1983), η προσαρμογή στην αναπηρία ταυτίζεται με τον όρο “αποδοχή της αναπηρίας”. Επιπλέον, στην βιβλιογραφία που μελετήθηκε, συναντήθηκαν όροι όπως προσαρμογή αλλά και αποδοχή της δυσλειτουργίας και όπως αναφέρεται από τους Li και Moore (1998), υπάρχει γενική παραδοχή ότι οι δύο αυτοί όροι ταυτίζονται (Wright, 1983. Wright, 1960. Li & Moore, 1998).

3.3. Προσαρμογή στην αναπηρία και παράγοντες που την επηρεάζουν

Τα τελευταία 50 χρόνια η έρευνα αποδεικνύει ότι η έναρξη της σωματικής δυσλειτουργίας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή του ατόμου σε αυτή και ως επακόλουθο υπάρχουν πολλές διαφορετικές αντιδράσεις μεταξύ των ατόμων. Οι αντιδράσεις αυτές ποικίλλουν και είναι άγχος, φόβος, κατάθλιψη αλλά και θετική στάση στη ζωή και στο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν παρ’ όλους τους περιορισμούς που αντιμετωπίζουν τα άτομα με κάποια δυσλειτουργία. Ερευνητικά, έχει βρεθεί ότι παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή του ατόμου είναι τα ενδιαφέροντα του, τα βιώματα του και οι αντιλήψεις του, η νοημοσύνη του αλλά και το σημείο του σώματος όπου εντοπίζεται το πρόβλημα αλλά και η στάση των σημαντικών άλλων της ζωής του ατόμου απέναντι στο πρόβλημα και τέλος οι αξίες που επικρατούν στην κοινωνία και ο τρόπος που ορίζεται και αντιμετωπίζεται το πρόβλημα από την κυρίαρχη κουλτούρα (Feldman, 1974. Pedretti, 1990. Trombly, 1983).

Ακόμη, άλλοι παράγοντες που εντοπίζονται στην βιβλιογραφία και επηρεάζουν την προσαρμογή του ατόμου στην σωματική δυσλειτουργία είναι το ψυχολογικό νόημα που αποδίδει το άτομο στο πρόβλημα του (Cronin, 1996. Rybash, Roodin, & Hoyer, 1995) καθώς επίσης ο τρόπος που

αξιολογεί την απώλεια του (Κλεφτάρας, 2009. Shearsmith- Farthing, 2001) και ο τρόπος που το άτομο αντιλαμβάνεται τη δυσλειτουργία του παρά η δυσλειτουργία αυτή καθαυτή (Debo, Leviton & Wright, 1956. Oaksford, Frude & Cuddihy, 2005). Πιο συγκεκριμένα όσον αφορά στα άτομα που έχουν υποστεί ακρωτηριασμό σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ηλικία που τον υπέστησαν (Desmond & MacLachlan, 2006b. Livneh, Antonak & Gerhardt, 1999) και όλα τα άτομα, ανεξαρτήτως ηλικίας, αντιμετωπίζουν δυσκολίες με την εικόνα του σώματος τους, γεγονός που ισχύει σε μεγαλύτερο βαθμό στις μικρότερες ηλικιακά ομάδες (Fisher & Hanspal, 1998b).

Επιπροσθέτως, παράγοντες που επηρεάζουν τη ζωή και συνεπώς την προσαρμογή του ατόμου στη δυσλειτουργία είναι και ο βαθμός που η αναπηρία του επηρεάζει το άτομο και το εμποδίζει να εκτελέσει τις αγαπημένες του αλλά και τις καθημερινές, απαραίτητες δραστηριότητες, το στρες που σχετίζεται και περνά το άτομο μετά το τραυματισμό του ή που ακολουθεί μια σοβαρή χειρουργική επέμβαση, η διάρκεια παραμονής του σε νοσοκομειακό περιβάλλον καθώς και τα οικονομικά προβλήματα που πιθανόν αντιμετωπίζει, καθώς έχει αυξημένα ιατρικά έξοδα, ακόμη και ίσως της πιθανής απώλειας της θέσης εργασίας του, εξαιτίας της δυσλειτουργίας του (Livneh & Antonak, 2005). Η ηλικία εμφάνισης της δυσλειτουργίας καθώς και η διάρκεια της, επηρεάζουν την εκτίμηση σχετικά με την υγεία των ατόμων, με τη δυσλειτουργία και αδιαμφισβήτητα με τη προσαρμογή στη δυσλειτουργία καθώς και την ποιότητα της ζωής του ατόμου. (Linkowski & Groomes, 2007).

Επιτυχής προσαρμογή αντικατοπτρίζει την ενσωμάτωση σωματικών και αισθητηριακών αλλαγών σε μια αλλαγμένη αυτο-εικόνα και εικόνα σώματος. Αντιθέτως, η ανεπιτυχής προσαρμογή είναι προφανής από σωματικά και ψυχιατρικά συμπτώματα όπως είναι συμπτώματα άγχους, κατάθλιψη, χρόνιας κόπωσης και πόνος και κοινωνική αποστασιοποίηση (Livneh, Antonak, 1997). Άτομα με χαμηλότερη προσαρμογή στην δυσλειτουργία, βιώνουν έντονα αρνητικά συναισθήματα όπως άγχος, άρνηση, κατάθλιψη, θυμός ενώ άτομα με υψηλότερη προσαρμογή και αποδοχή της αναπηρίας αναγνωρίζουν ότι η αναπηρία είναι ένα ακόμη χαρακτηριστικό του, ανάμεσα στις υπόλοιπες ικανότητες και τα χαρίσματα του (Virani, 2012).

Σύμφωνα με μία έρευνα που διεξήχθη το 1998, από τους Li και Moore, με δείγμα 1.266 ενήλικες με δυσλειτουργίες, τεκμηριώθηκε η σχέση της αποδοχής της αναπηρίας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που συμμετείχαν (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση), με άλλους παράγοντες σχετικούς με τη δυσλειτουργία, όπως είναι η φύση και η σοβαρότητα της αναπηρίας, αν είναι εκ γενετής ή επίκτητη και τέλος με ψυχολογικούς παράγοντες, όπως η αυτοπεποίθηση του ατόμου, η υποστήριξη που έχει δεχτεί κ.α. Έτσι λοιπόν, τα νεότερα και τα έγγαμα άτομα, καθώς και τα άτομα με μεγαλύτερο εισόδημα, είχαν καλύτερο βαθμό προσαρμογής στην αναπηρία. Παράγοντες όπως το φύλο, η εκπαίδευση και η εθνικότητα δεν φάνηκε να επηρεάζουν την προσαρμογή στην αναπηρία. Επιπλέον, άτομα που είχαν εκ γενετής αναπηρία ή μια μόνο αναπηρία είχαν καλύτερη αποδοχή από τα άτομα με επίκτητη αναπηρία ή πολυαναπηρίες. Σαφώς, η ηλικία

εμφάνισης της αναπηρίας επηρεάζει διαφορετικά τις ζωές των ατόμων και το βαθμό που θα προσαρμοστούν σε αυτή καθώς και τα συνοδά ψυχολογικά προβλήματα που ίσως αντιμετωπίσουν. Άτομα με αυτοπεποίθηση, ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη είχαν καλύτερη αποδοχή (και προσαρμογή) στην αναπηρία από τα άτομα που βίωναν το στιγματισμό και δεν είχαν κάποια υποστήριξη. Συνοψίζοντας, έχει τεκμηριωθεί ότι τα άτομα με επίκτητες σωματικές δυσλειτουργίες, τα οποία έχουν εν μέρει έστω αποδεχτεί τη σωματική τους δυσλειτουργία έχουν καλύτερη ψυχική υγεία, ενώ αντιθέτως εκείνα που δυσκολεύονται να την αποδεχτούν έχουν στις περισσότερες περιπτώσεις, κακή ψυχική υγεία (Livneh, Lott & Antonak, 2004).

4. Η αντίληψη του χρόνου

Η αντίληψη του χρόνου αποτελεί ψυχοκοινωνικό προβλεπτικό παράγοντα για πολλές συμπεριφορές κυρίως στο πεδίο της υγείας. Η έννοια του χρόνου βοηθά τον άνθρωπο να διαμορφώσει την προσωπικότητα του καθώς ο τρόπος σκέψης του αλλά και η πολιτιστική αλληλεπίδραση επηρεάζεται από την αντίληψη του για το χρόνο. Η ψυχολογική ερμηνεία της αντίληψης του χρόνου ήταν από παλιά πηγή διαμάχης ανάμεσα στους στοχαστές. Το 17^ο αιώνα ο Descartes διατύπωσε την άποψη ότι ο άνθρωπος έχει υποκειμενική αντίληψη για το χρόνο καθώς ο χρόνος είναι κάτι έμφυτο, ο Kant ήταν ο πρώτος που προσπάθησε να του δώσει ψυχολογική διάσταση, διατυπώνοντας την άποψη ότι ο χρόνος είναι μια ιδιότητα του ανθρώπινου νου που προϋπάρχει. Όσο περισσότερο προσοχή δίνουμε στο χρόνο τόσο αυξάνεται η υποκειμενική αίσθηση της διάρκειας του (D' Allesio et al., 2003). Πολύ αργότερα το 1928 ο Pierre Janet επιχείρησε να μελετήσει τη σχέση της συμπεριφοράς του ανθρώπου με την αντίληψη του χρόνου για να καταλήξει στο συμπέρασμα πως υπάρχει πολύ στενή σχέση της έννοιας του χρόνου με την κοινωνικοποίηση. Το 1951 ο Lewin υποστήριξε πως το κοινωνικό υπόβαθρο του καθενός επηρεάζει την αντίληψη του για το χρόνο και πως το παρόν αλλά και το μέλλον επηρεάζουν τη συμπεριφορά του. Στο ίδιο μήκος κύματος κινήθηκε και ο Nuttin το 1985 με τη διαφορά ότι έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στο μέλλον (D' Allesio et al., 2003). Τέλος για τον Zimbardo (1992), η αντίληψη του χρόνου είναι μια μη συνειδητή διαδικασία όπου τα χρονικά πλαίσια παίζουν ένα συνδετικό ρόλο στη σχέση μεταξύ κοινωνικών και προσωπικών εμπειριών, γιατί το παρόν του ανθρώπου διαμορφώνεται με βάση τις ερμηνείες που κάνει για τα γεγονότα του παρελθόντος του και τα αναμειγνύοντας τα με μελλοντικά γεγονότα που αναμένει να συμβούν. Ανακατασκευάζοντας λοιπόν το παρελθόν και δημιουργώντας νοερά το μέλλον επηρεάζεται η διαδικασία λήψης αποφάσεων στο παρόν (D' Allesio et al., 2003).

4.1. Οι χρονικές διαστάσεις

Σύμφωνα με τους Zimbardo και Boyd (1999), υπάρχουν πέντε διαστάσεις του χρόνου: α) το Αρνητικό Παρελθόν (Past Negative) δηλαδή μια αρνητική εικόνα για το παρελθόν που οφείλεται σε τραυματικές εμπειρίες δυσάρεστων γεγονότων, β) το Θετικό Παρελθόν, (Past Positive) ζεστή συναισθηματική στάση απέναντι στο παρελθόν, γ) Ηδονιστικό Παρόν, (Present-Hedonistic) ηδονιστική ριψοκίνδυνη στάση απέναντι στη ζωή, ευχάριστο παρόν χωρίς ανησυχία για το μέλλον, δ) Μοιρολατρικό Παρόν, (Present-Fatalistic) μοιρολατρική στάση, αισθήματα απελπισίας για το μέλλον και τη ζωή και ε) Μέλλον, (Future) μελλοντικός προσανατολισμός και προσπάθεια για την επίτευξη μελλοντικών στόχων. Οι άνθρωποι ανάλογα με τον χρονικό τους προσανατολισμό διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες: τα άτομα με προσανατολισμό στο παρελθόν (Past Oriented Person), τα άτομα με προσανατολισμό στο παρόν (Present Oriented Person) και τα άτομα με προσανατολισμό στο μέλλον (Future Oriented Person).

4.1.1. Προσανατολισμός στο παρελθόν

Ο τύπος του ανθρώπου που προσανατολίζεται στο παρελθόν (Past – Oriented Person) συναντιέται σπάνια. Ο προσανατολισμός αυτός συνοδεύεται από ενοχή για την ασυμφωνία ανάμεσα σε προγενέστερες δεσμεύσεις και τωρινές δράσεις, πρόκειται για άτομα συντηρητικά που τους ενδιαφέρει να διατηρήσουν την κοινωνική τους θέση και αντιμετωπίζουν με επιφύλαξη κάθε τι το καινούριο. Άλλωστε ο προσανατολισμός στο παρελθόν δίνει μια αίσθηση προσωπικής συνέχειας, ριζώματος και ασφάλειας. Όταν τα βιώματα του παρελθόντος είναι θετικά οι άνθρωποι τα θυμούνται με νοσταλγία, όμως υπάρχει και η περίπτωση να ανακαλούν το αρνητικό παρελθόν, ακόμη και αν το παρόν είναι ευχάριστο (Zimbardo, 1992).

4.1.2. Προσανατολισμός στο παρόν

Διαφορετική είναι η στάση – δράση του ατόμου που είναι εστιασμένο στο παρόν (Present Oriented Person). Μάλιστα ο προσανατολισμός αυτός διαχωρίζεται σε δύο υποπεριπτώσεις: αρχικά την εστίαση στο ηδονιστικό παρόν (Present- hedonistic Person), όπου το άτομο τείνει να ενδιαφέρεται μόνο για δραστηριότητες που προκαλούν ευχαρίστηση, αποφεύγει να κοπιάζει και να προσπαθεί για την επίτευξη μελλοντικών στόχων. Γενικά αντιμετωπίζει το μέλλον με αδιαφορία, υποτιμά όποιες αποφάσεις σχετίζονται με αυτό και το απασχολούν μόνο τα βραχυπρόθεσμα οφέλη. Αυτός ο άνθρωπος είναι επιεικής με τον εαυτό του, επιρρεπής στις απολαύσεις, ακόμη και όταν οδηγούν σε εξαρτήσεις και αδιαφορεί για τις συνέπειες των πράξεων του (Zimbardo, 1992). Όμως

και το άτομο που είναι προσανατολισμένο στο μοιρολατρικό παρόν (Present- fatalistic Person) πιστεύει πως όλα τα σχέδια για το μέλλον δεν έχουν νόημα, θεωρεί τον εαυτό του υπεύθυνο για την αποτυχία και αρνείται ότι η επιτυχία οφείλεται στη δική του προσπάθεια, εμφανίζει συχνά συμπτώματα κατάθλιψης, διατροφικές διαταραχές, εξάρτηση από ουσίες ακόμη και αυτοκτονικές τάσεις (Zimbardo, 1992). Αντιμετωπίζει την πραγματικότητα με παθητικότητα και θεωρεί ότι οι εξωτερικοί παράγοντες ρυθμίζουν τη ζωή του.

4.1.3. Προσανατολισμός στο μέλλον

Το άτομο που είναι προσανατολισμένο στο μέλλον (Future Oriented Person) υπομένει παροντικές δυσάρεστες καταστάσεις με την προσμονή ότι στο μέλλον θα έχουν θετικά αποτελέσματα. Φροντίζει την υγεία του και καταγίνεται με δραστηριότητες που απαιτούν χρόνο, ενδεχομένως και χρήμα ακόμη και αν δεν έχουν άμεσα αποτελέσματα. Δεν είναι επιρρεπές στους πειρασμούς, δεν παρασύρεται σε δραστηριότητες που τον απομακρύνουν από το στόχο του, θεωρώντας πως είναι χάσιμο χρόνου (Zimbardo 1992).

5. Κατάθλιψη και αντίληψη του χρόνου

Η σχέση της κατάθλιψης με την αντίληψη του χρόνου δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς. Βέβαια δύο έρευνες αυτή των Breier-Williford και Bramlett (1995) και των Zimbardo και Boyd (1999) έδειξαν ότι υπάρχει κάποια αρνητική συσχέτιση μεταξύ του προσανατολισμού στο μέλλον και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Τα άτομα με προσανατολισμό στο παρόν έχουν ριψοκίνδυνη συμπεριφορά, ενώ τα άτομα με προσανατολισμό στο μέλλον δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στον εαυτό και την υγεία τους. Ταυτόχρονα, τα άτομα με προσανατολισμό στο μέλλον, παρουσιάζουν τα λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης, οπότε φαίνεται ότι η σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της αντίληψης του χρόνου με προσανατολισμό το μέλλον, είναι αντιστρόφως ανάλογη, γεγονός που κατέδειξε και η έρευνα των Zimbardo και Boyd (1999). Όμως η μοιρολατρική αντίληψη του χρόνου έχει θετική συσχέτιση με την κατάθλιψη. Τα άτομα νιώθουν ότι εξωτερικοί παράγοντες ελέγχουν τη ζωή τους και διακατέχονται από φαταλισμό όσο πιο έντονος είναι ο φαταλισμός που τους διακατέχει τόσο μεγαλύτερη είναι η κατάθλιψη (Benassi, Sweeney & Dufour, 1988. Roberts, Roberts, & Chen, 2000). Από την άλλη και η ηδονιστική αντίληψη για το χρόνο συνδέεται με την κατάθλιψη, γιατί σε αυτή την περίπτωση τα άτομα αντλούν ευχαρίστηση από το παρόν, όμως αν το παρόν είναι δυσάρεστο μπορεί να βιώσουν ματαιώση και κατάθλιψη (Wertheim & Schwartz, 1983). Επίσης ο προσανατολισμός στο αρνητικό παρελθόν μπορεί να σχετίζεται θετικά με την κατάθλιψη γιατί τα άτομα που προσανατολίζονται

στο επώδυνο παρελθόν και βλέπουν το παρόν μοιρολατρικά ή και ηδονιστικά είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης (Roseanu, Marian, Tomulescu & Pusta, 2008). Όμως η σχέση της σωματικής δυσλειτουργίας με την αντίληψη του χρόνου και η συσχέτιση της αντίληψης του χρόνου με την κατάθλιψη σε άτομα με δυσλειτουργίες χρειάζεται διερεύνηση. Προς αυτή την κατεύθυνση διεξάγονται πολλές έρευνες.

6. Προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία και αντίληψη του χρόνου

Όσον αφορά στη σχέση μεταξύ της σωματικής δυσλειτουργίας και της αντίληψης του χρόνου η βιβλιογραφία είναι περιορισμένη. Κυρίως εστιάζεται στη σχέση μεταξύ των σταδίων προσαρμογής και του προσανατολισμού του ατόμου στον χρόνο. Έτσι όπως αναφέρει η Martz (2004), τα άτομα που βρίσκονται στα στάδια του σοκ, του θυμού – οργής, της αμυντικής στάσης της κατάθλιψης είναι προσανατολισμένα στο παρελθόν (Livneh & Antonak, 1997. Melges, 1982. Bracken & Bernstein, 1980. Livneh, 1986). Από την άλλη μεριά, τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της αποδοχής και της προσαρμογής στην αναπηρία είναι προσανατολισμένα στο μέλλον (Bracken & Bernstein, 1980. Haan, 1985).

Πιο συγκεκριμένα τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο του σοκ, αρνούνται να δουν πέρα από το παρόν και το πρόβλημα τους και να σκεφτούν και να οργανώσουν το μέλλον τους. Παρόμοια και τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της άρνησης και του θυμού, αλλά και της κατάθλιψης δεν μπορούν να δουν πέρα από το παρόν είτε διότι αρνούνται να πιστέψουν αυτό που τους συμβαίνει, είτε διότι βιώνουν έντονα συναισθήματα και είναι αδύναμοι να δράσουν σκεπτόμενοι το μέλλον είτε διότι βρίσκονται σε ένα τέλμα, χωρίς διάθεση και με αίσθημα αβοηθησίας, που προφανώς τους εμποδίζει από την δράση και το σχεδιασμό του μέλλοντος, αφού είναι κάτι μακρινό και ασήμαντο.

Αντίθετα τα άτομα που βρίσκονται στο στάδιο αποδοχής και προσαρμογής της αναπηρίας έχοντας επιτυχώς περάσει τα προηγούμενα στάδια και έχοντας αποδεχτεί τη δυσλειτουργία τους με όλους τους περιορισμούς που αυτή ενέχει, είναι σε θέση να οργανώνουν τη ζωή τους και να σχεδιάζουν τις δράσεις τους ώστε να επιτυγχάνουν τους στόχους και τα όνειρα τους. Συνολικά, οι αντιδράσεις των ατόμων απέναντι στην αναπηρία τους, επηρεάζει και το σχεδιασμό ή όχι του μέλλοντος.

Όπως αναφέρει η Livneh (2012), η ίδια η φύση της προσαρμογής του ατόμου απέναντι στη δυσλειτουργία ή στο γεγονός που πλήττει και επηρεάζει τη ζωή του εμπεριέχει την έννοια του χρόνου και του προσανατολισμού σε αυτό. Πιο συγκεκριμένα σε έρευνες με άτομα που έχουν καρκίνο, η στάση τους και η αντιμετώπιση της αρρώστιας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο και στον προσανατολισμό των ατόμων στο χρόνο. Για παράδειγμα, τα άτομα που παθητικά δέχονται τη διάγνωση και νιώθουν αβοήθητα, προσανατολίζονται στο παρελθόν, αφού νιώθουν ότι η ζωή τους

εκεί άξιζε και τίποτα δεν έχει να τους προσφέρει το παρόν, πόσο μάλλον το μέλλον. Αντιθέτως τα άτομα που έχουν μια δυναμική, ενεργητική στάση απέναντι στην ασθένεια τους ακολουθούν πιστά τη θεραπεία που τους χορηγείται, προσανατολίζονται στο παρόν αλλά ταυτόχρονα κάνουν μελλοντικά σχέδια για τη ζωή τους. Επιπρόσθετα, συναισθήματα απώλειας και λύπης τα οποία συνοδεύουν την επίκτητη σωματική δυσλειτουργία συνδέονται με το προσανατολισμό στο παρελθόν, όπου η ζωή είχε νόημα. Όσον αφορά στο βαθμό προσαρμογής στην αναπηρία και τον προσανατολισμό στο χρόνο δεν υπάρχει επαρκής έρευνα ώστε να αποδειχτεί η σχέση τους.

7. Σύνθεση- Υποθέσεις

7.1. Στόχος της έρευνας

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί και να κατανοηθεί η καταθλιπτική συμπτωματολογία στα άτομα με σωματική δυσλειτουργία στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα στόχος είναι η αξιολόγηση σοβαρότητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε σχέση με την αντίληψη του χρόνου και την προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία, καθώς αυτός ο πληθυσμός θεωρείται επιρρεπής στην κατάθλιψη και αυτοί οι παράγοντες θεωρούνται σημαντικοί και επηρεάζουν την ανάπτυξη της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Έτσι, θα μελετηθεί ο προσανατολισμός του ατόμου στο χρόνο και η επιρροή που ασκεί στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας καθώς και στο βαθμό προσαρμογής του ατόμου στη σωματική δυσλειτουργία. Όσον αφορά στη σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της αντίληψης του χρόνου είναι ενδιαφέρον να αναδειχθεί η συσχέτιση τους, αφού σύμφωνα με τους Zimbardo και Boyd (1999), ένα άτομο που προσανατολίζεται στο μέλλον, φαίνεται να μην εμφανίζει καταθλιπτική συμπτωματολογία, σε αντίθεση με ένα άτομο προσανατολισμένο στο παρόν.

Επιπλέον θα γίνει προσπάθεια στα πλαίσια της σωματικής δυσλειτουργίας να μελετηθούν εκείνοι οι παράγοντες, ανάμεσα τους τα δημογραφικά στοιχεία και η αντίληψη του χρόνου, που επηρεάζουν την εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και την γενικότερη προσαρμογή του ατόμου στη σωματική δυσλειτουργία. Στον Ελλαδικό, αλλά και στο διεθνή χώρο δεν έχει διερευνηθεί η σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με τον προσανατολισμό στο χρόνο και το βαθμό προσαρμογής στην δυσλειτουργία, αν και έχει μελετηθεί στα άτομα με σωματικές δυσλειτουργίες. Επομένως θα είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον και χρήσιμο να διερευνηθούν οι παράμετροι στο σύνολο τους, αλλά ιδιαιτέρως στο πληθυσμό των ατόμων με σωματικές δυσλειτουργίες.

7.2. Υποθέσεις της έρευνας

1) Γενικές υποθέσεις:

α) Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού της έρευνας έχει μέτρια ή υψηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία.

β) Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, αντίληψης του χρόνου και προσαρμογής στην αναπηρία στα άτομα με σωματικές δυσλειτουργίες.

γ) Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος της έρευνας και της προσαρμογής στη δυσλειτουργία, της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της αντίληψης του χρόνου.

δ) Το σύνολο των μεταβλητών της έρευνας (κατάθλιψη και αντίληψη του χρόνου) είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία.

ε) Το σύνολο των μεταβλητών της έρευνας (αντίληψη του χρόνου και προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία) είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της εκδήλωσης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και διαφοροποιούν σε σημαντικό βαθμό τις ομάδες των ατόμων με τη χαμηλότερη και την υψηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία.

2) Ειδικές υποθέσεις:

α) Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του προσανατολισμού στο παρόν (και στις δύο διαστάσεις) και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

β) Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του προσανατολισμού στο παρελθόν και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

γ) Υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ του προσανατολισμού στο μέλλον και στην καταθλιπτική συμπτωματολογία.

δ) Υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της επιτυχούς προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία.

ε) Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της επιτυχούς προσαρμογής στην δυσλειτουργία και της νεαρής ηλικίας εμφάνισης της σωματικής δυσλειτουργίας.

στ) Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του προσανατολισμού στο μέλλον και της κατηγορίας της μετατροπής των αξιών από συγκριτικές σε προσόντα (transformation from comparative to asset values).

ζ) Υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κατηγορίας της μετατροπής των αξιών συγκριτικές σε προσόντα (transformation from comparative to asset values) και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

- η) Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της κατηγορίας του περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (containment of disability effects) και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας
- θ) Υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κατηγορίας της μετατροπής αξιών από συγκριτικές σε προσόντα (transformation from comparative to asset values) και προσανατολισμού στο παρόν και το παρελθόν.

ΜΕΡΟΣ II : Μέθοδος

1. Δείγμα

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν 100 άτομα με σωματικές δυσλειτουργίες, εκ των οποίων οι 47 ήταν γυναίκες και οι 53 ήταν άνδρες. Ο τρόπος δειγματοληψίας ήταν τυχαίος και τα άτομα συνεργάστηκαν εθελοντικά. Όπως διαφαίνεται και από τον πίνακα που ακολουθεί τα είδη της αναπηρίας ποίκιλλαν και για λόγους ευκολίας ταξινομήθηκαν σε 3 κατηγορίες, ανάλογα με τη σοβαρότητα της εκάστοτε δυσλειτουργίας. Πρώτη κατηγορία : Σκλήρυνση κατά πλάκας και μυϊκή δυστροφία, (43%) δεύτερη κατηγορία: παραπληγία και τετραπληγία(35%) και τρίτη κατηγορία: Ημιπληγία, τραυματισμός, ακρωτηριασμός, εγκεφαλική παράλυση, διαβήτης και αρθρίτιδα (22%).

Πίνακας 1

Κατανομή (απόλυτες συχνότητες) των υποκειμένων του δείγματος ως προς το είδος της σωματικής βλάβης

	N (100)
Είδος αναπηρίας	
Σκλήρυνση κατά πλάκας και μυϊκή δυστροφία	43
Παραπληγία και Τετραπληγία	35
Ημιπληγία, τραυματισμός, ακρωτηριασμός, εγκεφαλική παράλυση, διαβήτης και αρθρίτιδα	22

Πίνακας 2: Γενικά Δημογραφικά Στοιχεία

Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (N=100)

	N
Οικογενειακή Κατάσταση	
Ανύπαντρος-η	47
Παντρεμένος-η	38
Διαζευγμένος-η	9
Χήρος-α	5

Άλλο	1
Εκπαίδευση	
Δημοτικό	10
Γυμνάσιο	12
Λύκειο	12
ΕΠΑΛ	22
ΤΕΙ	17
ΑΕΙ	27
Επαγγελματική κατάσταση	
Καμία Απασχόληση	61
Περιστασιακή Απασχόληση	7
Μερική Απασχόληση	11
Πλήρης Απασχόληση	21
Κατοίκηση	
Μόνος	26
Με σύζυγο-συγκάτοικο	26
Με παιδί ή/και σύζυγο	23
Με γονείς	5
Είδος στήριξης	
Χαμηλή (Εργοθεραπεία, Λογοθεραπεία, Ψυχολογική, Φαρμακευτική)	58
Υψηλή (Συνδυασμός των ειδών στήριξης)	42

2. Ψυχομετρικά εργαλεία

Σε αυτή την έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τρία ερωτηματολόγια, πέρα από τα βασικά δημογραφικά στοιχεία που κλήθηκαν να σημειώσουν οι συμμετέχοντες. Αυτά ήταν το ερωτηματολόγιο αυτοεκτιμούμενης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, το ερωτηματολόγιο αντίληψης χρόνου και η κλίμακα προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία (βλ. Παράρτημα).

2.1.Ερωτηματολόγιο Αυτό-Εκτιμούμενης Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας (Questionnaire 'Auto-Evaluation de la Symptomatologie Dépressive [QD2])

Το ερωτηματολόγιο αυτό κατασκευάστηκε για την αξιολόγηση και μέτρηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ενήλικα άτομα (Pichot et al., 1984). Αποτελείται από 52 ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονται σε μια ποικιλία συναισθηματικών γνωστικών και σωματικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης, στις οποίες το άτομο καλείται να απαντήσει επιλέγοντας «σωστό» ή «λάθος». Το άθροισμα των απαντήσεων «σωστό» αποτελεί τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου, η οποία μπορεί να κυμαίνεται από 0-52. Υψηλότερη βαθμολογία δείχνει σοβαρότερη μορφή κατάθλιψης. Το QD2 προήλθε από την ανάλυση περιεχομένου των τεσσάρων πιο γνωστών ερωτηματολογίων κατάθλιψης: α) του «Hopkins Symptoms CheckList» (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974), β) της γαλλικής έκδοσης του «Beck Depression Inventory» (Pichot, Piret, & Clyde, 1966), γ) της κλίμακας D του «Minnesota Multiphasic Personality Inventory» (MMPI-D. Hathaway & Mckinley, 1942-47), και δ) της κλίμακας D του «Zung Self-Rating Depression Scale» (SDS. Zung, 1965).

Η προσαρμογή στα Ελληνικά βασίστηκε σε μια σειρά ερευνών που έχουν γίνει σε πληθυσμούς τόσο νέων (N=510) όσο και ηλικιωμένων (N=1054), που είτε ήταν φοιτητές, είτε συμμετείχαν σε "Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων" (Κ.Α.Π.Η.) και σε "Λέσχες Φιλίας" και των οποίων η ηλικία κυμαινόταν για μεν τους νέους 17 έως 28 ετών, ενώ για τους ηλικιωμένους μεταξύ 60 και 94 ετών. Το ερωτηματολόγιο αυτό μεταφράστηκε αρχικά από τα γαλλικά στα ελληνικά και στη συνέχεια από τα ελληνικά στα γαλλικά και προσαρμόστηκε κατάλληλα στην ελληνική γλώσσα από μια ομάδα τριών δίγλωσσων ψυχολόγων. Η παραγοντική δομή της Ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου, έτσι όπως μελετήθηκε στον πληθυσμό των νέων και των ηλικιωμένων ατόμων, αποδείχτηκε ικανοποιητική και επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα των αντίστοιχων μελετών στη Γαλλία (Κλεφτάρας, 1988, 1991, 2000. Pichot et al., 1984, Κλεφτάρας & Τζονιχάκη, 2012). Σύμφωνα με την «Ανάλυση Βασικών Συνιστωσών», εμπεριέχει ένα γενικό παράγοντα και οι ορθογώνιες περιστροφές Varimax έδωσαν τους αναμενόμενους παράγοντες (Tzonichaki, 1994. Tzonichaki & Kleftaras, 1998). Σύμφωνα με έρευνες σε γαλλικό πληθυσμό φυσιολογικών και καταθλιπτικών ατόμων, ένας μέσος όρος 32.22 (T.A.=11.07) στο ερωτηματολόγιο αυτό δείχνει σημαντική κατάθλιψη και καταδεικνύει τις καταθλιπτικές περιπτώσεις, ενώ ένας μέσος όρος κατάθλιψης 9.57 (T.A.=7.67) αντιστοιχεί σε φυσιολογικές περιπτώσεις (Pichot et al., 1984).

Η κατασκευή και η στάθμιση αυτού του ερωτηματολογίου έγινε στη Γαλλία και οι σχετικές μελέτες δείχνουν ότι έχει μια καλή συγχρονική εγκυρότητα. Το QD2 έχει επίσης: α) καλή ομοιογένεια καθώς όλοι οι δείκτες ομοιογένειας Φ (phi, για την κάθε ερώτηση) είναι σημαντικοί σε

επίπεδα ανώτερα του .01, εκτός από δύο με επίπεδο σημαντικότητας το .05 και β) καλή αξιοπιστία (μέθοδος των δύο ημίσεων, τύπος Spearman-Brown), μελετημένη σε τέσσερις ομάδες: καταθλιπτικών (.93), φυσιολογικών (.92), οργανικών (.95) και ψυχιατρικών ασθενών (.94) (Richotetal., 1984). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό.

2.2.Ερωτηματολόγιο Αντίληψης Χρόνου του Stanford(Stanford Time Perspective Inventory [STPI])

Η κλίμακα αυτή, η οποία κατασκευάστηκε από τον Zimbardo (1992), αποσκοπεί στην αξιολόγηση του τρόπου με τον οποίο ένα άτομο κατανέμει νοητικά το χρόνο σε παρελθόν, παρόν και μέλλον (Παράρτημα 2). Το STPI είναι μια κλίμακα 38 προτάσεων-ερωτήσεων, που επιτρέπουν την αξιολόγηση του κάθε ατόμου σε σχέση με τον «προσανατολισμό του ως προς το χρόνο». Αποτελείται από τρεις υποκλίμακες που μετρούν: (α) τον προσανατολισμό στο μέλλον, (β) τον προσανατολισμό στο παρόν με δύο υποκατηγορίες, τον ηδονισμό και τον φαταλισμό και (γ) τον προσανατολισμό στο παρελθόν. Όλες οι προτάσεις-ερωτήσεις του ψυχομετρικού αυτού εργαλείου παρουσιάζονται ως μία ενιαία κλίμακα (Gonzalez & Zimbardo, 1985. Zimbardo, 1990, 1992) και η απάντηση σε καθεμία γίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (1=πολύ αναληθές, 5=πολύ αληθές).

Η προσαρμογή της κλίμακας στα ελληνικά βασίστηκε σε δείγμα 350 φοιτητών και φοιτητριών διαφόρων Τμημάτων του Πανεπιστημίου Κρήτης. Το STPI μεταφράστηκε αρχικά από τα αγγλικά στα ελληνικά και στη συνέχεια από τα ελληνικά στα αγγλικά και προσαρμόστηκε κατάλληλα στην ελληνική γλώσσα από τρεις δίγλωσσους ψυχολόγους (Kleftaras & Pourkos, 1995. Κλεφτάρας & Πουρκός, 2012). Επειδή η συγκεκριμένη κλίμακα δεν έχει κατασκευαστεί ούτε σταθμιστεί στην Ελλάδα, μελετήθηκε η παραγοντική της δομή έτσι όπως αυτή παρουσιάζεται στο δείγμα των διαφόρων φοιτητών του Πανεπιστημίου Κρήτης. Οι παραγοντικές αναλύσεις επιβεβαιώνουν εν μέρει τουλάχιστον τις έρευνες των D'Alessio et al. (2003) και του Lennings (2000), μη επαληθεύοντας στο σύνολό της την παραγοντική δομή που αρχικά πρότεινε ο Zimbardo (1990, 1992).

Σχετικές μελέτες δείχνουν ότι το STPI παρουσιάζει καλή εσωτερική συνέπεια και καλά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά. Οι παραγοντικές αναλύσεις, πάντως, δε φαίνεται να επιβεβαιώνουν όλους τους τύπους «προσανατολισμού ως προς το χρόνο», που μετρά το ερωτηματολόγιο. Συγκεκριμένα δε φαίνεται να επιβεβαιώνεται ο «προσανατολισμός στο παρελθόν», ενώ από τις δύο

κατηγορίες του «προσανατολισμού στο παρόν» δεν επιβεβαιώνεται ο «φαταλισμός» (D'Alessio et al., 2003. Lennings, 2000).

2.3.Κλίμακα προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία -αναθεωρημένο (Adaptation to disability scale- Revised)

Αρχικά είχε αναπτυχθεί από τον Linkowski (1971), για την χρήση σε άτομα με δυσλειτουργίες και αναθεωρήθηκε από τους Groomes και Linkowski (2007). Η αναθεωρημένη κλίμακα της προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία είναι ένα αυτο-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, με 32 ερωτήματα, που εξετάζει το βαθμό προσαρμογής στα άτομα με κάποια σωματική δυσλειτουργία, όπως χρησιμοποιήθηκε και σε αυτή την έρευνα. Η αναθεωρημένη λοιπόν κλίμακα προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία είναι μια κλίμακα τεσσάρων προτάσεων του Likert όπου το 1= Διαφωνώ απόλυτα και το 4= συμφωνώ απόλυτα. Επιπλέον, η κλίμακα αυτή είναι βασισμένη σε τέσσερις υποκλίμακες που προέκυψαν από τον Dembo et al, 1956, από τη θεωρία του για τη διαδικασία αλλαγής αξιών, όπου προτείνονται τέσσερις μεγάλες αλλαγές στο σύστημα αξιών ενός ατόμου επηρεάζοντας έτσι την προσαρμογή του στη δυσλειτουργία. Οι τέσσερις αυτές υποκλίμακες είναι α) η διεύρυνση του πεδίου αξιών (*enlargement of scope of values*) β) Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (*subordination of physique*) γ) Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (*containment of disability effects*) και δ) Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (*transformation from comparative to asset values*). Η αναθεωρημένη αυτή κλίμακα, μετράει το βαθμό προσαρμογής του συμμετέχοντα, καταλήγοντας σε ένα συνολικό αποτέλεσμα, όπου η χαμηλή προσαρμογή κυμαίνεται από 32 έως 60 βαθμούς, η μέτρια προσαρμογή από 61-93 και η υψηλή κυμαίνεται από 94 έως 128 βαθμούς. Οι τέσσερις υποκλίμακες που προαναφέρθηκαν, συνοψίζονται ξεχωριστά και προκύπτει διαφορετικός βαθμός για κάθε άτομο στην κάθε κατηγορία. Η αναθεωρημένη κλίμακα προσαρμογής στη δυσλειτουργία (ADS-R) έχει μέτρια προς υψηλή εσωτερική συνέπεια μεταξύ των τεσσάρων υποκλιμάκων σύμφωνα με την μελέτη που έγινε από τον Linkowski (1971) και τους Groomes και Linkowski (2007) σε 365 άτομα με διάφορες δυσλειτουργίες (διαβήτη, ακρωτηριασμό κ.α.). Το εργαλείο ADS-R έχει καλή εσωτερική αξιοπιστία (.93) καθώς και οι τέσσερις υποκλίμακες : α) διεύρυνση .82, β) υποταγή .71, γ) περιορισμός .88 και δ) μετατροπή .93. Το ADS-R μεταφράστηκε αρχικά από τα αγγλικά στα ελληνικά και στη συνέχεια από τα ελληνικά στα αγγλικά και προσαρμόστηκε κατάλληλα στην ελληνική γλώσσα από τέσσερις δίγλωσσους ψυχολόγους και παιδαγωγούς. Η κλίμακα αυτή δεν έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό. Το εργαλείο αυτό απαιτεί περίπου 7 λεπτά για την συμπλήρωση του.

3. Διαδικασία

Η έρευνα έλαβε χώρα από το Σεπτέμβριο του 2013 έως και το Μάρτιο του 2014 σε διάφορους φορείς ατόμων με σωματικές δυσλειτουργίες ανά την Ελλάδα. Η ερευνήτρια κατόπιν επικοινωνίας και συνεννόησης με τους φορείς και συλλόγους ατόμων με σωματικές δυσλειτουργίες, έλαβε την άδεια για την ενημέρωση και την χορήγηση των ερωτηματολογίων στα μέλη τους (Κέντρο εργασίας Αναπήρων, Πανελλήνια Ένωση Παραπληγικών, Πανθεσσαλική Ένωση ατόμων με Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Αθλητικός σύλλογος “Οι αργοναύτες”, Πανθεσσαλικός Σύλλογος Αναπήρων ατόμων, Πανελλήνια Ένωση Παραπληγιών παράρτημα Μακεδονίας).

Η ερευνήτρια σε επαφή με κάθε μέλος ξεχωριστά, κατά τη διάρκεια των συνελεύσεων και συγκεντρώσεων, ενημέρωσε τα μέλη για τους σκοπούς και το είδος της έρευνας και λάμβανε τη συγκατάθεση τους για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Κατά τη χορήγηση των ερωτηματολογίων η ερευνήτρια ήταν παρούσα και έδινε διευκρινήσεις σε τυχόν απορίες. Επιπλέον σε αρκετές περιπτώσεις όταν υπήρχε δυσκολία για την συμπλήρωση ή την ανάγνωση των ερωτήσεων η ερευνήτρια βοηθούσε τα άτομα αφού τους διάβαζε και συμπλήρωνε σύμφωνα με τις απαντήσεις των ατόμων τα ερωτηματολόγια. Μετά την συμπλήρωσή τους, η ερευνήτρια ευχαριστούσε κάθε άτομο ξεχωριστά. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων απαιτούσε περίπου 30 λεπτά. Δεκαπέντε ερωτηματολόγια ήταν ελλιπώς συμπληρωμένα, γι' αυτό το λόγο και κρίθηκαν άκυρα. Τέλος αξίζει να αναφερθεί ότι σε κάποιες περιπτώσεις, σε δύο συγκεκριμένα συλλόγους, κατόπιν συνεννόησης και έγκρισης, τα ερωτηματολόγια στάλθηκαν ταχυδρομικώς, συνοδευόμενα βεβαίως από ένα γράμμα σε σχέση με τους σκοπούς της έρευνας και τα στοιχεία επικοινωνίας τόσο της ερευνήτριας όσο και του επιβλέποντα καθηγητή καθώς και τις θερμές ευχαριστίες μας για την συνεργασία των ατόμων.



ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ : ΕΥΡΗΜΑΤΑ

1. Σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας

1.1. Σχέσεις μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, της αντίληψης του χρόνου και της προσαρμογής στη δυσλειτουργία.

Όσον αφορά στις σχέσεις μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και των τεσσάρων διαστάσεων της αντίληψης του χρόνου (παρελθόν, παρόν-φαταλισμός, παρόν-ηδονισμός και μέλλον) δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συνάφειες (Πίνακας 3). Γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τις αρχικές μας υποθέσεις, ότι δηλαδή υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στο προσανατολισμό στο παρελθόν και το παρόν (και στις δύο διαστάσεις : φαταλισμός- ηδονισμός).

Πίνακας 3

Συνάφειες μεταξύ της αντίληψης του χρόνου και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας

Καταθλιπτική συμπτωματολογία	
Αντίληψη του χρόνου	
Παρελθόν	.03
Παρόν-ηδονισμός	-.02
Παρόν- Φαταλισμός	.06
Μέλλον	-.01

Όσον αφορά στη σχέση μεταξύ καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και προσαρμογής στη δυσλειτουργία βρέθηκε στατιστικά σημαντική, αρνητική σχέση (Πίνακας 4). Δηλαδή όσο αυξάνεται η προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία στο σύνολο της, τόσο μειώνεται η καταθλιπτική συμπτωματολογία και αντίστροφα. ($r = -.21$, $p < .05$). Συγκεκριμένα, υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας του περιορισμού των επιπτώσεων της σωματικής δυσλειτουργίας και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ($r = -.30$, $p < .01$). Καθώς επίσης υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της υποκλίμακας της διεύρυνσης του πεδίου των αξιών και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ($r = -.21$, $p < .05$). Με άλλα λόγια, τα άτομα που η σωματική τους δυσλειτουργία δεν αποτελεί εμπόδιο στη ζωή των ατόμων και δεν παρεμβαίνει σε τομείς που είναι λειτουργικοί (περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας) καθώς και εκείνα τα άτομα που είναι σε θέση να αναπτύξουν νέες αξίες και ικανότητες (διεύρυνση του πεδίου των αξιών) δεν

εμφανίζουν υψηλά ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Το ίδιο ισχύει και αντιστρόφως, όσο υψηλότερο βαθμό καταθλιπτικής συμπτωματολογίας εμφανίζει ένα άτομο με σωματική δυσλειτουργία μειώνεται ο βαθμός που σημειώνει στις δύο προαναφερθείσες κατηγορίες.

Πίνακας 4

Συνάφειες μεταξύ των διαστάσεων της προσαρμογής στη δυσλειτουργία και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας

Καταθλιπτική συμπτωματολογία	
Προσαρμογή στη δυσλειτουργία	
Διεύρυνση του πεδίου αξιών	-.21*
Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας	-.30 **
Μετατροπή των αξιών από συγκριτικές σε προσόντα	-.14
Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης	-.12

*: $p < .05$ **: $p < .01$

Αναφορικά με τη σχέση της αντίληψης του χρόνου και της προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία (Πίνακας 5) υπήρξε στατιστικά σημαντική, αρνητική συνάφεια μεταξύ του προσανατολισμού στο παρόν- φαταλισμό και στο σύνολο της προσαρμογής ($r = -.23$ $p < .05$). Η παραπάνω συνάφεια έχει την εξής ερμηνεία : Όσο περισσότερο κάποιο άτομο προσανατολίζεται στο παρόν τόσο προσαρμόζεται στη σωματική του δυσλειτουργία.

Πίνακας 5

Συνάφειες μεταξύ της αντίληψης του χρόνου και της προσαρμογής στη δυσλειτουργία

Σύνολο Προσαρμογής στη Δυσλειτουργία	
Αντίληψη του χρόνου	
Παρελθόν	.04
Παρόν- φαταλισμός	-.23*

Παρόν-ηδονισμός	.12
Μέλλον	.11

*: $p < .05$

Επιπρόσθετα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική, αρνητική συνάφεια μεταξύ του προσανατολισμού στο παρόν-φαταλισμό και σε τρεις υποκλίμακες της προσαρμογής: Της υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης ($r = -.31$ $p < .05$), του περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας ($r = -.27$ $p < .05$) καθώς και της μετατροπής των αξιών από συγκριτικές σε προσόντα (Πίνακας 6). Δηλαδή, όσο περισσότερο προσανατολισμένο στο παρόν-φαταλισμό είναι κάποιο άτομο, τόσο λιγότερο είναι σε θέση να αντιμετωπίζει τη δυσλειτουργία πέρα από τη πραγματική σωματική βλάβη (περιορισμός), να μπορεί να αγνοεί την εξωτερική εμφάνιση του/της (υποταγή) καθώς και να μην συγκρίνει τον εαυτό του με τους άλλους και αντιλαμβάνεται τις προσωπικές του δυνάμεις και δυνατότητες.

Πίνακας 6

Συνάφειες μεταξύ των διαστάσεων της προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία και του προσανατολισμού στο χρόνο

	Παρελθόν	Παρόν- φαταλισμός	Παρόν- ηδονισμός	Μέλλον
Προσαρμογή στη δυσλειτουργία				
Διεύρυνση του πεδίου αξιών	.04	.09	.13	.14
Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας	.03	-.27**	.04	.08
Μετατροπή των αξιών από συγκριτικές σε προσόντα	.06	-.27**	.15	.09

Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης	-01	-.31**	.08	.06
--	-----	--------	-----	-----

* : $p < .05$ ** : $p < .01$

2. Συγκρίσεις μεταξύ των δύο ομάδων προσαρμογής στη δυσλειτουργία ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Προκειμένου να διερευνηθεί ο τρόπος που η κατάθλιψη διαφέρει στις δύο ομάδες προσαρμογής, μέτρια (N= 51) και υψηλή (N= 49), πραγματοποιήθηκε έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα (t-test)(Πίνακας 7). Ο μέσος όρος των τιμών καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των ατόμων με μέτρια προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία ($M= 17.57, SD= 16.17$) είναι σημαντικά μεγαλύτερος ($t= 2.42 DF= 79.76 p=.018$) από αυτόν για τα άτομα με υψηλότερη προσαρμογή ($M= 11.22, SD= 9.17$). Με άλλα λόγια, άτομα που έχουν καλύτερη προσαρμογή στην σωματική τους δυσλειτουργία σημειώνουν λιγότερα ή καθόλου καταθλιπτικά συμπτώματα.

Πίνακας 7

Σύγκριση μέσων όρων (M) και τυπικές αποκλίσεις (T.A.) μεταξύ των ομάδων με τη μέτρια και υψηλότερη προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία.

	Προσαρμογή στη Σωματική δυσλειτουργία		
	Μέτρια (N= 51)	Υψηλή (N= 49)	t
Καταθλιπτική συμπτωματολογία M(T.A.)	17.57(16.17)	11.22(9.17)	2.42*

*: $p < .05$

3. Συγκρίσεις μεταξύ των δύο ομάδων προσαρμογής στη δυσλειτουργία ως προς τον προσανατολισμό στο χρόνο.

Με στόχο να διερευνησουμε πως οι τέσσερις διαστάσεις αντίληψης του χρόνου διαφέρουν στα άτομα με μέτρια και υψηλή προσαρμογή πραγματοποιήθηκε έλεγχος t για ανεξάρτητα δείγματα (t-Test). Γενικότερα δεν φάνηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων προσαρμογής και των διαστάσεων του χρόνου, με μόνη εξαίρεση την διάσταση παρόν- φαταλισμός (Πίνακας 8).

Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος των ατόμων με μέτρια προσαρμογή ($M= 3.01, SD= .42$) διαφέρει σημαντικά ($t = 2.4, df = 98, p=.16$) από αυτό των ατόμων με υψηλότερη προσαρμογή ($M= 2.81, SD= .34$) στη διάσταση του παρόντος- φαταλισμός. Με άλλα λόγια, άτομα που δεν έχουν προσαρμοστεί πλήρως στη σωματική τους δυσλειτουργία είναι περισσότερο προσανατολισμένα στο παρόν και πιο συγκεκριμένα το αντιμετωπίζουν παθητικά και θεωρούν ασήμαντα τα μελλοντικά σχέδια.

Πίνακας 8

Σύγκριση μέσων όρων (M) και τυπικές αποκλίσεις (T.A.) μεταξύ των ομάδων με τη μέτρια και υψηλότερη προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία ως προς τις διαστάσεις την αντίληψης του χρόνου.

	Προσαρμογή στη Σωματική δυσλειτουργία		t
	Μέτρια (N= 51)	Υψηλή (N= 49)	
Αντίληψη του Χρόνου			
Παρελθόν M(T.A.)	3.14(.46)	3.16(.46)	-1.73
Παρόν- Ηδονισμός M(T.A.)	2.9(.45)	2.98(.40)	-.87
Παρόν- Φαταλισμός M(T.A.)	3.01(.42)	2.81(.34)	2.45*
Μέλλον M(T.A.)	3.33(.57)	3.16(.51)	-1.73

*: $p<.05$

4.Συγκρίσεις μέσων όρων μεταξύ των δύο φύλων ως προς την προσαρμογή στη δυσλειτουργία, την καταθλιπτική συμπτωματολογία και την αντίληψη του χρόνου.

Από τη σύγκριση των μέσων όρων (t-test) των ανδρών (N= 53) και των γυναικών (N=47) προκύπτουν τα παρακάτω αποτελέσματα. Όσον αφορά στα δύο φύλα και την προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία, δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Ο μέσος όρος προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία στην υποκατηγορία της διεύρυνσης μεταξύ των ανδρών ($M= 2.90, SD=.45$) και των γυναικών ($M=2.98,SD=.38$) δεν διαφέρουν σημαντικά. ($t= -.83, df = 98, p= .40$, δίπλευρος έλεγχος). Το Στην υποκατηγορία της υποταγής στη σωματικής δυσλειτουργίας οι ο μέσος όρος των ανδρών ($M=2.76, SD= .65$) ($t= -2.23, df= 98, p= .02$ δίπλευρος έλεγχος) και των γυναικών($M=3.04, SD=.57$) διαφέρουν σημαντικά ($t= -2.23, df= 98 p= .02$ δίπλευρος έλεγχος). Στην υποκατηγορία του περιορισμού ο μέσος όρος των ανδρών ($M= 2.60, SD=.61$) δεν διαφέρει σημαντικά από το μέσο όρο των γυναικών σε αυτή τη κατηγορία($M=$

2.73, SD=.59), ($t = .82, df= 98, p= .28$ δίπλευρος έλεγχος) (Πίνακας 9).

Τέλος στην υποκατηγορία της μετατροπής των αξιών από μειονεκτήματα σε προσόντα ο μέσος όρος των ανδρών(M= 2.76, SD=.59) και των γυναικών(M= 2.94, SD=.60) δεν διαφέρουν σημαντικά ($t = -1.51, df= 96.3, p= .13$ δίπλευρος έλεγχος). Ο μέσος όρος στο σύνολο της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μεταξύ γυναικών(M= 16.36, SD=14.76) είναι μεγαλύτερος από αυτό ανδρών (M= 12.77, SD=12.22) ($t = - 1.32, df= 98 p= .18$ δίπλευρος έλεγχος), αλλά η διαφορά τους δεν είναι στατιστικά σημαντική (Πίνακας 9).

Όσον αφορά στις διαστάσεις του χρόνου οι συγκρίσεις των μέσων όρων μεταξύ των δύο φύλων δεν είναι σημαντικές. Πιο συγκεκριμένα στην διάσταση του μέλλοντος οι μέσοι όροι των ανδρών (M=3.33, SD=.47) και των γυναικών(M=3.35, SD= .35) δεν διαφέρουν σημαντικά($t = -.12, df=98, p=.90$). Στο παρόν-φатаλισμό ο μέσος όρος των ανδρών (M=2.98, SD= .42) και των γυναικών (M=2.83, SD= .45) επίσης δεν διαφέρουν σημαντικά ($t = -1.87, df= 98, p=.63$). Στο παρόν-ηδονισμό ο μέσος όρος των ανδρών (M=2.98, SD=.40) δεν διαφέρει σημαντικά από το μέσο όρο των γυναικών (M=2.83, SD=.45) ($t = -.621, df= 98, p =.53$). Τέλος, στο παρελθόν ο μέσος όρος των ανδρών (M=3.14, SD= .41) δεν διαφέρει από αυτό των γυναικών (M=3.16, SD= .51) ($t = -.25, df=98, p=.80$).

Συνολικά παρατηρούμε ότι οι γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες έχοντας μεγαλύτερο μέσο όρο στην κατηγορία της υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης, είναι περισσότερο ικανές να αγνοούν τα εξωτερικά χαρακτηριστικά της σωματικής δυσλειτουργίας και τις επιπτώσεις που έχει στην ικανότητα τους να εκτελούν και να συμμετέχουν σε δραστηριότητες.

Πίνακας 9

Συγκρίσεις μέσων όρων μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς την προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία, τον προσανατολισμό στο χρόνο και την καταθλιπτική συμπτωματολογία

	Άνδρες (N= 53)	Γυναίκες (N=47)	t
Προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία			
Διεύρυνση M(T.A.)	2.90 (.45)	2.98 (.38)	-0.84
Υποταγή M(T.A.)	2.76 (.65)	3.04 (.57)	-2.23*
Μετατροπή M(T.A.)	2.76 (.59)	2.94 (.60)	-1.51
Περιορισμός M(T.A.)	2.60 (.61)	2.73 (.59)	-1.06
Κατάθλιψη M(T.A.)	12.77(12.22)	16.36(14.76)	-1.32
Αντίληψη χρόνου			
Παρελθόν M(T.A.)	3.14 (.41)	3.16 (.51)	-2.25

Παρόν-ηδονισμός M(T.A.)	2.91 (.40)	2.97 (.45)	-.62
Παρόν- φαταλισμός M(T.A.)	2.98 (.42)	2.83 (.35)	1,87
Μέλλον M(T.A.)	3. 33 (.47)	3.35(.61)	-.12

*: $p < .05$

5. Αποτελέσματα συγκρίσεων των διαφόρων κατηγοριών δυσλειτουργίας και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, της προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία και της αντίληψης του χρόνου.

Για τον έλεγχο της σχέσης των τριών κατηγοριών αναπηρίας : α) Σκλήρυνση κατά πλάκας και μυϊκή δυστροφία β) Παραπληγία και Τετραπληγία γ) Ημιπληγία, τραυματισμός, ακρωτηριασμός, εγκεφαλική παράλυση, διαβήτης και αρθρίτιδα και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, της προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία και της αντίληψης του χρόνου, πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης (One – Way Anova).

Έτσι η ανάλυση διακύμανσης με ανεξάρτητα δείγματα έδειξε μια συνολική σημαντική επίδραση του είδους της αναπηρίας στην καταθλιπτική συμπτωματολογία. ($F=12.24$ $p=.001$). Συνολικά, ο έλεγχος Scheffe έδειξε ότι η πρώτη κατηγορία αναπηριών διαφέρει σημαντικά από την δεύτερη ($p=.001$) ενώ δεν διαφέρει σημαντικά από την τρίτη ($p=.08$). (Πίνακας 10)

Επιπρόσθετα, η ανάλυση διακύμανσης κατά έναν παράγοντα με ανεξάρτητα δείγματα έδειξε συνολικά σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών κατηγοριών αναπηρίας ως προς τον προσανατολισμό στο παρόν στην διάσταση του ηδονισμού. ($F=2.96$ $p=.05$). Ο έλεγχος Scheffe έδειξε ότι η πρώτη ομάδα αναπηριών (Σκλήρυνση κατά πλάκας και εγκεφαλική παράλυση) διαφέρει σημαντικά από την τρίτη ομάδα (διαβήτης, ακρωτηριασμός κλπ) ($p=.05$) ενώ δεν διαφέρει σημαντικά από την δεύτερη (παραπληγία και ημιπληγία) ($p=.70$), καθώς και η δεύτερη και η τρίτη ομάδα αναπηριών δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους ($p=.20$).

Παρατηρούμε λοιπόν ότι τα άτομα με εκφυλιστικές ασθένειες όπως είναι η σκλήρυνση κατά πλάκας, είναι περισσότερο προσανατολισμένα στο παρόν συγκριτικά με την ομάδα με πιο σοβαρά προβλήματα όπως η δεύτερη ομάδα (παραπληγία και τετραπληγία) αλλά και με την τρίτη ομάδα με λιγότερο σοβαρά προβλήματα (διαβήτης, ακρωτηριασμός). Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι η στάση ζωής των ατόμων αυτών διαφέρει ανάλογα με τη σοβαρότητα του προβλήματος. Ωστόσο, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις τρεις κατηγορίες αναπηριών και στις υπόλοιπες διαστάσεις του χρόνου όπως αναμενόταν. Επιπλέον, στις τέσσερις κατηγορίες

προσαρμογής και στις τρεις κατηγορίες αναπηριών δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 10

Σύγκριση μέσων όρων (M) και τυπικές αποκλίσεις (T.A.) μεταξύ των τριών ομάδων αναπηριών ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Καταθλιπτική συμπτωματολογία	
Σκλήρυνση κατά πλάκας και Μυϊκή Δυστροφία (N=43) M (T.A.)	20.86(14.47)
Παραπληγία, Ημιπληγία (N =35) M(T.A.)	7.14(8.53)
Ημιπληγία, τραυματισμός, ακρωτηριασμός, εγκεφαλική παράλυση, διαβήτης και αρθρίτιδα (N=22) M(T.A)	13.59(12.34)

*: p<.05

Πίνακας 11

Σύγκριση μέσων όρων (M) και τυπικές αποκλίσεις (T.A.) μεταξύ των τριών ομάδων αναπηριών ως προς τον προσανατολισμό στο χρόνο.

	Παρελθόν	Παρόν- φαταλισμός	Παρόν ηδονισμός	Μέλλον
Σκλήρυνση κατά πλάκας και Μυϊκή Δυστροφία (N=43) M.(T.A.)	3.18(.51)	2.94(.42)	3.02(.44)*	3.34(.47)
Παραπληγία, Ημιπληγία (N =35) M(T.A.)	3.14(.37)	2.92(.38)	2.95(.32)	3.43(.49)
Ημιπληγία, τραυματισμός, ακρωτηριασμός, εγκεφαλική				

παράλυση, διαβήτη και αρθρίτιδα (N=22)M(T.A)	3.09(.50)	2.85(.37)	2.75(.49)	3.19(.70)
---	-----------	-----------	-----------	-----------

*: $p < .05$

Τέλος, όσον αφορά στο είδος υποστήριξης που δέχονται τα άτομα με σωματικές δυσλειτουργίες δεν βρέθηκε να επηρεάζει καμία από τις μεταβλητές της έρευνας, κατάθλιψη, αντίληψη του χρόνου και προσαρμογή στην αναπηρία, όπως αναμενόταν. Το ίδιο ισχύει και για το είδος κατοίκησης των ατόμων αν δηλαδή το άτομο κατοικεί μόνο, με οικογένεια, με σύζυγο και τις τρεις μεταβλητές της έρευνας.

6. Προβλεπτικότητα των μεταβλητών της έρευνας

6.1. Προβλεπτικότητα των μεταβλητών της έρευνας ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία

Προκειμένου να ελεγχθεί η προβλεψιμότητα της κατάθλιψης από το σύνολο της προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία και τις διαστάσεις προσανατολισμού στο χρόνο (παρελθόν-παρόν/ηδονισμός- παρόν/φαταλισμός- μέλλον) χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης βήμα προς βήμα (μέθοδος step-wise). Οι παράγοντες αυτοί χρησιμοποιήθηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές. Ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας ήταν ίσος με .25 και ο προσαρμοσμένος δείκτης R^2 ήταν ίσος με .14. Αυτό σημαίνει ότι το 6.4% της διακύμανσης της κατάθλιψης μπορεί να ερμηνευτεί από τις ανεξάρτητες μεταβλητές.

Όπως διαφαίνεται και στον πίνακα 12 που ακολουθεί, μόνο η προσαρμογή στην αναπηρία συμβάλει σημαντικά στην πρόβλεψη της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ($F_{1,98} = 5.648, p < .019$) η οποία ερμηνεύει το 5% της διακύμανσης της κατάθλιψης.

Πίνακας 12

Πρόβλεψη της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας από τις μεταβλητές της έρευνας

$$R = .253$$

$$R^2 = .064$$

$$\text{Τυπικό σφάλμα εκτίμησης} = 13.435$$

$$F = 5.648 \quad p < .01$$

Ανεξάρτητες μεταβλητές	R	B	Std. error	R ² change	t	p
Προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία	.233	-.196	.092	.064	-2.134	.035

6.2. Προβλεπτικότητα των μεταβλητών της έρευνας ως προς την προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία.

Προκειμένου να ελεγχθεί η προβλεψιμότητα της προσαρμογής της σωματικής δυσλειτουργίας από την καταθλιπτική συμπτωματολογία και τις διαστάσεις προσανατολισμού στο χρόνο (παρελθόν- παρόν/ηδονισμός- παρόν/φαταλισμός- μέλλον) χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης βήμα προς βήμα (μέθοδος step-wise). Οι παράγοντες αυτοί χρησιμοποιήθηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές. Ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας ήταν ίσος με .38 και ο προσαρμοσμένος δείκτης R² ήταν ίσος με .10. Αυτό σημαίνει ότι το 15% της διακύμανσης της προσαρμογής μπορεί να ερμηνευτεί από τις ανεξάρτητες μεταβλητές.

Όπως διαφαίνεται και στον πίνακα 13 που ακολουθεί, μόνο η καταθλιπτική συμπτωματολογία συμβάλει σημαντικά στην πρόβλεψη της προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία ($F_{1,98} = 5.648$, $p < .019$) η οποία ερμηνεύει το 5% της διακύμανσης της προσαρμογής καθώς και ο προσανατολισμός στο παρόν, στη διάσταση του φαταλισμού ($F_{1,97} = 5.091$, $p < .026$) και ερμηνεύει το 10.2% της διακύμανσης της προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία.

Πίνακας 13

Πρόβλεψη της προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία από τις μεταβλητές της έρευνας

R=.387 R ² =.104 Τυπικό σφάλμα εκτίμησης=14.735 F=3.310 , p<.008						
Ανεξάρτητες μεταβλητές	R	B	Std. error	R ² change	t	p
Καταθλιπτική συμπτωματολογία	.233	-.254	.111	0.54	2,28	.024
Παρόν - φαταλισμός	.319	-8,46	3,75	0.47	2,26	.026

ΜΕΡΟΣ IV: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

1. Καταθλιπτική συμπτωματολογία

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, τα άτομα με σωματικές δυσλειτουργίες εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, γεγονός όμως που δεν επιβεβαιώθηκε στην παρούσα έρευνα (Turner & Beiser, 1990, Turner & Noh, 1988, Turner & Wood 1985). Τόσο από τις συγκρίσεις μέσω των όρων μεταξύ των δύο φύλλων όσο και από τις συγκρίσεις μεταξύ των τριών κατηγοριών δυσλειτουργιών που προέκυψαν στην έρευνα ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, δεν επιβεβαιώθηκαν ούτε οι υποθέσεις μας, ούτε η σχετική βιβλιογραφία. Το αποτέλεσμα αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα που συμμετείχαν είναι δραστηριοποιημένα, με ενδιαφέροντα και οργανωμένα σε συλλόγους. Επιπρόσθετα το σύνολο του δείγματος είχε σε μικρό ή μεγάλο βαθμό κάποια υποστήριξη (φαρμακευτική, ψυχολογική, φυσιοθεραπευτική κ.α). Επιπλέον ένας παράγοντας που ίσως να διαδραμάτισε κάποιο ρόλο στο συγκεκριμένο αποτέλεσμα ίσως να αποτελεί το μικρό δείγμα που συμμετείχε στην έρευνα.

Όσον αφορά στις σχέσεις μεταξύ της προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας βρέθηκε όπως ήταν αναμενόμενο, αρνητική συσχέτιση. (Livneh & Antonak, 1997). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, όσο μεγαλύτερο βαθμό προσαρμογής σημειώνει ένα άτομο τόσο μικρότερο βαθμό καταθλιπτικής συμπτωματολογίας εμφανίζει. Με άλλα λόγια, όσο περισσότερο είναι ένα άτομο προσαρμοσμένο και έχει αποδεχτεί τους περιορισμούς της δυσλειτουργίας του, τόσο λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζει. Συγκεκριμένα, βρέθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ δύο κατηγοριών της προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας : α) της διεύρυνσης του πεδίου αξιών και β) του περιορισμού των επιπτώσεων της σωματικής δυσλειτουργίας. Στο στάδιο της διεύρυνσης του πεδίου των αξιών, το άτομο είναι ικανό να αναγνωρίσει αξίες άλλες από αυτές που έρχονται σε σύγκρουση με τη απόκτηση δυσλειτουργίας, οπότε είναι φυσικό να σημειώνει χαμηλό σκορ καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Εφόσον λοιπόν τα άτομα που βρίσκονται σε αυτό το στάδιο είναι σε θέση να επεκταθούν πέρα από αξίες και ικανότητες που έχουν χαθεί, σε αξίες που δεν έρχονται σε σύγκρουση με τη δυσλειτουργία τους (Livneh&Antonak,1997) γεγονός που τα βοηθά να συνεχίσουν τη ζωή τους και άρα να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση, είναι λογικό να μην εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα ή να εμφανίζουν σε μικρό ποσοστό. Το ίδιο ισχύει και για την δεύτερη κατηγορία, τον περιορισμό των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας, όπου το άτομο δεν αντιμετωπίζει τη δυσλειτουργία πέρα από τη πραγματική σωματική βλάβη.

Στις συγκρίσεις μέσω των όρων των δύο κατηγοριών προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία,

μέτρια (61-93) και υψηλή (σκορ 94-128) όπως ήταν αναμενόμενο, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα τους ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Τα άτομα με μέτρια προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία εμφάνιζαν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα συγκριτικά με τα άτομα με υψηλή προσαρμογή και αντίστροφα. Τέλος, στις σχέσεις της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της αντίληψης του χρόνου, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις, παρότι επίσης ήταν αναμενόμενο σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Zimbardo & Boyd,1999).

2. Προσανατολισμός στο χρόνο και προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία

Σχετικά με τον προσανατολισμό στο χρόνο του δείγματος και την επιρροή που ασκεί στο βαθμό προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία, τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα ενδιαφέροντα.

Βρέθηκε, ότι τα άτομα που είναι περισσότερο προσανατολισμένα στο παρόν και πιο συγκεκριμένα στη διάσταση του φαταλισμού, έχοντας δηλαδή μια μοιρολατρική στάση απέναντι στη ζωή και απογοητευμένοι από την παρούσα κατάσταση της ζωής του, όπως αναμενόταν, είναι λιγότερο προσαρμοσμένα στη σωματική τους δυσλειτουργία. Αφού, όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα υπάρχει μια στατιστικά σημαντική, αρνητική συσχέτιση μεταξύ της φαταλιστικής διάστασης του χρόνου και της συνολικής προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία. Το αντίθετο αποτέλεσμα και επίσης αναμενόμενο, είναι ότι τα άτομα με υψηλότερη προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία είναι περισσότερο προσανατολισμένα στο μέλλον, γεγονός που επιβεβαιώνει τις αρχικές μας υποθέσεις (Bracken & Bernstein,1980). Από τις συγκρίσεις μέσω των όρων των ατόμων με μέτρια προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία και των ατόμων με υψηλότερη, τα άτομα με μέτρια προσαρμογή είχαν μεγαλύτερο μέσο όρο στο προσανατολισμό στο παρόν και συγκεκριμένα στη διάσταση του φαταλισμού. Τα άτομα λοιπόν αυτά, αντιμετωπίζουν παθητικά τη ζωή, το μέλλον φαντάζει ζοφερό γι' αυτό και δεν κάνουν σχέδια. Φαίνεται λοιπόν ότι ο προσανατολισμός στο χρόνο να επηρεάζει το βαθμό προσαρμογής των ατόμων στην σωματική δυσλειτουργία, αλλά και αντίστροφα, καθώς η σχέση των δύο μεταβλητών είναι αμφίδρομη.

Επιπρόσθετα, στις τρεις από τις τέσσερις κατηγορίες προσαρμογής: α) μετατροπή των αξιών από μειονεκτήματα σε πλεονεκτήματα β) περιορισμό των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας και γ) υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης, τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με το παρόν και συγκεκριμένα με την φαταλιστική διάσταση. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα είναι εύλογο καθώς τα άτομα που είναι σε θέση να αγνοούν την ελαττωμένη τους σωματική ικανότητα και την εξωτερική εμφάνιση τους που έχει επηρεαστεί λόγω της αναπηρίας [*Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (subordination of physique)*], δεν αντιμετωπίζουν τη ζωή τους παθητικά και έχουν τη δύναμη να ξεπερνούν δυσκολίες και εμπόδια, αφού έχουν υιοθετήσει μια

δυναμική στάση. Ακριβώς το ίδιο ισχύει και τα άτομα που εντάσσονται στις δύο άλλες κατηγορίες. Δηλαδή τα άτομα που δεν επεκτείνουν τη δυσλειτουργία τους πέρα από τη πραγματική, υπαρκτή δυσλειτουργία σε άλλους τομείς που είναι λειτουργικοί, εβρισκόμενα στο στάδιο του περιορισμού των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας [*Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (containment of disability effects)*] (Linkowski, 1971), καθώς και τα άτομα που δεν συγκρίνουν τον εαυτό τους με τους άλλους και είναι σε θέση να αντιλαμβάνονται και να εκτιμούν τις προσωπικές του δυνάμεις και δυνατότητες [*Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (transformation from comparative to asset values)*] είναι αναμφίβολο ότι δεν θα αντιμετωπίζουν τη ζωή τους μοιρολατρικά και με απάθεια, αλλά με μια πιο ενεργητική στάση. Τα άτομα που εντάσσονται στις τρεις προαναφερθείσες κατηγορίες, αντιμετωπίζουν ενεργά και δυναμικά τη δυσλειτουργία τους, οπότε είναι εύλογο να έχουν και μια αντίστοιχη στάση στη ζωή τους και στον τρόπο που την οργανώνουν άρα και στον προσανατολισμό στο χρόνο. Έχοντας όμως οι δύο μεταβλητές αμφίδρομη σχέση, ο προσανατολισμός των ατόμων στο μέλλον, ίσως να συμβάλλει στην ενεργητική στάση των ατόμων απέναντι στη ζωή και την επιτυχή προσαρμογή τους στη σωματική δυσλειτουργία.

3. Δημογραφικά στοιχεία και μεταβλητές της έρευνας

Όσον αφορά στις τρεις μεταβλητές της έρευνας, κατάθλιψη, προσαρμογή, αντίληψη του χρόνου και τα δημογραφικά στοιχεία βρέθηκαν κάποια σημαντικά αποτελέσματα, παρότι αναμένονταν περισσότερα. Πιο συγκεκριμένα ανάμεσα στις κατηγορίες αναπηριών α) Σκλήρυνση κατά πλάκας και μυϊκή δυστροφία β) Παραπληγία και Τετραπληγία γ) Ημιπληγία, τραυματισμός, ακρωτηριασμός, εγκεφαλική παράλυση, διαβήτης και αρθρίτιδα ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Πιο συγκεκριμένα η πρώτη κατηγορία αναπηριών διαφέρει σημαντικά από την δεύτερη, ενώ δεν διαφέρει σημαντικά από την τρίτη. Παρατηρήθηκε λοιπόν ότι τα άτομα με εκφυλιστικές ασθένειες, έχουν μεγαλύτερο ποσοστό καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, ίσως διότι γνωρίζουν ότι λόγω της ασθένειας τους η κατάσταση στο μέλλον θα είναι ίσως χειρότερη.

Παρόμοια αποτελέσματα σημειώθηκαν στην πρώτη κατηγορία δυσλειτουργιών και στο προσανατολισμό στο χρόνο. Συγκεκριμένα, μεταξύ των τριών κατηγοριών αναπηρίας ως προς τον προσανατολισμό στο παρόν στη διάσταση του ηδονισμού, η πρώτη ομάδα αναπηριών (σκλήρυνση κατά πλάκας και εγκεφαλική παράλυση) διαφέρει σημαντικά από την τρίτη ομάδα (διαβήτης, ακρωτηριασμός κλπ), ενώ δεν διαφέρει σημαντικά από την δεύτερη (παραπληγία και ημιπληγία). Η δεύτερη και η τρίτη ομάδα αναπηριών δεν διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους. Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι άτομα με εκφυλιστικές ασθένειες προσανατολίζονται περισσότερο στο παρόν, αφού το

μέλλον τους φαντάζει δυσοίωνο και ζουν για να απολαμβάνουν το παρόν. Παρατηρούμε έτσι ότι τα άτομα με εκφυλιστικές ασθένειες όπως είναι η σκλήρυνση κατά πλάκας, είναι περισσότερο προσανατολισμένα στο παρόν συγκριτικά με την ομάδα με ομάδα με πιο σοβαρά προβλήματα όπως η δεύτερη ομάδα (παραπληγία και τετραπληγία) αλλά και με την τρίτη ομάδα με λιγότερο σοβαρά προβλήματα (διαβήτης ,ακρωτηριασμός). Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι η στάση ζωής των ατόμων με σωματική δυσλειτουργία διαφέρει ανάλογα με τη σοβαρότητα του προβλήματος. Τα άτομα με σοβαρά προβλήματα, δεν προσανατολίζονται στο παρόν ίσως διότι δεν έχει κάτι να τους προσφέρει και δεν βρίσκουν καμία ευχαρίστηση σε αυτό. Από την άλλη άτομα με λιγότερο σοβαρές σωματικές δυσλειτουργίες, ίσως να μην βλέπουν με τόσο απαισιοδοξία το μέλλον και γι' αυτό να μην στοχεύουν μόνο στο να ευχαριστηθούν στο έπακρο το παρόν. Ωστόσο, όμως τα παραπάνω αποτελούν υποθέσεις, μια προσπάθεια λογικής ερμηνείας των αποτελεσμάτων καθώς δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις τρεις κατηγορίες σωματικών δυσλειτουργιών και στις υπόλοιπες διαστάσεις του χρόνου όπως αναμενόταν.

Όσον αφορά στα δύο φύλα δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές σε καμία από τις μεταβλητές της έρευνας εκτός από μια κατηγορία προσαρμογής. Συγκεκριμένα οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο από τους άνδρες, στην κατηγορία της υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης. Ειδικότερα, τα άτομα που εντάσσονται σε αυτήν την κατηγορία είναι σε θέση ν' αγνοούν την ικανότητα που περιορίζεται λόγω της δυσλειτουργίας καθώς και την εξωτερική εμφάνιση τους, που ίσως επηρεάζεται επίσης από τη δυσλειτουργία. Φαίνεται λοιπόν ότι οι γυναίκες έχουν μια περισσότερο δυναμική στάση στην προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία, εφόσον σημειώνουν χαμηλότερο βαθμό συγκριτικά με τους άνδρες σε αυτή την κατηγορία. Τέλος, σχετικά με το είδος κατοικίας και την στήριξη που λαμβάνουν τα άτομα δεν φάνηκε να διαδραματίζουν κάποιο σημαντικό ρόλο στις μεταβλητές της έρευνας μας.

4.Περιορισμοί της έρευνας

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είχαν κάποιους περιορισμούς. Αρχικά, έναν περιορισμό αποτελεί το μικρό δείγμα και η εθελοντική βάση συμμετοχής των ατόμων με σωματικές δυσλειτουργίες, καθιστώντας έτσι αδύνατη την γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας στο γενικό πληθυσμό των ατόμων με σωματικές δυσλειτουργίες. Ένας ακόμη περιορισμός είναι ότι οι συμμετέχοντες, ήταν άτομα δραστήρια, με ενδιαφέροντα και σε αρκετές περιπτώσεις με επαγγελματική απασχόληση, γεγονός που δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο του πληθυσμού με σωματικές δυσλειτουργίες και ειδικότερα αυτών που δεν δραστηριοποιούνται σε κάποιο σύλλογο ή δεν έχουν κάποια ενδιαφέροντα ή επαγγελματική απασχόληση.

Επίσης είναι σημαντικό να τονιστεί ότι στην παρούσα έρευνα μελετήθηκε η καταθλιπτική συμπτωματολογία και όχι η κλινικά διαγνωσμένη κατάθλιψη. Στην προκειμένη έρευνα, η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτο-αναφορική, συμπληρούμενη από τα ίδια τα άτομα και η χρήση της ήταν για ερευνητικούς λόγους. Ένας ακόμη περιοριστικός παράγοντας, είναι ότι τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, αν και έχουν καλή αξιοπιστία δεν έχουν σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό. Τέλος, ένας ακόμη περιορισμός που θα μπορούσε να αναφερθεί είναι ότι τα αποτελέσματα έχοντας συσχετική φύση, δεν μας επιτρέπουν να εξάγουμε συμπεράσματα αιτιωδών σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας (καταθλιπτική συμπτωματολογία, αντίληψη του χρόνου και προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία).

5. Συμπέρασμα

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι υποθέσεις μας για την σχέση της προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία και του προσανατολισμού στο χρόνο επιβεβαιώθηκαν, ωστόσο οι υποθέσεις μας για την σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία δεν επιβεβαιώθηκαν πλήρως, ενώ οι υποθέσεις μας για την σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της αντίληψης του χρόνου καθώς και της επίδρασης των δημογραφικών στοιχείων και στις τρεις μεταβλητές δεν επιβεβαιώθηκαν. Παρά τους περιορισμούς που προαναφέρθηκαν, τα αποτελέσματα που διεξήχθησαν παρουσιάζουν ενδιαφέρον και μπορούν να οδηγήσουν σε περαιτέρω διερεύνηση των υπό μελέτη μεταβλητών.

Έτσι λοιπόν, ερευνητικό ενδιαφέρον θα έχει σαφώς η περαιτέρω διερεύνηση των τριών παραγόντων της έρευνας (καταθλιπτική συμπτωματολογία, αντίληψη του χρόνου και προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία), τόσο σε διεθνές όσο και εθνικό επίπεδο, αφού δεν έχει μελετηθεί επαρκώς η σχέση τους. Βεβαίως η περαιτέρω διερεύνηση αυτών των μεταβλητών θα βοηθήσει τόσο την κατανόηση των αλληλεπιδράσεων τους όσο και θα συμβάλλει στην καλύτερη υποστήριξη των ατόμων με σωματικές δυσλειτουργίες και στη συμβουλευτική διαδικασία. Επομένως η διερεύνηση της επίδρασης του τρόπου που το άτομο βιώνει και αντιμετωπίζει τη ζωή του, η υποστήριξη και η καθοδήγηση του στο σχεδιασμό και την οργάνωση του μέλλοντος του, καθώς και την ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων και την προσαρμογή του στη σωματική δυσλειτουργία, παρά τους κοινωνικούς περιορισμούς που του τίθενται, έχει τεράστιο ερευνητικό ενδιαφέρον.

Επιπρόσθετα, σημαντικό ερευνητικό ενδιαφέρον έχει η διερεύνηση όλων των παραπάνω παραγόντων, σε άτομα χωρίς σωματικές δυσλειτουργίες, διαφόρων ηλικιών προκειμένου να μελετηθεί η συσχέτιση των μεταβλητών της έρευνας στο γενικό πληθυσμό και να γίνει εφικτή η σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των δύο ομάδων.

ΜΕΡΟΣ V : ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Amaral, M. T. M. P. (2009). A new sense for living: a comprehensive study about the adaptation process following spinal cord injuries. *Revista da Escola de Enfermagem da Austin, G. M.* (1992). The spinal cord: basic aspects and surgical consideration. New York: Thomas Usp, 43, 573-580.
- Arnett, P. A., Higginson, C. I., Voss, W. D., Wright, B., Bender, W. I., Wurst, J. M., et al. (1999). Depressed mood in multiple sclerosis: relationship to capacity-demanding memory and attentional functioning. *Neuropsychology*, 13, 434-446.
- Austin, G. M. (1992). The spinal cord: basic aspects and surgical consideration. New York: Thomas.
- Babin, P. R. (2003). Diagnosing depression in persons with brain injuries: a look at theories, the DSM-IV and depression measures. *Brain Injury*, 17, 889-900.
- Benassi, V. A., Sweeney, P. D., & Dufour, C. L. (1988). Is there a relation between locus of control orientation and depression? *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3), 357-367
- Bickenbach, J., (2013). Disability, "Being Unhealthy," and Rights to Health: Human rights and disability. *Journal of law, Medicine & Ethics*, 821-828
- Bishop, M. (2005). Quality of Life and psychosocial adaptation to chronic illness and disability: Preliminary analysis of a conceptual and theoretical synthesis. *Rehabilitation*
- Βλάχου, Α., Διδασκάλου, Ε., Παπανάτου, Ι., (2012), Εννοιολογικές προσεγγίσεις της αναπηρίας και οι επιπτώσεις τους στην εκπαίδευση των ατόμων με αναπηρία, στο Ζώνιου- Σιδέρη, Α., Ντεροπούλου-Ντέρου, Ε., Βλάχου- Μπαλαφούτη, Α., (Επιμ., Έκδ.) Αναπηρία και Εκπαιδευτική Πολιτική- Κριτική Προσέγγιση της Ειδικής και Ενταξιακής Προσέγγισης. Πεδίο. Αθήνα
- Bowen, A., Neumann, V., Conner, M., Tennant, A., & Chamberlain, M. A. (1998). Mood disorders following traumatic brain injury: identifying the extent of the problem and the people at risk. *Brain Injury*, 12, 177-190.
- Bronnum-Hansen, H., Koch-Henriksen, N., & Stenager, E. (2004). Trends in survival and cause of death in Danish patients with multiple sclerosis. *Brain*, 127, 844-850.
- Bruno, R. L. (2000). Paralytic vs. 'Nonparalytic' polio: Distinction without a difference? *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 4-12.
- Βοσνάκη, Α. (2010). Μαθητές με κινητικά προβλήματα και διδακτική των Φυσικών Επιστημών. [Πτυχιακή εργασία]. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής, Βόλος.
- Burnham, B. A., & Werner, G. (1978-1979). The high-level tetraplegic: Psychological survival and adjustment. *Paraplegia*, 16, 184-192.

- Campbell, J. and Oliver, M. (1996). *Disability Politics: Understanding Our Past, Changing Our Future*. London: Routledge.
- Corbett, J. (2004). Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες στην σύγχρονη εποχή. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Πανεπιστημίου μακεδονίας. 63-79.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health & Illness*, 5, 168–195.
- Christensen, B. K., Ross, T. P., Kotasek, R. S., Rosenthal, M., & Henry, R. R. (1994). The role of depression in rehabilitation outcome during acute recovery from traumatic brain injury. *Advances in Medical Psychotherapy*, 7, 23–38.
- Chwastiak, L., Ehde, D. M., Gibbons, L. E., Sullivan, M., Bowen, J. D., & Kraft, G. H. (2002). Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis: epidemiologic study of a large community sample. *American Journal of Psychiatry* 159, 1862–1868.
- Cronin, A. F. (1996). Psychosocial and emotional domains of behavior. In J. Case-Smith, A. S. Allen & P. N. Pratt (Eds.), *Occupational therapy for children* (3rd ed.) (pp. 389-429). Baltimore: Mosby.
- Dalakas, M. C., Bartfeld, H., & Kurland, L. T. (1995). Polio Redux. *Sciences*, 35, 30-35
- Dalakas, M. C. (1995b). Post-Polio Syndrome 12 years later: how it all started. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 753, 11-18.
- Dale S.S., (1995). The Myth of Bodily Perfection, *Disability & Society*, Vol. 10, No. 4 P. 413-424.
- D' Allezio, M. Guarino A & de Pascalis V. Testing Zirbardos Stanford Time Perspective Inventory STPI-short form. An Italian study. *Time & Society*, 12, 333-347
- Darke, P.A. (1999) The cinematic construction of physical disability as identified through the application of the social model of disability to six indicative films made since 1970. Thesis, University of Warwick.
- Dembo, T., Leviton, G. L., & Wright, B. A. (1956). Adjustment to misfortune-A problem of social-psychological rehabilitation. *Artificial Limbs*, 3, 4-62.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Check List (HSCL). A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1-15.
- Desmond, D. M. & MacLachlan, M. (2006a). Affective Distress and Amputation-Related Pain Among Older Men with Long-Term, Traumatic Limb Amputations. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31, 362-368.
- Desmond, D. M., & MacLachlan, M. (2006b). Coping strategies as predictors of psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb amputations. *Social Science & Medicine*, 62, 208–216.
- DeVore, J. R. (1998). Psychological morbidity following motor vehicle accidents. *Physical Medicine and Rehabilitation State of the Art Reviews*, 12, 111-132

- Dillingham, T. R., Pezzin, L., & MacKenzie, E. (1998). Incidence, acute care length of stay and discharge to rehabilitation of traumatic amputee patients: an epidemiologic study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 279-287.
- Dougherty, P. J. (2003). Long-term follow-up of unilateral transfemoral amputees from the Vietnam war. *Journal of Trauma*, 54, 718-723.
- Dunn, D. S. (1996). Well-being following amputation: Salutary effects of positive meaning, optimism and control. *Rehabilitation Psychology*, 41, 285-302.
- Elliott, T. R. (1994). A place for theory in the study of psychological adjustment among persons with neuromuscular disorders: A reply to Livneh and Antonak. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, 231-236.
- Fann, J. R., Katon, W. J., Uomoto, J. M., & Esselman, P. C. (1995). Psychiatric disorders and functional disability in outpatients with traumatic brain injuries. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1493-1499.
- Falconer, M., & Bollenbach, E. (2000). Late functional loss in nonparalytic polio. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 19-23.
- Fedoroff, J. P., Starkstein, S. E., Forrester, A. W., Geisler, F. H., Jorge, R. E., Arndt, S. V., et al. (1992). Depression in patients with acute traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 149, 918-923.
- Feinstein, A. (1999). *The clinical neuropsychiatry of multiple sclerosis*. Cambridge University Press.
- Feinstein, A. (2004). *The neuropsychiatry of multiple sclerosis*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 157-163.
- Feldman, D. J. (1974). Chronic disabling illness: A holistic view. *Journal of Chronic Disease*, 27, 287-291.
- Fisher, K., & Hanspal, R. S. (1998b). Body image and patients with amputations: does the prosthesis maintain the balance? *International Journal of Rehabilitation Research*, 21, 355 - 363.
- Frierson, R. L., & Lippmann, S. B. (1987). Psychiatric consultation for acute amputees: Report of a ten - year experience. *Psychosomatics*, 28, 183 - 189.
- Gallagher, P., & MacLachlan, M. (2000). Positive meaning in amputation and thoughts about the amputated limb. *Prosthetics and Orthotics International*, 24, 196-204.
- Gomez-Hernandez, R., Max, J. E., Kosier, T., Paradisio, S., & Robinson, R. G. (1997). Social impairment and depression after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78, 1321-1326.
- Gonzalez, A. & Zimbardo, P. G. (1985). Time in perspective. *Psychology Today*, 19, 21-26.
- Gordon, P. A., & Benishek, L. A. (1996). The experience of chronic illness: Issues of loss and adjustment. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 1, 299-307.

- Grzesiak, R. C., & Hicok, D. A. (1994). A brief history of psychotherapy and disability. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 240-250.
- Groomes, D.A.G., & Linkowski, D.C. (2007). Examining the structure of the revised Acceptance of Disability Scale. *Journal of Rehabilitation*, 73(3), 3-9.
- Haan, N. (1985). Common personality dimensions or common organizations across the life span? In J. M. A. Munnichs, P. Mussen, E. Olbrich, & P. G. Coleman (Eds.), *Life span and change in a gerontological perspective* (pp. 17-44). New York: Academic Press.
- Hakim, E. A., Bakheit, A. M. O., Bryant, T. N., Roberts, M. W. H., McIntosh-Michaelis, S. A., Spackman, A. J., et al. (2000). The social impact of multiple sclerosis- a study of 305 patients and their relatives. *Disability and Rehabilitation*, 22, 288-293.
- Halstead, L. S., & Silver, J. K. (2000). Nonparalytic polio and postpolio syndrome. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 13-18.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1942-47). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory, Revised Edition*. New York: Psychological Corporation.
- International Commission on the Development of Education Ontario Institute for Studies in Education (1975). *Education on the move: Extracts from background papers prepared for the report of the International Commission on the Development of Education*. Paris: The Unesco Press.
- Jorge, R. E., Robinson, R. G., Starkstein, S. E., & Arndt, S. V. (1994). Influence of major depression on one-year outcome in patients with traumatic brain injury. *Journal of Neurosurgery*, 81, 726-733.
- Kanner, A. M., & Barry, J. J. (2003). The impact of mood disorders in neurological diseases: should neurologists be concerned? *Epilepsy & Behavior*, 4, S3-S13.
- Kleftaras, G. (1988). *La dépression chez les personnes âgées: les événements et les activités agréables et désagréables ainsi que l'aptitude cognitive à résoudre des problèmes interpersonnels*. Thèse de Doctorat, Université de Paris-X-Nanterre, Paris, France.
- Kleftaras, G. (1991). Les événements et les activités agréables et désagréables chez les personnes âgées en fonction du niveau des sentiments dépressifs. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 41, 107-112.
- Kleftaras, G. (2000). Interpersonal problem-solving of means-ends thinking, frequency and strength of pleasant and unpleasant activities and symptoms of depression in French older adults. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 17, 43-63.
- Κλεφτάρας, Γ. (2003). Η σημασία του πολιτισμικού παράγοντα στη συμβουλευτική ατόμων με σωματικές ή νοητικές δυσλειτουργίες. *Ψυχολογία: Το Περιοδικό της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας*, 10, 362-377.
- Κλεφτάρας, Γ. (1998). Η κατάθλιψη σήμερα. Περιγραφή, Διάγνωση, Θεωρίες και Ερευνητικά Δεδομένα. *Ελληνικά Γράμματα*. Αθήνα .

- Κλεφτάρας, Γ. (2009α). Προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία: Ο ρόλος της συμβουλευτικής. Στο Γ. Κλεφτάρας (Επιμ. Έκδ.), Πολιτισμική και πολυπολιτισμική συμβουλευτική: άτομα με ειδικές ανάγκες-μειονότητες-μαθητές (σ. 139-174). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κλεφτάρας, Γ., & Τζονιχάκη, Ι. (υπό δημοσίευση). Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτιμούμενης Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας (Questionnaire d'Auto-Evaluation de la Symptomatologie Dépressive). Στο Α. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα & Π. Ρούσση (Επιμ. Έκδ.), (2012), Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Κλεφτάρας, Γ., & Πουρκός, Ι., Ερωτηματολόγιο Αντίληψης Χρόνου Stanford (Stanford Time Perspective Inventory [STPI]). Στο Α. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα & Π. Ρούσση (Επιμ. Έκδ.), (2012), Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Kneebone, I. I., Dunmore, E. C., & Evans, E. (2003). Symptoms of depression in older adults with multiple sclerosis (MS): comparison with a matched sample of younger adults. *Aging & Mental Health*, 7, 182–185.
- Koponen, S., Taiminen, T., Portin, R., Himanen, L., Isoniemi, H., Heinonen, H., et al. (2002). Axis I and II psychiatric disorders after traumatic brain injury: A 30-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1315–1321.
- Kottke, F. J., & Lehmann, J. F. (1990). *Krusen's Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation*. Philadelphia: Saunders.
- Lennings, C. J. (2000). The Stanford Time Perspective Inventory: An analysis of a test of temporal orientation for research in health psychology. *Journal of Applied Health Behaviour*, 2, 40-45.
- Levin, H. S., & Grossman, R. G. (1978). Behavioral sequelae of closed head injury: a quantitative study. *Archives of Neurology*, 35, 720-727.
- Li, L. & Moore, D. (1998). Acceptance of disability and its correlates. *Journal of Social Psychology*, 138, 13–25.
- Linkowski, D. C. (1971). A scale to measure acceptance of disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 14, 236-244.
- Linkowski, D. C. & Grooms, D. A. (2007). Examining the structure of the revised acceptance disability scale. *Journal of Rehabilitation*, 73(3), 3-9.
- Livneh, H. (1986). A unified approach to existing models of adaptation to disability: I. A model of adaptation. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 17, 5-16.
- Livneh, H. & Antonak, R.F. (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44(3), 151-160.
- Livneh, H., Lott, S. M., & Antonak, R. F. (2004). Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness

- and disability: a cluster analytic approach. *Psychology, Health&Medicine*, 9, 411-430.
- Livneh, H. & Antonak, R. F. (2005). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Primer for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, 83, 12-20.
- Livneh, H., Antonak, R. F., & Gerhardt, J. (1999). Psychosocial adaptation to amputation: The role of sociodemographic variables, disability related factors and coping strategies. *International Journal of Rehabilitation Research*, 22, 21–31.
- Long, D., & Miller, B. (1991). Suicidal tendency and multiple sclerosis. *Health and Social Work*, 16, 104–110.
- MacBride, A., Rogers, J., Whyte, B., & Freeman, S. J. J. (1980). Psychosocial factors in the rehabilitation of elderly amputees. *Psychosomatics*, 21, 258–265.
- McCleary, C., Satz, P., Forney, D., Light, R., Zaucha, K., Asarnow, R., et al. (1998). Depression after traumatic brain injury as a function of the Glasgow Outcome Score. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 20, 270–279.
- Moller, A., Wiedemann, G., Rohde, U., Backmund, H., & Sonntag, A. (1994). Correlates of cognitive impairment and depressive mood disorder in multiple sclerosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 117–121.
- Mooney, G., & Speed, J. (2001). The association between mild traumatic brain injury and psychiatric conditions. *Brain Injury*, 15, 865-877.
- Moore, W. S., & Malone, J. M. (1989). *Lower Extremity Amputation*. Philadelphia, PA: Saunder
- Morgan, M. D. L., Silver, J. R., & Williams, S. J. (1986). The respiratory system of the spinal cord patient. In R. F. Bloch & M. Basbaum (Eds.), *Management of spinal cord injuries* (pp. 78-115). Los Angeles: Williams & Wilkins.
- Μιχαήλ,Φ.(2012).Οι γλωσσικές αναπαραστάσεις της αναπηρίας στο παιδικό βιβλίο[Πτυχιακή εργασία].Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής, Βόλος.
- Νησιώτου- Μαντέλου,Ι., (2012-2013). *Κινητικά Προβλήματα Πολλαπλές Αναπηρίες- Μαθητές με Κινητικά Προβλήματα*, Πανεπιστημιακές εκδόσεις Θεσσαλίας.
- Oaksford, K., Frude, N., &Cuddihy, R. (2005). Positive Coping and Stress-Related Psychological Growth Following Lower Limb Amputation. *Rehabilitation Psychology*, 50, 266-277.
- Oliver, M. (1989). The social model of disability: Current reflections. In P. Carter (Ed.), *Social work and social welfare: Yearbook*. Milton Keynes, Great Britain: Open University Press.
- Patten, S. B., Metz, L. M. & Reimer, M. M. (2000). Biopsychosocial correlates of major depression in a multiple sclerosis population. *Multiple Sclerosis*, 6, 115–120
- Patten, S. B., Beck, C. A., Williams, J. V., Barbui, C., & Metz, L. M. (2003). Major depression in multiple sclerosis: a population-based perspective. *Neurology*, 61, 1524– 1527.
- Παντελιάδου,Σ. (2006).Πολιτική της αναπηρίας. [Πανεπιστημιακές Σημειώσεις]. Τμήμα Ειδικής

Αγωγής. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Βόλος.

- Pezzin, L., Dillingham, T., & MacKenzie, E. (2000). Rehabilitation and the long-term outcomes of persons with trauma-related amputations. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, 292–300.
- Pedretti, L.W.(1990). Psychological aspects of physical dysfunction. In L.W. Pedretti & B. Zoltan (Eds.) *Occupational Therapy- practice skills for physical dysfunction* (3rd ed.). Baltimore : Mosby
- Pinzur, M. S., Graham, G., & Osterman, H. (1988). Psychologic testing in amputation rehabilitation. *Clinical Orthopedics*, 229, 236-240.
- Pichot, P., Boyer, P., Pull, C. B., Rein, W., Simon, M., & Thibault, A. (1984). Un questionnaire d' auto-évaluation de la symptomatologie depressive, le questionnaire QD2, I. Construction, structure factorielle et proprietes metrologies. *Revue de Psychologie Appliquée*, 34, 229-250.
- Pichot, P., Piret, J., & Clyde, D. J. (1966). Analyse de la symptomatologie depressive subjective. *Revue de Psychologie Appliquee*, 16, 105-115.
- Πολυχρονοπούλου, Σ. (2001). Παιδιά και Έφηβοι με Ειδικές Ανάγκες και Δυνατότητες. Τόμος Α': Σύγχρονες Τάσεις Εκπαίδευσης και Ειδικής Υποστήριξης. Αθήνα: Ατραπός
- Radnitz, C. L., Bockian, N., & Moran, A. I. (2000). Assessment of psychopathology and personality in people with physical disabilities. In R.G. Frank (Ed.), *Handbook of rehabilitation psychology* (p. 287-309). Washington, DC: American Psychological Association.
- Randall, G. C., Ewalt, J. R., & Blair, H. (1945). Psychiatric reaction to amputation. *Journal of the American Medical Association*, 128, 645–652
- Reiber, G. E., Pecoraro, R. E., & Koepsell, T. D. (1992). Risk factors for amputation in patients with diabetes mellitus. *Annals of International Medicine*, 117, 97-105.
- Roberts R,E. Roberts C,R & Chen I G (2000).Fatalism and risk of adolescent depression. *Psychiatry* 63 (3) 239-252.
- Robertson, M. M. (1997). Depression in neurological disorders. In M. M. Robertson & C. L. E. Katona (Eds.), *Depression and physical illness* (pp. 305–340). Chichester, UK: Wiley.
- Roseany. G Marian, M Tomelescu I.M & Pusta CT 2008. Personal time and psychopathology *Annals of General Psychiatry* 7 (Suppl 1) S269
- Rosenthal, M., Christensen, B. K., & Ross, T. P. (1998). Depression following traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 79, 90–103.
- Satz, P., Forney, D. L., Zaucha, K., Asarnow, R. R., Light, R., McCleary, C., et al. (1998). Depression, cognition, and functional correlates of recovery outcome after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 12, 537–553.
- Schanke, A. K. (1997). Psychological distress, social support and coping behavior among polio

- survivors: a 5-year perspective on 63 polio patients. *Disability and Rehabilitation*, 19, 108-116.
- Schubert, D. S. P., Burns, R., Paras, W., & Sioson, E. (1992). Decrease of depression during stroke and amputee rehabilitation. *General Hospital Psychiatry*, 14, 135 – 141.
- Seaton, T., & Hollingworth, R. (1986). Gastrointestinal complications in spinal cord injuries. In R. F. Bloch & M. Basbaum (Eds.), *Management of spinal cord injuries* (pp. 134-148). Kottke, F. J., & Lehmann, J. F. (1990). *Krusen's Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation*. Philadelphia: Saunders.
- Shearsmith-Farthing, K. (2001). The management of altered body image: A role for Occupational therapy. *British Journal of Occupational therapy*, 64, 382-387.
- Shukla, G. D., Sahu, S. C., Tripathi, R. P., & Gupta, D. K. (1982). A psychiatric study of amputees. *British Journal of Psychiatry*, 141, 50–53.
- Silver, J. M., Hales, R. E., & Yudofsky, S. C. (2004). Neuropsychiatric aspects of traumatic brain injury. In S. C. Yudofsky & R. E. Hales (Eds.), *Essentials of neuropsychiatry and clinical neurosciences* (pp. 241-91). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Simon, J. I. (1971). Emotional aspects of physical disability. *American Journal of Occupational Therapy*, 25(8), 408-410.
- Smedema, S. M., Catalano, D., & Ebener D. J. (2010). The relationship of coping, self-worth and subjective well-being: a structural equation model. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 53(3), 131-142.
- Σπετσιώτης, Ι., & Σταθόπουλος, Σ. (2003). *Παιδαγωγική και διδακτική των παιδιών με κινητικά προβλήματα*. Αθήνα: ΩΡΙΩΝ.
- Stone, S. D. (1995). The myth of bodily perfection. *Disability & Society*, 10, 413-424.
- Stenager, E. N, Stenager, E., Koch-Henriksen, N., Bronnum-Hansen, H., Hyllested, K., Jensen, K., et al. (1992). Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological investigation. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 55, 542–5.
- Tate, D. G., Forchheimer, M., Kirsch, N., Maynard, F., & Roller, A. (1993). Prevalence and associated features of depression and psychosocial distress in polio survivors. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 74, 1056-1060.
- Tate, D. G., Kirsch, N., Maynard, F., Peterson, C., Forchheimer, M., Roller, A., et al. (1994a). Coping with the late effects: differences between depressed and nondepressed polio survivors. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73, 27-35.
- Thomas, D. & Woods, H. (2008). *Νοητική καθυστέρηση. Θεωρία και πράξη*. Αθήνα : Τόπος
- Thompson, N. J., Coker, J., Krause, J. S., & Henry, E. (2003). Purpose in Life as a Mediator of Adjustment After Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Psychology*, 48, 100-108.
- Trieschmann, R. B. (1997). *Spinal injuries: psychological, social and vocational adjustment*. New York:

- Pergamon.
- Trombly, C. A. (1983). *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Turner, R. J., & Beiser, M. (1990). Major depression and depressive symptomatology among the physically disabled: Assessing the role of chronic stress. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 343-350.
- Turner, R. J., & Wood, D. W. (1985). Depression and disability: The stress process in a chronically strained population. *Research in Community and Mental Health*, 5, 77-109.
- Turner, R. J., & Noh, S. (1988). Physical Disability and Depression: A Longitudinal Analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 23-37.
- Tzonichaki, I. (1994). La depression et le 'locus of control' chez les personnes agees Grecques. These de doctorat. Paris: Universite Paris-X-Nanterre.
- Watson, N. Roulstone, A. and Thomas, C. (2012). *The Routledge Handbook of Disability Studies*. London: Routledge, pp. 12-29. The Social Model of Disability: Valuable or Irrelevant? Colin Barnes.
- Virani, A. (2012). *Amputation-Associated Stressors and Dyadic Adjustment* [Thesis]. Faculty of Nursing, Calgary, ALBERTA
- Werheim, E. H., & Schwarz, J. C. (1983). Depression, guilt and self management of pleasant and unpleasant events. *Journal of personality and Social Psychology* 45 (4). 884 -889
- World Health Organisation [WHO], (2001). *The International Classification of Functioning, Disability and Health- ICF*. Geneva: WHO.
- Williams, R. M., Ehde, D. M., Smith, D. G., Czerniecki, J. M., Hoffman, A. J., & Robinson, L. R. (2004). A two-year longitudinal study of social support following amputation. *Disability and Rehabilitation*, 26, 862-874.
- Winston, F. K. A., & Kreshak, A. A. (1998). Paediatric central nervous system trauma. In N. Yoganandan, F. A. Pintar & S. J. Larson (Eds.), *Frontiers in head and neck trauma* (pp. 101-109). Amsterdam: IOS Press.
- Wright, S. J., & Kirby, A. (1999). Deconstructing conceptualizations of "adjustment" to chronic illness: A proposed integrative framework. *Journal of Health Psychology* 4, 259-272.
- Wright, B. A. (1983). *Physical disability: A psychosocial approach* (2nd ed.). New York: Harper & Row.
- Wright, S. J., & Kirby, A. (1999). Deconstructing conceptualizations of 'adjustment' to chronic illness: A proposed integrative framework. *Journal of Health Psychology*, 4, 259-272.
- Zimbardo, P. G. (1990). *Stanford Time Perspective Inventory*. Stanford, CA: Stanford University, Department of Psychology.

- Zimbardo P.G (1992) Time perspective biases: General phenomenological characterizations of each “time type”. Unpublished manuscript. Stanford University.
- Zimbardo T.A & Boyd J N (1999). Putting time in perspective a valid reliable individual differences metric. *Journal of personality and Social Psychology* 77, 1271-1288
- Zorzon, M., de Masi, R., Nasuelli, D., Ukmar, M., Pozzi Mucelli, R., Cazzato, G., et al. (2001). Depression and anxiety in multiple sclerosis. A clinical and MRI study in 95 subjects. *Journal of Neurology*, 248, 416–421.
- Ζώνιου-Σιδέρη, Α. (1998). Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ζώνιου- Σιδέρη, Α.(2004). Η αναγκαιότητα της ένταξης: προβλήματα και προοπτικές στο Ζώνιου - Σιδέρη, Α. (2009). Σύγχρονες ενταξιακές προσεγγίσεις, Τόμος Α', Θεωρία.29-53. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 13, 508-515.
- Ψαρρά,Ε.,(2010). Νόημα ζωής και κατάθλιψη: Η σχέση τους με την προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία και τις αξίες σε άτομα με σωματικές δυσλειτουργίες [Πτυχιακή Εργασία]. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος

ΜΕΡΟΣ VI: ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1) Φύλο : 1) Άνδρας 2) Γυναίκα

3) Ηλικία :

5) Εκπαίδευση:

- 1) Δημοτικό
- 2) Γυμνάσιο
- 3) ΕΠΑΛ
- 4) Λύκειο
- 5) Τ.Ε.Ι.
- 6) Α.Ε.Ι.

6) Ποια είναι η επαγγελματική σας κατάσταση;

- 1) Καμία Απασχόληση
- 2) Περιστασιακή Απασχόληση
- 3) Μερική Απασχόληση
- 4) Πλήρης απασχόληση

8) Κατοικείτε με:

- 1) Τον/την σύζυγό σας
- 2) Τους γονείς σας
- 3) Με συγκάτοικο
- 4) Μόνος/η
- 5) Μόνος/η με το/τα παιδί/ά σας
- 6) Με τον/την σύζυγο και το/τα παιδί/ά σας

2) Ημερομηνία Γέννησης :

4) Οικογενειακή κατάσταση :

- 1) Ανύπαντρος/η
- 2) Παντρεμένος/η
- 3) Διαζευγμένος/η ή χωρισμένος/η
- 4) Χήρος/α
- 5) Άλλο

7) Το σχολείο που παρακολουθήσατε ήταν:

- 1) Ειδικό
- 2) Γενικό
- 3) Ειδική τάξη σε ειδικό σχολείο
- 4) Μερικές τάξεις σε γενικό σχολείο ενώ άλλες σε ειδικό
- 5) Άλλο:

9) Το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημά σας είναι:

- 1) 214 - 400 € ανά μήνα
- 2) 400-600 € ανά μήνα
- 3) 600-800 € ανά μήνα
- 4) 900-1000 € ανά μήνα
- 5) 1.000 και άνω € ανά μήνα

10) Έχετε παιδιά; 1) Ναι 2) Όχι

Αν ναι, πόσα ; Αριθμός :

11) Έχετε άλλα ενδιαφέροντα :

- 1) Αθλητισμός
- 2) Ζωγραφική
- 3) Σκάκι
- 4) Λογοτεχνία
- 5) Άλλο :

12) Πόσο συχνά συμμετέχετε σε αυτές τις δραστηριότητες :

- 1) Ποτέ 2) Κάπου-κάπου 3) Συχνά 4) Πολύ

13) Έχετε φίλους : 1) Ναι 2) Όχι

14) Η σχέση με τη μητέρα/πατέρα σας είναι:

- 1) Πολύ καλή
- 2) Καλή
- 3) Μέτρια
- 4) Κακή
- 5) Πολύ κακή

15) Ως παιδί και έφηβος/η η σχέση με τη μητέρα/πατέρα σας ήταν :

- 1) Πολύ καλή
- 2) Καλή
- 3) Μέτρια
- 4) Κακή
- 5) Πολύ κακή

16) Τί είδους πρόβλημα αντιμετωπίζετε;

.....
.....
.....
.....

17) Πότε εμφανίστηκε το πρόβλημα;

.....
.....

18) Τι είδους βοήθεια/θεραπεία δέχεστε για το πρόβλημά σας :

- 1) Ψυχολογική υποστήριξη 2) Εργοθεραπεία
- 3) Φυσικοθεραπεία 4) Λογοθεραπεία
- 5) Φαρμακευτική αγωγή

2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟ- ΕΚΤΙΜΟΥΜΕΝΗΣΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ(Questionnaire d' Auto-Evaluation de la Symptomatologie

Dépressive [QD2])

Αυτό το ερωτηματολόγιο περιέχει 52 προτάσεις. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και σημειώστε την ένδειξη **ΣΩΣΤΟ** (με τον αριθμό **1**) αν η πρόταση αυτή αντιστοιχεί στη σημερινή σας κατάσταση. Αν αντίθετα, αυτή η πρόταση, δεν αντιστοιχεί στη σημερινή σας κατάσταση, σημειώστε την ένδειξη **ΛΑΘΟΣ** (με τον αριθμό **2**). Δεν υπάρχουν καλές ή κακές απαντήσεις!

	ΣΩΣΤΟ	ΛΑΘΟΣ
1.Τελευταία έχω δυσκολία να πάρω μπρος	1	2
2.Είμαι υποχρεωμένος-η να ρωτώ τους άλλους τι πρέπει να κάνω	1	2
3.Πετυχα λιγότερο στη ζωή μου σε σχέση με την πλειοψηφία των ανθρώπων	1	2
4. Αυτή την περίοδο παραμελώ τον εαυτό μου	1	2
5.Έχω την εντύπωση ότι έχω έναν κόμπο στο λαιμό	1	2
6.Έχω δυσκολία να αποφύγω τις άσχημες σκέψεις που μου περνούν από το μυαλό	1	2
7.Ό,τι έχει σχέση με το σεξ με ενδιαφέρει λιγότερο από ό, τι συνήθως	1	2
8.Αισθάνομαι άχρηστος-η	1	2
9.Τελευταία, πρέπει να επαληθεύω και να ξανα επαληθεύω αυτό που κάνω	1	2
10.Ιδρώνω περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	1	2
11.Η μνήμη μου μου φαίνεται λιγότερο καλή απ' ό, τι συνήθως	1	2
12.Είμαι χωρίς ενέργεια	1	2
13.Αισθάνομαι ένοχος	1	2
14.Τελευταία, αισθάνομαι ιδιαίτερα νευρικός	1	2
15.Έχω μια αίσθηση βάρους στα χέρια και τα πόδια	1	2
16.Μου αρέσει λιγότερο από πριν να κάνω ό, τι με ευχαριστεί και με ενδιαφέρει	1	2
17.Αισθάνομαι πιο κουρασμένος-η απ' ό, τι συνήθως χωρίς λόγο	1	2

18.Τελευταία, η όρεξή μου είναι λιγότερο καλή	1	2
19.Είμαι απογοητευμένος-η και αηδιασμένος-η από τον εαυτό μου	1	2
20.Αισθάνομαι μπλοκαρισμένος-η ή εμποδισμένος-η για να κάνω το παραμικρό πράγμα	1	2
21.Αυτή την περίοδο, αισθάνομαι λιγότερο ευτυχής σε σχέση με την πλειοψηφία των ανθρώπων	1	2
22.Μου είναι δύσκολο αυτή την περίοδο να συγκεντρωθώ σε μια δουλειά ή απασχόληση	1	2
23.Θα 'θελα να τελείωνα με τη ζωή	1	2
24.Έχω την εντύπωση ότι η καρδιά μου κτυπά πιο γρήγορα από ό, τι συνήθως φτερουγίζει	1	2
25.Αισθάνομαι λιγότερο ικανός-η και έξυπνος από την πλειοψηφία των άλλων ανθρώπων	1	2
26.Αυτή την περίοδο έχω συχνά την επιθυμία να 'μαι μόνος-η	1	2
27.Αυτή την περίοδο αισθάνομαι πολύ εκνευρισμένος-η	1	2
28.Το βάρος μου άλλαξε	1	2
29.Είμαι χωρίς ελπίδα για το μέλλον	1	2
30.Έχω πόνους στη μέση	1	2
31.Αυτή την περίοδο αποφεύγω μερικές δραστηριότητες, μερικά μέρη ή πράγματα γιατί με φοβίζουν	1	2
32.Το ηθικό μου είναι πεσμένο	1	2
33.Αυτή την περίοδο μου είναι αδύνατο να μείνω στην ίδια θέση	1	2
34.Ό, τι κάνω το κάνω λιγότερο γρήγορα απ' ό, τι συνήθως	1	2
35.Αυτή την περίοδο είμαι πιο δυσκοίλιος-α απ' ό, τι συνήθως	1	2
36.Είμαι υποχρεωμένος-η να πιεστώ για να κάνω οτιδήποτε	1	2
37.Το μυαλό μου είναι λιγότερο καθαρό απ' ό, τι συνήθως	1	2
38.Σκέφτομαι ότι θα ήταν καλύτερα να ήμουν πεθαμένος-η	1	2
39.Δεν είμαι ικανός-η να παίρνω αποφάσεις τόσο εύκολα όσο συνήθως	1	2
40.Αυτή την περίοδο είμαι θλιμμένος-η	1	2

41.Ο ύπνος μου είναι λιγότερο καλός απ' ό, τι συνήθως	1	2
42.Βρίσκω ότι φταίω για μερικά πράγματα ή γεγονότα	1	2
43.Έχω την εντύπωση ότι οι άλλοι δε με καταλαβαίνουν	1	2
44.Έχω δυσκολία να κάνω τα πράγματα που συνήθιζα να κάνω	1	2
45.Είμαι πιο ευερέθιστος-η απ' ό, τι συνήθως	1	2
46.Αυτή την περίοδο κλαίω συχνά	1	2
47.Ανησυχώ για την υγεία μου	1	2
48.Αυτή την περίοδο ορισμένα πράγματα με ταράζουν και με βασανίζουν	1	2
49.Είμαι γεμάτος-η από αίσθημα φόβου	1	2
50.Εργάζομαι λιγότερο εύκολα από πριν	1	2
51.Αυτή την περίοδο η ζωή μου μου φαίνεται άδεια	1	2
52.Αισθάνομαι ότι είμαι σε μια κατάσταση γενικής αδυναμίας	1	2

3. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΧΡΟΝΟΥ ΤΟΥ STANFORD (Stanford Time Perspective Inventory [STPI])

Παρακαλείσαι να απαντήσεις σε κάθε πρόταση που βρίσκεται πιο κάτω όσο πιο ειλικρινά μπορείς. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Η αυθόρμητη απάντηση από την πρώτη εντύπωση είναι συνήθως και η πιο ακριβής. Για κάθε πρόταση βάλε σε κύκλο τον αριθμό που σε χαρακτηρίζει περισσότερο σύμφωνα με την πιο κάτω κλίμακα:

1. Δε με χαρακτηρίζει καθόλου αυτή η πρόταση.
2. Με χαρακτηρίζει λίγο αυτή η πρόταση.
3. Με χαρακτηρίζει μέτρια (έτσι κι έτσι) αυτή η πρόταση.
4. Με χαρακτηρίζει πολύ αυτή η πρόταση.
5. Με χαρακτηρίζει πάρα πολύ αυτή η πρόταση.

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	πάρα πολύ

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Πιστεύω ότι το να βρίσκομαι με φίλους σε πάρτυ αποτελεί μια σημαντική απόλαυση στη ζωή. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Πιστεύω ότι η κάθε μέρα πρέπει να προγραμματίζεται εκ των προτέρων το πρωί. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Με ευχαριστεί να σκέφτομαι το παρελθόν μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Αν τα πράγματα δεν γίνονται στην ώρα τους, δε με ανησυχεί. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Το να σκέφτομαι για το μέλλον μου, μου είναι ευχάριστο. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Όταν θέλω να επιτύχω κάτι, θέτω στόχους και σκέφτομαι συγκεκριμένους τρόπους για να επιτύχω αυτούς τους στόχους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Το να ανταποκριθώ στις προθεσμίες της «επόμενης μέρας», καθώς και να φέρω σε πέρας άλλες απαραίτητες δουλειές, έρχονται σε προτεραιότητα σε σχέση με το να περάσω καλά το βράδυ. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Απολαμβάνω ιστορίες για το πώς συνήθιζαν να είναι τα πράγματα τον «παλιό καλό καιρό». | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Μου φαίνεται ότι τα μελλοντικά μου σχέδια είναι αρκετά καλά οργανωμένα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Προσπαθώ να ζω την κάθε μέρα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Νομίζω ότι είναι ανώφελο να κάνω σχέδια πολύ εκ των προτέρων γιατί τα πράγματα, έτσι κι αλλιώς, σπάνια έρχονται έτσι όπως τα σχεδιάζεις. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	πάρα πολύ
12. Είναι διασκεδαστικό να παίζω τυχερά παιχνίδια (τζόγος) όταν έχω κάποια έξτρα λεφτά.				1 2 3 4 5
13. Με εκνευρίζει το να αργώ στα ραντεβού μου.				1 2 3 4 5
14. Συχνά σκέφτομαι πως θα ήταν να ζούσα σε παλιότερες εποχές.				1 2 3 4 5
15. Ανταποκρίνομαι έγκαιρα στις υποχρεώσεις μου απέναντι σε φίλους και σε θεσμικά/διοικητικά θέματα.				1 2 3 4 5
16. Έχει νόημα να κάνεις ασφάλεια ζωής.				1 2 3 4 5
17. Το παρελθόν μου έχει πάρα πολλές δυσάρεστες αναμνήσεις που προτιμώ να μην σκέφτομαι.				1 2 3 4 5
18. Αναβάλω μικρές χαρές και ικανοποιήσεις, που είναι σίγουρες, για κάποιες άλλες μεγαλύτερες που είναι δυνατόν να μου συμβούν.				1 2 3 4 5
19. Κάνω πράγματα παρορμητικά και παίρνω αποφάσεις στο άψε σβήσε.				1 2 3 4 5
20. Αισθάνομαι ότι είναι πιο σημαντικό να χαίρεσαι αυτό που κάνεις, παρά να το κάνεις στην ώρα του.				1 2 3 4 5
21. Δεν κάνω πράγματα που μελλοντικά θα μου βγουν σε καλό, εάν τώρα δε νιώθω καλά με αυτά.				1 2 3 4 5
22. Έχω την τάση να χάνω την ψυχραιμία μου όταν με προκαλούν.				1 2 3 4 5
23. Προσπαθώ να είμαι ρεαλιστής σχετικά με το τι μου επιφυλάσσει το μέλλον.				1 2 3 4 5
24. Απολαμβάνω να δουλεύω με άλλους μέσα σε μια υποστηρικτική ομάδα.				1 2 3 4 5
25. Δεδομένου ότι το παρελθόν είναι κάτι που έχει περάσει οριστικά, προτιμώ να το αγνοώ και να επικεντρώνομαι σε αυτό που μπορώ να ελέγξω στη ζωή μου.				1 2 3 4 5
26. Εκνευρίζομαι με τους ανθρώπους που με κάνουν να περιμένω όταν έχουμε συμφωνήσει να συναντηθούμε μια συγκεκριμένη ώρα.				1 2 3 4 5
27. Η ζωή μου ελέγχεται από τη μοίρα μου, παρά από τις πράξεις μου.				1 2 3 4 5
28. Πιστεύω ότι είναι σημαντικό να είμαι προνοητικός για περιόδους που τα πράγματα δε θα πηγαίνουν καλά.				1 2 3 4 5

1	2	3	4	5
καθόλου	λίγο	μέτρια	πολύ	πάρα πολύ
29. Μεθάω στα πάρτυ.				1 2 3 4 5
30. Μου φαίνεται ότι δεν έχει νόημα ν' ανησυχώ για το μέλλον από τη στιγμή που η μοίρα καθορίζει πως ό, τι είναι να γίνει, θα γίνει.				1 2 3 4 5
31. Προτιμώ το παλιό και οικείο από το καινούργιο και μεταβαλλόμενο.				1 2 3 4 5
32. Ολοκληρώνω τις δουλειές/πρόγραμμά μου στην ώρα τους δουλεύοντας σταθερά και προοδευτικά.				1 2 3 4 5
33. Αισθάνομαι να αποσυνδέομαι όταν μέλη της οικογένειάς μου συζητούν για το πώς συνήθιζαν να είναι τα πράγματα.				1 2 3 4 5
34. Παίρνω ρίσκα προκειμένου να βάλω ένταση/ ενθουσιασμό στη ζωή μου.				1 2 3 4 5
35. Κάνω λίστες από τα πράγματα που πρέπει να κάνω.				1 2 3 4 5
36. Ζω για να καλυτερεύω αυτό που υπάρχει, παρά για να προβληματίζομαι με αυτό που πρόκειται να συμβεί.				1 2 3 4 5
37. Συνεχίζω να προσπαθώ με μια δύσκολη και ανούσια δουλειά που έχω να κάνω, αν αυτή πρόκειται να με βοηθήσει να πάω μπροστά.				1 2 3 4 5
38. Μπορώ να αντισταθώ στους πειρασμούς όταν ξέρω ότι υπάρχει δουλειά που πρέπει να γίνει.				1 2 3 4 5

4. ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ (ADAPTATION TO DISABILITY SCALE-REVISED [ADS-R])

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

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

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Λόγω της αναπηρίας μου, όλες οι πλευρές της ζωής μου επηρεάζονται σε πολύ σημαντικό βαθμό. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Έχοντας αναπηρία αδυνατώ να κάνω πράγματα, όπως οι άνθρωποι χωρίς αναπηρία. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Με αναπηρία ή χωρίς, θα τα καταφέρω στη ζωή μου. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Εξαιτίας της αναπηρίας μου, λίγα έχω να προσφέρω στους άλλους ανθρώπους. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Η καλή εξωτερική εμφάνιση και η σωματική ικανότητα είναι τα πιο σημαντικά πράγματα στη ζωή μου. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Ένα άτομο με αναπηρία περιορίζεται σε συγκεκριμένους τομείς, αλλά υπάρχουν ακόμη πολλά που μπορεί να κάνει. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Ανεξάρτητα από το πόσο σκληρά προσπαθώ ή από το τι επιτυγχάνω, ποτέ δεν θα μπορέσω να είμαι τόσο καλός/ή, όσο ένα άτομο που δεν έχει την αναπηρία μου. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Με κάνει και αισθάνομαι πολύ άσχημα το να βλέπω όλα όσα μπορούν να κάνουν οι άνθρωποι χωρίς αναπηρίες, που εγώ δεν μπορώ να κάνω. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Το πιο σημαντικό πράγμα στον κόσμο είναι να είσαι σωματικά ικανός (αρτιμελής). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Εξαιτίας της αναπηρίας μου, οι ζωές των άλλων ανθρώπων έχουν περισσότερο νόημα από τη δική μου. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Εξαιτίας της αναπηρίας μου, αισθάνομαι μίζερος/η τον περισσότερο καιρό. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Παρόλο που έχω αναπηρία, η ζωή μου είναι γεμάτη. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Το είδος του ανθρώπου που είμαι και τα επιτεύγματα στην ζωή μου είναι λιγότερο σημαντικά από εκείνα των ατόμων χωρίς αναπηρία. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Η σωματική αναπηρία επηρεάζει την νοητική ικανότητα ενός ατόμου. | 1 | 2 | 3 | 4 |

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 15. Εφόσον η αναπηρία μου εμπλέκεται σχεδόν σε οτιδήποτε προσπαθώ να κάνω, πρακτικά είναι στο μυαλό μου συνέχεια. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Υπάρχουν πολλά πράγματα που ένα άτομο με την αναπηρία μου μπορεί να κάνει. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Η αναπηρία μου, αυτή καθαυτή, με επηρεάζει περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό μου. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Υπάρχουν πολύ πιο σημαντικά πράγματα στη ζωή από την σωματική ικανότητα και εμφάνιση. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Σχεδόν κάθε τομέας της ζωής είναι κλειστός για μένα. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Η αναπηρία μου με εμποδίζει από σχεδόν οτιδήποτε πραγματικά θέλω να κάνω και από το να γίνω το είδος του ατόμου που θα ήθελα να είμαι. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Νιώθω ότι είμαι ένα επαρκές άτομο ανεξάρτητα από τους περιορισμούς της αναπηρίας μου. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Η αναπηρία μου επηρεάζει εκείνες τις πλευρές της ζωής μου, για τις οποίες ενδιαφέρομαι περισσότερο. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Μια αναπηρία, σαν τη δική μου, είναι το χειρότερο πράγμα που μπορεί να συμβεί σε έναν άνθρωπο. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Χρειάζεται να διαθέτει κανείς ένα γερό και αρτιμελές σώμα προκειμένου να έχει ένα καλό μυαλό. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Υπάρχουν στιγμές που ξεχνώ εντελώς ότι έχω μια αναπηρία. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Εάν δεν είχα την αναπηρία μου, πιστεύω πως θα ήμουν ένας πολύ καλύτερος άνθρωπος. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Όταν σκέφτομαι την αναπηρία μου, με κάνει και νιώθω τόσο λυπημένος και αναστατωμένος, που δεν μπορώ να κάνω οτιδήποτε άλλο. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Οι άνθρωποι με αναπηρίες μπορούν να τα καταφέρουν καλά με πολλούς τρόπους. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Νιώθω ικανοποιημένος/η με τις ικανότητές μου και η αναπηρία μου δεν με απασχολεί πάρα πολύ. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Σχεδόν σε καθετί, η αναπηρία μου με ενοχλεί τόσο που δεν μπορώ να απολαύσω τίποτα. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Η σωματική ακεραιότητα (αρτιμέλεια) και η εμφάνιση κάνουν έναν άνθρωπο αυτό που είναι. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Γνωρίζω τί δεν μπορώ να κάνω εξαιτίας της αναπηρίας μου και | 1 | 2 | 3 | 4 |

αισθάνομαι ότι μπορώ να ζήσω μια γεμάτη ζωή.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ



004000121498

