
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

Μαστορίδου Βασιλική

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2023

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

Μαστορίδου Βασιλική, Α.Μ.: ΟΔΥ/1931

Επιβλέπουσα: Ράικου Μαρία / Αναπληρώτρια Καθηγήτρια / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2023

**UNIVERSITY OF
PIRAEUS**



**DEPARTMENT OF
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**AN ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE
IN INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISABILITY**

Mastoridou Vasiliki

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2023

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου.»

Στην οικογένειά μου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την περάτωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις εγκάρδιες ευχαριστίες μου σε όλους, όσοι με υποστήριξαν και συνέβαλαν στην ολοκλήρωση του απαιτητικού αυτού ερευνητικού πονήματος.

Ιδιαίτερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κα. Μαρία Ράικου, η οποία με στήριξε και με καθοδηγούσε καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής της διπλωματικής εργασίας. Την οικογένειά μου και τους οικείους μου, για την ενθάρρυνση και την υποστήριξη που μου πρόσφεραν. Και, τέλος, την Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων Με Αναπηρία (ΕΣΑΜεΑ), την Εθνική Ομοσπονδία Κινητικά Αναπήρων (ΕΟΚΑ), την Ομοσπονδία Κωφών Ελλάδος (ΟΜΚΕ), την Εθνική Ομοσπονδία Τυφλών (ΕΟΤ) και όλες τις Οργανώσεις και τα μέλη τους, για την ευγενική και πολύτιμη συνεργασία ως προς τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και, κατά συνέπεια, την καθοριστική συμβολή τους στη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

Σημαντικοί Όροι: [Ποιότητα Ζωής, Αναπηρία, Σωματική Αναπηρία, Αισθητηριακή Αναπηρία]

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός

Η ποιότητα ζωής αποτελεί θεμελιώδη έννοια και η αποτίμησή της έχει ιδιαίτερη εφαρμογή στα ευρεία επιστημονικά πεδία της υγείας και της ιατρικής. Η παρούσα ερευνητική εργασία εστιάζει στο ζήτημα της ποιότητας ζωής ατόμων με αναπηρία. Κεντρικός σκοπός της είναι η διερεύνηση και η αποτίμηση της ποιότητας ζωής των αναπήρων ατόμων με χρόνια κινητική ή αισθητηριακή βλάβη, καθώς και η επίδραση που έχουν στο επίπεδο της ποιότητας ζωής τους, οι διάφοροι εξωτερικοί παράγοντες.

Μεθοδολογία

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε μεταξύ 92 ανδρών και γυναικών, ηλικίας 18 ετών και άνω, οι οποίοι κατοικούν στην Ελλάδα και έχουν σωματική ή αισθητηριακή αναπηρία. Η έρευνα είναι συγχρονική ποσοτική και τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ερωτηματολογίων τα οποία διανεμήθηκαν σε όλες τις Ομοσπονδίες και τα Σωματεία Αναπήρων της Ελλάδας. Η κατασκευή των ερωτηματολογίων έγινε μέσω Google Forms, ενώ η αρχική επεξεργασία των δεδομένων έγινε μέσω Excel και εν συνεχεία διεξήχθη στατιστική ανάλυση μέσω του στατιστικού λογισμικού Stata. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EQ-5D-3L του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Euroqol και η οπτική κλίμακα EQ-VAS.

Αποτελέσματα

Τα σημαντικότερα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτουν από την ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης. Συνεπώς, εντοπίστηκαν οι μεταβλητές που παρουσιάζουν θετική και αυτές που παρουσιάζουν αρνητική συσχέτιση με την μεταβλητή του δείκτη ποιότητας ζωής, ενώ, επιπλέον, προέκυψαν συμπεράσματα που εμφανίζουν στατιστική σημαντικότητα. Σε αυτές ανήκουν οι μεταβλητές της

άθλησης, καθώς και ο βαθμός της αναπηρίας (μερική/ολική). Η παλινδρόμηση πραγματοποιείται μία φορά για τον γενικό πληθυσμό των αναπήρων που μελετώνται και μία για τους κινητικά ανάπηρους.

Συμπεράσματα

Όλα τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από την ερευνητική μελέτη παρουσιάζουν σημαντικό δημογραφικό, κοινωνικό και επιστημονικό ενδιαφέρον. Τα πιο αξιοσημείωτα από αυτά είναι αφενός ότι το επίπεδο της ποιότητας ζωής παρουσιάζεται πιο βελτιωμένο στα άτομα που ασχολούνται τακτικά με σωματική άσκηση και αφετέρου ότι είναι χαμηλότερο στα άτομα που έχουν ολική ή εκ γενετής αναπηρία. Οι διαπιστώσεις αυτές επιβεβαιώνονται τόσο για το γενικό μελετώμενο δείγμα των αναπήρων, όσο και για τους ανάπηρους με σωματικές βλάβες.

AN ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISABILITY

Keywords: [Quality of Life, Disability, Physical Disability, Sensory Disability]

ABSTRACT

Purpose

Quality of life is a fundamental concept, and its assessment is vastly applicable in the fields of health and medicine. This research paper examines the issue of the quality of life of people with disabilities. Its central purpose is to investigate and evaluate the quality of life of individuals with chronic physical or sensory impairment and the effect that various external factors have on it.

Methodology

The study investigates 92 men and women, aged 18 or over, who live in Greece and have physical or sensory disability. The survey is conducted with cross-sectional quantitative study and the data were collected through questionnaires which were distributed to all the Federations and Associations of Disabled People of Greece. The questionnaires were constructed with Google Forms, they were edited in Excel, and they were statistically analyzed with Stata statistical software. Moreover, it has been used the questionnaire EQ-5D-3L of the European Organization Euroqol and the vertical visual analogue scale EQ-VAS.

Results

The most significant results of the study were extracted through multiple linear regression analysis. Particularly, there were variables that had positive and others that had negative correlation with the variable of the quality-of-life index, while, also, there were statistically significant results. Statistical significance is indicated in the variables “Sport” and “Extent of Disability” (partial/total). Regression analysis is conducted once for the total studied population of disabled individuals and once for the physically disabled.

Conclusions

All the outcomes that came out of this research study present a significant demographic, social and scientific interest. The most noteworthy of those consist of the improved level of the quality of life of those who are doing regular physical activity and of the deteriorated level of those who have total or prenatal disability. These observations apply both to the general studied sample of disabled individuals and to the disabled with physical impairment.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	xiii
Abstract.....	xv
Κατάλογος Πινάκων.....	xxi
Κατάλογος Εικόνων.....	xxiii
Συντομογραφίες.....	xxv
Εισαγωγή.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
Θεωρητική Θεμελίωση του Ερευνητικού Αντικειμένου	
Ενότητα 1	
1.1 Ποιότητα Ζωής.....	3
1.1.1 Ποιότητα Ζωής και Υγεία	7
1.1.2 Ποιότητα Ζωής και Αναπηρία.....	9
Ενότητα 2	
1.2 Αναπηρία.....	10
1.2.1 Σωματική Αναπηρία.....	13
1.2.2 Αισθητηριακή Αναπηρία.....	14
1.2.3 Πολλαπλή Αναπηρία.....	17
Ενότητα 3	
1.3 Αναπηρία – Δικαιώματα.....	17
1.3.1 Αναπηρία και Κοινωνική Πολιτική.....	17
1.3.2 Νομοθετικό Πλαίσιο περί Αναπηρίας στην Ελλάδα.....	19
Ενότητα 4	
1.4 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	21
1.4.1 Στατιστικά Στοιχεία.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
Μεθοδολογία Έρευνας	
Ενότητα 1	
2.1 Αναγκαιότητα της Έρευνας.....	31
Ενότητα 2	
2.2 Σκοπός της Έρευνας.....	31

2.2.1 Σκοπός και Επιμέρους Στόχοι	31
2.2.2 Ερευνητικά Ερωτήματα.....	32
Ενότητα 3	
2.3 Μεθοδολογία της Έρευνας.....	32
2.3.1 Δείγμα.....	32
2.3.2 Μέθοδος.....	33
Ενότητα 4	
2.4 Υλικό της Έρευνας.....	34
2.4.1 Ερωτήματα Δημογραφικού Ενδιαφέροντος.....	34
2.4.2 Ερωτήματα Κοινωνικού Ενδιαφέροντος.....	34
2.4.3 Ερωτήματα Αναπηρίας και Ποιότητας Ζωής.....	34
Ενότητα 5	
2.5 Ερευνητικά Εργαλεία.....	35
2.5.1 Εργαλείο EQ-5D-3L.....	35
2.5.2 Δείκτης EQ-VAS.....	36
Ενότητα 6	
2.6 Μέθοδοι Στατιστικής Ανάλυσης.....	37
2.6.1 Περιγραφική Στατιστική.....	37
2.6.2 Ανάλυση Παλινδρόμησης.....	37
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
<i>Ανάλυση Δεδομένων και Ερμηνεία Αποτελεσμάτων</i>	
Ενότητα 1	
3.1 Χαρακτηριστικά Δείγματος.....	39
3.1.1 Δημογραφικά.....	39
Ενότητα 2	
3.2 Ερωτηματολόγιο EQ-5D.....	50
Ενότητα 3	
3.3 Ανάλυση Παλινδρομήσεων.....	54
3.3.1 Πολλαπλή Γραμμική Παλινδρόμηση Συνολικού Πληθυσμού.....	54
3.3.2 Πολλαπλή Γραμμική Παλινδρόμηση Κινητικά Αναπήρων Ατόμων.....	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Συζήτηση – Συμπεράσματα

Ενότητα 1

4.1 Συζήτηση..... 61

4.1.1 Δημογραφικά Στοιχεία και Γενικά Κριτήρια..... 61

4.1.2 Σχολιασμός Ανάλυσης Παλινδρόμησης..... 62

Ενότητα 2

4.2 Περιορισμοί Έρευνας..... 65

Ενότητα

4.3 Συμπεράσματα – Προτάσεις..... 65

Παράρτημα..... 69

Βιβλιογραφία..... 75

Αγγλόφωνη..... 75

Ελληνόφωνη..... 79

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Δημογραφικά Στοιχεία	40
Πίνακας 2: Οικονομικά Στοιχεία	43
Πίνακας 3: Κατοικίδιο Ζώο	44
Πίνακας 4: Αθλητικές Δραστηριότητες	45
Πίνακας 5: Ψυχαγωγικές Δραστηριότητες - Χόμπι	46
Πίνακας 6: Χρήση Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης	48
Πίνακας 7: Περιοχή και Προσβασιμότητα	49
Πίνακας 8: Αναπηρία	50
Πίνακας 9: EQ-5D-3L – Κινητικότητα	51
Πίνακας 10: EQ-5D-3L – Αυτοεξυπηρέτηση	51
Πίνακας 11: EQ-5D-3L – Συνήθειες Δραστηριότητες	52
Πίνακας 12: EQ-5D-3L – Πόνος / Δυσφορία	52
Πίνακας 13: EQ-5D-3L – Άγχος / Κατάθλιψη	53
Πίνακας 14: Τιμές Δεικτών EQ-VAS και EQ-5D-3L	53
Πίνακας 15: Γραμμική Πολλαπλή Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον δείκτη EQ-5D-3L	54
Πίνακας 16: Γραμμική Πολλαπλή Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον δείκτη EQ-5D-3L	57

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1 – Διαβαθμίσεις Βαρηκοΐας. Ταξινόμηση της βαρηκοΐας με βάση το τονικό ακούγραμμα.....	15
Εικόνα 2 – Εκτίμηση του πληθυσμού των ατόμων με Αναπηρία, 1991.....	23
Εικόνα 3 – Ποσοστό του πληθυσμού των ατόμων με χρόνια αναπηρία, στα Κράτη-Μέλη της ΕΕ, 2018.....	24

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Αρ.: Άρθρο

ΔΕΠΥ: Διάσπαση Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα

ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΚ: Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο

ΕΛΣΤΑΤ: Ελληνική ΣΤΑΤιστική Αρχή

ΕΣΑμεΑ: Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία

Ν: Νόμος

ΠΖ: Ποιότητα Ζωής

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

EQ-5D-3L: EuroQol – 5 Dimensions – 3-Level

EQ-VAS: EuroQol – Visual Analogue Scale

QOL: Quality Of Life

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα ερευνητική μελέτη έλαβε χώρα στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Οικονομικών και Διοίκησης Υγείας του Πανεπιστημίου Πειραιώς. Ειδικότερα, πραγματεύεται το ζήτημα της ποιότητας ζωής, η οποία αποτελεί μία πολύ σημαντική εννοιολογική παράμετρο με απήχηση σε πολυάριθμους επιστημονικούς κλάδους. Στην εργασία αυτή, η ποιότητα ζωής έχει εφαρμογή και εξετάζει ένα σημαντικό μερίδιο του πληθυσμού, που αποτελείται από αυτούς που πάσχουν από κάποια μορφή χρόνιας αναπηρίας.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, περισσότεροι από 1 δισεκατομμύριο άνθρωποι, δηλαδή περίπου το 15% του παγκόσμιου πληθυσμού, αντιμετωπίζουν κάποια μορφή αναπηρίας· ενώ σχεδόν όλοι θα βιώσουν κάποια στιγμή στη ζωή τους αναπηρία, είτε προσωρινή, είτε μόνιμη. Μάλιστα, ο αριθμός αυτός παρουσιάζει αυξητική τάση, η οποία οφείλεται εν μέρει στη γήρανση του πληθυσμού, καθώς επίσης, και στην αύξηση του επιπολασμού των μη μεταδοτικών ασθενειών (World Health Organization, 2022). Επιπλέον, όπως είναι γνωστό, τα είδη και οι μορφές βλαβών, διαταραχών, συνδρόμων, και εν γένει αναπηρίας, που μπορεί να έχει κάποιος, είναι πολυάριθμα και ποικίλουν. Ωστόσο, οι μεγαλύτερες κατηγορίες στις οποίες μπορούν να διακριθούν είναι η κινητική ή σωματική αναπηρία, η αισθητηριακή (κώφωση ή τύφλωση), η νοητική υστέρηση, οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές λόγου και ομιλίας.

Η παρούσα εργασία, εστιάζει στις δύο πρώτες μεγάλες κατηγορίες, οι οποίες αφορούν την κινητική και την αισθητηριακή αναπηρία και επιδιώκει να διερευνήσει την ποιότητα ζωής που βιώνουν οι άνθρωποι με αυτά τα γνωρίσματα, καθώς και τους παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν και με τον τρόπο τους συμβάλλουν στον βαθμό της ποιότητας που μπορεί κάποιος να βιώνει.

Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνήσει τους παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν και μεταβάλλουν το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ατόμων με χρόνια αναπηρία, καθώς και αυτών οι οποίοι έχουν, αποκλειστικά, χρόνια κινητική αναπηρία. Ειδικότερα, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση και εξετάζεται εάν ζητήματα όπως η αυτόνομη διαβίωση ή η διαβίωση με περισσότερα άτομα, το επίπεδο εκπαίδευσης, το ύψος του καθαρού μηνιαίου εισοδήματος και ο αθλητισμός ασκούν κάποια επιρροή στον βαθμό της ποιότητας ζωής που έχει ο εξεταζόμενος πληθυσμός. Επιπλέον, διερευνάται εάν παράγοντες όπως ο βαθμός αναπηρίας και το χρονικό διάστημα που

έχει μεσολαβήσει από τη διάγνωση μέχρι και τη στιγμή που ερωτήθηκαν, παρουσιάζουν κάποια αξιοσημείωτη επίδραση στην ποιότητα ζωής που εμφανίζουν.

Στο πρώτο Κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, πραγματοποιείται η θεωρητική θεμελίωση του ερευνητικού αντικειμένου. Ειδικότερα, γίνεται αποσαφήνιση των βασικών όρων της ποιότητας ζωής και της αναπηρίας, παρατίθεται μια σύντομη αναδρομή αναφορικά με τη διεκδίκηση των δικαιωμάτων των αναπήρων ατόμων, από άποψη κοινωνικής πολιτικής και παρουσιάζεται η Βιβλιογραφική Ανασκόπηση, στην οποία εντοπίζονται και αποτυπώνονται ερευνητικά ευρήματα άλλων αντίστοιχων μελετών. Ακολούθως, στο δεύτερο Κεφάλαιο συναντάται η Μεθοδολογία με βάση την οποία αναπτύσσεται η παρούσα εργασία και η οποία περιλαμβάνει το αντικείμενο και τον σκοπό της μελέτης, τα ερευνητικά ερωτήματα, τον ερευνώμενο πληθυσμό και το δείγμα, τις μεθόδους που επιλέχθηκαν, καθώς και τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν. Έπειτα, στο τρίτο Κεφάλαιο γίνεται παράθεση των ερευνητικών ευρημάτων που εξήχθησαν από τις στατιστικές αναλύσεις των δεδομένων. Στη συνέχεια, στο τέταρτο Κεφάλαιο πραγματοποιείται η συζήτηση και η σύγκριση των παρόντων ερευνητικών ευρημάτων και αποτελεσμάτων με τα αντίστοιχα άλλων, προηγούμενων ερευνών και καταγράφονται προτάσεις και συμπεράσματα. Στο τέλος της εργασίας επισυνάπτεται ως Παράρτημα το Ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να συλλεχθούν τα ερευνητικά δεδομένα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ

Ενότητα 1:

1.1 Ποιότητα Ζωής

Με τον όρο «ποιότητα ζωής» περιγράφεται μια ευρεία πολυδιάστατη έννοια η οποία αποτελείται κατά κύριο λόγο από υποκειμενικές αξιολογήσεις τόσο των θετικών όσο και των αρνητικών πτυχών της ζωής. Απαντάται και συσχετίζεται με ποικίλους τομείς, όπως είναι η υγεία, η εργασιακή απασχόληση, η στέγαση, η εκπαίδευση, καθώς και το οικείο περιβάλλον (Centers for Disease Control and Prevention, 2018). Επιπλέον, η ποιότητα ζωής συνδέεται με ανθρώπινες αξίες, συμπεριλαμβανομένης της ευτυχίας, της ικανοποίησης, των γενικών συναισθημάτων ευημερίας και των ευκαιριών για επίτευξη προσωπικών δυνατοτήτων.

Ως πολυδιάστατο φαινόμενο, η ποιότητα ζωής αποτελείται από βασικούς τομείς και στοιχεία που επηρεάζονται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά, καθώς και από περιβαλλοντικές και συναφείς μεταβλητές. Στους τομείς οι οποίοι συνθέτουν την έννοια της ποιότητας ζωής, ανήκουν τόσο αυτοί που είναι κοινοί σε όλους τους ανθρώπους, όσο και εκείνοι που είναι μοναδικοί για κάθε άτομο (Townsend-White C., Pham A. N. T., Vassos M. V., 2012). Ιδιαίτερα, με βάση τον ορισμό που διατυπώνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ως «Ποιότητα Ζωής» ορίζεται η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζει και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του (World Health Organization, 2022).

Αναφορικά με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, υπάρχει διεθνώς μια κοινή παραδοχή. Συγκεκριμένα, μέσα από μια σειρά διαπολιτισμικών μελετών, έχουν αναγνωριστεί και επικυρωθεί οκτώ βασικοί τομείς της ποιότητας ζωής. Αυτοί είναι η συναισθηματική ευημερία, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η υλική ευημερία, η προσωπική ανάπτυξη, η σωματική ευημερία, η αυτοδιάθεση, η κοινωνική ένταξη και τα δικαιώματα. Όταν αυτοί οι τομείς αθροίζονται, αναπαριστούν τη συνολική δομή της ποιότητας ζωής.

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τη μέτρηση της ποιότητας ζωής ενδέχεται να επηρεαστούν από μεταβλητές σε διάφορους τομείς. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η φύση της παροχής υπηρεσιών, οι εμπειρίες ζωής του ερευνώμενου, το φυσικό περιβάλλον του, και ο αριθμός και η φύση των ανθρώπων με τους οποίους ζει ο ερευνώμενος και με τους οποίους αλληλεπιδρά. Η ατομική ποιότητα ζωής ποικίλλει με την πάροδο του χρόνου και επηρεάζεται ουσιαστικά από πολιτισμικά περιβάλλοντα, ατομικά συμφέροντα και περιστάσεις.

Ως μέτρηση, η ποιότητα ζωής θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ολιστικά και θα πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπόψη η οικογενειακή ποιότητα ζωής. Ορισμένες πτυχές της ποιότητας ζωής μπορούν να μετρηθούν αντικειμενικά μέσω άμεσης παρατήρησης και να αξιολογηθούν και να επαληθευτούν με βάση τα συνήθη πρότυπα, όπως για παράδειγμα, την ιατρική υγεία και τον πλούτο. Άλλες πτυχές της ποιότητας ζωής μπορούν να εκτιμηθούν μόνο υπό την υποκειμενικά αντιληπτή εμπειρία του ατόμου μέσω αυτο-αναφοράς. Επομένως, τα πεδία ποιότητας ζωής θα πρέπει να περιλαμβάνουν χωριστά μετρημένους υποκειμενικούς και αντικειμενικούς δείκτες. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι υποκειμενικοί και αντικειμενικοί δείκτες συνήθως δεν συσχετίζονται σε μεγάλο βαθμό. Ως μέτρο αποτελέσματος για τους ερευνώμενους, η ποιότητα ζωής επιτρέπει μελέτες επιπτώσεων, διαπολιτισμικές συγκρίσεις και συγκρίσεις ανά χώρα, και παρέχει ένα πλαίσιο για αρχές υπηρεσιών και σχεδιασμό υπηρεσιών, παράδοση και αξιολόγηση, το οποίο είναι σύμφωνο με τα πλαίσια των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Τα δεδομένα αποτελεσμάτων της ποιότητας ζωής μπορούν να πληροφορήσουν μια σειρά ενδιαφερόμενων μερών σχετικά με το αν και σε ποιο βαθμό οι χρήστες υπηρεσιών αντιμετωπίζουν αλλαγές στην ποιότητα της ζωής τους ως αποτέλεσμα παρεμβάσεων υπηρεσίας και αν επιτυγχάνονται προσωπικά αποτελέσματα. Μπορούν να καθοδηγήσουν στρατηγικές βελτίωσης της ποιότητας σε ατομικό, υπηρεσιακό και κοινοτικό επίπεδο και να επηρεάσουν την πολιτική ανάπτυξη και μεταρρύθμιση. Η ποιότητα ζωής εξελίσσεται από θεωρητική έννοια σε μια πιο μετρήσιμη και κοινωνικά βιώσιμη και εφαρμόσιμη έννοια, ενώ με την πάροδο του χρόνου γίνεται ολοένα και περισσότερο επιτακτική η ανάγκη για την αποτίμησή της, σε σχέση και με τις υπηρεσίες που προσφέρονται (Townsend-White C., et. al., 2012).

Ωστόσο, η μέτρησή της ποιότητας ζωής ορισμένες φορές μπορεί να καθίσταται δύσκολη, καθώς, παρά το γεγονός ότι ως έννοια έχει νόημα και εφαρμογή σχεδόν για όλους και για κάθε ακαδημαϊκό πεδίο, η υποκειμενικότητα του χαρακτήρα της έχει

ως αποτέλεσμα να ορίζεται διαφορετικά μεταξύ διαφορετικών ατόμων και ομάδων. Επιπρόσθετα, οι επιρροές του πολιτισμού, των αξιών και της πνευματικότητας αποτελούν βασικούς παράγοντες της συνολικής ποιότητας ζωής οι οποίοι ενισχύουν την πολυπλοκότητα της μέτρησής της. Παρόλα αυτά, οι ερευνητές έχουν αναπτύξει χρήσιμες τεχνικές οι οποίες έχουν συντελέσει στην εννοιολόγηση και στη μέτρηση των πολλαπλών τομέων, όπως και του τρόπου με τον οποίο συσχετίζονται μεταξύ τους (Centers for Disease Control and Prevention, 2018).

Η έννοια της ποιότητας ζωής εμφανίζεται εδώ και πολλούς αιώνες, και συγκεκριμένα έχει ως αφετηρία την αρχαιότητα και τον Αριστοτέλη. Ιδιαίτερα, ο όρος ο οποίος χρησιμοποιήθηκε από τον φιλόσοφο για να περιγράψει και να αποδώσει το νόημα της «ποιότητας ζωής» ήταν η λέξη «ευδαιμονία», όπως και η φράση «καλή ζωή» (Schipper A., 2010).

Αναλυτικότερα, όπως επισημαίνει ο Αριστοτέλης στα *Ἠθικά Νικομάχεια* (B1, 1-4, 1103a14-b2), με τη λέξη ευδαιμονία, υποδηλώνεται ο σκοπός γύρω από τον οποίο εστιάζονται οι πράξεις των ανθρώπων ή διαφορετικά, το «ύψιστο αγαθό» το οποίο επιδιώκει και δύναται κάποιος να αποκτήσει. Ως κατάσταση, η ευδαιμονία αποτελεί ενέργεια της ψυχής, η οποία στηρίζεται στους κανόνες της τέλει αρετής. Με άλλα λόγια, μόνο εφόσον αποκτήσει κάποιος την ηθική αρετή επιτυγχάνει να γίνει «τέλειος», «ολοκληρωμένος», και κατ' επέκταση, να εκπληρώσει τον σκοπό της ύπαρξής του (Ross W. D., 2010). Αντίστοιχα με την ευδαιμονία, και η ποιότητα ζωής μπορεί να θεωρηθεί μέσα από το πρίσμα αυτού που χαρακτηρίζεται πιο σημαντικό, πιο ικανοποιητικό και πιο αναγκαίο για τον σκοπό της ανθρώπινης ύπαρξης (Schipper A., 2010).

Ωστόσο, παρά τη μακρόχρονη παρουσία που σημειώνει η έννοια της ποιότητας ζωής, ως όρος και ιδεολογικό πλαίσιο απουσίαζε από τις επιστημονικές αναφορές των κοινωνικών και ανθρωπιστικών κλάδων, όπως παραδείγματος χάρη, της κοινωνιολογίας και της ψυχολογίας έως και τις αρχές του 20ού αιώνα (Schipper A., 2010).

Ειδικότερα, οι πρώτες αναφορές στην έννοια της ποιότητας ζωής που σημειώθηκαν στη νεότερη εποχή έχουν την αφετηρία τους στον Οργανισμό των Ηνωμένων Εθνών και σε ορισμένες Διακηρύξεις και Συμβάσεις που υπογράφηκαν. Σημείο εκκίνησης αποτελεί η Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ, η οποία εκδόθηκε το 1948 και παρά το γεγονός ότι δεν εμπεριέχει αυτολεξεί τον όρο «ποιότητα ζωής», περιγράφει τους σκοπούς που πρεσβεύει η έννοια, μέσα από τα

άρθρα 3 και 25, στα οποία διατυπώνονται οι στόχοι «...ζωή, ελευθερία, ασφάλεια...» και «...επίπεδο ζωής που εξασφαλίζει υγεία και ευεξία...», αντίστοιχα. Στη συνέχεια, η Διακήρυξη του Ρίο για το Περιβάλλον και την Ανάπτυξη αναφέρει «Οι άνθρωποι βρίσκονται στο επίκεντρο των προβληματισμών για μια αειφόρο ανάπτυξη. Δικαιούνται μια ζωή υγιεινή και παραγωγική στην αρμονία με τη φύση» «...ανώτερης ποιότητας ζωής για όλους τους ανθρώπους».

Ακολούθως, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εντάσσει και συσχετίζει την έννοια της ποιότητας ζωής με την υγεία, με το Σύνταγμα του ΠΟΥ το 1946 με βάση το οποίο η υγεία ορίζεται ως φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο με την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας (Νάκου Σ., 2001). Έπειτα, το 1984, το Ευρωπαϊκό Γραφείο του ΠΟΥ υλοποίησε μια εκστρατεία με κεντρικό άξονα την «Υγεία για Όλους», η οποία βασίστηκε σε τέσσερις πυλώνες, οι οποίοι με τη σειρά τους ανάγονται μέσω των εξής σκοπών: την προσθήκη χρόνων στη ζωή, την ισότητα στην υγεία, την ενσωμάτωση υγείας στα έτη ζωής και την προσθήκη «ζωής» στα έτη επιβίωσης (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1985). Στην τροποποίηση της ανωτέρω δήλωσης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, αναφορικά με τους στόχους της εκστρατείας «Υγεία για Όλους» που έλαβε χώρα το 1991, έγινε ιδιαίτερη μνεία στον όρο της ποιότητας ζωής, με την εξής αναφορά «όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό υγείας, για να μπορέσουν να ζήσουν ζωές που τους ικανοποιούν κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά...». Ενώ, τέλος, η δήλωση δίνει επιπλέον έμφαση στη σημασία της παιδικής ηλικίας «...η υγεία για όλα τα παιδιά και τα νεαρά άτομα πρέπει να βελτιωθεί, δίνοντάς τους την ευκαιρία να αναπτυχθούν και να αποκτήσουν πλήρως τις φυσικές νοητικές και κοινωνικές τους δυνατότητες...». Με αυτόν τον τρόπο, πραγματοποιείται συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου υγείας που έχει ένα άτομο στην παιδική ηλικία, με την ευεξία και την ευημερία που αυτό θα απολαμβάνει στην ενήλική του ζωή (Νάκου Σ., 2001).

Εν συνεχεία, η ποιότητα ζωής αναγνωρίστηκε και διαδόθηκε περισσότερο ως όρος τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες, ενώ επιπλέον, έχει γνωρίσει μεγάλη απήχηση σε πολυάριθμα επιστημονικά πεδία. Συγκεκριμένα, οι βιοϊατρικές και οι κοινωνικές επιστήμες εστιάζουν το ενδιαφέρον τους για την αποτίμηση της ποιότητας ζωής στον ορισμό, στα αίτια και στην πρακτική αξία των δεικτών της. Αντίστοιχα, οι οικονομικές και οι πολιτικές επιστήμες τείνουν να μετρούν την ποιότητα ζωής προκειμένου να μπορούν να ανταποκριθούν στον σχεδιασμό και στην αξιολόγηση των παρεμβάσεων οι οποίες σχετίζονται με την οικονομία και το περιβάλλον, ενώ η

αποτίμηση της ποιότητας ζωής είναι απαραίτητη και στους κλάδους της κοινωνικής πολιτικής για την υλοποίηση των σχεδιασμών και των εφαρμογών των διαφόρων πολιτικών υγείας (Νάκου Σ., 2001).

1.1.1 Ποιότητα Ζωής στην Υγεία

Όπως διασαφηνίστηκε στην προηγούμενη ενότητα, η ποιότητα ζωής αποτελεί μία έννοια με ιδιαίτερα σύνθετη και πολυδιάστατη υπόσταση. Ειδικότερα, μια σημαντική διάκριση που μπορεί να γίνει στις βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής είναι η αντικειμενικότητα και η υποκειμενικότητα του χαρακτήρα της· όπου η πρώτη, βασίζεται στις εκ των πραγμάτων αναγνωρισμένες ανάγκες που έχει ένα άτομο, ενώ η δεύτερη, στις επιθυμίες που το άτομο εκφράζει.

Πέραν από την ύπαρξη των συνηθισμένων κοινωνικοοικονομικών δεικτών που απαντώνται στη μέτρηση της ποιότητας ζωής, για τα ζητήματα που αφορούν στην υγεία κρίθηκε σκόπιμο να βρεθούν ειδικοί δείκτες και εργαλεία, τα οποία να λαμβάνουν υπόψιν όλες τις αναγκαίες παραμέτρους προκειμένου να διευκολύνεται η εξαγωγή καθολικών συμπερασμάτων. Επιπλέον, λόγω της ιδιάζουσας και πολύπλευρης φύσης του ευρύτερου τομέα της υγείας, είναι απαραίτητο να λαμβάνονται υπόψιν αντικειμενικά κριτήρια, που μπορεί, παραδείγματος χάρη, να προκύπτουν από ιατρικά πορίσματα και εξετάσεις ή από τη διάγνωση και την κρίση των ιατρών, καθώς, επίσης, είναι ουσιαστικό και αναγκαίο να αναγνωρίζεται η αντίληψη που οι ίδιοι οι ερωτώμενοι ασθενείς έχουν ως προς την κατάσταση της υγείας τους. Ιδίως, διότι αποτελεί συχνό φαινόμενο να εντοπίζονται διαφοροποιήσεις μεταξύ της γνώμης των ιατρών και των ίδιων των ασθενών ή των αναπήρων ατόμων.

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής αναφορικά με παράγοντες υγείας εφαρμόζεται με σκοπό να εντοπιστούν και να αποτιμηθούν οι υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού, καθώς και οι επιπτώσεις από την εφαρμογή των μέτρων πολιτικής της υγείας. Επίσης, βοηθά στην κατανόηση και στην παρακολούθηση των ιατρικών παθήσεων, των χρόνιων νοσημάτων και των αναπηριών, στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και των ανεπιθύμητων συνεπειών ή παρενεργειών, στον εντοπισμό της βέλτιστης θεραπευτικής προσέγγισης, καθώς και στην αποδοχή και στον τρόπο ανταπόκρισής τους από τον εκάστοτε ασθενή.

Μέσα από τον εντοπισμό και την αποτίμηση των παραγόντων που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής στην υγεία σημειώθηκε πρόοδος σε σημαντικές πτυχές που άπτονται της ιατρικής, των κοινωνικών και των ανθρωπιστικών επιστημών. Στα

σημαντικά επιτεύγματα που έλαβαν χώρα, ανήκουν η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών και η πρόοδος της ιατρικής, τόσο όσον αφορά τις νέες γνώσεις, όσο και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που προστέθηκαν. Με τη σειρά τους αυτά οδήγησαν στη μείωση της βρεφικής και της παιδικής θνησιμότητας και στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης για τα άτομα με αναπηρίες και με χρόνια προβλήματα υγείας. Ως εκ τούτου, σημειώθηκε μια σημαντική καμπή στα εργαλεία αποτίμησης της υγείας και της ποιότητας ζωής, τα οποία πλέον άρχισαν να εστιάζουν όχι μόνο στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα θα αυξήσουν τα προβλεπόμενα έτη επιβίωσής τους, αλλά κυρίως και στον τρόπο με τον οποίο θα βελτιώσουν την ποιότητα και τις συνθήκες διαβίωσής τους (Νάκου Σ., 2001).

Στα αρχικά στάδια μέτρησης της ποιότητας ζωής από τον κλάδο της Ιατρικής, οι μελετώμενοι δείκτες υγείας είχαν ως επί το πλείστον αρνητικό πρόσημο και χροιά. Ιδιαίτερα, οι παράμετροι που αποτιμούνταν ήταν κυρίως η θνησιμότητα, η νοσηρότητα, η αναπηρία, οι χειρουργικές επεμβάσεις, οι ημέρες νοσηλείας, το κόστος νοσηλείας, κ.ά. Από την άλλη πλευρά, οι υπάρχοντες «θετικοί» δείκτες όπως η επιβίωση και τα προσδοκώμενα έτη ζωής, δεν εξέφραζαν την ποιότητα του χρόνου ζωής, παρά μόνο τη διάρκειά της. Για το λόγο αυτό, κατέστη αναγκαίο να ερευνηθούν νέες διαστάσεις υγείας, οι οποίες πλέον σχετίζονταν με τη γενική κατάσταση υγείας και τη λειτουργικότητα.

Κατά την εφαρμογή της μέτρησης της ποιότητας ζωής στον κλάδο της Κλινικής Ιατρικής, κεντρικός σκοπός ήταν η διερεύνηση της επίδρασης που τα διάφορα νοσήματα παρουσιάζουν ως προς την ποιότητα ζωής των ασθενών και η εύρεση των διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Επιπλέον, μέσα από τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, δόθηκε έμφαση και απαντήσεις αναφορικά με τη συμπτωματολογία για καθένα εξεταζόμενο νόσημα, καθώς και για την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών στην πάθησή τους. Αξιοπρόσεκτο ωστόσο είναι ότι οι ασθενείς και οι ιατροί διατύπωναν διαφορετικές γνώμες ως προς την ποιότητα ζωής που αποφέρει μία ασθένεια. Παρόλα αυτά, όμως, παρατηρήθηκε ότι οι νέες πληροφορίες που έφερνε στο φως καθεμία από τις δύο πλευρές ήταν εξίσου έγκυρες και αξιόπιστες (Νάκου Σ., 2001).

1.1.2 Ποιότητα Ζωής και Αναπηρία

Αναφερόμενοι στη μέτρηση της ποιότητας ζωής στον ευρύ επιστημονικό χώρο της υγείας, κρίνεται αναγκαίο να γίνει περαιτέρω ανάλυση, εμβάθυνση και εξειδίκευση του όρου στην έννοια της αναπηρίας. Ειδικότερα, όπως είναι γνωστό, τα ανάπηρα άτομα τείνουν να αντιμετωπίζουν σημαντικά κοινωνικά προβλήματα και περιορισμούς τα οποία απορρέουν τόσο από τη φυσική – σωματική τους κατάσταση, όσο και από τον ρόλο και τη θέση που η κοινωνία τους έχει αποδώσει και τους έχει καταστήσει να βρίσκονται (Νάκου Σ., 2001).

Αρχικά, είναι γνωστό ότι η ποιότητα ζωής είναι υποκειμενική και επηρεάζεται τόσο από εγγενείς, όσο και από εξωγενείς παράγοντες. Ως εκ τούτου, προκειμένου να μπορεί να κατανοηθεί και να βελτιστοποιηθεί ως έννοια, είναι σημαντικό να έχουν προσδιοριστεί προηγουμένως οι παράγοντες από τους οποίους καθορίζεται. Μερικοί από αυτούς είναι το άγχος και η κατάθλιψη, η αυτό-αποτελεσματικότητα και η σωματική δραστηριότητα.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες, δηλαδή το άγχος και η κατάθλιψη, επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής σύμφωνα και με μελέτες που έγιναν σε Κορεάτες και Κινέζους ασθενείς, παρά το γεγονός ότι δεν έχει αποδειχθεί με ακρίβεια η επίδραση που αυτές οι παράμετροι ασκούν στην ποιότητα ζωής, όταν εμφανίζονται συνδυαστικά και συνυπάρχουν σε ένα άτομο. Αντίθετα, οι ασθενείς εκείνοι οι οποίοι έχουν τη δυνατότητα να ικανοποιήσουν τις προσωπικές τους ανάγκες και αντιμετωπίζουν λιγότερα κοινωνικά εμπόδια, εμφανίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής, με λιγότερο άγχος και κατάθλιψη, και κατά συνέπεια, βιώνουν μεγαλύτερη ψυχική ευεξία. Αυτό επιρρωνύεται και από προηγούμενες αναφορές οι οποίες απέδειξαν ότι τα άτομα τα οποία βιώνουν περισσότερο χρόνιο πόνο, εκδηλώνουν παράλληλα και εντονότερη καταθλιπτική διάθεση, κόπωση, άγχος και ελλιπή αυτό-αποτελεσματικότητα (Rajati, F., Ashtarian, H., Salari, N., Ghanbari, M., Naghibifar, Z., & Hosseini, S. Y., 2018).

Όταν η μέτρηση της ποιότητας ζωής συσχετίζεται με τις πρακτικές της Κλινικής Ιατρικής, και κατ' επέκταση με διάφορες μορφές ασθενειών και αναπηρίας, συντελεί στην αντίληψη και στη διάγνωση της έκτασης αλλά και της βαρύτητας της αναπηρίας που έχει ένα άτομο· όπως επίσης, και στην παρακολούθηση της πορείας και της εξέλιξης της καθεμίας περίπτωσης. Επιπρόσθετα, η αποτίμηση της ποιότητας ζωής στα άτομα με αναπηρίες συμβάλει στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και των ανεπιθύμητων ενεργειών των διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων και στον εντοπισμό των ατομικών ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που ενδεχομένως παρεμποδίζουν τη θεραπευτική ανταπόκριση.

Η ποιότητα ζωής που παρουσιάζουν τα άτομα με αναπηρία τείνει να επιβαρύνεται επιπρόσθετα από ποικίλους παράγοντες, σε σύγκριση με την ποιότητα ζωής που καταγράφεται στα περισσότερα υγιή άτομα. Ειδικότερα, οι περιορισμοί που υφίστανται τα

άτομα με αναπηρία, σε προσωπικό, σωματικό και κοινωνικό επίπεδο, τείνουν να είναι πολυάριθμοι, ενώ συσχετίζονται σημαντικά με χαμηλότερο επίπεδο ευημερίας για τα ανάπηρα άτομα και κατά συνέπεια, σχετικά κακή ποιότητα ζωής. Επιπλέον ο βαθμός της ποιότητας ζωής που παρουσιάζουν τα ανάπηρα άτομα, επηρεάζεται από την κατάσταση της σωματικής υγείας των ατόμων, και ακόμη, από τα χαρακτηριστικά της ψυχολογικής και κοινωνικής ευημερίας, καθώς και από τις πεποιθήσεις των ατόμων.

Σε υγειονομικούς κλάδους, όπως αυτός της Κλινικής Παιδιατρικής, είναι πολύ συχνό να συμπεριλαμβάνεται στις γενικές εξετάσεις των παιδιών και η μέτρηση της ποιότητας ζωής τους. Ειδικότερα, αποτελεί σημαντικό γεγονός η μέτρηση της ποιότητας ζωής σε παιδιά και εφήβους οι οποίοι πάσχουν από χρόνια νοσήματα, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, το άσθμα και η επιληψία. Οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους αποτιμάται η ποιότητα ζωής είναι προκειμένου να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα των συγκεκριμένων παρεμβάσεων που εφαρμόζονται, για να συγκριθούν οι θεραπευτικές μέθοδοι που ακολουθούνται και για να καθίσταται εφικτή η παρακολούθηση της πορείας των ασθενειών. Επιπλέον, έχει ιδιαίτερα βοηθητικό ρόλο στον εντοπισμό των παιδιών και γενικά των ατόμων που αντιμετωπίζουν δυσκολίες ως προς την προσαρμογή τους στις αναπηρίες και στις ασθένειές τους, και ως εκ τούτου, χρήζουν ειδικής υποστήριξης, ενώ σε αυτή την περίπτωση, έχει καθοριστική σημασία και η ποιότητα ζωής των γονιών ή του στενού περιβάλλοντος των ατόμων. Τέλος, η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ατόμων έχει πολύ σημαντικό ρόλο και στη διερεύνηση των αναγκών υγείας των μελετώμενων ατόμων (Νάκου Σ., 2001).

Ενότητα 2:

1.2 Αναπηρία

Στην προηγούμενη υποενότητα αναπτύχθηκε το ζήτημα της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία. Στην παρακάτω ενότητα θα αποδοθεί εκτενέστερα η έννοια της αναπηρίας και οι κατηγορίες στις οποίες αυτή διαχωρίζεται.

Με την ευρεία έννοια της αναπηρίας περιγράφεται μια κατάσταση μειωμένης λειτουργικότητας, η οποία σχετίζεται και εμφανίζεται με τη μορφή ασθένειας, διαταραχής, τραυματισμού ή άλλων ζητημάτων υγείας, τα οποία βιώνονται από το ανάπηρο άτομο ως βλάβη, περιορισμό στην ικανότητά του να πραγματοποιεί βασικές ανθρώπινες λειτουργίες και δραστηριότητες ή περιορισμό στη δυνατότητά του να συμμετέχει σε συνηθισμένες δραστηριότητες (Leonardi M., Bickenbach J., Ustun B. T., Kostanjsek N., Chatterji S., 2006).

Πιο αναλυτικά, με την έννοια της βλάβης περιγράφονται οι σωματικές διαφοροποιήσεις που εντοπίζονται στη δομή ή στη λειτουργία του οργανισμού ενός

ανάπηρου ατόμου. Χαρακτηριστικά παραδείγματα βλάβης αποτελούν τα προβλήματα στη δομή του εγκεφάλου, τα οποία με τη σειρά τους μπορούν να οδηγήσουν σε δυσκολία στις νοητικές λειτουργίες· καθώς και τα προβλήματα στη δομή των ματιών ή των αυτιών τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε δυσκολία στις λειτουργίες της όρασης και της ακοής, αντίστοιχα.

Οι βλάβες διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Στις δομικές και στις λειτουργικές. Οι δομικές βλάβες αποτελούν σημαντικά προβλήματα τα οποία σχετίζονται με εσωτερικά ή εξωτερικά μέρη του σώματος. Παραδείγματα αυτών περιλαμβάνουν έναν τύπο νευρικής βλάβης που μπορεί να οδηγήσει σε σκλήρυνση κατά πλάκας ή σε πλήρη απώλεια ενός μέρους του σώματος, όπως ένα άκρο το οποίο έχει ακρωτηριαστεί.

Από την άλλη πλευρά, οι λειτουργικές βλάβες περιλαμβάνουν την πλήρη ή τη μερική απώλεια της λειτουργικότητας ενός μέρους του σώματος. Οι λειτουργικές βλάβες μπορεί να σχετίζονται με πόνο που δεν υποχωρεί ή αρθρώσεις που δεν κινούνται πλέον εύκολα (Centers for Disease Control and Prevention, 2020). Η κατανόηση της αναπηρίας τόσο από την άποψη παραγόντων υγείας καθώς και από την άποψη διαφόρων άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων, επιτρέπει και διευκολύνει την εξέταση των δυνατών παρεμβάσεων υγείας, οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν με σκοπό τη βελτίωση της λειτουργίας, καθώς και παρεμβάσεις οι οποίες στοχεύουν στην αλλαγή του περιβάλλοντος και στη βελτίωση της συμμετοχής των ατόμων με αναπηρίες (Leonardi M., et. al., 2006).

Η αναπηρία διακρίνεται σε ορισμένες κατηγορίες, ανάλογα με το είδος της βλάβης που έχει κάποιος, οι οποίες κατανέμονται ως εξής: Κινητική ή Σωματική αναπηρία, στην οποία ανήκουν η εγκεφαλική παράλυση, η τετραπληγία και η παραπληγία. Αισθητηριακή αναπηρία, η οποία αφορά σε βλάβες της όρασης ή της ακοής. Νοητική υστέρηση, στην οποία συγκαταλέγονται ο αυτισμός, το σύνδρομο Down και άλλες νοητικές διαταραχές. Ψυχικές Διαταραχές, όπως είναι η μανιοκατάθλιψη και η σχιζοφρένεια. Διαταραχές του Λόγου και της Ομιλίας, καθώς και άλλες, όπως είναι οι Βαριές και οι Πολλαπλές αναπηρίες (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, 2017)¹.

Η κατάσταση της αναπηρίας ενδέχεται να οφείλεται σε ποικίλους παράγοντες οι οποίοι μπορεί να σχετίζονται με διαταραχές ή καταστάσεις που υπάρχουν κατά τη

¹ Παρά τις πολυάριθμες διακρίσεις της αναπηρίας, για τους σκοπούς της παρούσας ερευνητικής εργασίας θα γίνει εκτενέστερη αναφορά μόνο στις δύο πρώτες, τη σωματική και την αισθητηριακή.

γέννηση ενός ατόμου και μπορεί να εκδηλωθούν και να επηρεάσουν λειτουργίες στη μετέπειτα πορεία της ζωής του. Αυτού του είδους οι διαταραχές μπορεί να οφείλονται σε μεμονωμένα γονίδια, (για παράδειγμα, η μυϊκή δυστροφία Duchenne), σε διαταραχές των χρωμοσωμάτων (όπως το σύνδρομο Down), καθώς και σε καταστάσεις, όπως η έκθεση της μητέρας, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σε λοιμώξεις, (παραδείγματος χάρη στην ερυθρά) ή σε ουσίες, (όπως το αλκοόλ και τα τσιγάρα). Από την άλλη πλευρά, στις λειτουργίες οι οποίες μπορεί να επηρεαστούν ανήκουν η γνωστική λειτουργία, (η οποία αποτελείται από τη μνήμη, τη μάθηση και την κατανόηση), η κινητικότητα, (η οποία αναφέρεται στη δυνατότητα μετακίνησης στο περιβάλλον), η όραση, η ακοή και η συμπεριφορά.

Επιπλέον, η αναπηρία μπορεί να συνδέεται με αναπτυξιακές καταστάσεις που γίνονται εμφανείς κατά την παιδική ηλικία, (όπως είναι για παράδειγμα, η διαταραχή του αυτιστικού φάσματος και η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, η οποία είναι γνωστή ως ΔΕΠΥ). Ακόμη, μπορεί να σχετίζεται με τραυματισμό, (όπως η τραυματική εγκεφαλική βλάβη ή ο τραυματισμός του νωτιαίου μυελού), με μακροχρόνια πάθηση, (όπως ο διαβήτης, ο οποίος με τη σειρά του μπορεί να προκαλέσει αναπηρία όπως απώλεια όρασης, νευρική βλάβη ή απώλεια άκρων). Τέλος, η αναπηρία ενός ατόμου μπορεί να είναι προοδευτική, (όπως στην περίπτωση της μυϊκής δυστροφίας), στατική (για παράδειγμα, απώλεια άκρου) ή διαλείπουσα (όπως δηλαδή ορισμένες μορφές σκλήρυνσης κατά πλάκας) (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Ένας σημαντικός διαχωρισμός που συναντάται γύρω από την έννοια της αναπηρίας είναι αυτός που αφορά στο ιατρικό και στο κοινωνικό μοντέλο. Το πρώτο εστιάζει στην προσέγγιση της αναπηρίας λαμβάνοντας υπόψιν τις παθολογικές καταστάσεις του σώματος και του νου, καθώς και τους περιορισμούς που τα ανάπηρα άτομα υφίστανται εξαιτίας της σωματικής δυσλειτουργικής τους κατάστασης.

Από την άλλη πλευρά, το κοινωνικό μοντέλο αναφέρεται στα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της αναπηρίας τα οποία απορρέουν από την αλληλεπίδραση του ανάπηρου ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον. Με άλλα λόγια, αναφέρεται στον αποκλεισμό που υφίστανται τα άτομα με συγκεκριμένα σωματικά και ψυχικά χαρακτηριστικά ή βλάβες, από διάφορους τομείς της κοινωνικής τους ζωής. Παραδείγματος χάρη, είναι πολλές οι φορές όπου τα ανάπηρα άτομα βιώνουν περιορισμό στις δυνατότητες και στις δραστηριότητές τους καθώς είτε πρακτικά, είτε λόγω προκαταλήψεων και στερεοτύπων, η κοινωνία τα αποκλείει από αυτές. Το

γεγονός αυτό οδηγεί σε ακόμη μεγαλύτερη περιθωριοποίηση και διαχωρισμό των αναπήρων ατόμων, σε σχέση με αυτόν που θα υφίσταντο εάν το πρόβλημα περιοριζόταν σε σωματικά αίτια. Ως εκ τούτου, γίνεται αντιληπτό ότι πολλές φορές η κοινωνία είναι υπαίτια για την «αναπηρία» και την «ανικανότητα» των ατόμων με βλάβες, παρά το ίδιο το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν (Wasserman D. & Sean A., 2011).

1.2.1 Σωματική Αναπηρία

Ως σωματική αναπηρία περιγράφονται οι καταστάσεις που βιώνει κάποιος και οφείλονται σε σωματικά αίτια, καθώς και οι καταστάσεις που έχουν αντίκτυπο στην ικανότητα εκτέλεσης σωματικών δραστηριοτήτων, όπως παραδείγματος χάρη, η κινητικότητα (National Disability Services, 2022). Η σωματική αναπηρία χαρακτηρίζεται από κάποιο βαθμό απώλειας της κινητικής λειτουργίας, από περιορισμό των κινήσεων ή και από περιορισμό των δραστηριοτήτων του ατόμου. Η αδυναμία αυτή προκύπτει εξαιτίας δυσμορφιών που μπορεί να παρουσιάζει το άτομο, όπως παραμορφωμένα άκρα από παράλυση του σώματος, ή παραμόρφωση που προκαλείται από βλάβη στη δομή ή στη λειτουργία των μερών του σώματος (Rajati, F., et. al., 2018).

Ως επί το πλείστον, η σωματική αναπηρία αναφέρεται σε βλάβες του νευρομυοσκελετικού συστήματος, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η παραπληγία, η τετραπληγία, η μυϊκή δυστροφία, η νόσος του κινητικού νευρώνα, οι νευρομυϊκές διαταραχές, η εγκεφαλική παράλυση, η απουσία ή οι παραμορφώσεις των άκρων, η δισχιδής ράχη, η αρθρίτιδα, οι διαταραχές της πλάτης, η αταξία², ο σχηματισμός ή ο εκφυλισμός των οστών και η σκολίωση (National Disability Services, 2022).

Τα σωματικά ανάπηρα άτομα συχνά δεν έχουν την ικανότητα να ανταποκριθούν στους συνήθεις κοινωνικούς ρόλους και η καθημερινή τους ζωή επηρεάζεται ή ακόμα και δυσχεραίνεται από κοινωνικά εμπόδια. Οι αναπηρίες τις οποίες υφίστανται αποτελούν σημαντική επιβάρυνση γι' αυτούς, τόσο εξαιτίας της ίδιας της ασθένειας και κατά συνέπεια των περιορισμών που βιώνουν, όσο και των περιορισμών στις

² Αταξία: Η έλλειψη συντονισμού των μυών των άνω και κάτω άκρων κατά τη διάρκεια εκούσιων κινήσεων. Ενδέχεται να επηρεάσει τα δάχτυλα, τα χέρια, τους ώμους, τον κορμό, τα πόδια, την ομιλία, καθώς και την κίνηση των οφθαλμών. Κατά συνέπεια, μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη ισορροπίας, συντονισμού και σε αδυναμία στη βάδιση. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/ataxia>

κοινωνικές δραστηριότητες με τις οποίες ασχολούνται. Εξαιτίας των παραπάνω, το επίπεδο ευημερίας και ευεξίας των σωματικά αναπήρων ατόμων που προέρχονται από αναπτυσσόμενες χώρες, αλλά και η ποιότητα ζωής τους είναι χαμηλότερα σε σύγκριση με εκείνα των υγιών ατόμων (Rajati, F., et. al., 2018).

1.2.2 Αισθητηριακή Αναπηρία

Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού, η αισθητηριακή αναπηρία αποτελεί μία κατηγορία αναπηρίας η οποία συναντάται στον πληθυσμό σε μικρότερο βαθμό, ιδίως εάν ιδωθεί συγκριτικά με την κινητική αναπηρία, η οποία αποτελεί τον πιο συχνό τύπο αναπηρίας (Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού - ΕΙΕΑΔ, 2020). Συγκεκριμένα, η κινητική αναπηρία επηρεάζει 1 στους 7 ενήλικους ανθρώπους, ενώ ως συχνότερη μορφή αναπηρίας μεταξύ των νεαρών ενήλικων ατόμων αποτελούν οι διανοητικές και οι ψυχικές διαταραχές (Centers for Disease Control and Prevention, 2018).

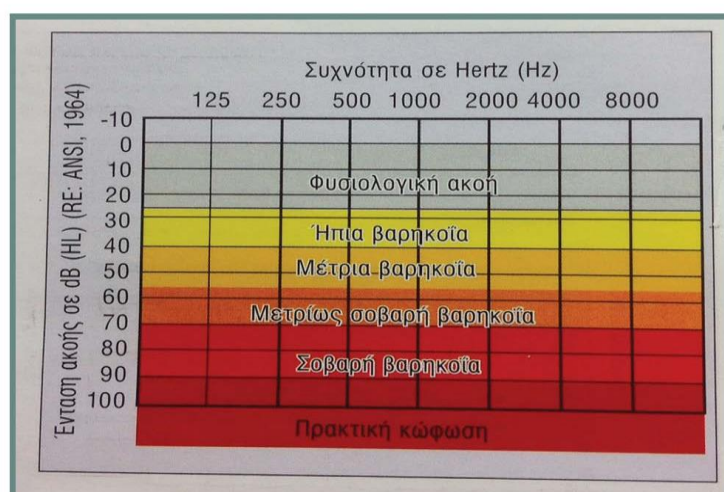
Στην κατηγορία της αισθητηριακής αναπηρίας ανήκουν οι βλάβες της όρασης και της ακοής, καθώς και οι παθήσεις κώφωσης και βαρηκοΐας. Η έκταση της αισθητηριακής αναπηρίας την οποία μπορεί να έχει κάποιος κυμαίνεται από ήπια έως και βαριά (Truscott D. S., Berry A.W. R., Lee K., 2004).

Όσον αφορά την αναπηρία όρασης, η οποία είναι η συχνότερη μεταξύ των αισθητηριακών παθήσεων και βλαβών, πρόκειται για την τύφλωση, καθώς και για βλάβες της όρασης οι οποίες δεν μπορούν να διορθωθούν με τη χρήση γυαλιών ή φακών επαφής και οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν έντονο περιορισμό στην επικοινωνία και στην κινητικότητα, όπως και στην ικανότητα των τυφλών ατόμων να συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες (National Disability Services, 2022).

Επιπλέον, η αισθητηριακή αναπηρία η οποία σχετίζεται με τις οφθαλμικές παθήσεις, μπορεί να προκύπτει από τραυματισμούς οι οποίοι με τη σειρά τους εγείρουν σοβαρά προβλήματα ή ασθένειες όπως είναι η τύφλωση και το οφθαλμικό τραύμα. Τέλος, στις πιο συνηθισμένες βλάβες της όρασης, ανήκουν οι γρατζουνιές στον κερατοειδή ή στον σκληρό χιτώνα του οφθαλμού, οι οφθαλμικές παθήσεις που σχετίζονται με τον διαβήτη, καθώς επίσης η ξηροφθαλμία και η ανάγκη για μόσχευμα κερατοειδούς (Disabled World, 2022).

Εν συνεχεία, η αισθητηριακή αναπηρία η οποία σχετίζεται με ζητήματα ακοής, περιλαμβάνει την απώλεια της ακοής ή αλλιώς την ελάττωση της ακουστικής ικανότητας, βλάβες της ακοής, καθώς και την κώφωση (National Disability Services,

2022). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως πάσχοντες από ελάττωση της ακουστικής ικανότητας, θεωρούνται τα άτομα τα οποία στερούνται της ικανότητας να ακούνε ήχους που ανήκουν σε χαμηλότερες συχνότητες dBHL³ και τις οποίες δύναται να ακούσει ένα άτομο με φυσιολογική ικανότητα ακοής (World Health Organization, 2021). Σε όρους dB, ένα άτομο χωρίς προβλήματα ακοής, μπορεί να ακούσει ήχους από -10 έως 25dB, τους οποίους ένα άτομο με απώλεια ακοής δεν μπορεί να αντιληφθεί. Η απώλεια ακοής υφίσταται όταν ένα άτομο αντιλαμβάνεται ήχους οι οποίοι ξεκινούν από 26dB ή περισσότερο, και με τα δύο αυτιά, και στην περίπτωση αυτή θεωρείται ότι πάσχει από ήπια μορφή απώλεια ακοής ή ήπια βαρηκοΐα. Έπειτα, όπως παρατηρείται από την Εικόνα 1, στις κατηγοριοποιήσεις των προβλημάτων ακοής ανήκουν η μέτρια βαρηκοΐα, η μετρίως σοβαρή βαρηκοΐα, η σοβαρή βαρηκοΐα και κορυφώνεται με τη βαριά ή την πρακτική κώφωση (Resonance Audiology, 2020).



Εικόνα 1- Διαβαθμίσεις Βαρηκοΐας. Ταξινόμηση της βαρηκοΐας με βάση το τονικό ακοόγραμμα⁴

Γενικότερα, για να θεωρηθεί μία κατάσταση η οποία σχετίζεται με απώλεια της ακουστικής ικανότητας ως «αναπηρία», θα πρέπει η βαρηκοΐα να είναι άνω των 35dB στο περισσότερο υγιές αυτί. Η βαρηκοΐα μπορεί να είναι ήπια, μέτρια, σοβαρή ή πλήρης και να επηρεάζει τόσο το ένα, όσο και τα δύο αυτιά, με αποτέλεσμα να οδηγεί σε δυσκολία ακρόασης συζητήσεων ή ακόμη και δυνατών ήχων.

³ dBHL: Decibel Hearing Level <https://resonanceaudiology.com/normal-hearing-really-mean/>

⁴ <https://www.hygeia.gr/eksetastikes-methodoi-tis-akois-akoogramma-tympanogramma/>

Ακολούθως, οι άνθρωποι οι οποίοι έχουν μερική και όχι πλήρη κώφωση, συχνά έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιούν ακουστικά βοηθήματα προκειμένου να ενισχύσουν την ακοή τους (Disabled World, 2022). Τέτοια βοηθήματα ακοής μπορεί να είναι τα κοχλιακά εμφυτεύματα ή άλλες βοηθητικές συσκευές, όπως παραδείγματος χάρη, αυτές που μπορούν να μετατρέψουν τον λόγο και τα ηχητικά ερεθίσματα σε κείμενο, παρέχοντας στο βαρήκοο άτομο τη δυνατότητα να αναγνώσει.

Τέλος, τα κωφά άτομα τα οποία πάσχουν από βαριάς μορφής βαρηκοΐα ή κώφωση συνήθως επικοινωνούν με τον περίγυρο τους με τη χρήση της νοηματικής γλώσσας (World Health Organization, 2021). Η κώφωση ενός ατόμου μπορεί να προκύπτει εκ γενετής ή να προκληθεί μετέπειτα στη διάρκεια της ζωής του, ωθούμενη από βιολογικές αιτίες, όπως για παράδειγμα, από τη μηνιγγίτιδα, η οποία μπορεί να βλάψει το ακουστικό νεύρο ή τον κοχλία. (Disabled World, 2022). Σε κάθε περίπτωση, οι πιθανότητες να αποκτήσει κανείς βαρηκοΐα αυξάνονται από την ηλικία των 60 ετών και προς το γήρας, ενώ ένα ποσοστό της τάξης των 25% και άνω, αυτής της ηλικιακής ομάδας, πάσχει από βαρηκοΐα (World Health Organization, 2021).

Ολοκληρώνοντας την ανάπτυξη της αισθητηριακής αναπηρίας, αξίζει να αναφερθεί μια τρίτη κατηγορία η οποία συνδυάζει ταυτόχρονα τα προβλήματα της όρασης και της ακοής και η οποία αποδίδεται στα αγγλικά με τον όρο «Deafblindness», ενώ στα ελληνικά, συνήθως συναντάται με τους όρους «διπλή αισθητηριακή απώλεια» ή «πολυαισθητηριακή βλάβη». Οι άνθρωποι που πάσχουν συγχρόνως από οπτική και ακουστική αναπηρία αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επικοινωνία, στην πρόσβαση σε πληροφορίες και στη μετακίνησή τους.

Ως επί το πλείστον, τα άτομα που έχουν ταυτοχρόνως οπτικές και ακουστικές βλάβες, τις εμφανίζουν σε ένα μόνο βαθμό και όχι ολικά. Ωστόσο, συνήθως και οι δύο αισθήσεις είναι αρκετά μειωμένες έχοντας ως συνέπεια να προκαλούνται σημαντικές δυσκολίες στην καθημερινή ζωή των ατόμων, ιδίως εφόσον η αδυναμία της μίας δεν δύναται να αντισταθμισθεί από την επικρατέστερη συμπληρωματική αίσθηση (National Health Service, 2018).

1.2.3 Πολλαπλή Αναπηρία

Μέχρι στιγμής έγινε αναφορά σε δύο από τα πιο γνωστά και σημαντικά είδη αναπηρίας, την κινητική αναπηρία και την αισθητηριακή αναπηρία. Είναι ωστόσο ιδιαίτερα σύνηθες ένας άνθρωπος να πάσχει από περισσότερες από μια μορφές. Στις περιπτώσεις αυτές πρόκειται για την πολλαπλή αναπηρία η οποία ωστόσο δεν εμφανίζεται με την ίδια μορφή σε όλους, αλλά μπορεί να εκδηλώνεται με διαφορετικούς συνδυασμούς σε διαφορετικά άτομα.

Η πολλαπλή αναπηρία οφείλεται συνήθως σε ποικίλες αιτίες, οι οποίες μπορεί να σχετίζονται με έλλειψη οξυγόνου ή δυσκολίες κατά τη γέννηση, πρόωρο τοκετό, χρωμοσωμικές ανωμαλίες, γενετικές διαταραχές, λοιμώξεις, ανεπαρκή ανάπτυξη του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού του εμβρύου, καθώς και τραυματισμούς από ατυχήματα. Παρόλα αυτά, ενώ τα παιδιά με πολλαπλές αναπηρίες μπορεί να έχουν σοβαρές σωματικές, γνωστικές και επικοινωνιακές αναπηρίες, η νοημοσύνη αυτών των μαθητών ενδέχεται να συγκαταλέγεται στη μέση, καθώς επίσης και υψηλότερα από το μέσο όρο (Child Advocacy Network of Disability Organizations, 2022).

Ενότητα 3:

1.3 Αναπηρία – Δικαιώματα

1.3.1 Αναπηρία και Κοινωνική Πολιτική

Λαμβάνοντας υπόψιν την κοινώς αποδεκτή αρχή ότι ο βαθμός ευημερίας που βιώνει κάποιος επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα της ζωής του, προκύπτει ο συλλογισμός ότι, κατά συνέπεια, η αναγνώριση και η εκτίμηση των δικαιωμάτων του θα τον οδηγήσει σε ένα μεγαλύτερο επίπεδο ευημερίας, και επομένως και σε καλύτερη ποιότητα ζωής (Rajati, F., et. al., 2018).

Τα άτομα με αναπηρίες αντιμετώπισαν πολλές φορές παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους και κοινωνικό αποκλεισμό, ο οποίος σχετιζόταν με τα ισχνά και ανεπαρκή επιδόματα που λάμβαναν, την ανεργία που βίωναν και την ανεπάρκεια της προνοιακής μέριμνας από την πλευρά των κοινωνικών υπηρεσιών. Ως εκ τούτου, αρκετές φορές χρειάστηκε να καταβάλλουν σημαντικές προσπάθειες και

αγώνες προκειμένου να διεκδικήσουν την ισότιμη ένταξή τους στην κοινωνία (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, 2003).

Χαρακτηριστική είναι η 17^η αρχή του ευρωπαϊκού πυλώνα κοινωνικών δικαιωμάτων, η οποία αναφέρεται και αποσκοπεί στην κατά το δυνατόν μεγαλύτερη κοινωνική ένταξη των αναπήρων ατόμων. Συγκεκριμένα, η αρχή αυτή στοχεύει στο δικαίωμα των ατόμων στην εισοδηματική στήριξη, η οποία διασφαλίζει αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης, στην πρόβλεψη για υπηρεσίες που τους επιτρέπουν να συμμετέχουν στην αγορά εργασίας και στην κοινωνία και σε ένα εργασιακό περιβάλλον προσαρμοσμένο στις ανάγκες τους (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017).

Σύμφωνα με την Καραγιάννη (2017), ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν τα άτομα με αναπηρία είναι ο αποκλεισμός τους από την κοινωνία. Ειδικότερα, αποδίδοντας την κοινωνική αποξένωση και τον αποκλεισμό που βιώνουν τα ανάπηρα άτομα στο ζήτημα της φτώχειας και της μη ένταξης τους σε ένα ισότιμο εργασιακό περιβάλλον, τονίζει ότι οι ανάπηροι αποτελούν την πιο αδικημένη κοινωνικά, και φτωχότερη, ευπαθή ομάδα. Για τον παραπάνω λόγο, επισημαίνει ότι χρήζει άμεσης παρέμβασης η λήψη μέτρων και η θέσπιση προγραμμάτων τα οποία θα αποσκοπούν στην εξάλειψη της φτώχειας και στη βελτίωση των συνθηκών ένταξής τους στην κοινωνία. Μάλιστα, ορμώμενη από αυτό, δίνει έμφαση και συσχετίζει τις έννοιες αναπηρίας – φτώχειας με την εκπαίδευση που λαμβάνουν τα ανάπηρα άτομα (Καραγιάννη Γ., 2017).

Ιδιαίτερα, όπως επισημαίνουν οι C. Barnes, M. Oliver και L. Barton, στο βιβλίο τους «Οι σπουδές για την Αναπηρία σήμερα», ένα ποσοστό των αναπήρων που βρίσκονται σε παραγωγική ηλικία και το οποίο αγγίζει περίπου το ποσοστό των 60%, δεν εργάζεται. Ενώ, επίσης όπως προσθέτουν οι ίδιοι, τα άτομα με αναπηρία αποτελούν τους μισούς από το σύνολο των ατόμων οι οποίοι δεν εργάζονται, και που θα επιθυμούσαν να έχουν κάποια εργασιακή απασχόληση. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με την ίδια έρευνα, το ποσοστό των αναπήρων που βρίσκεται σε παραγωγική ηλικία κυμαίνεται μεταξύ 12 – 16%, ενώ το ποσοστό αυτό τείνει να αυξάνεται. Επίσης, προκύπτει ότι το 3% όσων από αυτούς εργάζονται, αναφέρουν ότι έχουν υποστεί «περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες» και οι μισοί από αυτούς ότι οι βλάβες που υπέστησαν, δεν έχουν αποκατασταθεί σε χρονικό διάστημα 12 μηνών (Barnes C., Oliver M., Barton L., 2002).

Με βάση την παραπάνω διαπίστωση και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, γίνεται αντιληπτό ότι πολλές φορές η αναπηρία, ως ευρύτερη έννοια,

απορρέει μέσα από την αλληλεπίδραση που τα ανάπηρα άτομα έχουν με άλλους προσωπικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως είναι τα μη προσβάσιμα κτίρια και υπηρεσίες, η εξίσου περιορισμένη πρόσβαση στις δημόσιες συγκοινωνίες, καθώς και η ανεπαρκής, ή ακόμα και ελλιπής, κοινωνική υποστήριξη.

Ακόμη, μεταξύ των περιορισμών και των ανισοτήτων που βιώνουν τα ανάπηρα άτομα, προστίθενται η περιορισμένη πρόσβαση στην εκπαίδευση και στις εργασιακές ευκαιρίες, ενώ υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να ζήσουν σε συνθήκες φτώχειας, από ότι αυτοί οι οποίοι δεν έχουν κάποια αναπηρία. Επιπλέον, πολύ συχνά τα άτομα με αναπηρία παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα υγείας, συνοδευόμενα από «χειρότερα» αποτελέσματα εξετάσεων, ενώ, παράλληλα, δεν λαμβάνουν τις υπηρεσίες υγείας που χρειάζονται, είτε λόγω του μεγάλου χρηματικού κόστους που αυτές έχουν, είτε εξαιτίας της έλλειψης εξειδικευμένων γνώσεων και δεξιοτήτων από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2022).

Παρόλα αυτά, μια πιο αποφασιστική λύση στις διακρίσεις και στις ανισότητες που αντιμετώπιζαν και αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία, επεδίωξε να δώσει η Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία, η οποία υπογράφηκε στα Ηνωμένα Έθνη το 2006. Συγκεκριμένα, με την υπογραφή της αναγνωρίστηκε και επίσημα ότι τα άτομα με αναπηρία εξακολουθούν να υφίστανται παραβιάσεις των δικαιωμάτων τους, καθώς και φραγμούς ως προς την ισότιμη συμμετοχή τους στην κοινωνία. Ως εκ τούτου, τέθηκε ως επιτακτική ανάγκη να διασφαλιστεί ότι όλα τα άτομα με αναπηρίες θα πρέπει να απολαμβάνουν ίση ανθρώπινη μεταχείριση, και επομένως, ίσα δικαιώματα με όλους.

Τα προαναφερθέντα δικαιώματα άπτονται ενός ευρέος φάσματος τομέων ζωής, παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει διεθνής συναίνεση σχετικά με το τι συνιστά προσέγγιση των ανθρώπινων δικαιωμάτων από την άποψη της κοινωνικής πολιτικής και των προσφερόμενων υπηρεσιών. Εντούτοις, οι συνθήκες και τα έγγραφα για τα ανθρώπινα δικαιώματα υπογραμμίζουν ρητά ή σιωπηρά το δικαίωμα των ατόμων με αναπηρία να αναμένουν και να λαμβάνουν αποτελεσματικές υπηρεσίες και ανάλογη φροντίδα (Townsend-White C., et. al., 2012).

1.3.2 Νομοθετικό Πλαίσιο περί Αναπηρίας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, από τα μισά του 20ού αιώνα κι έπειτα, λήφθηκαν κάποιες νομοθετικές πρωτοβουλίες για αναγνώριση και διεκδίκηση των δικαιωμάτων των αναπήρων ατόμων. Συγκεκριμένα, ο πρώτος νόμος που αποσκοπούσε στην

προάσπιση ατόμων με αναπηρίες, εκδόθηκε το 1951 (Ν. 904/1951) και στόχευε στην προστασία των τυφλών ατόμων και στη διασφάλιση της απρόσκοπτης εκπαίδευσής τους.

Έπειτα, μερικές δεκαετίες αργότερα, το 1981, με τον Ν. 1143/1981, προβλέφθηκαν διατάξεις για την ειδική αγωγή, οι οποίες στόχευαν στην καλλιέργεια και στην ανάπτυξη όλων των δυνατοτήτων των παιδιών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, στη σχολική τους ενσωμάτωση στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό, καθώς και στη δημιουργία προϋποθέσεων για την αναγνώριση και την ενσωμάτωση των αναπήρων ατόμων στο κοινωνικό σύνολο και στην παραγωγική διαδικασία.

Αργότερα, με τον Ν. 1566/1985, καθορίστηκε και αποδόθηκε με σαφήνεια η έννοια της αναπηρίας, ορίζοντας ως ανάπηρα άτομα εκείνους οι οποίοι εμφάνιζαν καθυστερήσεις, αναπηρίες ή διαταραχές στη γενικότερη ψυχοσωματική τους κατάσταση ή στις επιμέρους λειτουργίες τους, εξαιτίας οργανικών, ψυχικών ή κοινωνικών αιτιών, έχοντας ως συνέπεια για τους ίδιους να δυσχεραίνεται ή να παρεμποδίζεται σημαντικά η παρακολούθηση γενικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης, η δυνατότητα ένταξής τους στην παραγωγική διαδικασία και η εν γένει αποδοχή τους από το κοινωνικό σύνολο.

Κατά το άρ. 17 του Ν. 2646/1998, τα ειδικά προγράμματα για τις διάφορες ομάδες των ατόμων με ειδικές ανάγκες στόχευαν στην εξασφάλιση της δυνατότητας για ισότιμη συμμετοχή στην κοινωνική ζωή, στην παραγωγική διαδικασία, στην επαγγελματική απασχόληση, είτε στην ελεύθερη αγορά εργασίας, είτε σε εναλλακτικές μορφές απασχόλησης και στη δημιουργία προϋποθέσεων για αυτόνομη ή ημιαυτόνομη διαβίωση.

Έπειτα, με το Ν. 2817/2000 διευρύνθηκε η έννοια της ειδικής εκπαιδευτικής ανάγκης. Έκτοτε, άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες θεωρούνται τα άτομα με σημαντικές δυσκολίες μάθησης και προσαρμογής εξαιτίας σωματικών, διανοητικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών και κοινωνικών ιδιαιτεροτήτων. Πιο αναλυτικά, στα άτομα αυτά περιλαμβάνονται όσοι έχουν νοητική ανεπάρκεια ή ανωριμότητα, ιδιαίτερα σοβαρά προβλήματα όρασης (τυφλοί, αμβλύωπες) ή ακοής (κωφοί, βαρήκοοι), σοβαρές νευρολογικές ή ορθοπεδικές βλάβες, διαταραχές λόγου και ομιλίας, δυσκολίες στη μάθηση, όπως δυσλεξία, δυσαριθμησία, δυσαναγνωσία, σύνθετες γνωστικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δυσκολίες, καθώς και όσοι παρουσιάζουν αυτισμό και άλλες διαταραχές ανάπτυξης. Επιπλέον, σε αυτήν την κατηγορία συμπεριλήφθηκαν πρόσωπα νηπιακής, παιδικής και εφηβικής ηλικίας που

δεν ανήκουν σε μία από τις προηγούμενες περιπτώσεις, αλλά έχουν ανάγκη από ειδική εκπαιδευτική προσέγγιση και φροντίδα για ορισμένη περίοδο ή για ολόκληρη την περίοδο της σχολικής τους ζωής.

Τέλος, στο Ν. 3304/2005 για την ίση μεταχείριση, μεταξύ άλλων, και της αναπηρίας, ενσωματώθηκαν οι Οδηγίες 2000/43/EK και 2000/78/EK του Συμβουλίου της 27.11.2000 'περί εφαρμογής της αρχής της ίσης μεταχείρισης προσώπων, ασχέτως φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής'. Έτσι, βάσει του νόμου αυτού, απαγορεύθηκαν οι διακρίσεις που σχετίζονται με την απασχόληση, την εργασία, την συμμετοχή σε σωματεία και επαγγελματικές οργανώσεις, την εκπαίδευση, και τις κοινωνικές παροχές (Κανελλοπούλου – Μπότη Μ., 2006).

Ενότητα 4:

1.4 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

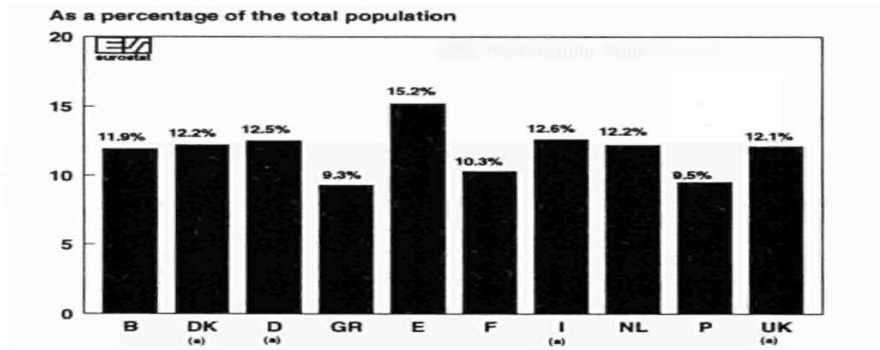
1.4.1 Στατιστικά Στοιχεία

Λαμβάνοντας υπόψιν το Δελτίο Τύπου της ΕΛΣΤΑΤ (2003) αναφορικά με έρευνα που διεξήχθη κατά το Β' τρίμηνο του 2002 και σχετίζεται με τα «Άτομα με Προβλήματα Υγείας ή Αναπηρία», εντοπίζονται ορισμένες σημαντικές μετρήσεις.

Αρχικά, μέσα από την έρευνα που διεξήχθη διαπιστώθηκε ότι το 18,2% του πληθυσμού της Ελλάδας αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υγείας ή κάποια αναπηρία, ενώ από το ποσοστό αυτό, περισσότερα από τα μισά άτομα βρίσκονται σε ηλικίες άνω των 65 ετών (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, 2003). Από την άλλη πλευρά, σε αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τη Eurostat επτά έτη νωρίτερα, δηλαδή το 1995, παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των ατόμων με αναπηρία στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σε σύγκριση με το ποσοστό του γενικού πληθυσμού, ανέρχεται στο 12%. Επιπρόσθετα, οι τότε διαφορές που εντοπίστηκαν μεταξύ των κρατών - μελών κυμαίνονταν από το ποσοστό του 9,3% στην Ελλάδα έως και στο ποσοστό 15,2% στην Ισπανία. Επίσης, το ίδιο ποσοστό των κρατών - μελών⁵ της Ευρώπης βρισκόταν, κατά μέσο όρο, περίπου στο 12%.

⁵ Όσον αφορά τη συγκεκριμένη έρευνα της Eurostat η οποία διεξήχθη το 1995, στα κράτη-μέλη τα οποία διερευνώνται, συμπεριλαμβάνονται τα πρώτα 12, τα οποία είχαν εισχωρήσει στην ΕΕ μέχρι και το 1986 και τα οποία αφορούν το Βέλγιο, τη Δανία, τη Γερμανία, την Ελλάδα, την Ισπανία, τη Γαλλία, την Ιταλία, τις Κάτω Χώρες, την Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο.
http://www.ba.teiwest.gr/Nea%20Mathimata/thesmoi/kratoi_melh.pdf

Figure 1: Estimate of the population of persons with a disability



Source: Estimates based on data taken from national surveys: D, E, F, NL and UK. The other estimates are based on social security data. (a): 1991.

Εικόνα 2 – Εκτίμηση του πληθυσμού των ατόμων με Αναπηρία, 1991⁶

Ακόμη, σύμφωνα με την ίδια έρευνα, μεταξύ των ατόμων που έχουν κάποιο είδος αναπηρίας, παρατηρείται πως η αναλογία των γυναικών είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη αναλογία των ανδρών, γεγονός που σύμφωνα με τη Eurostat αποδίδεται σε ένα βαθμό στο μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών (Eurostat, 1995).

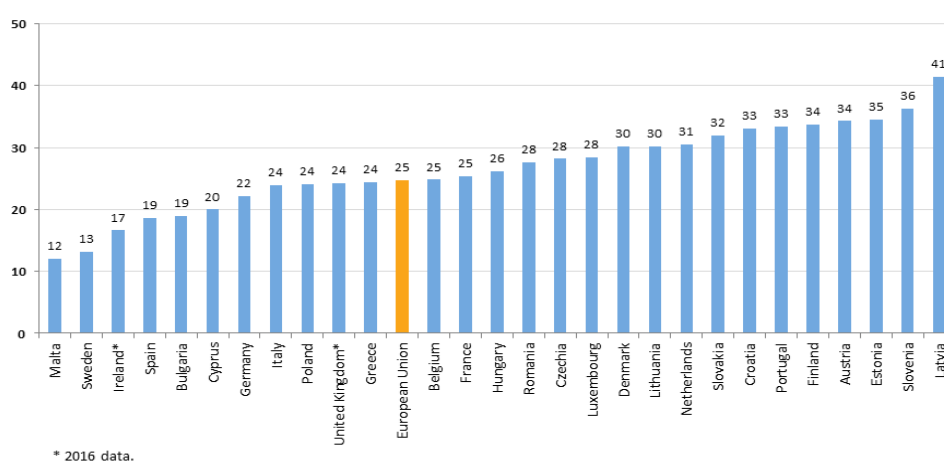
Γενικότερα, μελετώντας τους αριθμούς των ατόμων με αναπηρία, παρατηρείται ότι στην Ελλάδα, λίγα έτη νωρίτερα, το 1991, τα άτομα που έπασχαν από χρόνια νόσημα ή μόνιμη αναπηρία, έφταναν τα 274.223· σε αυτά όμως τα μεγέθη, συμπεριλαμβάνονται και όλοι όσοι έπασχαν από καρδιοπάθεια, καρκίνο, νεφροπάθεια, ρευματοπάθεια, αρτηριοσκλήρυνση, εγκεφαλοπάθεια. Από αυτούς, τα άτομα που έπασχαν από κινητική ή αισθητηριακή αναπηρία, έλλειψη μέλους ή πνευματική υστέρηση, περιοριζόταν σε 79.846. Επιπλέον, σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα της Στατιστικής Υπηρεσίας των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων για την Ελλάδα, κατά το έτος 1995, τα άτομα με σοβαρή ή μέτρια αναπηρία, αντιστοιχούσαν στο 9.3% του πληθυσμού, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ήταν 12% και μόλις 4% για τους πολίτες οι οποίοι έπασχαν από σοβαρή μορφή αναπηρίας (Κανελλοπούλου – Μπότη Μ., 2006).

Εν συγκρίσει με τα σημερινά δεδομένα της Eurostat (2018) σχετικά με τα ποσοστά αναπηρίας που εντοπίζονται στα κράτη – μέλη της ΕΕ, παρατηρείται πως τα χαμηλότερα ποσοστά της αυτοπροσδιοριζόμενης μακροπρόθεσμης αναπηρίας, απαντώνται στη Μάλτα με 12% και στη Σουηδία με 13%, ενώ τα υψηλότερα στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης,

⁶ Κανελλοπούλου – Μπότη Μ., (2006). Η πρόσβαση στην Πληροφορία για τα Άτομα με Αναπηρία. Ιόνιος Επιθεώρηση του Δικαίου, τεύχος 6. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2006.

και συγκεκριμένα στη Λετονία με ποσοστό 41%, στη Σλοβενία, με ποσοστό 36% και στην Εσθονία με ποσοστό 35% (Eurostat, 2018). Σύμφωνα με στατιστική έρευνα που πραγματοποίησε το Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού το 2020, τα προαναφερθέντα μεγάλα ποσοστά, θα μπορούσαν να αιτιολογηθούν ως απότοκο της συνεχώς αυξανόμενης γήρανσης του πληθυσμού (Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού - ΕΙΕΑΔ, 2020). Επιπλέον, και σε αυτήν την έρευνα, η οποία εκπονήθηκε περίπου δύο δεκαετίες μετά, το ποσοστό των γυναικών που ανέφεραν μακροχρόνια αναπηρία ανερχόταν σε 27% και μόλις σε 22% το ποσοστό των ανδρών.

Population reporting long-standing disabilities, 2017
(% of population aged 16 or over)



ec.europa.eu/eurostat

Εικόνα 3 – Ποσοστό του πληθυσμού των ατόμων με χρόνια αναπηρία, στα Κράτη-Μέλη της ΕΕ, 2018⁷

Η παραπάνω έρευνα έλαβε χώρα μεταξύ ατόμων με αναπηρία που ζουν στα κράτη – μέλη της ΕΕ και έχουν συμπληρώσει τα 16ο έτος της ηλικίας τους. Βασικό γνώρισμα των ατόμων αυτών είναι ότι αντιμετώπιζαν κάποιους μέτριους ή σοβαρούς περιορισμούς ως προς την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους: παραδείγματος χάρι, στη φοίτηση στο σχολείο, στην εργασία, στις οικιακές εργασίες καθώς και στη συμμετοχή σε δραστηριότητες αναψυχής, για μια περίοδο έξι μηνών ή και περισσότερο (Eurostat, 2018).

Αντίστοιχα, μέσα από έρευνα που διεξήχθη το 2015 από τους Kwon HJ, et. al., προκειμένου να διερευνηθούν την ποιότητα ζωής ατόμων με αισθητηριακές αναπηρίες και ηλικία από 60 ετών και άνω, διαπιστώθηκε πως οι ικανότητές τους ως

⁷ Eurostat, (2018). 1 in 4 people in the EU have a long-term disability. Δημοσιεύτηκε 03 Δεκεμβρίου 2018. Ανακτήθηκε 20 Αυγούστου 2022. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20181203-1>

προς την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους ήταν περιορισμένες. Ειδικότερα, το 25,1% των ατόμων με προβλήματα ακοής, το 30,3% των ατόμων με προβλήματα όρασης και το 38,6% των ατόμων με προβλήματα και όρασης και ακοής, αντιμετώπιζαν μέτρια ή πολύ μεγάλη δυσκολία στην πραγματοποίηση των συνηθισμένων τους ασχολιών.

Επιπλέον, στην ίδια έρευνα παρατηρήθηκε ότι σημαντικά ποσοστά της τάξεως του 32,8% για τα άτομα με βλάβες ακοής, του 35,8% για τα άτομα με βλάβες στην όραση και 38,6% για τα άτομα με βλάβες και όρασης και ακοής, δεν έχουν σύζυγο, (Kwon HJ, Kim JS, Kim YJ, Kwon SJ, Yu JN, 2015), γεγονός το οποίο μπορεί να οφείλεται τόσο στον παράγοντα της αισθητηριακής τους αδυναμίας, όσο και στην ηλικία τους (Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού, 2020).

Είναι χαρακτηριστικό ότι σε πολλές έρευνες που εκπονήθηκαν, μεγάλο μέρος του ερωτώμενου πληθυσμού δεν έχει σύζυγο, είτε εξαιτίας του ότι δεν παντρεύτηκαν ή νυμφεύθηκαν ποτέ, είτε για λόγους διαζυγίου ή χηρείας. Ειδικότερα, σε έρευνα των Rajati F., et. al., (2018) αναφορικά με την ποιότητα ζωής κινητικά ανάπηρων ατόμων, παρατηρείται ότι από τα 296 άτομα που ρωτήθηκαν, τα 146, δηλαδή ποσοστό 48,3% δεν έχουν σύζυγο (Rajati, F., et. al., 2018). Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Kuvalekar K., et. al., (2015), η οποία αναφέρεται επίσης σε άτομα με κινητική αναπηρία και στην οποία τα 71 από τα 130 συνολικά άτομα που απάντησαν, ποσοστό 54,6% δεν έχουν σύζυγο (Kuvalekar K., Kamath R., Ashok L., Shetty B., Mayya Shr., Chandrasekaran V., 2015). Ενώ και στην έρευνα των Kwon HJ, et. al., (2015) το 45,2% των ατόμων με ταυτόχρονες βλάβες όρασης και ακοής, το οποίο αντιστοιχεί σε 268 ερωτώμενους, δήλωσαν επίσης ότι είναι ελεύθεροι (Kwon HJ, et. al., 2015).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με την έρευνα που διεξήγαγαν το 2011 οι Λατσού Δ., κ. συν., αναφορικά με την ποιότητα ζωής ενήλικων ατόμων με κινητική αναπηρία στην Ελλάδα, το 21,6% του μελετώμενου δείγματος (σύνολο 120 ατόμων), ανέφερε ότι είναι απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης καθώς και κάτοχοι Μεταπτυχιακού (Λατσού Δ., Πιερράκος Γ., Υφαντόπουλος Ν., Υφαντόπουλος Ι., 2014). Αντίστοιχα, και από την έρευνα των Rajati F., et. al., (2018), βρέθηκε πως το 17,6% των ερωτώμενων είναι απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Rajati, F., et. al., 2018). Σε αντιδιαστολή με τις προαναφερθείσες έρευνες, στην έρευνα των Kuvalekar K., et. al., (2015), η οποία διεξήχθη το 2015 μεταξύ κινητικά αναπήρων ατόμων της περιοχής Udipi Taluk της Ινδίας, παρατηρείται μεγάλη διαφοροποίηση, καθώς μόλις

1 από τους ερωτώμενους των συνολικά 130 ατόμων του δείγματος είναι κάτοχος πτυχίου ανώτατης εκπαίδευσης (προπτυχιακό επίπεδο) (Kuvalekar K., et. al., 2015).

Σύμφωνα με τη Μελέτη «Αναπηρία και Κοινωνικός Αποκλεισμός στην Ευρωπαϊκή Ένωση: ώρα για αλλαγή, εργαλεία για την αλλαγή», η οποία σχετίζεται με την εργασιακή απασχόληση των ατόμων με αναπηρία, παρατηρείται ότι σε ευρωπαϊκό επίπεδο, απασχολείται μόλις το 30,5% του συνόλου του εργατικού δυναμικού με αναπηρία, ενώ τα υπόλοιπα άτομα με αναπηρία είναι είτε άνεργα (20,8%), είτε άεργα (42%) (European Commission DG Employment and Social Affairs, 2002). Αντίστοιχα, και από την έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ το 2002, διαπιστώθηκε ότι το 8,9% των ατόμων με αναπηρίες και προβλήματα υγείας παραμένει άνεργο, ποσοστό το οποίο είναι χαμηλότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού, το οποίο ανέρχεται σε 9,6% (ΕΛΣΤΑΤ, 2003). Επιπροσθέτως, από την προηγούμενη μελέτη διαπιστώνεται ότι το 57% των εργαζόμενων ατόμων με αναπηρία κατατάσσονται στο χαμηλόμισθο προσωπικό, ενώ το 42% των ατόμων με αναπηρία εξαρτάται από τα επιδόματα αναπηρίας (European Commission DG Employment and Social Affairs, 2002).

Αντίστοιχα, από την έρευνα των Λατσού, κ. συν., παρατηρείται ότι και μεταξύ του δείγματος των κινητικά αναπήρων ατόμων που μελετήθηκαν στην Ελλάδα το 2011, μόλις το 30,83%, δηλαδή οι 37 από τους 120, εργάζονται, ως ελεύθεροι επαγγελματίες, ως ιδιωτικοί ή δημόσιοι υπάλληλοι. Από την άλλη πλευρά, το 69,17% αυτών, το οποίο αντιστοιχεί σε 83 από τα 120 άτομα, δεν εργάζεται· ενώ το μέγεθος αυτό, του δείγματος, απαρτίζεται από συνταξιούχους, εισοδηματίες, φοιτητές, απασχολούμενους με τις οικιακές εργασίες, γενικώς ανέργους ή από άτομα τα οποία θεωρούνται ανίκανα – λόγω της αναπηρίας τους – να εργαστούν.

Επιπρόσθετα, από τους 120 ερωτώμενους του δείγματος, οι 56, δηλαδή το 46,7% είναι ασφαλισμένοι στο Ταμείο του ΙΚΑ, ενώ ακολουθούν ο ΟΓΑ και ο ΟΑΕΕ. Επιπλέον, το 44,1% και το 24,6%, τα οποία αθροιστικά ισοδυναμούν με 81 από τα 120 άτομα που ερευνήθηκαν, λαμβάνουν εισόδημα μέχρι 1.000€.

Ένας από τους παράγοντες που ασκούν αξιοσημείωτη επίδραση στην ποιότητα ζωής των ατόμων με αναπηρία, είναι η άθληση. Χαρακτηριστική περίπτωση είναι η έρευνα του Nemček D., (2016), η οποία διεξήχθη μεταξύ ατόμων που έχουν κινητική αναπηρία και ατόμων που έχουν κώφωση, ως προς τη βελτίωση που προσφέρει η άθληση στην ποιότητα της ζωής τους. Ειδικότερα, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα τα οποία αθλούνταν είχαν σημαντικά καλύτερη ποιότητα ζωής από αυτούς οι

οποίοι δεν συμμετείχαν σε αθλητικές δραστηριότητες και ομάδες (Nemček D., 2016). Αντίστοιχα, και από την έρευνα των Shapiro, D. R., & Malone L. A., (2016), στην οποία, από δείγμα 70 αθλητών με κινητική αναπηρία, ηλικίας 8 – 21 ετών, που μελετήθηκαν αναφορικά με την ποιότητα της ζωής τους, επιβεβαιώνεται πως έχουν θετική αντίληψη ως προς το επίπεδο της ποιότητας που βιώνουν, τόσο από σωματική, συναισθηματική και κοινωνική άποψη, όσο και με βάση τις σχολικές τους επιδόσεις (Shapiro D. R. & Malone L. A., 2016).

Όταν εξετάζονται ζητήματα ποιότητας ζωής, πολύ σημαντικές παραμέτρους αποτελούν η αναπηρία και το περιβάλλον στο οποίο διαβιών τα άτομα, καθώς και ο βαθμός της προσβασιμότητας που αυτό τους προσφέρει. Ως εκ τούτου, όταν οι συνθήκες του εξωτερικού περιβάλλοντος δεν ευνοούν, αλλά αντιθέτως επιπροσθέτουν νέους περιορισμούς στη συμμετοχή και στην ενσωμάτωση των ατόμων στην κοινωνία, τα εμπόδια που επιφέρει η βλάβη της αναπηρίας, διογκώνονται. Χαρακτηριστικά παραδείγματα των περιορισμών που το περιβάλλον μπορεί να θέσει είναι όταν ένας άνθρωπος με κώφωση, δεν διαθέτει διερμηνέα νοηματικής γλώσσας, όταν ένας άνθρωπος με τύφλωση, χρησιμοποιεί υπολογιστή ο οποίος δεν έχει εγκατεστημένο λογισμικό για αυτόματη ανάγνωση οθόνης ή όταν ένας άνθρωπος με κινητική αναπηρία, επιθυμεί να εισέλθει σε ένα κτίριο, το οποίο δεν έχει ανελκυστήρα ή κατάλληλα διαμορφωμένο μπάνιο (World Health Organization, 2011).

Εν συνεχεία, λαμβάνοντας υπόψιν τα αποτελέσματα που εξήγαγαν οι παραπάνω ερευνητικές μελέτες έχοντας εφαρμόσει το ερωτηματολόγιο EQ-5D, το οποίο, ως επί το πλείστον, βασίζεται στην υποκειμενική άποψη των ερωτώμενων με αναπηρία, συνάγονται αξιοσημείωτα συμπεράσματα. Στην ερευνητική μελέτη των Λατσού, κ. συν., τα δεδομένα που προέκυψαν μέσα από το ερωτηματολόγιο EQ-5D, διαπίστωσαν ότι τα άτομα με κινητική αναπηρία, τα οποία βρίσκονται σε αναπηρικό αμαξίδιο και διαμένουν στην Ελλάδα, παρουσιάζουν χαμηλή ποιότητα ζωής, ενώ η κατάσταση της υγείας τους επηρεάζεται σημαντικά από κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, καθώς και από τα χαρακτηριστικά της αναπηρίας τους (Λατσού Δ., Πιερράκος Γ., Υφαντόπουλος Ν., Υφαντόπουλος Ι., 2014).

Αντίστοιχα, και από την έρευνα των Kwon HJ, et. al., επιβεβαιώνεται ότι οι αισθητηριακές βλάβες επηρεάζουν εξίσου αρνητικά τη ζωή των ατόμων και ιδίως των ηλικιωμένων, ενώ ταυτόχρονα, παρουσιάζεται αυξητική τάση στον αριθμό των ατόμων τα οποία εμφανίζουν τέτοιου είδους βλάβες, εξαιτίας και της φυσικής

διαδικασίας γήρανσης του πληθυσμού. Ειδικότερα, μέσα από την έρευνα επιβεβαιώνεται ότι το χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής εντοπίζεται σε αυτούς οι οποίοι έχουν διπλή αισθητηριακή βλάβη, δηλαδή βλάβη και στην όραση, και στην ακοή, ενώ συγκριτικά μεταξύ αυτών των δύο, αυτοί οι οποίοι παρουσιάζουν βλάβες στην όραση, σημειώνουν και χαμηλότερη ποιότητα ζωής από ότι αυτοί οι οποίοι έχουν βλάβες στην ακοή (Kwon HJ, et. al., 2015).

Όσον αφορά τη διαπίστωση η οποία σχετίζεται με χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένους, αυτή επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Nanthamongkolchai S., et. al. (2022), σύμφωνα με την οποία οι ηλικιωμένοι κάτοικοι της Ταϊλάνδης, που έχουν σωματικές και κινητικές βλάβες εκδηλώνουν μέτρια επίπεδα ποιότητας ζωής, είτε όσον αφορά στα σωματικά, είτε στα ψυχικά και πνευματικά κριτήρια (Nanthamongkolchai S., Tojeen A., Munsawaengsub Ch., Yodmai K. & Suksatan W., 2022).

Επιπρόσθετα, από την έρευνα των Rajati, F., et. al., (2018). συνάγεται το συμπέρασμα ότι παράμετροι όπως το φύλο, τα αυτοπροσδιοριζόμενα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, η χρησιμοποίηση αναπηρικών βοηθημάτων και η κατάθλιψη, αποτελούν το 20% των αιτιών που προκαλούν μεταβολές στο επίπεδο της ποιότητας ζωής, το οποίο σχετίζεται με τη σωματική υγεία των κινητικά αναπήρων ατόμων. Επιπλέον, παρατηρείται ότι παράγοντες όπως το άγχος, η κατάθλιψη και η δυνατότητα αυτό-εξυπηρέτησης ασκούν ισχυρή επίδραση στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, αφού σημειώνουν αντίκτυπο στο 43% των μεταβολών που γίνονται. Συλλήβδην, η μελέτη αυτή προσδίδει μία νέα οπτική στον επιστημονικό χώρο, αφού για πρώτη φορά διαπιστώνεται η σχέση μεταξύ των ψυχογνοστικών παραγόντων και αυτών οι οποίοι σχετίζονται με νοητικές παραμέτρους της ποιότητας ζωής, στα άτομα με σωματική αναπηρία.

Τέλος, σύμφωνα με τη μελέτη των Kuvalekar K., et. al., (2015), παρατηρείται ότι τα άτομα με σωματικές βλάβες παρουσιάζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής· ωστόσο αυτή αποδίδεται ως επί το πλείστον σε ψυχολογικά, και δευτερευόντως σε σωματικά αίτια. Με άλλα λόγια, η διαπίστωση αυτή οφείλεται στο γεγονός της περιθωριοποίησης και του κοινωνικού αποκλεισμού που βιώνουν τα ανάπηρα άτομα, όπως ακόμη και η δυσκολία στη συμμετοχή σε κοινωνικές ή οικογενειακές συναθροίσεις και όχι τόσο στην εξάρτησή τους από άλλους, ανθρώπους, μιας και η πλειοψηφία όσων απάντησαν μπορούσαν να ζουν αυτόνομα και να πραγματοποιούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες χωρίς πρόσθετη υποστήριξη. Επιπρόσθετα, ένας

επιπλέον παράγοντας που επιδεινώνει την ποιότητα ζωής των σωματικά αναπήρων ατόμων είναι ότι μεγάλο μέρος αυτών εμφανίζουν συννοσηρότητες, όπως είναι η υπέρταση και ο διαβήτης. Τέλος, η έρευνα των Kuvalekar K., et. al., (2015), διαπιστώνει ότι χρήζει ιδιαίτερης προσοχής να υλοποιηθούν προσπάθειες οι οποίες να διευκολύνουν τα ΑμεΑ ώστε να λαμβάνουν μηνιαία οικονομική ενίσχυση, φέρνοντας τους σε επαφή με προγράμματα κοινωνικής προστασίας (Kuvalekar K., et. al., 2015).

Πίνακας 04: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση - Αναπηρία και Ποιότητα Ζωής

Συγγραφέας	Έτος	Πληθυσμός	Ηλικία πληθυσμού	Μελέτη
ΕΛΣΤΑΤ	2003	Ελληνικός	Όλες	Ατομα με Προβλήματα Υγείας ή Αναπηρία
Eurostat	1995	Europe – 12	Γενικά Στατιστικά Δεδομένα	Disabled Persons: Statistical Data
Eurostat	2018	Europe – 28	16≤	1 in 4 people in the EU have a long-term disability
ΕΙΕΑΔ	2020	Ελληνικός	15≤	Κινητικές Αναπηρίες και Κοινωνική Πολιτική στην Ελλάδα: Μια πρώτη προσέγγιση
Kwon HJ, Kim JS, Kim YJ, Kwon SJ, Yu JN	2015	Νοτιο-Κορεατικός	≥60	Sensory Impairment and Health-Related Quality of Life
Rajati, F., Ashtarian, H., Salari, N., Ghanbari, M., Naghibifar, Z., & Hosseini, S. Y.	2018	Ιρανικός	18≤	Quality of life predictors in physically disabled people
Kuvalekar K., Kamath R., Ashok L., Shetty B., Mayya Shr., Chandrasekaran V.	2015	Ινδικός	18≤	Quality of Life among Persons with Physical Disability in Udupi Taluk: A Cross Sectional Study
Λατσού Δ., Πιερράκος Γ., Υφαντόπουλος Ν. & Υφαντόπουλος Ι.	2011	Ελληνικός	18≤	Ποιότητα ζωής ατόμων με κινητικά προβλήματα σε αναπηρικές καρέκλες στην Ελλάδα
Ευρωπαϊκή Επιτροπή σε συνεργασία με 7 Ευρωπαϊκούς Οργανισμούς για την Αναπηρία	2002	Ευρωπαϊκός	Όλες	Στοιχεία και αριθμοί για την αναπηρία
Dagmar Nemček	2016	Σλοβακικός	Όλες	Quality of Life of People with Disabilities from Sport Participation Point of View

Shapiro, D. R., & Malone, L. A.	2016	Αμερικανικός	8≥21	Quality of Life and Psychological Affect Related to Sport Participation in Children and Youth Athletes with Physical Disabilities: A Parent and Athlete Perspective
ΠΟΥ	2011	Παγκόσμιος	Όλες	World Report on Disability 2011.
Nanthamongkolchai S., Tojeen A., Munsawaengsub Ch., Yodmai K. & Suksatan W.	2022	Ταϊλανδικός	≥60	Quality of Life of Older Adults with Physical and Mobility Disabilities during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Thailand

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ενότητα 1:

2.1 Αναγκαιότητα της Έρευνας

Τα άτομα με αναπηρίες συγκαταλέγονται σε μία από τις πιο ευάλωτες, ευπαθείς και πολύ συχνά αδικημένες ομάδες του πληθυσμού, τα μέλη της οποίας, πέραν από τους σωματικούς και οργανικούς περιορισμών που εξ ορισμού και εκ των πραγμάτων υφίστανται, αναγκάζονται επιπλέον να αντιμετωπίσουν τους κοινωνικούς περιορισμούς, οι οποίοι προκύπτουν είτε εξαιτίας του στίγματος και της περιθωριοποίησής τους από τον κοινωνικό περίγυρο, είτε, ακόμη, εξαιτίας της έλλειψης επαρκούς μέριμνας και πρόνοιας μέσω της προσφοράς κατάλληλων παροχών, υποδομών και υπηρεσιών. Οι παραπάνω κοινωνικοί περιορισμοί και ανισότητες οδήγησαν σε σκέψη και σε προβληματισμό ως προς το ποιοι είναι οι παράγοντες οι οποίοι είναι δυνατό να συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανάπηρων ατόμων. Παραδείγματος χάρη, ποια είναι η επίδραση που ασκούν το επίπεδο μόρφωσης, το εισόδημα αλλά και ο βαθμός αναπηρίας στον τρόπο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής τους, καθώς και ποιες, ενδεχομένως, καθημερινές ασχολίες και δραστηριότητες που πραγματοποιούν τα άτομα με αναπηρία, όπως λόγου χάρη η άθληση, μπορούν να συντελέσουν στην καλύτερευση της ποιότητας ζωής που βιώνουν.

Ενότητα 2:

2.2 Σκοπός της Έρευνας

2.2.1 Σκοπός και Επιμέρους Στόχοι

Ο βασικός σκοπός του παρόντος ερευνητικού πονήματος είναι να διερευνηθούν η ποιότητα ζωής των αναπήρων ατόμων καθώς και οι παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στην αύξηση του επιπέδου ποιότητας.

Ως επιμέρους στόχος και προσέγγιση, είναι να αναζητηθεί η ποιότητα ζωής των κινητικά αναπήρων ατόμων. Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν το επίπεδο της ποιότητας ζωής τους και αν δραστηριότητες όπως η άθληση μπορούν να συμβάλλουν θετικά στη βελτίωση της ποιότητας αυτής.

2.2.2 Ερευνητικά Ερωτήματα

Για την αναζήτηση και την προσέγγιση των απαντήσεων στους εν λόγω ερευνητικούς προβληματισμούς, τέθηκαν ορισμένα ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία παρατίθενται ως εξής:

- 1) Ποια είναι η ποιότητα ζωής των ανάπηρων ατόμων και από τι επηρεάζεται.
- 2) Ποια είναι η ποιότητα ζωής των κινητικά ανάπηρων ατόμων και από τι επηρεάζεται.
- 3) Κατά πόσο η αυτόνομη διαβίωση ενός κινητικά ή μη, ανάπηρου ατόμου, επηρεάζει την ποιότητα της ζωής του.
- 4) Ποιος ο ρόλος του επιπέδου εκπαίδευσης που έχει λάβει ένας ανάπηρος άνθρωπος στην ποιότητα ζωής που απολαμβάνει.
- 5) Τι ρόλο έχει το ύψος του καθαρού μηνιαίου εισοδήματος στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου με αναπηρία.
- 6) Ποιος είναι ο ρόλος του αθλητισμού και των σωματικών δραστηριοτήτων στην ποιότητα ζωής των ανάπηρων ατόμων.
- 7) Ποια είναι η ποιότητα ζωής των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με ολική αναπηρία.
- 8) Σε τι βαθμό η χρονική διάρκεια που έχει μεσολάβήσει από τη διάγνωση της αναπηρίας ενός ατόμου, μέχρι και σήμερα, έχει αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής του.

Ενότητα 3:

2.3 Μεθοδολογία της Έρευνας

2.3.1 Δείγμα

Για τους ερευνητικούς σκοπούς της παρούσας διπλωματικής εργασίας, ο πληθυσμός – στόχος που μελετάται είναι άνδρες και γυναίκες, από 18 ετών και άνω, οι οποίοι έχουν κάποια μορφή κινητικής κυρίως ή αισθητηριακής αναπηρίας (κώφωση ή τύφλωση) και οι οποίοι κατοικούν στην Ελλάδα. Επιπρόσθετα, σε μικρότερο αριθμό περιλαμβάνονται απαντήσεις από άτομα με νοητική υστέρηση, ψυχικές διαταραχές, διαταραχές λόγου και ομιλίας ή και συνδυασμό αναπηριών (πολλαπλή αναπηρία). Ο πληθυσμός δειγματοληψίας αποτελείται από όσους έλαβαν

το ερωτηματολόγιο μέσω των Σωματείων, των Ενώσεων και των Συλλόγων Αναπήρων με έδρα σε οποιαδήποτε περιοχή της Ελλάδας, ενώ, τέλος, ο υπό μελέτη πληθυσμός (δείγμα) είναι όσοι από αυτούς συμμετείχαν στην έρευνα απαντώντας στα ερωτηματολόγια.

2.3.2 Μέθοδος

Το είδος της έρευνας που επιλέχθηκε για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης είναι η συγχρονική (cross-sectional), η οποία στοχεύει στη μελέτη του πληθυσμού – στόχου κατά τη στιγμή της έρευνας (Setia M. S., 2016). Επιπλέον, η δειγματοληψία που ακολουθήθηκε δεν θεωρείται τυχαιοποιημένη, διότι τα ερωτηματολόγια διαμοιράστηκαν σε Συλλόγους και Ομοσπονδίες, ενώ, προκειμένου να διασφαλιστεί η προστασία των προσωπικών δεδομένων των ερωτώμενων, δεν χρησιμοποιήθηκαν τα ονόματα των παρατηρήσεων.

Το ενημερωτικό μήνυμα μαζί με το ερωτηματολόγιο απεστάλησαν ξεχωριστά σε κάθε Σύλλογο, Ένωση και Σωματείο Ατόμων με Αναπηρία της ελληνικής επικράτειας μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και υπό τη μορφή και τη δόμηση των Google Forms. Με την σειρά του, το κάθε Παράρτημα προώθησε το ερωτηματολόγιο σε όσα από τα μέλη του είχε πρόσβαση, δεδομένου του περιορισμού των δια ζώσης επαφών λόγω της πανδημίας από τον κορονοϊό (COVID-19). Μαζί με τη λήψη του ερωτηματολογίου, καθώς και πριν από αυτή, οι παραλήπτες έλαβαν ενημέρωση, ούτως ώστε να γνωρίζουν το σκοπό της παρούσας ερευνητικής μελέτης. Παράλληλα, τους δόθηκε η δυνατότητα επικοινωνίας με την ερευνήτρια για τυχόν περαιτέρω πληροφορίες ή διευκρινίσεις.

Το ερωτηματολόγιο EQ-5D-3L και η οπτική κλίμακα EQ-VAS, ανήκουν στη δικαιοδοσία του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος Ερευνών (EuroQol Research Foundation), για το οποίο παρατίθεται σχετική παραπομπή στη βιβλιογραφία της εργασίας.

Έπειτα, τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια, μεταφέρθηκαν σε αρχείο EXCEL και εν συνεχεία, για την επεξεργασία και την πραγματοποίηση των στατιστικών αναλύσεων των δεδομένων έγινε χρήση του στατιστικού προγράμματος STATA.

Όσον αφορά τα ευρήματα της έρευνας, δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί ότι είναι αντιπροσωπευτικά του γενικού πληθυσμού των αναπήρων. Επομένως, για το λόγο

αυτό, τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν, παρά μόνο να θεωρούνται ενδεικτικά.

Ενότητα 4:

2.4 Υλικό της Έρευνας

2.4.1 Ερωτήματα Δημογραφικού Ενδιαφέροντος

Τα βασικά δημογραφικά ερωτήματα που τέθηκαν στους ερωτώμενους μέσω του ερωτηματολογίου αφορούν στο φύλο τους, στην ηλικία τους, στην οικογενειακή τους κατάσταση, εάν διαβιούν μόνοι ή συμβιώνουν με την οικογένειά τους ή με κάποιον άλλο καθώς και εάν έχουν αδέρφια.

2.4.2 Ερωτήματα Κοινωνικού Ενδιαφέροντος

Στα πιο κοινωνικά ερωτήματα που τέθηκαν στους ερωτώμενους συγκαταλέγονται αυτά που σχετίζονται με το μορφωτικό τους επίπεδο, την επαγγελματική τους κατάσταση, το καθεστώς απασχόλησής τους και το καθαρό μηνιαίο εισόδημά τους, το ασφαλιστικό ταμείο στο οποίο ανήκουν καθώς και αν λαμβάνουν επίδομα αναπηρίας. Επιπλέον, ερωτήθηκαν εάν έχουν κατοικίδια ζώα και ποια είναι αυτά, αν κάνουν αθλητικές δραστηριότητες, ποιες είναι αυτές και πόσες ώρες δαπανούν κάνοντάς τες, καθώς και αν έχουν χόμπι και ποια συγκεκριμένα είναι αυτά. Ακόμη, ερωτήθηκαν αναφορικά με το ποια μέσα κοινωνικής δικτύωσης χρησιμοποιούν και πόσες ώρες την ημέρα συνολικά, για την περιοχή της μόνιμης κατοικίας τους και την άποψή τους ως προς το κατά πόσο θεωρούνε την περιοχή κατοικίας τους προσβάσιμη.

2.4.3 Ερωτήματα Αναπηρίας και Ποιότητας Ζωής

Τα Ερωτήματα που εστιάζουν στις λεπτομέρειες γύρω από την αναπηρία των ερωτώμενων και την ποιότητα ζωής τους, η οποία προσμετράται μέσα από το ερωτηματολόγιο EQ-5D-3L, είναι τα ακόλουθα. Αρχικά, ρωτήθηκαν για το είδος ή τα είδη αναπηρίας που έχουν, το ποσοστό αναπηρίας τους, τα αίτια που οδήγησαν σε αυτή και τη χρονική διάρκεια που την έχουν. Εν συνεχεία, στις ερωτήσεις οι οποίες αποτιμούν την ποιότητα ζωής και προέρχονται μέσα από το ερωτηματολόγιο του EuroQol, ανήκουν η κινητικότητα, η αυτοεξυπηρέτηση, η συμμετοχή στις

καθημερινές τους δραστηριότητες και ασχολίες, ο πόνος ή η δυσφορία που μπορεί να αισθάνονται και το άγχος ή η κατάθλιψη που μπορεί να βιώνουν. Τέλος, υπάρχει ένας δείκτης ο οποίος μετρά το επίπεδο υγείας που θεωρούν ότι έχουν τα άτομα κατά τη χρονική στιγμή που ρωτήθηκαν.

Ενότητα 5:

2.5 Ερευνητικά Εργαλεία

2.5.1 Εργαλείο EQ-5D

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, για τη συλλογή δεδομένων από τους ερωτώμενους του μελετώμενου πληθυσμού, είναι το ερευνητικό εργαλείο EQ-5D⁸. Το εργαλείο αυτό βρίσκεται υπό τη διαχείριση και την αδειοδότηση του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Euroqol ο οποίος διεξάγει έρευνες με στόχο τη μέτρηση και την εκτίμηση της ποιότητας ζωής διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων.

Το εργαλείο EQ-5D έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε κλινικές δοκιμές, σε μελέτες πληθυσμού και σε κλινικά δεδομένα του πραγματικού κόσμου για περισσότερα από 30 χρόνια, ενώ η χρήση του συστήνεται από πολλούς φορείς αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας. Τα ευρήματα και τα συμπεράσματα που προκύπτουν μέσα από την εφαρμογή αυτού του εργαλείου και των ερωτηματολογίων EQ-5D μπορούν να συντελέσουν σημαντικά στην πληροφόρηση και κατ' επέκταση στη διευκόλυνση της λήψης ορθών αποφάσεων από τις υγειονομικές αρχές, τους υγειονομικούς παρόχους και τους Οργανισμούς Υγείας.

Η χρήση του παρόντος εργαλείου γίνεται μέσω της προσωπικής – ατομικής απάντησης που θα δώσει κάποιο άτομο, βάσει της υποκειμενικής του κρίσης, λαμβάνοντας υπόψιν 5 σημαντικές διαστάσεις. Αυτές είναι η κινητικότητα, η αυτόφροντιδα και η αυτοεξυπηρέτηση, η πραγματοποίηση των καθημερινών και συνηθισμένων δραστηριοτήτων, ο πόνος και η δυσφορία και τέλος τα αισθήματα άγχους και θλίψης. Επιπρόσθετα, στο ερευνητικό εργαλείο EQ-5D συμπεριλαμβάνεται και μία οπτική αναλογική κλίμακα η οποία αξιοποιείται για την ποσοτική μέτρηση της συνολικής κατάστασης υγείας ενός ατόμου.

⁸ Για τους σκοπούς της παρούσας ερευνητικής μελέτης, χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο EQ-5D-3L.

Για τους σκοπούς της παρούσας ερευνητικής εργασίας, λήφθηκαν υπόψιν 3 επίπεδα απαντήσεων (EQ-5D-3L), στα οποία οι απαντήσεις των ερωτώμενων λάμβαναν χώρα σε μία κλίμακα η οποία κυμαινόταν από το καθόλου, το οποίο ισοδυναμούσε με την έλλειψη εμποδίων ή δυσχερειών για το ερευνώμενο άτομο, το μέτριο ή μέσο επίπεδο εμποδίων ή δυσχερειών και την πλήρη ανικανότητα ή υπερβολική δυσχέρεια (EuroQol Research Foundation, 2022).

Τέλος, το εργαλείο EQ-5D χρησιμοποιείται ευρέως από επιστημονικούς χώρους οι οποίοι σχετίζονται με την υγεία και οι οποίοι έχουν παρουσία σε διάφορες περιοχές του κόσμου, με σκοπό τη μελέτη πολλών διαφορετικών ασθενειών. Επιπλέον, χρησιμοποιείται ιδιαίτερα από την ακαδημαϊκή κοινότητα, όπως δηλαδή από πανεπιστήμια και ερευνητικά ιδρύματα, από εθνικές περιφερειακές και δημοτικές κυβερνήσεις, από τη βιομηχανία, για τη συλλογή πληροφοριών οι οποίες θα συμβάλουν στη δημιουργία φαρμακευτικών και ιατροτεχνολογικών προϊόντων και από νοσοκομεία, κλινικές και ιδιωτικούς, οικογενειακούς ιατρούς.

Ωστόσο, παρά το πλήθος των χρηστών οι οποίοι χρησιμοποιούν το ερευνητικό αυτό εργαλείο, ο επικρατέστερος, σε διεθνές επίπεδο, είναι ο χώρος των φαρμακοβιομηχανιών και των επιστημονικών ομάδων. Το EQ-5D χρησιμοποιείται συχνά σε πολυεθνικές κλινικές δοκιμές που πραγματοποιούν οι φαρμακευτικές εταιρείες, ενώ το γεγονός ότι συναντάται σε τυποποιημένη μορφή και είναι διαθέσιμο σε πολυάριθμες γλώσσες (περισσότερες από 170 γλώσσες και διαλέκτους), παρέχει τη δυνατότητα να εντοπιστούν και να συγκριθούν τα ερευνητικά αποτελέσματα και οι εκβάσεις διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών (EuroQol Research Foundation, 2021).

2.5.2 Δείκτης EQ-VAS

Πέραν από το εργαλείο EQ-5D και τις παραμέτρους του, ένα ακόμα πεδίο που συμπληρώνεται από τους ερωτώμενους και ανήκει επίσης στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό EuroQol, είναι η Κλίμακα Μέτρησης του Επιπέδου Υγείας. Η Κλίμακα αυτή, ή όπως χρησιμοποιείται διεθνώς, ο δείκτης EQ-VAS, υποδηλώνει την υποκειμενικά αυτό-αξιολογημένη και αυτό-βαθμολογημένη υγεία του κάθε ερωτώμενου, σε μια κάθετη οπτική αναλογική κλίμακα. Η κλίμακα αυτή χαρακτηρίζεται από μία διακύμανση μεταξύ 0 και 100, όπου το ανώτερο σημείο, δηλαδή το 100, αντιστοιχεί στην ένδειξη «Η καλύτερη υγεία που μπορείτε να

φανταστείτε», ενώ το κατώτερο σημείο, το 0, στην ένδειξη «Η χειρότερη υγεία που μπορείτε να φανταστείτε». Επομένως, ο δείκτης EQ-VAS αποτελεί ένα εργαλείο το οποίο χρησιμοποιείται για την ποσοτική μέτρηση της τρέχουσας υγείας των αναπήρων ατόμων, με βάση τη δική τους κρίση (EuroQoL Research Foundation, 2021).

Ενότητα 6:

2.6 Μέθοδοι Στατιστικής Ανάλυσης

2.6.1 Περιγραφική Στατιστική

Η μέθοδος της περιγραφικής στατιστικής (descriptive statistics) χρησιμοποιείται προκειμένου να συνοψίσει και να περιγράψει τα χαρακτηριστικά ενός συγκεκριμένου συνόλου δεδομένων, το οποίο μπορεί να είναι είτε μια αναπαράσταση ολόκληρου του πληθυσμού, είτε ένα δείγμα ενός πληθυσμού. Τα μεγέθη που υπολογίζονται και διερευνώνται μέσω της περιγραφικής στατιστικής, είναι κατά κύριο λόγο η μέση τιμή, η διάμεσος και η επικρατούσα τιμή, ενώ επιπλέον, εκτιμώνται η τυπική απόκλιση, η διακύμανση, οι ελάχιστες και οι μέγιστες τιμές των μεταβλητών, η κύρτωση και η ασυμμετρία (Hayes A., 2022). Στην παρούσα ερευνητική μελέτη, η περιγραφική στατιστική αποτελεί την πρώτη ανάλυση που έγινε μέσω του στατιστικού προγράμματος STATA, προκειμένου να εντοπιστούν οι πρώτες και σημαντικότερες απεικονίσεις των δεδομένων, ούτως ώστε να αποκτηθεί μια σφαιρική άποψη για τον μελετώμενο πληθυσμό.

2.6.2 Ανάλυση Παλινδρόμησης

Εν συνεχεία, πραγματοποιήθηκαν οι αναλύσεις παλινδρόμησης (regression analysis) προκειμένου να βρεθεί η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών και να αναζητηθούν οι απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα. Αναλυτικότερα, ως ανάλυση παλινδρόμησης χαρακτηρίζεται η στατιστική μέθοδος η οποία διερευνά την ύπαρξη, ή μη, συσχέτισης μεταξύ των μελετώμενων εξαρτημένων και ανεξάρτητων μεταβλητών. Μια ανάλυση παλινδρόμησης εφαρμόζεται, κατά κύριο λόγο, για δύο σκοπούς. Ο πρώτος είναι προκειμένου να γίνει πρόβλεψη της τιμής και της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής, έχοντας ήδη διαθέσιμες τις

πληροφορίες σχετικά με τις ανεξάρτητες μεταβλητές και ο δεύτερος για να εκτιμηθεί η επίδραση κάποιας ανεξάρτητης μεταβλητής στην εξαρτημένη μεταβλητή.

Ειδικότερα, η ανάλυση παλινδρόμησης αποτελεί μία αξιόπιστη μέθοδο στατιστικής η οποία διευκολύνει την κατανόηση των μελετώμενων μεταβλητών προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα ως προς τα υπάρχοντα δεδομένα και τη μεταξύ τους σχέση. Στην πράξη, εφαρμόζεται λαμβάνοντας τις ανεξάρτητες μεταβλητές και πραγματοποιώντας υποθέσεις ως προς το τι αντίκτυπο μπορούν αυτές να έχουν στην εξαρτημένη μεταβλητή. Από την άλλη πλευρά, η εξαρτημένη μεταβλητή, αποτελεί τον βασικό παράγοντα για τον οποίο γίνεται προσπάθεια κατανόησης, πρόβλεψης της μεταβλητότητάς της και ελέγχου αναφορικά με το αν υπάρχει κάποια συσχέτιση με τις μελετώμενες ανεξάρτητες μεταβλητές (Alchemer, 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Ενότητα 1:

3.1 Χαρακτηριστικά Δείγματος

3.1.1 Δημογραφικά

Αρχικά, όπως μπορεί να γίνει αντιληπτό και από τον Πίνακα 1, στο δείγμα που μελετήθηκε καταγράφονται συνολικά 92 απαντήσεις. Από αυτές, οι 56 προέρχονται από άνδρες, ενώ οι 36 από γυναίκες· αριθμοί που αντιστοιχούν σε ποσοστά 60,87% ανδρικού πληθυσμού και 39,13% γυναικείου πληθυσμού.

Όσον αφορά την ηλικία των αποκρινθέντων, παρατηρείται πως η μικρότερη καταγεγραμμένη ηλικία των ερωτώμενων είναι τα 21 έτη, ενώ η μεγαλύτερη τα 84 έτη, με μέση τιμή ηλικίας του δείγματος τα 42,5 έτη.

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση του μελετώμενου πληθυσμού, το 50% των ερωτώμενων, το οποίο αντιστοιχεί σε 46 απαντήσεις, δήλωσαν ότι είναι ελεύθεροι. Έπειτα, το 33,7% απάντησαν ότι είναι παντρεμένοι, ακολουθεί το 10,87% των ερωτηθέντων, οι οποίοι απάντησαν πως βρίσκονται σε σχέση, ενώ, τέλος, μικρότερα ποσοστά της τάξεως των 3,26% (3 άτομα) και των 2,17% (2 άτομα) απάντησαν πως είναι διαζευγμένοι και χήροι, αντίστοιχα.

Εν συνεχεία, από τους 92 ερωτηθέντες, το 54,35%, το οποίο αντιστοιχεί σε 50 άτομα, ζει με την οικογένειά του, το 16,30%, δηλαδή 15 άτομα, ζουν μόνοι τους, ενώ το 15,22%, που αντιστοιχεί σε 14 άτομα, ζουν με τον/την σύντροφό τους. Τέλος, ένα μικρότερο ποσοστό της τάξεως του 9,78%, 9 άτομα, συγκατοικεί με κάποιο φίλο του, ενώ μόλις ένα 4,35%, 4 άτομα, ζουν μαζί με τον προσωπικό τους βοηθό.

Ακολούθως, τέθηκε στους ερωτώμενους ερώτηση σχετικά με το πόσα αδέρφια έχουν. Από τους 92, το 94,57% (87 άτομα) δήλωσαν ότι έχουν 0 έως και 3 αδέρφια, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 5,44% (5 άτομα) απάντησε ότι έχει 4 ή και περισσότερα αδέρφια.

Έπειτα, στην ερώτηση που αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης και μόρφωσης που έχουν λάβει οι ερωτώμενοι, ξεχωρίζει σημαντικά το 36,96% –ποσοστό το οποίο αντιστοιχεί σε 34 άτομα– τα οποία δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι Λυκείου. Παρομοίως, διακρίνεται και το 26,09% των ερωτηθέντων (24 άτομα), το οποίο

αποτελείται από απόφοιτους Ανώτατης Εκπαίδευσης και επομένως, έχουν ολοκληρώσει τις σπουδές τους σε ΑΕΙ ή ΑΤΕΙ. Επιπλέον σε μικρότερο βαθμό, μεταξύ του μελετώμενου πληθυσμού εντοπίζονται άτομα τα οποία είναι απόφοιτοι της πρώτης βαθμίδας Μέσης Εκπαίδευσης, (δηλαδή Γυμνασίου), και συγκεκριμένα σε ποσοστό 9,78%, το οποίο αντιστοιχεί σε 9 άτομα. Τα ίδια νούμερα συναντώνται επίσης για όσους από τους ερωτώμενους έχουν αποφοιτήσει από Δημόσια ή από Ιδιωτικά Ιδρύματα Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΔΙΕΚ ή ΙΕΚ), ενώ ένα μικρότερο ποσοστό της τάξης του 8,70% (8 άτομα) απαντάται και στους απόφοιτους Μεταπτυχιακού, ενώ, επιπλέον, το ίδιο ποσοστό επαναλαμβάνεται και για όσους έχουν ολοκληρώσει κάποιο άλλο επίπεδο εκπαίδευσης (λ.χ. Δημοτικό, Διδακτορικό κ.ά.).

Πίνακας 1: Δημογραφικά Στοιχεία

Μεταβλητή		N	Ποσοστό %	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Μέτρηση	Μέγιστη Μέτρηση
Συνολικός Πληθυσμός		92	100,00%				
Άντρες		56	60,87%				
Γυναίκες		36	39,13%				
Ηλικία		92	100,00%	42,51	12,64	21	84
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμοι / Ελεύθεροι	46	50,00%				
	Σε σχέση	10	10,87%				
	Έγγαμοι	31	33,70%				
	Διαζευγμένοι	3	3,26%				
	Χήροι	2	2,17%				
Συμβίωση	Ζουν Μόνοι	15	16,30%				
	Με Οικογένεια	50	54,35%				
	Με Φίλους	9	9,78%				
	Με Σύντροφο	14	15,22%				
	Με Προσωπικό Βοηθό	4	4,35%				
Αδέρφια	0	12	13,04%				
	1	37	40,22%				
	2	27	29,35%				
	3	11	11,96%				

	4	1	1,09%				
	>4	4	4,35%				
Εκπαίδευση	Γυμνάσιο	9	9,78%				
	Λύκειο	34	36,96%				
	ΔΙΕΚ / ΙΕΚ	9	9,78%				
	ΑΕΙ / ΑΤΕΙ	24	26,09%				
	Μεταπτυχιακό	8	8,70%				
	Άλλο	8	8,70%				

Στη συνέχεια, παρατίθεται ο Πίνακας 2, ο οποίος απεικονίζει τον αριθμό των ερωτώμενων οι οποίοι εργάζονται, ανεξαρτήτως του καθεστώτος απασχόλησης, καθώς και τον αριθμό των ατόμων οι οποίοι για ποικίλους λόγους δεν διαθέτουν κάποια επαγγελματική απασχόληση. Οι λόγοι για τους τελευταίους μπορεί να σχετίζονται είτε με το ότι είναι εισοδηματίες, συνταξιούχοι, φοιτητές, με το ότι ασχολούνται με τα οικιακά ή με το ότι είναι απλώς άνεργοι ή «ανίκανοι» –εξαιτίας της αναπηρίας τους– να εργαστούν.

Εστιάζοντας πιο αναλυτικά στα παραπάνω, εντοπίζονται οι εξής διαπιστώσεις. Αρχικά, ο αριθμός των ερωτώμενων οι οποίοι δεν εργάζονται ανέρχεται σε 75, μέτρηση που καλύπτει το 81,52% του συνολικού πληθυσμού. Από την άλλη πλευρά, ο αντίστοιχος αριθμός για αυτούς οι οποίοι εργάζονται είναι μόλις 17 και αντιστοιχεί σε ποσοστό 18,48%.

Ειδικότερα, από τους ερωτώμενους οι οποίοι δεν εργάζονται, τα μεγαλύτερα ποσοστά αυτών 32,61% και 30,43% οφείλονται σε λόγους «ανικανότητας» για εργασία, καθώς και σε λόγους πρόωρης (λόγω αναπηρίας) ή τυπικής συνταξιοδότησης. Έπειτα, ένα επίσης μεγάλο ποσοστό, της τάξεως του 17,39%, ανήκει στη γενική κατηγορία ανέργων (δηλαδή 16 άτομα). Τέλος, μικρότερα ποσοστά των αναπήρων ατόμων τα οποία δεν εργάζονται συγκαταλέγονται στις κατηγορίες των σπουδαστών, συγκεκριμένα 5 άτομα, σε ποσοστό 5,43%, των εισοδηματιών, 3 άτομα σε ποσοστό 3,26% και αυτών οι οποίοι ασχολούνται με τη διεκπεραίωση των οικιακών εργασιών και ανέρχονται σε 2 άτομα, σε ποσοστό 2,17%.

Από την άλλη πλευρά, από το προαναφερθέν ποσοστό των 18,48%, το οποίο αφορά στην κατηγορία των ανάπηρων ατόμων που εργάζονται, 14 από αυτούς,

δηλαδή ποσοστό 15,22%, εργάζονται υπό καθεστώς πλήρους απασχόλησης, ενώ τα υπόλοιπα 3 άτομα, ποσοστό 3,26%, εργάζονται υπό καθεστώς μερικής απασχόλησης.

Παρακάτω, αποδίδονται ορισμένα οικονομικά στοιχεία τα οποία σχετίζονται με τους ερωτηθέντες. Συγκεκριμένα, παρουσιάζεται το καθαρό μηνιαίο εισόδημα του μελετώμενου πληθυσμού, το ασφαλιστικό ταμείο στο οποίο υπάγονται και το αν λαμβάνουν ή όχι επίδομα αναπηρίας.

Αρχικά, όπως μπορεί να γίνει αντιληπτό και από τον Πίνακα 2, έπειτα από την ομαδοποίηση της πληροφορίας που αφορά στο εισόδημα των ερωτώμενων, δημιουργήθηκαν οι ακόλουθες 5 κατηγορίες. Οι κατηγορίες αυτές ξεκινούν από εκείνους οι οποίοι λαμβάνουν καθαρό μηνιαίο εισόδημα λιγότερο από 500€, συνεχίζουν με αυτούς που έχουν καθαρά μηνιαία εισοδήματα μεταξύ 501-1000€, αυτούς που λαμβάνουν 1001-1500€, όσους έχουν εισόδημα μεταξύ 1501-2000€ και, τέλος, αυτούς που το καθαρό μηνιαίο εισόδημά τους υπερβαίνει τα 2000€.

Από τις προαναφερθείσες κατηγορίες εισοδήματος, συχνότερα συναντάται το ποσοστό των 501-1000€, το οποίο μάλιστα ανέρχεται σε ποσοστό 43,48% και το οποίο αντιστοιχεί στις 40 από τις 92 συνολικά ληφθείσες απαντήσεις. Έπειτα, ακολουθούν σχεδόν σε ίσο βαθμό, τα ποσοστά των 23,91% (22 άτομα) και 21,74% (20 άτομα), τα οποία αντιστοιχούν σε αυτούς οι οποίοι διαθέτουν εισόδημα λιγότερο από 500€ και σε αυτούς που διαθέτουν εισόδημα 1001-1500€, αντιστοίχως.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, μπορεί να διαπιστωθεί πως σχεδόν τα 9/10 του πληθυσμού των αναπήρων ατόμων (για την ακρίβεια, το 89,13%) έχουν καθαρό μηνιαίο εισόδημα το οποίο φτάνει τα 1.500€. Σπανιότερα, συγκεκριμένα σε 8 άτομα, και ποσοστό 8,70% παρατηρείται εισόδημα το οποίο κυμαίνεται μεταξύ των 1.501-2.000€, ενώ μόλις το 2,17%, (αριθμός μόλις 2 ατόμων), υπερβαίνει σε καθαρό μηνιαίο εισόδημα τα 2.000€.

Έπειτα, αναφορικά με το ασφαλιστικό ταμείο στο οποίο ανήκουν οι ερωτώμενοι, παρατηρείται πως ακριβώς οι μισοί από αυτούς, δηλαδή το 50%, ανήκουν στο ταμείο του ΙΚΑ, το 18,48% στο ταμείο των δημοσίων υπαλλήλων καθώς και 10,87% σε αυτό του ΟΓΑ. Μάλιστα, τα τρία ταμεία που αναφέρθηκαν καλύπτουν ασφαλιστικά 73 από τους 92 συνολικά ερωτώμενους, αριθμός ο οποίος αντιστοιχεί στο 79,35% του μελετώμενου πληθυσμού. Το υπόλοιπο 20,65% των ερευνώμενων, ανήκουν στα ταμεία του ΟΑΕΕ (4,35%), σε άλλα ταμεία (9,78%) ή είναι ανασφάλιστοι (6,52%).

Ολοκληρώνοντας τα οικονομικά στοιχεία, ένα ιδιαίτερα σημαντικό δεδομένο το οποίο κρίνεται σκόπιμο να διερευνηθεί όταν πρόκειται για πληθυσμούς που

απαρτίζονται από ανάπηρους ανθρώπους, είναι το αν λαμβάνουν ή όχι επίδομα αναπηρίας. Από την ανάλυση των απαντήσεων προέκυψε ότι από τους 92 ερωτηθέντες, οι 73 λαμβάνουν επίδομα αναπηρίας, ενώ μόλις 19 δεν ανήκουν στους δικαιούχους. Τα ποσοστά αυτά ανέρχονται σε 79,35% και σε 20,65%, αντίστοιχα.

Πίνακας 2: Οικονομικά Στοιχεία

Μεταβλητή		N	Ποσοστό %
Εργασία	Συνολικός Πληθυσμός	92	100,00%
	Ναι	17	18,48%
	Όχι	75	81,52%
Είδος Εργασιακής Απασχόλησης	Πλήρης Απασχόληση	14	15,22%
	Μερική Απασχόληση	3	3,26%
	Άνεργος/-η	16	17,39%
	Εισοδηματίας	3	3,26%
	Συνταξιούχος	28	30,43%
	Φοιτητής/-τρια	5	5,43%
	Οικιακά	2	2,17%
	Ανίκανος/-η για Εργασία	30	32,61%
Καθαρό Μηνιαίο Εισόδημα	< 500€	22	23,91%
	501 - 1.000€	40	43,48%
	1.001 - 1.500€	20	21,74%
	1.501 - 2.000€	8	8,70%
	> 2.000€	2	2,17%
Ασφαλιστικό Ταμείο	ΙΚΑ	45	50,00%
	ΟΓΑ	10	10,87%
	ΟΑΕΕ	4	4,35%
	Ταμείο Τραπεζών	0	0,00%
	Ταμείο Δημοσίου	17	18,48%
	Άλλο	9	9,78%
	Ανασφάλιστος/-η	6	6,52%
Επίδομα Αναπηρίας	Όχι	19	20,65%
	Ναι	73	79,35%

Εν συνεχεία, ένας άλλος παράγοντας που διερευνήθηκε είναι εάν οι ερωτώμενοι είναι κάτοχοι κάποιου κατοικίδιου ζώου καθώς και τι είδους ζώο είναι αυτό. Από την ερώτηση αυτή προέκυψε ότι το 67,39% των ερωτώμενων, δηλαδή 62 άτομα, δεν

διαθέτουν κάποιο κατοικίδιο ζώο, ενώ το 32,61%, το οποίο ισοδυναμεί με 30 άτομα, είναι ιδιοκτήτες κάποιου ζώου.

Συγκεκριμένα, από τους 30 ερωτώμενους οι οποίοι διαθέτουν κάποιο κατοικίδιο ζώο, οι 24 (26.09%) έχουν σκύλο, ενώ 10 άτομα (10.87%) έχουν γάτα. Επιπλέον, σε μικρότερο ποσοστό έχουν δηλωθεί τα πτηνά, τα οποία αφορούν ως επί το πλείστον καναρίνι ή παπαγάλο, και τα οποία τα διαθέτουν 3 άτομα, δηλαδή ένα ποσοστό μόλις 3.26%. Τέλος, μόνο 1 άτομο, ποσοστό 1.09%, διαθέτει κουνέλι, ενώ καταγράφονται και 4 άτομα (4.35%) τα οποία είναι κάτοχοι κάποιου άλλου είδους ζώου.

Πίνακας 3: Κατοικίδιο Ζώο

Μεταβλητή		N	Ποσοστό %
Κατοχή Κατοικίδιου Ζώου	Συνολικός Πληθυσμός	92	100,00%
	Ναι	30	32,61%
	Όχι	62	67,39%
Είδος Κατοικίδιου Ζώου	Σκύλος	24	26,09%
	Γάτα	10	10,87%
	Κουνέλι	1	1,09%
	Καναρίνι / Παπαγάλος	3	3,26%
	Άλλο	4	4,35%
	Δεν έχει	62	67,39%

Στην ερώτηση που αφορά την ενασχόληση με αθλητικές δραστηριότητες, το σημαντικό ποσοστό 60,87%, το οποίο αντιστοιχεί σε 56 άτομα, δήλωσε ότι είναι ενεργοί και γυμνάζονται, ενώ μόλις το 39,13%, δηλαδή 36 άτομα, δεν κάνουν κάποιου είδους σωματική άσκηση.

Από τα είδη των ασκήσεων που πραγματοποιούν τα άτομα που ρωτήθηκαν, το μεγαλύτερο ποσοστό των αποκριθέντων, 35,09%, το οποίο ισοδυναμεί με 20 άτομα, δήλωσαν ότι ασχολούνται με προγράμματα γυμναστικής και φυσικής κατάστασης, όπως είναι η αερόβια, τα βάρη, το γυμναστήριο, το πιλάτες και η γιόγκα. Έπειτα, ένα επίσης μεγάλο ποσοστό, συγκεκριμένα 29,82%, το οποίο αντιστοιχεί σε 17 άτομα, δήλωσαν ότι ασχολούνται με πισίνα και κολύμβηση. Ακόμη, 21,05%, δηλαδή 12 άτομα, δήλωσαν ότι δραστηριοποιούνται με αθλήματα στίβου όπως είναι το τρέξιμο, οι ρίψεις και ο ακοντισμός. Σε μικρότερο, αλλά εξίσου σημαντικό βαθμό, της τάξεως του 14,04% (8 άτομα), σημειώνονται τα αθλήματα του μπάσκετ (κλασικού ή με

αμαξίδιο), σε ποσοστό 10,53% (6 άτομα) το τένις με αμαξίδιο, το παρα-μπάντμιντον και το πινγκ πονγκ, και σε ποσοστό 8,77% (5 άτομα) το μπότσια (boccia). Τέλος, σε μικρότερη έκταση, παρατηρούνται η ιστιοπλοΐα και η φυσικοθεραπεία, τα οποία πραγματοποιούνται από 1 άτομο το καθένα, σε ποσοστά 1,75% έκαστο και η χειροκίνητη ποδηλασία, η οποία πραγματοποιείται από 2 άτομα, σε ποσοστό 3,51%.

Πίνακας 4: Αθλητικές Δραστηριότητες

Μεταβλητή		N	Ποσοστό %
Πραγματοποίηση Αθλητικής Δραστηριότητας	Συνολικός Πληθυσμός	92	100,00%
	Ναι	56	60,87%
	Όχι	36	39,13%
Είδος Αθλητικής Δραστηριότητας	Καρτ	1	1,75%
	Ιστιοπλοΐα	1	1,75%
	Μπάσκετ	8	14,04%
	Στίβος / Τρέξιμο / Ρίψεις / Ακοντισμός	12	21,05%
	Κολύμβηση	17	29,82%
	Γυμναστική / Βάρη / Πιλάτες / Γιόγκα	20	35,09%
	Τένις / Μπάντμιντον / Πινγκ Πονγκ	6	10,53%
	Μπότσια	5	8,77%
	Χειροκίνητη Ποδηλασία	2	3,51%
	Φυσικοθεραπεία	1	1,75%
Συχνότητα Άσκησης	Ποτέ	34	36,96%
	1 φορά	13	14,13%
	2-3 φορές	15	16,30%
	3-5 φορές	19	20,65%
	Κάθε μέρα	11	11,96%

Επιπρόσθετα, ως προς τη συχνότητα με την οποία τα προαναφερθέντα πραγματοποιούνται από τους ερωτώμενους σε εβδομαδιαία βάση, σημειώνονται τα εξής. Αρχικά, τα μεγαλύτερα ποσοστά καταγράφουν αυτοί οι οποίοι αθλούνται 3-5 φορές την εβδομάδα, καθώς πρόκειται για 19 από τα 92 άτομα, σε ποσοστό 20,65%. Ακολουθούν αυτοί οι οποίοι αθλούνται 2-3 φορές την εβδομάδα και αφορούν 15 άτομα, σε ποσοστό 16,30%. Έπειτα, ένα ποσοστό 14,13%, 13 άτομα, πραγματοποιούν αθλητικές δραστηριότητες μία φορά την εβδομάδα, ενώ 11,96%, 11 άτομα, γυμνάζονται σε καθημερινή βάση. Τέλος, 34 από τους 92, δηλαδή 36,96% του

συνολικού ερωτηθέντος πληθυσμού, δεν κάνουν κάποια αθλητική δραστηριότητα, και επομένως, δήλωσαν πως δεν ασκούνται ποτέ.

Παρακάτω, στην ερώτηση που τέθηκε στους ερωτώμενους σχετικά με το αν έχουν κάποιο χόμπι το 71,74%, δηλαδή 66 από τα 92 άτομα απάντησαν θετικά, ενώ το 28,26%, το οποίο αντιστοιχεί σε 26 άτομα, δεν έχουν κάποιο χόμπι.

Από τις θετικές απαντήσεις αυτή η οποία σημειώνει τη μεγαλύτερη απήχηση είναι η μουσική, το τραγούδι και η χορωδία, τα οποία σημειώνονται από 26 άτομα και σε ποσοστό 39,39%. Έπειτα, το διάβασμα λογοτεχνικών βιβλίων και η ανάγνωση γενικότερα, σημειώθηκε από 17 άτομα, σε ποσοστό 25,76%. Εν συνεχεία, αυτά τα οποία σημειώθηκαν από 11 άτομα έκαστο και σε ποσοστά 16,67%, το καθένα, είναι τα ταξίδια, οι βόλτες καθώς και οι χοροί, όπως παραδοσιακοί, λάτιν, και άλλα είδη.

Ακόμη, από 9 άτομα και ποσοστά 13,64% το καθένα, σημειώνονται η ζωγραφική και το σχέδιο, καθώς και το θεατρικό παιχνίδι και το θέατρο γενικότερα. Ακολουθούν οι ταινίες και το σινεμά, τα οποία έχουν επιλεγεί από 8 άτομα, σε ποσοστό 12,12% και τα επιτραπέζια παιχνίδια, όπως το σκάκι, το τάβλι, τα παιχνίδια τράπουλας, και άλλα, από 9,09% το οποίο ισοδυναμεί με ένα σύνολο 6 ατόμων.

Τέλος, 3 άτομα και ποσοστό 4,55%, δήλωσαν πως παρακολουθούν και παίζουν ποδόσφαιρο, ενώ 3 άλλα άτομα, δήλωσαν πως ασχολούνται με τη δραστηριότητα της σκοποβολής. Ακόμη, από 2 άτομα, σε ποσοστό 3,03%, σημειώθηκε η ενασχόληση με τον υπολογιστή, από επιπλέον 2 η φροντίδα ζώων και από άλλα 2 άτομα η εκμάθηση ξένων γλωσσών. Κλείνοντας, δραστηριότητες όπως τα καρτ, η φωτογραφία, το τρέξιμο, το ψάρεμα, το μαγείρεμα, η ζυθοποιεία, η κολύμβηση σε πισίνα, ο μοντελισμός και η ποδηλασία επιλέχθηκαν από μόλις 1 άτομο η καθεμία, αριθμός που αντιστοιχεί στο ποσοστό 1,52%.

Πίνακας 5: Ψυχαγωγικές Δραστηριότητες - Χόμπι

Μεταβλητή		N	Ποσοστό %
Πραγματοποίηση Δραστηριότητας - Χόμπι	Συνολικός Πληθυσμός	92	100,00%
	Ναι	66	71,74%
	Όχι	26	28,26%
Είδος Δραστηριότητας	Καρτ	1	1,52%
	Σκοποβολή	3	4,55%

Ζωγραφική / Σχέδιο	9	13,64%
Υπολογιστής	2	3,03%
Σινεμά / Ταινίες	8	12,12%
Μουσική / Τραγούδι / Χορωδία	26	39,39%
Φωτογραφία	1	1,52%
Τρέξιμο	1	1,52%
Ψάρεμα	1	1,52%
Θέατρο / Θεατρικό Παιχνίδι	9	13,64%
Μαγείρεμα	1	1,52%
Ξένες Γλώσσες	2	3,03%
Ανάγνωση Βιβλίων	17	25,76%
Ταξίδια / Βόλτες	11	16,67%
Ζυθοποιία	1	1,52%
Επιτραπέζια Παιχνίδια	6	9,09%
Ποδόσφαιρο	3	4,55%
Χορός	11	16,67%
Κολύμβηση / Πισίνα	1	1,52%
Φροντίδα Ζώων	2	3,03%
Μοντελισμός	1	1,52%
Ποδηλασία	1	1,52%

Η επόμενη παράμετρος η οποία μελετήθηκε αναφέρεται στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης τα οποία χρησιμοποιούν οι ερωτώμενοι. Ιδιαίτερα, αυτά τα οποία χρησιμοποιούνται περισσότερο από τον μελετημένο πληθυσμό, είναι το Facebook, το οποίο εμφανίζεται σε ποσοστό 82,61%, το οποίο αντιστοιχεί σε 76 από τα 92 συνολικά άτομα που ρωτήθηκαν. Ακολουθεί το Viber και το YouTube, με 60, 65,22% και με 52, 56,52% άτομα. Στη συνέχεια, σημαντική απήχηση σημειώνει το Instagram με 45 άτομα και ποσοστό 48,91%. Ακολουθούν εφαρμογές επικοινωνίας, όπως είναι το WhatsApp και το Skype με 25 άτομα, 27,17% και 23, 25% του δείγματος. Έπειτα, εφαρμογές όπως το TikTok, το Twitter, το Pinterest και το LinkedIn χρησιμοποιούνται από 12, 13,04%, 11, 11,96%, 10, 10,87% και 9 άτομα, 9,78%. Ολοκληρώνοντας με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και τον βαθμό διάδοσης και χρησιμοποίησής τους, συναντώνται το Snapchat με 3 άτομα και ποσοστό 3,26% και το Tinder με 2 άτομα και ποσοστό 2,17%.

Πίνακας 6: Χρήση Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης

Μεταβλητή		N	Ποσοστό %
	Συνολικός Πληθυσμός	92	100,00%
Εφαρμογή	Instagram	45	48,91%
	Facebook	76	82,61%
	YouTube	52	56,52%
	TikTok	12	13,04%
	Pinterest	10	10,87%
	Snapchat	3	3,26%
	Tinder	2	2,17%
	Twitter	11	11,96%
	LinkedIn	9	9,78%
	Viber	60	65,22%
	WhatsApp	25	27,17%
	Skype	23	25,00%
Συχνότητα Χρήσης	0-1 ώρα	29	31,52%
	1-3 ώρες	37	40,22%
	3-5 ώρες	15	16,30%
	>5 ώρες	11	11,96%

Σε συνέχεια του προηγούμενου ερωτήματος, κρίθηκε σκόπιμο να διερευνηθεί και ο χρόνος που τα άτομα με αναπηρία ξοδεύουν στις παραπάνω εφαρμογές. Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό ξοδεύει 1-3 ώρες ημερησίως στις εφαρμογές κοινωνικής δικτύωσης και ανέρχεται σε ποσοστό 40,22%, το οποίο αντιστοιχεί σε 37 άτομα. Έπειτα, σε ποσοστό 31,52%, δηλαδή 29 άτομα, χρησιμοποιούν τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης μόλις 0-1 ώρες τη μέρα. Το 16,30%, 15 άτομα, χρησιμοποιούν τις εφαρμογές για 3-5 ώρες τη μέρα. Και τέλος, 11,96% των ερωτώμενων, δηλαδή 11 από αυτούς, χρησιμοποιούν τις εφαρμογές αυτές για περισσότερες από πέντε ώρες τη μέρα.

Ακολουθώντας, προσδιορίζοντας την περιοχή διαμονής των ερωτώμενων, παρατηρείται ότι το 51,09% αυτών, δηλαδή 47 άτομα, ζουν μόνιμα σε περιοχή της Ελλάδας εκτός Αθήνας και Θεσσαλονίκης. Από τους υπόλοιπους 45 που ρωτήθηκαν, το 33,70%, δηλαδή 31 άτομα, ζουν μόνιμα στην Αττική, ενώ το 15,22%, δηλαδή 14 άτομα, ζουν στη Θεσσαλονίκη.

Πίνακας 7: Περιοχή και Προσβασιμότητα

Μεταβλητή		N	Ποσοστό %
	Συνολικός Πληθυσμός	92	100,00%
Πόλη Κατοικίας	Αττική	31	33,70%
	Θεσσαλονίκη	14	15,22%
	Άλλη περιοχή (εντός Ελλάδας)	47	51,09%
	Εξωτερικό	0	0,00%
Προσβασιμότητα για Αναπήρους	Όχι	59	64,13%
	Ναι	33	35,87%

Επιπλέον, από τα παραπάνω άτομα, μόνο το 35,87% θεωρεί την πόλη του προσβάσιμη για ανάπηρους, δηλαδή μόλις 33 άτομα, ενώ το υπόλοιπο 64,13%, το οποίο αντιστοιχεί σε 59 άτομα, θεωρεί την πόλη μη κατάλληλα σχεδιασμένη για άτομα με κινητικές ή αισθητηριακές δυσκολίες.

Από τους 92 ερωτώμενους του δείγματος που μελετήθηκε, το 83,70% αυτών, δηλαδή οι 77, έχουν κάποια μορφή κινητικής αναπηρίας. Επιπλέον, το 14,13% αυτών, δηλαδή 13 άτομα, εμφανίζουν αισθητηριακή αναπηρία, ενώ, επίσης ένα 14,13% εμφανίζουν κάποια μορφή νοητικής υστέρησης. Ακόμη, 7 άτομα, δηλαδή ποσοστό 7,61%, παρουσιάζουν διαταραχές λόγου και ομιλίας. Τέλος, ένα πιο μικρό ποσοστό της τάξεως του 6,52%, δηλαδή 6 άτομα, εμφανίζουν ορισμένες ψυχικές διαταραχές.

Επίσης, από τους 92 ερωτηθέντες, το 31,52% αυτών, δηλαδή 29 άτομα, παρουσιάζουν ολική αναπηρία ενώ το 68,48%, το οποίο αντιστοιχεί σε 63 άτομα, παρουσιάζουν μερική αναπηρία.

Εν συνεχεία, όσον αφορά τα αίτια πρόκλησης της αναπηρίας το 41,30% των ερωτώμενων, δηλαδή οι 38 από τους 92, έχουν αναπηρία εκ γενετής. Το 33,70% αυτών, δηλαδή 31 άτομα, απέκτησαν την αναπηρία τους με ξαφνικό τρόπο ή εξαιτίας κάποιου ατυχήματος. Ακόμη, το 22,83%, δηλαδή 21 από τους ερωτώμενους, απέκτησαν την αναπηρία τους σταδιακά ή λόγω κάποιας ασθένειας. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 2,17% το οποίο αντιστοιχεί σε μόλις 2 ερωτώμενους, απέκτησαν την αναπηρία τους εξαιτίας κάποιας άλλης αιτίας.

Έπειτα, αναφορικά με τη χρονική διάρκεια της αναπηρίας του μελετώμενου πληθυσμού, σχεδόν οι μισοί από αυτούς, δηλαδή 45 από τους 92, οι οποίοι

αντιστοιχούν σε ποσοστό 48,91%, έχουν διαγνωσμένη αναπηρία για περισσότερα από 5 έτη. Επιπροσθέτως, 39 από αυτούς, δηλαδή 42,39% έχουν την αναπηρία τους από πάντα. Συνεχίζοντας, 5 από τους 92, ποσοστό 5,43% είναι ανάπηροι από 1 έως 5 έτη, ενώ μόλις 3 άτομα, ποσοστό 3,26% έχουν διαγνώσει την αναπηρία τους εντός του τελευταίου έτους.

Πίνακας 8: Αναπηρία

Μεταβλητή		N	Ποσοστό %
Αναπηρία	Συνολικός Πληθυσμός	92	100,00%
Είδος Αναπηρίας	Κινητική	77	83,70%
	Αισθητηριακή	13	14,13%
	Νοητική Υστέρηση	13	14,13%
	Ψυχικές Διαταραχές	6	6,52%
	Διαταραχές Λόγου και Ομιλίας	7	7,61%
Ποσοστό Αναπηρίας	Μερική	63	68,48%
	Ολική	29	31,52%
Αίτιο Αναπηρίας	Εκ γενετής	38	41,30%
	Αιφνίδια / Από ατύχημα	31	33,70%
	Ασθένεια / Σταδιακά	21	22,83%
	Άλλο	2	2,17%
Χρονική Διάρκεια Αναπηρίας	Λιγότερο από 5 έτη	3	3,26%
	1 έως 5 έτη	5	5,43%
	Περισσότερο από 5 έτη	45	48,91%
	Από πάντα	39	42,39%

Ενότητα 2:

3.2 Ερωτηματολόγιο EQ-5D-3L

Στη συνέχεια, αναλύοντας το τεστ EQ-5D, το οποίο όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα εξετάζει τις παραμέτρους της κινητικότητας της αυτοεξυπηρέτησης, της εκπόνησης συνηθισμένων/καθημερινών δραστηριοτήτων, του πόνου ή της δυσφορίας και του άγχους ή της κατάθλιψης, εξάγονται ορισμένα σημαντικά συμπεράσματα. Αρχικά, όπως έχει αναφερθεί ξανά, το EQ-5D-3L εξετάζει τις παραπάνω κατηγορίες σε 3 επίπεδα, τα οποία κυμαίνονται από καθόλου (=καμία ενόχληση, κανένα πρόβλημα στη διεκπεραίωση των δραστηριοτήτων), σε μέτριο

(=μερική ενόχληση ή μέτρια δυσκολία στη διεκπεραίωση) και σε υπερβολικό (=απόλυτη ανικανότητα ή αδυναμία, ή υπερβολική δυσφορία).

Συγκεκριμένα, στο δείγμα που μελετήθηκε το 43,48% των ερωτηθέντων, το οποίο αντιστοιχεί σε 40 άτομα, δήλωσαν πλήρη ανικανότητα να περπατήσουν. Το 39,13%, δηλαδή, 36 άτομα, απάντησαν πως έχουν μερική δυσκολία στη μετακίνηση, ενώ μόνο το 17,39% όσων απάντησαν, δηλαδή 16 άτομα, δήλωσαν ότι δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα στη μετακίνησή τους.

Πίνακας 9: EQ-5D-3L – Κινητικότητα

Μεταβλητή		N	Ποσοστό %
	Συνολικός Πληθυσμός	92	100,00%
Κινητικότητα	Κανένα πρόβλημα	16	17,39%
	Μερική	36	39,13%
	Ανίκανος να περπατήσει	40	43,48%

Όσον αφορά τη δεύτερη ερώτηση του τεστ αποτίμησης της ποιότητας ζωής, η οποία αφορά τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης, τα αποτελέσματα έχουν ως εξής. Το 51,09% των ερωτώμενων, το οποίο αντιστοιχεί σε 47 άτομα, δεν αντιμετωπίζουν κανένα πρόβλημα στην αυτοεξυπηρέτησή τους. Το 30,43%, δηλαδή 28 άτομα, αντιμετωπίζουν μέτρια δυσκολία στο να εξυπηρετηθούν και να καλύψουν τις ανάγκες τους μόνοι τους. Τέλος, το 18,48%, που ισοδυναμεί με 17 άτομα, δεν έχουν την ικανότητα να φροντίσουν μόνοι τους τον εαυτό τους.

Πίνακας 10: EQ-5D-3L – Αυτοεξυπηρέτηση

Μεταβλητή		N	Ποσοστό %
	Συνολικός Πληθυσμός	92	100,00%
Αυτοεξυπηρέτηση	Κανένα πρόβλημα	47	51,09%
	Μερική	28	30,43%
	Ανίκανος να αυτοεξυπηρετηθεί	17	18,48%

Στη συνέχεια, αναφορικά με την ερώτηση που αφορά στη δυνατότητα της απρόσκοπτης πραγματοποίησης των καθημερινών δραστηριοτήτων, το 44,57%, το οποίο αντιστοιχεί σε 41 άτομα, δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν μέτρια δυσκολία στην υλοποίηση του καθημερινού τους προγράμματος. Το 36,96%, που ισοδυναμεί με 34 άτομα, απάντησαν ότι δεν έχουν κανένα πρόβλημα στην υλοποίηση και εφαρμογή των καθημερινών και συνηθισμένων δραστηριοτήτων τους. Τέλος, το 18,48%, που αφορά σε 17 άτομα, υποστήριξε ότι δεν έχουν δυνατότητα να πραγματοποιήσουν ομαλά τις καθημερινές τους ασχολίες.

Πίνακας 11: EQ-5D-3L – Συνήθειες Δραστηριότητες

Μεταβλητή		N	Ποσοστό %
	Συνολικός Πληθυσμός	92	100,00%
Συνήθειες Δραστηριότητες	Κανένα πρόβλημα	34	36,96%
	Μερική	41	44,57%
	Ανίκανος να πραγματοποιήσει τις συνηθισμένες δραστηριότητες	17	18,48%

Ακολούθως, σχετικά με την ερώτηση που αφορά στον πόνο και στη δυσφορία που μπορεί να αισθάνονται οι ερωτώμενοι, το 64,13% αυτών, δηλαδή οι 59 από τους 92, απάντησαν αρνητικά, ότι δηλαδή δεν αισθάνονται καθόλου πόνο ή δυσφορία. Το 31,52% αυτών, δηλαδή 29 άτομα, απάντησαν ότι αισθάνονται μέτριο πόνο ή δυσκολία, ενώ μόνο το 4,35% αυτών, που ισοδυναμεί με 4 άτομα, δήλωσαν ότι αισθάνονται υπερβολικό πόνο ή δυσφορία.

Πίνακας 12: EQ-5D-3L – Πόνος / Δυσφορία

Μεταβλητή		N	Ποσοστό %
	Συνολικός Πληθυσμός	92	100,00%
Πόνος / Δυσφορία	Καθόλου	59	64,13%
	Μέτριος	29	31,52%
	Υπερβολικός	4	4,35%

Τέλος, ως προς την ερώτηση που εξετάζει τα αισθήματα άγχους και θλίψης που αισθάνονται οι ερωτώμενοι, το 50%, δηλαδή 46 άτομα, δήλωσαν ότι αισθάνονται

μέτριο άγχος ή θλίψη. Το 40,22%, το οποίο αντιστοιχεί σε 37 άτομα, υποστήριξε ότι δεν αισθάνονται καθόλου άγχος ή θλίψη. Τέλος, το 9,78%, που ισοδυναμεί με 9 άτομα, υποστήριξαν ότι αισθάνονται υπερβολικό άγχος ή θλίψη.

Πίνακας 13: EQ-5D-3L – Άγχος / Κατάθλιψη

Μεταβλητή		N	Ποσοστό %
	Συνολικός Πληθυσμός	92	100,00%
Άγχος / Κατάθλιψη	Καθόλου	37	40,22%
	Μέτριο	46	50,0%
	Υπερβολικό	9	9,78%

Ένα σημαντικό εύρημα που προέκυψε μέσα από το EQ-5D-3L τεστ, είναι ο δείκτης αυτοαξιολόγησης του επιπέδου υγείας των ερωτώμενων ατόμων.

Συγκεκριμένα, στην αποτίμηση του επιπέδου υγείας που είχαν οι ερωτώμενοι κατά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, η μέση τιμή που προκύπτει σε μια κλίμακα 0-100 βαθμών είναι 74,3587, δηλαδή περίπου 74%. Αντιθέτως, πραγματοποιώντας τον δείκτη Eq5d3l-index, ο οποίος εξάγεται έχοντας λάβει υπόψιν και συνυπολογίσει τις απαντήσεις που έχουν δώσει οι ερωτώμενοι, προκύπτει η πραγματική μέτρηση του επιπέδου υγείας του μελετώμενου πληθυσμού, κατά την οποία, η κατάσταση υγείας τους βρίσκεται κατά μέσο όρο στο 0,3958 ή στο 39%. Επομένως, είναι ιδιαίτερος εμφανές ότι υπάρχει σημαντική απόκλιση μεταξύ του EQ-VAS και του Eq5d3l-index.

Πίνακας 14: Τιμές Δεικτών EQ-VAS και EQ-5D-3L

Μεταβλητή	N	Μέση Τιμή	Μέση Τιμή %	Τυπική Απόκλιση	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
EQ-VAS Score	92	74,3587	74,00%	23,039	0	100
Δείκτης EQ-5D-3L	92	0,3958	39,00%	0,3782	-0,331	1

Ενότητα 3:

3.3 Ανάλυση Παλινδρομήσεων

3.3.1 Ανάλυση Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης Συνολικού Πληθυσμού

Από τον ακόλουθο πίνακα Γραμμικής Παλινδρόμησης παρατηρούνται τα εξής:

Πίνακας 15: Γραμμική Πολλαπλή Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον δείκτη EQ-5D-3L

regress eq5dindex sex, age, lives_alone, education, income_less_1000, sport, disability_severe, disability_duration						
Source	SS	Df	MS		Number of obs	
Model	3.18855398	8	0,3985692		92	
Residual	9,8291227	83	0,1184232		F(8, 83) 3,37	
Total	13,017677	91	0,1430514		Prob > F 0,0022	
					R-squared 0,2449	
					Adj R-squared 0,1722	
					Root MSE 0,34413	
Δείκτης EQ-5D-3L	Συντελεστής (Coefficient)	Τυπικό Σφάλμα (Std Error)	T	P> t	[95% Διάστημα Αξιοπιστίας (Confidence Interval)]	
Φύλο	.0180748	0,0814764	0,22	0,825	-0,1439786	0,1801281
Ηλικία	-.0034349	0,0036897	-0,93	0,355	-0,0107736	0,0039037
Διαβίωση Μόνος/η	.0626432	0,1015346	0,62	0,539	-0,139305	0,2645915
Επίπεδο Εκπαίδευσης	0,1206255	0,0816263	1,48	0,143	-0,0417259	0,282977
Εισόδημα <1.000€	0,0497014	0,0916842	0,54	0,589	-0,1326548	0,2320576
Άθληση	0,1872172	0,0890918	2,1	0,039	0,0100173	0,3644171
Ολική Αναπηρία	-0,1918985	0,0816838	-2,35	0,021	-0,3543642	-0,0294328
Διάρκεια Αναπηρίας	-0,0528919	0,0813235	-0,65	0,517	-0,214641	0,1088573
Cons	0,426102	0,2271146	1,88	0,064	-0,0256198	0,8778239

Αρχικά, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, ο αριθμός των παρατηρήσεων που υπάρχουν στο dataset είναι 92. Σύμφωνα με το F-test που παρατίθεται στο επάνω δεξιά μέρος του πίνακα (Πίνακας ANOVA) οι μεταβλητές του μοντέλου είναι από κοινού στατιστικά σημαντικές μιας και $P < 0,05$, (Prob < F: 0,0022). Από το R-squared παρατηρείται πως το μοντέλο ερμηνεύει περίπου το 24% (0,2449) της συνολικής μεταβλητότητας, το οποίο επιβεβαιώνεται και από το adjusted R-squared (0,1722).

Βλέποντας αναλυτικά καθεμία από τις μεταβλητές του πίνακα Γραμμικής Παλινδρόμησης, συνάγονται τα εξής συμπεράσματα.

Αρχικά, το φύλο (sex) παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τη μεταβλητή του δείκτη ποιότητας ζωής (eq5dindex). Αυτό σημαίνει ότι για κάθε έναν που απαντά στο ερωτηματολόγιο και είναι γυναίκα, ο δείκτης της ποιότητας ζωής αυξάνεται κατά 0,018. Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, παρόλο που το συμπέρασμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό, μιας και το $P > 0,05$ (0,825).

Έπειτα, η ηλικία (age) παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με τη μεταβλητή του δείκτη ποιότητας ζωής (eq5dindex). Αυτό σημαίνει ότι για κάθε 1 χρόνο που αυξάνεται η ηλικία ενός ερωτώμενου και επομένως για κάθε 1 μονάδα αύξησης που σημειώνεται στη μεταβλητή age, ο δείκτης της ποιότητας ζωής μειώνεται κατά - 0,0034. Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, ενώ το συμπέρασμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό, μιας και το $P > 0,05$ (0,355).

Στη συνέχεια, το να ζει κανείς μόνος του (lives_alone) φαίνεται να παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τη μεταβλητή του δείκτη ποιότητας ζωής (eq5dindex). Αυτό σημαίνει ότι για κάθε έναν που απαντά στο ερωτηματολόγιο και ο οποίος ζει μόνος του, ο δείκτης της ποιότητας ζωής αυξάνεται κατά 0,0626. Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, παρόλο που το συμπέρασμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό, μιας και το $P > 0,05$ (0,539).

Ακολούθως, η εκπαίδευση (education) παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τη μεταβλητή του δείκτη ποιότητας ζωής (eq5dindex). Αυτό σημαίνει ότι για κάθε έναν που απαντά στο ερωτηματολόγιο και το επίπεδο των σπουδών του είναι Ανωτάτης Εκπαίδευσης (Προπτυχιακό ή Μεταπτυχιακό), ο δείκτης της ποιότητας ζωής αυξάνεται κατά 0,1206. Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, παρόλο που το συμπέρασμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό, μιας και το $P > 0,05$ (0,143).

Παρακάτω, όταν το συνολικό εισόδημα είναι λιγότερο από 1.000€ (income_less_1000), παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τη μεταβλητή του δείκτη ποιότητας ζωής (eq5dindex). Αυτό σημαίνει ότι για κάθε έναν που απαντά στο ερωτηματολόγιο και το συνολικό μηνιαίο εισόδημά του είναι λιγότερο από 1.000€, ο δείκτης της ποιότητας ζωής αυξάνεται κατά 0,0497. Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι

υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, παρόλο που το συμπέρασμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό, μιας και το $P > 0,05$ (0,589).

Εν συνεχεία, η άθληση (sport) παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τη μεταβλητή του δείκτη ποιότητας ζωής (eq5dindex). Αυτό σημαίνει ότι για κάθε έναν που απαντά στο ερωτηματολόγιο και δηλώνει πως αθλείται, ο δείκτης της ποιότητας ζωής αυξάνεται κατά 0,1872. Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών και το συμπέρασμα είναι στατιστικά σημαντικό, μιας και το $P < 0,05$ (0,039).

Έπειτα, η ολική αναπηρία (disability_severe) παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με τη μεταβλητή του δείκτη ποιότητας ζωής (eq5dindex). Αυτό σημαίνει ότι για κάθε έναν που απαντά στο ερωτηματολόγιο και έχει κάποια μορφή ολικής αναπηρίας, ο δείκτης της ποιότητας ζωής μειώνεται κατά -0,1918. Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών και το συμπέρασμα είναι στατιστικά σημαντικό, μιας και το $P < 0,05$ (0,021).

Τέλος, η διάρκεια της αναπηρίας (disability_duration) παρουσιάζει επίσης αρνητική συσχέτιση με τη μεταβλητή του δείκτη ποιότητας ζωής (eq5dindex). Αυτό σημαίνει ότι για κάθε έναν που απαντά στο ερωτηματολόγιο και έχει εκ γενετής αναπηρία, ο δείκτης της ποιότητας ζωής μειώνεται κατά -0,0528. Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, παρόλο που το συμπέρασμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό, μιας και το $P > 0,05$ (0,517).

Συμπερασματικά, από τον Πίνακα 15 ο οποίος εξετάζει την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών και της ποιότητας ζωής των ατόμων με οποιαδήποτε μορφή αναπηρίας, παρατηρείται από το t-test πως στατιστικά σημαντικές μεταβλητές είναι αυτές της άθλησης και του βαθμού αναπηρίας (ολική/μερική), καθώς από το $P > |t|$ αποδεικνύεται ότι είναι μικρότερες από 0,05, δηλαδή $p < 0,05$.

Το Standard Error (Std. Err) αποτελεί το τυπικό σφάλμα της εκτίμησης· γεγονός που σημαίνει πως όσο μικρότερη είναι η τιμή του, τόσο πιο ακριβής είναι και η εκτίμηση. Τέλος, από το 95% Confidence Interval (Διάστημα Εμπιστοσύνης) συμπεραίνουμε ότι μπορούμε να είμαστε κατά 95% σίγουροι πως η τιμή του coefficient βρίσκεται μεταξύ αυτού του διαστήματος για κάθε μία μεταβλητή που αναλύουμε αντιστοίχως (sex: -0.14398 _ 0.18013, age: -0.01077 _ 0.00390, κοκ.).

3.3.2 Ανάλυση Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης Κινητικά Αναπήρων

Ατόμων

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης προκειμένου, πιο στοχευμένα, να μελετηθούν οι παράγοντες που επιδρούν και σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ατόμων με κινητικές αναπηρίες.

Πίνακας 16: Γραμμική Πολλαπλή Παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον δείκτη EQ-5D-3L

regress eq5dindex sex, age, lives_alone, education, income_less_1000, sport, disability_severe, disability_duration if Physical==1						
Source	SS	df	MS			
Model	2,8078716	8	0,350984		Number of obs	77
Residual	7,58422878	68	0,1115328		F(8, 68)	3,15
Total	10,3921004	76	0,1367382		Prob > F	0,0043
					R-squared	0,2702
					Adj R-squared	0,1843
					Root MSE	0,33397
Δείκτης Eq-5d-3l	Συντελεστής (Coefficient.)	Τυπικό Σφάλμα (Std Error)	T	P> t	[95% Διάστημα Αξιοπιστίας (Confidence Interval)]	
Φύλο	0,0397639	0,0931303	0,43	0,671	-0,1460747	0,2256025
Ηλικία	-0,0017783	0,0046297	-0,38	0,702	-0,0110166	0,0074600
Διαβίωση Μόνος/η	0,0515060	0,1096058	0,47	0,640	-0,1672091	0,2702210
Επίπεδο Εκπαίδευσης	0,1080675	0,0872370	1,24	0,220	-0,0660112	0,2821462
Εισόδημα <1.000€	-0,0001959	0,0982635	-0,00	0,998	-0,1962776	0,1958859
Άθληση	0,2335803	0,1047623	2,23	0,029	0,0245304	0,4426302
Ολική Αναπηρία	-0,1767005	0,0859107	-2,06	0,044	-0,3481326	-0,0052684
Διάρκεια Αναπηρίας	-0,1228332	0,0895611	-1,37	0,175	-0,3015496	0,0558832
__Cons	0,3532747	0,2721225	1,30	0,199	-0,1897374	0,8962868

Αρχικά, όπως μπορεί να γίνει αντιληπτό από τον Πίνακα 16, ο αριθμός των παρατηρήσεων που υπάρχουν στο dataset είναι 77. Σύμφωνα με το F-test που παρατίθεται στο επάνω δεξιά μέρος του πίνακα (Πίνακας ANOVA) οι μεταβλητές του μοντέλου είναι από κοινού στατιστικά σημαντικές, μιας και $P < 0,05$ (Prob<F: 0,0043). Από το R-squared παρατηρείται πως το μοντέλο ερμηνεύει περίπου το 27% (0,2702) της συνολικής μεταβλητότητας, το οποίο επιβεβαιώνεται και από το adjusted R-squared (0,1843).

Βλέποντας αναλυτικά καθεμία από τις μεταβλητές του δεύτερου πίνακα Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης, ο οποίος αφορά αποκλειστικά τους ερωτώμενους με κινητικές αναπηρίες, μπορούν να εξαχθούν τα εξής συμπεράσματα.

Αρχικά, το φύλο (sex) παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τη μεταβλητή του δείκτη ποιότητας ζωής (eq5dindex). Αυτό σημαίνει ότι για κάθε έναν που απαντά στο ερωτηματολόγιο και είναι γυναίκα, ο δείκτης της ποιότητας ζωής αυξάνεται κατά 0,03976. Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, παρόλο που το συμπέρασμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό, μιας και το $P > 0,05$ (0,671).

Έπειτα, η ηλικία (age) παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με τη μεταβλητή του δείκτη ποιότητας ζωής (eq5dindex). Αυτό σημαίνει ότι για κάθε 1 χρόνο που αυξάνεται η ηλικία ενός ερωτώμενου και επομένως για κάθε 1 μονάδα αύξησης που σημειώνεται στη μεταβλητή age, ο δείκτης της ποιότητας ζωής μειώνεται κατά -0,00178. Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, ενώ το συμπέρασμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό, μιας και το $P > 0,05$ (0,702).

Στη συνέχεια, το να ζει κανείς μόνος του (lives_alone) φαίνεται να παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τη μεταβλητή του δείκτη ποιότητας ζωής (eq5dindex). Αυτό σημαίνει ότι για κάθε έναν που απαντά στο ερωτηματολόγιο και ο οποίος ζει μόνος του, ο δείκτης της ποιότητας ζωής αυξάνεται κατά 0,0515. Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, παρόλο που το συμπέρασμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό, μιας και το $P > 0,05$ (0,640).

Ακολούθως, η εκπαίδευση (education) παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τη μεταβλητή του δείκτη ποιότητας ζωής (eq5dindex). Αυτό σημαίνει ότι για κάθε έναν που απαντά στο ερωτηματολόγιο και οι σπουδές του είναι σε επίπεδο Προπτυχιακού ή Μεταπτυχιακού, ο δείκτης της ποιότητας ζωής αυξάνεται κατά 0,10807. Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, παρόλο που το συμπέρασμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό, μιας και το $P > 0,05$ (0,220).

Παρακάτω, όταν το συνολικό εισόδημα είναι λιγότερο από 1.000€ (income_less_1000), παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με τη μεταβλητή του δείκτη ποιότητας ζωής (eq5dindex). Αυτό σημαίνει ότι για κάθε έναν που απαντά στο ερωτηματολόγιο και το συνολικό μηνιαίο εισόδημά του είναι λιγότερο από 1.000€, ο δείκτης της ποιότητας ζωής μειώνεται κατά -0,000196. Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι

υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, παρόλο που το συμπέρασμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό, μιας και το $P > 0,05$ (0,998).

Εν συνεχεία, η άθληση (sport) παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τη μεταβλητή του δείκτη ποιότητας ζωής (eq5dindex). Αυτό σημαίνει ότι για κάθε έναν που απαντά στο ερωτηματολόγιο και δηλώνει πως αθλείται, ο δείκτης της ποιότητας ζωής αυξάνεται κατά 0,2336. Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών και το συμπέρασμα είναι στατιστικά σημαντικό, καθώς $P < 0,05$ (0,029).

Έπειτα, η ολική αναπηρία (disability_severe) παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με τη μεταβλητή του δείκτη ποιότητας ζωής (eq5dindex). Αυτό σημαίνει ότι για κάθε έναν που απαντά στο ερωτηματολόγιο και έχει κάποια μορφή ολικής αναπηρίας, ο δείκτης της ποιότητας ζωής μειώνεται κατά -0,1767. Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών και το συμπέρασμα είναι στατιστικά σημαντικό μιας και το $P < 0,05$ (0,044).

Ολοκληρώνοντας, η διάρκεια της αναπηρίας (disability_duration) παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με τη μεταβλητή του δείκτη ποιότητας ζωής (eq5dindex). Αυτό σημαίνει ότι για κάθε έναν που απαντά στο ερωτηματολόγιο και έχει αναπηρία εκ γενετής, ο δείκτης της ποιότητας ζωής μειώνεται κατά -0,1228. Η τιμή αυτή υποδηλώνει ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, παρόλο που το συμπέρασμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό, μιας και το $P > 0,05$ (0,175).

Συνοψίζοντας, σύμφωνα με τον Πίνακα 16 ο οποίος εξετάζει την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών και της ποιότητας ζωής των ατόμων με κινητική αναπηρία, παρατηρείται από το t-test πως στατιστικά σημαντικές μεταβλητές είναι μόνο η άθληση και ο βαθμός της αναπηρίας (ολική/μερική), καθώς από το $P > |t|$ αποδεικνύεται ότι είναι μικρότερες από 0,05, δηλαδή $p < 0,05$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ενότητα 1:

4.1 Συζήτηση

4.1.1 Σχολιασμός Δημογραφικών Στοιχείων

Όσον αφορά τα δημογραφικά γνωρίσματα του δείγματος που μελετήθηκε, διαπιστώνεται ότι παρουσιάζουν κοινά σημεία με τα αντίστοιχα γνωρίσματα άλλων ερευνών. Συγκεκριμένα, τόσο από την παρούσα έρευνα όσο και από την έρευνα των Λατσού κ. συν., η οποία επίσης εκπονήθηκε στην Ελλάδα, παρατηρείται ότι ο ανδρικός πληθυσμός των ερωτώμενων είναι περισσότερος από τον αντίστοιχο γυναικείο, παρά το γεγονός ότι με βάση τα στοιχεία της Eurostat (1995), ο γυναικείος πληθυσμός που εμφανίζει κάποιο είδος αναπηρίας είναι μεγαλύτερος.

Είναι χαρακτηριστικό ότι σε όλες τις έρευνες που μελετήθηκαν, το ποσοστό των αναπήρων ατόμων που δεν έχουν σύζυγο, αντιστοιχεί, κατά προσέγγιση, στο 50% του συνόλου των αποκριθέντων. Επιπλέον, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με τα αντίστοιχα πορίσματα στα οποία κατέληξε η μελέτη των Λατσού, κ. συν. μελετώντας τον ελληνικό πληθυσμό ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, εν αντιθέσει με έρευνες που διεξήχθησαν σε περιοχές της Ασίας (Ινδία, Ιράν), όπου το επίπεδο εκπαίδευσης των μελετώμενων πληθυσμών βρέθηκε, κατά πολύ, χαμηλότερο.

Αντίστοιχα, όσον αφορά τον τομέα της εργασιακής απασχόλησης, διαπιστώνεται ότι μόλις το 18,48% των ερωτώμενων έχουν κάποια απασχόληση, ποσοστό το οποίο σύμφωνα με την έρευνα της Eurostat, το 2001⁹ ανερχόταν σε 30,5%, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ενώ από την έρευνα Λατσού κ. συν., το 2011, η οποία απευθυνόταν στον ελληνικό πληθυσμό, το ίδιο ποσοστό ήταν 30,83%. Η διαπίστωση της πτώσης του ποσοστού των εργαζομένων αναπήρων ατόμων θα μπορούσε να αιτιολογηθεί από την οικονομική, αλλά και την υγειονομική κρίση που μεσολάβησαν κατά την τελευταία δεκαετία και οι οποίες είχαν ως επακόλουθα την οικονομική ύφεση, τη μείωση της παραγωγής και την επιβολή περικοπών σε εργατικό δυναμικό. Επιπλέον, η έρευνα συμφωνεί με την αντίστοιχη των Λατσού κ. συν., ως προς το

⁹ Η εκπόνηση της έρευνας έλαβε χώρα το 2001, ενώ η δημόσια παρουσίασή της έγινε το έτος 2002.

ασφαλιστικό Ταμείο στο οποίο είναι ασφαλισμένοι οι περισσότεροι από τους ερωτώμενους, καθώς παρατηρείται πως το μεγαλύτερο μέρος αυτών ανήκουν στο ΙΚΑ (50%) και ακολουθούν το Δημόσιο, ο ΟΓΑ και άλλα Ταμεία, ενώ στην συγκρινόμενη έρευνα του 2011, προΐσταται το ΙΚΑ (46,7%) και ακολουθεί ο ΟΓΑ και άλλα Ταμεία. Παράλληλα, και στις δύο ερευνητικές μελέτες το επικρατέστερο εισόδημα στο ερευνητικό δείγμα κυμαίνεται μεταξύ 501-1.000€.

Εν συνεχεία, από τα ευρήματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης, διαπιστώθηκε ένας στατιστικά σημαντικός συσχετισμός ανάμεσα στο ζήτημα της συμμετοχής των ατόμων με αναπηρίες σε αθλητικές δραστηριότητες και στο επίπεδο της ποιότητας ζωής που παρουσιάζουν. Ειδικότερα, από πολυάριθμες έρευνες, και μεταξύ αυτών, από τις έρευνες των Nemček D. και Shapiro, D. R., & Malone L. A., επιβεβαιώνεται η διαπίστωση ότι υπάρχει συσχετισμός μεταξύ της άθλησης και της ποιότητας ζωής των κινητικά και αισθητηριακά αναπήρων ατόμων. Η μοναδική έρευνα που κατέληξε σε διαφορετικό συμπέρασμα, και ως εκ τούτου, δεν εντόπισε κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο εξεταζόμενων μεταβλητών, είναι η έρευνα του Remigiusz Drózdź, όπου μελετώντας 128 ανάπηρα άτομα από την Πολωνία, κάποια από τα οποία αθλούνταν και κάποια όχι, δεν διαπίστωσε κάποια στατιστικά σημαντική συσχέτιση¹⁰ (Drózdź R., 2020).

Τέλος, στους πιθανούς επιπρόσθετους παράγοντες οι οποίοι ενδεχομένως συμβάλλουν και επηρεάζουν το χαμηλό επίπεδο ποιότητας ζωής που βρέθηκε στο μελετώμενο δείγμα των αναπήρων ατόμων, θα μπορούσε να προσμετρηθεί η περιοχή και το περιβάλλον στο οποίο διαβιούν οι ερωτώμενοι, καθώς και ο βαθμός προσβασιμότητας που τους παρέχεται, ο οποίος έχει αντίκτυπο στην κοινωνική τους ενσωμάτωση. Επιπλέον, καθοριστική επίδραση ενδέχεται να έχουν η συμμετοχή τους σε διάφορα χόμπι, καθώς και η ποιότητα των δραστηριοτήτων, η ύπαρξη κατοικίδιου ζώου, και επίσης, η χρήση εφαρμογών κοινωνικής δικτύωσης και ο χρόνος που δαπανούν σε αυτές.

4.1.2 Σχολιασμός Ανάλυσης Παλινδρόμησης

Όπως παρατηρείται από την ανάλυση παλινδρόμησης (υποενότητα 3.3.2) ορισμένες μεταβλητές παρουσιάζουν συσχέτιση, άλλες θετική και άλλες αρνητική με

¹⁰ Ωστόσο, όπως και η ίδια έρευνα αναφέρει, δεδομένου ότι οι περισσότερες έρευνες εντοπίζουν θετικό αντίκτυπο μεταξύ των κινητικά ανάπηρων ατόμων και του επιπέδου της ποιότητας ζωής που παρουσιάζουν, κρίνεται αναγκαίο να διερευνηθεί το πρόβλημα περαιτέρω, στοχεύοντας σε μεγαλύτερο αριθμητικά δείγμα του ίδιου – από άποψη ερευνητικών χαρακτηριστικών – πληθυσμού.

την ποιότητα ζωής των αναπήρων ατόμων. Μάλιστα, κάποιες από αυτές οδηγούν σε στατιστικά σημαντικά συμπεράσματα.

Αναλυτικότερα, από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε ότι όσο η μεταβλητή ηλικία αυξάνεται, τόσο μειώνεται το επίπεδο της ποιότητας ζωής που βιώνουν τα άτομα. Το συμπέρασμα αυτό μπορεί να εξηγηθεί εύλογα, καθώς όσο αυξάνονται τα έτη ζωής, και επομένως πλησιάζει κανείς στη γήρανση, τόσο αυξάνονται τα χρόνια σωματικά προβλήματα, τα άλγη και οι πρακτικές καθημερινές δυσκολίες. Ταυτόχρονα, αυξάνονται και τα ψυχολογικά ζητήματα που αντιμετωπίζει και τα οποία αφορούν άγχη, κατάθλιψη, αίσθημα μοναξιάς, και άλλα. Ως εκ τούτου, όλα τα παραπάνω δύνανται να επιβαρύνουν τα άτομα και την ποιότητα της ζωής τους.

Το παραπάνω συμπέρασμα έχει άμεση συσχέτιση και με την διαπίστωση πως οι γυναίκες τείνουν να παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους άνδρες, γεγονός το οποίο έρχεται σε αντιδιαστολή με το μεγαλύτερο προσδόκιμο ηλικίας των γυναικών. Ως εκ τούτου, ίσως μπορεί να αιτιολογηθεί εάν οι ηλικίες των γυναικών που απάντησαν βρίσκονται κοντά στη μέση τιμή ηλικίας, ή ενδεχομένως, εξαιτίας άλλων προσωπικών και ψυχολογικών παραγόντων.

Στη συνέχεια, παρατηρήθηκε ότι όσοι από τους ερωτώμενους ζουν μόνοι τους, σημειώνουν καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής από αυτούς οι οποίοι συζούν με άλλα πρόσωπα. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί εάν ληφθεί υπόψιν ότι τα άτομα που διαβιούν μόνα τους, απολαμβάνουν κατά συνέπεια, μεγαλύτερη προσωπική αυτονομία, και επιπλέον, έχουν μεγαλύτερη ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης. Κατ' επέκταση, αυτό μπορεί να συνεπάγεται την ύπαρξη λιγότερων πόνων, περιορισμών και λοιπών προβλημάτων.

Άλλη παράμετρος που μελετήθηκε και εμφάνισε θετική συσχέτιση με το βελτιωμένο επίπεδο ποιότητας ζωής είναι το μορφωτικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, μέσα από τη στατιστική ανάλυση εξήχθη το συμπέρασμα ότι όσο αυξάνεται το επίπεδο εκπαίδευσης που έχει λάβει ένα άτομο, τόσο ανεβαίνει και το επίπεδο της ποιότητας ζωής του. Το παραπάνω συμπέρασμα μοιάζει εύλογο, μιας και στις περισσότερες περιπτώσεις, η ύπαρξη ενός καλύτερου μορφωτικού επιπέδου συνεπάγεται καλύτερη εργασιακή αμοιβή. Επομένως, περισσότερα χρήματα και ανέσεις, τα οποία μπορούν να καταστήσουν ευκολότερη τη διαχείριση των επικείμενων δυσκολιών, του πόνου και της δυσφορίας, των διαφόρων ψυχικών απορροιών. Επιπρόσθετα, τα άτομα με καλύτερο εκπαιδευτικό επίπεδο, είναι πιθανό να διαθέτουν ευνοϊκότερο τρόπο σκέψης, κρίσης, κατανόησης και αποδοχής της σωματικής τους κατάστασης.

Ιδιαίτερα σημαντική φαίνεται να είναι η μεταβλητή που περιγράφει το εισόδημα και η οποία παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής. Ειδικότερα, παρότι εκ πρώτης όψεως φαντάζει οξύμωρο το γεγονός ότι για κάθε άτομο που λαμβάνει εισόδημα χαμηλότερο από 1.000€ το επίπεδο της ποιότητας ζωής αυξάνεται, αυτό θα μπορούσε να αιτιολογηθεί ως εξής. Αρχικά είναι πιθανό το πραγματικό τους εισόδημα να ενισχύεται από επιδόματα ή εισοδήματα που προκύπτουν από άλλους πόρους, οι οποίοι δεν σχετίζονται με την αμοιβή τους από την άμεση εργασία τους. Αντιθέτως, εάν η αύξηση του εισοδήματος σε αυτούς οι οποίοι έχουν δηλώσει εισόδημα μεγαλύτερο από 1.000€ έχει προκύψει εξαιτίας του επιδόματος αναπηρίας, (το οποίο λαμβάνουν περίπου το 70% των ερωτηθέντων), αυτό συνεπάγεται και χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής, λόγω της ύπαρξης μεγαλύτερων κακουχιών και δυσκολιών αναφορικά με την κατάσταση της αναπηρίας τους. Ως εκ τούτου, είναι εύλογο άτομα με μεγαλύτερο δηλωμένο εισόδημα να παρουσιάζουν σχετικά πιο κακή ποιότητα ζωής.

Επιπλέον, όπως σχολιάστηκε και στην προηγούμενη υποενότητα, η μεταβλητή της άθλησης παρουσιάζει θετική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα που συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες, τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής, γεγονός που εξηγείται από τις θετικές επιπτώσεις που η ίδια η άθληση αποφέρει στα διάφορα άτομα. Με άλλα λόγια, πραγματοποιώντας αθλητικές ασκήσεις ο οργανισμός αποτοξινώνεται, κινείται και εφοδιάζεται με ψυχοπνευματική ευφορία, η οποία αποτελεί κινητήριο δύναμη και πηγή ενέργειας. Ακόμη, η συμμετοχή στην άθληση συμβάλει στην κοινωνικοποίηση των ατόμων, στην ένταξή τους σε ομάδες, στην ενίσχυση του αισθήματος του ανήκειν και στην πλήρωση του χρόνου και του προγράμματός τους, προλαμβάνοντας και αντιμετωπίζοντας την ανία και τη μιζέρια, καθώς και το πιθανό άγχος ή την κατάθλιψη που μπορεί να αισθάνονται.

Ολοκληρώνοντας, δύο ακόμη μεταβλητές οι οποίες σημειώνουν αρνητική συσχέτιση με τον δείκτη ποιότητας ζωής είναι ο βαθμός αναπηρίας (μερική/ολική) και η διάρκειά της. Συνεπώς, παρατηρείται ότι όσο αυξάνεται η δυσκολία που επιφέρει η αναπηρία (ολική) και η διάρκεια που αυτή έχει, το επίπεδο της ποιότητας ζωής που απολαμβάνουν τα άτομα, μειώνεται και υποβαθμίζεται. Αυτό μπορεί να αιτιολογηθεί από το γεγονός ότι τα άτομα με τα παραπάνω χαρακτηριστικά είναι περισσότερο συχνό να βιώνουν πιο έντονα και αρνητικά τις παραμέτρους του τεστ μέτρησης της ποιότητας ζωής (EQ-5D). Δηλαδή, ανικανότητα αυτόνομης κίνησης και

μετακίνησης, ανικανότητα αυτό-φροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης, περιορισμό και δυσκολίες στην πραγματοποίηση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων, πόνο και δυσφορία, καθώς και άγχος και κατάθλιψη. Κατά συνέπεια, στα άτομα με ολική αναπηρία, τα οποία μάλιστα βρίσκονται υπό αυτήν την κατάσταση για πολλά έτη, οι κινητικές δυσκολίες επιδεινώνονται, ενώ επίσης αυξάνονται και οι πιθανότητες να αντιμετωπίζουν πόνους και αδυναμίες, ψυχολογική κατάρρευση και θλίψη, καθώς και αποκλεισμό ή κοινωνική απομόνωση.

Ενότητα 2:

4.2 Περιορισμοί Έρευνας

Λαμβάνοντας υπόψη το περιορισμένο χρονικό διάστημα που υπήρχε διαθέσιμο για την εκπόνηση του ερευνητικού έργου, σε συνδυασμό με τους περιορισμούς και τους σκοπέλους που η πανδημία του Covid-19 έφερε στο προσκήνιο, θα μπορούσε να συναχθεί πως ο αριθμός των ατόμων που μπόρεσαν να συμμετάσχουν είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικός. Επομένως, εάν ήταν δυνατό να προσπεραστούν τα δύο ανωτέρω «εμπόδια», είναι βέβαιο ότι ο αριθμός των συμμετεχόντων στην έρευνα θα ήταν κατά πολύ μεγαλύτερος. Τα παραπάνω αποτελούν σημεία που θα μπορούσαν να εξεταστούν για ενδεχόμενη μελλοντική διεύρυνση της έρευνας.

Ενότητα 3:

4.3 Συμπεράσματα – Προτάσεις

Ανακεφαλαιώνοντας την παρούσα ερευνητική εργασία και λαμβάνοντας υπόψιν τα ερευνητικά συμπεράσματα που εξήχθησαν, η μελέτη καταλήγει σε ορισμένες αξιοσημείωτες και στατιστικά σημαντικές διαπιστώσεις. Κατά κύριο λόγο, οι διαπιστώσεις αυτές αφορούν στο ότι το επίπεδο της ποιότητας ζωής παρουσιάζεται ως περισσότερο βελτιωμένο στα άτομα που κάνουν αθλητικές δραστηριότητες, ενώ αντιθέτως, είναι χαμηλότερο στα άτομα τα οποία έχουν ολική αναπηρία, καθώς και σε αυτά που διαθέτουν αναπηρία εκ γενετής.

Για τα παραπάνω θα ήταν σκόπιμο να διατυπωθούν ορισμένες προτάσεις, οι οποίες, ως επί το πλείστον, έγκεινται στην περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στη βελτίωση του επιπέδου ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία.

Ειδικότερα, θα μπορούσε μέσα από νέες έρευνες και μελέτες να επιβεβαιωθεί ότι η συμμετοχή των αναπήρων ατόμων σε αθλητικές δραστηριότητες συμβάλλει

πράγματι καθοριστικά στη ανάπτυξη του επιπέδου ζωής που βιώνουν, και ακόμη, να διερευνηθεί εάν παράγοντες όπως η κοινωνικοποίηση που επιτυγχάνεται μέσω αυτών των δραστηριοτήτων ή η καθαυτή σωματική και βιολογική ενεργοποίηση του οργανισμού δημιουργούν θετικό αντίκτυπο στο βαθμό του επιπέδου της ποιότητας ζωής.

Κατ' επέκταση, θα ήταν ωφέλιμο να δοθούν κίνητρα στα άτομα να συμμετάσχουν ενεργότερα σε αθλητικές δραστηριότητες και ομάδες, αυξάνοντας έτσι το ατομικό επίπεδο ευημερίας τους. Επιπρόσθετα, πέραν από τις ατομικές πρωτοβουλίες, θα ήταν χρήσιμο να υπάρξουν συντονισμένες και οργανωμένες ομοσπονδιακές και κοινωνικές προσπάθειες, ούτως ώστε να ενισχυθεί η ενσωμάτωση και η ένταξη των ατόμων σε αθλητικούς κύκλους και δράσεις.

Επιπλέον, θα είχε ενδιαφέρον να διερευνηθεί εκ νέου εάν το εισόδημα και το επίπεδο εκπαίδευσης, αποτελούν αναγκαίους παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν αποφασιστικά και να αυξήσουν το επίπεδο ποιότητας ζωής των ανάπηρων ατόμων. Μάλιστα, σε περίπτωση εύρεσης κάποιας στατιστικά σημαντικής συσχέτισης να γίνουν προσπάθειες μέσα από τις οποίες να ενθαρρύνεται η συμμετοχή των αναπήρων ατόμων σε εκπαιδευτικά και σπουδαστικά προγράμματα, ειδικά διαμορφωμένα και προσαρμοσμένα στις ανάγκες τους.

Ακόμη, θα ήταν σημαντικό να υπάρξει κοινωνική προνοιακή μέριμνα μέσω επιδομάτων για τα άτομα με αναπηρίες, η οποία να αποσκοπεί στην οικονομική ενδυνάμωση και στην υγειονομική φροντίδα, καθώς και στην κάλυψη των ιδιαίτερων αναγκών των ατόμων, μέσω παροχών υγείας προσαρμοσμένων και εστιασμένων στην ιδιαίτερη κατάσταση υγείας και στις ανάγκες του καθενός.

Επιπροσθέτως, θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθεί εάν η περιοχή, το περιβάλλον κατοικίας και η προσβασιμότητα έχουν αντίκτυπο στην κοινωνική ενσωμάτωση και στο επίπεδο της ποιότητας ζωής και παράλληλα, να εξεταστεί αν έχουν κάποια καθοριστικής σημασίας επίδραση στο επίπεδο της ποιότητας ζωής, η συμμετοχή σε χόμπι, καθώς και η ποιότητα των δραστηριοτήτων, η ύπαρξη κατοικίδιου ζώου, και επίσης, η χρήση εφαρμογών κοινωνικής δικτύωσης και ο χρόνος που τα άτομα δαπανούν σε αυτές.

Τέλος, θα ήταν σκόπιμο να πραγματοποιηθεί εκ νέου η εκπόνηση μιας αντίστοιχης έρευνας έχοντας μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων, ούτως ώστε να επαληθευθούν τα πορίσματα και η αξιοπιστία των συμπερασμάτων και, κατ'

επέκταση, να μπορούν να είναι αντιπροσωπευτικά του γενικού πληθυσμού των αναπήρων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Ποιότητα Ζωής και Αναπηρία

Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

Ηλικία:

.....

Οικογενειακή κατάσταση:

Είστε:

- Παντρεμένος/η
- Σε σχέση
- Ελεύθερος/η
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α

Συμβιώνετε με:

- Οικογένεια
- Σύντροφο
- Φίλους/Παρέα
- Συνοδό
- Ζω μόνος/η

Πόσα αδέρφια έχετε;

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- Περισσότερα από 4

Εκπαίδευση & Εργασιακή Απασχόληση

Εκπαίδευση

- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- ΙΕΚ/ΔΙΕΚ
- Προπτυχιακό (ΑΕΙ/ΤΕΙ)
- Μεταπτυχιακό
- Διδακτορικό
- Άλλο

Εργασιακή απασχόληση

(έχετε δυνατότητα πολλαπλής επιλογής)

- Εργάζομαι με πλήρες ωράριο (8ωρο)

- Εργάζομαι σε εργασία μερικής απασχόλησης
- Είμαι άνεργος
- Είμαι εισοδηματίας
- Είμαι συνταξιούχος
- Είμαι φοιτητής/τρια
- Ασχολούμαι με τα Οικιακά
- Δεν μπορώ να εργαστώ λόγω αναπηρίας

Ποιο είναι το καθαρό μηνιαίο εισόδημά σας;

- Λιγότερα από 500€
- 501-1000€
- 1001-1500€
- 1501-2000€
- Περισσότερα από 2.000€

Σε ποιον ασφαλιστικό φορέα είστε ασφαλισμένος/η;

- ΙΚΑ
- ΟΓΑ
- ΟΑΕΕ
- Ταμείο Τραπεζών
- Ταμείο Δημοσίου
- Άλλο
- Δεν είμαι ασφαλισμένος

Λαμβάνετε επίδομα αναπηρίας;

- Ναι
- Όχι

Κοινωνική ζωή και Χόμπι

Έχετε κατοικίδιο ζώο;

- Ναι
- Όχι

Τι κατοικίδιο ζώο έχετε;

(έχετε δυνατότητα πολλαπλής επιλογής)

- Σκύλο
- Γάτα
- Κουνέλι
- Καναρίνι/Παπαγάλο
- Άλλο
- Δεν έχω

Κάνετε κάποια αθλητική δραστηριότητα;

- Ναι
- Όχι

Αν ναι, τι αθλητικές δραστηριότητες κάνετε;

.....

Πόσες φορές την εβδομάδα;

- Ποτέ
- 1
- 2-3
- 3-5
- Κάθε μέρα

Έχετε χόμπι;

- Ναι
- Όχι

Αν ναι, ποιο/α είναι αυτά;

.....

Ποια μέσα κοινωνικής δικτύωσης χρησιμοποιείτε;
(έχετε δυνατότητα πολλαπλής επιλογής)

- Instagram
- Facebook
- YouTube
- TikTok
- Pinterest
- Snapchat
- Tinder
- Twitter
- LinkedIn
- Viber
- Whatsapp
- Skype

Πόσες ώρες την ημέρα αφιερώνετε στις παραπάνω εφαρμογές;

- 0-1
- 1-3
- 3-5
- Περισσότερες από 5

Τόπος Κατοικίας

Πού κατοικείτε;

- Αττική
- Θεσσαλονίκη
- Άλλη περιοχή (εντός Ελλάδας)
- Εξωτερικό

Θεωρείτε την πόλη σας προσβάσιμη για αναπήρους;

- Ναι
- Όχι

Αναπηρία

Τι είδους αναπηρία έχετε;

(έχετε δυνατότητα πολλαπλής επιλογής)

- Κινητική
- Αισθητηριακή
- Νοητική
- Ψυχικές διαταραχές
- Διαταραχές λόγου και ομιλίας
- Άλλο

Η αναπηρία σας είναι:

- Μερική
- Ολική

Την αποκτήσατε...

- Εκ γενετής
- Αιφνίδια ή από ατύχημα
- Από ασθένεια / σταδιακά
- Λόγω άλλης αιτίας

Χρονικό διάστημα από τη διάγνωση της αναπηρίας μέχρι και σήμερα...

- Έως 1 έτος
- 1 έως 5 έτη
- Περισσότερα από 5 έτη
- Από πάντα

Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής

ΣΕ ΚΑΘΕΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ, ΕΠΙΛΕΞΤΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΠΕΡΙΓΡΑΦΕΙ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ ΣΗΜΕΡΑ.

Κινητικότητα

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα.
- Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα.
- Δεν μπορώ να περπατήσω.

Αυτοεξυπηρέτηση

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να πλένομαι ή στο να ντύνομαι μόνος/η μου.
- Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι ή στο να ντύνομαι μόνος/η μου.
- Δεν μπορώ να πλένομαι ή να ντύνομαι μόνος/η μου.

Συνηθισμένες Δραστηριότητες (π.χ. δουλειά, μελέτη, νοικοκυριό, οικογενειακές δραστηριότητες ή δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου)

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου.
- Έχω μερικά προβλήματα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου.
- Δεν μπορώ να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου.

Πόνος / Δυσφορία

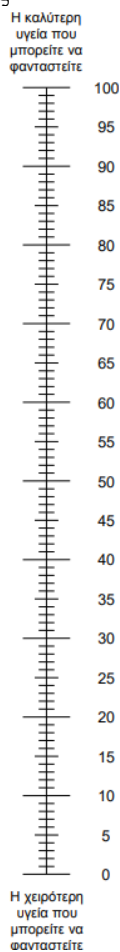
- Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία.

- Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία.
- Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία.

Άγχος / Κατάθλιψη

- Δεν έχω άγχος ή θλίψη.
- Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη.
- Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη.

Τέλος, θα θέλαμε να ξέρουμε πόσο καλή ή κακή είναι η υγεία σας ΣΗΜΕΡΑ. Σε μια κλίμακα αριθμημένη από το 0 έως το 100, όπου 100 σημαίνει την καλύτερη υγεία που μπορείτε να φανταστείτε και 0 σημαίνει τη χειρότερη υγεία που μπορείτε να φανταστείτε, παρακαλείστε να γράψετε τον αριθμό που δείχνει πώς είναι η υγεία σας ΣΗΜΕΡΑ σημειώνοντας τον αντίστοιχο αριθμό στο παρακάτω κουτάκι.



Η ΥΓΕΙΑ ΜΟΥ ΣΗΜΕΡΑ:

(σημειώστε αριθμό από το 0 (χειρίστο επίπεδο υγείας) έως το 100 (βέλτιστο επίπεδο υγείας))

.....

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Alchemer, (2021). *What is Regression Analysis and Why Should I Use It?* Δημοσιεύτηκε 08 Ιουνίου 2021. Ανακτήθηκε 24 Αυγούστου 2022. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.alchemer.com/resources/blog/regression-analysis/>

Barnes C., Oliver M., Barton L., (2002). *Disability Studies Theory*. Ελληνική Έκδοση: *Οι σπουδές για την αναπηρία σήμερα* (2014). Μετάφραση: Κόφφα Μ., Επιμέλεια: Ασημακοπούλου Δ., Εκδόσεις ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ Α.Ε., Θεσσαλονίκη, 2014

Centers for Disease Control and Prevention, (2018). *CDC: 1 in 4 US adults live with a disability*. Δημοσιεύτηκε 31 Οκτωβρίου 2018. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.cdc.gov/media/releases/2018/p0816-disability.html>

Centers for Disease Control and Prevention, (2018). *Health-Related Quality of Life (HRQOL) Concepts*. Δημοσιεύτηκε 16 Αυγούστου 2018. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.cdc.gov/hrqol/concept.htm>

Centers for Disease Control and Prevention, (2020). *Impairments, Activity Limitations, and Participation Restrictions*. Αναθεωρήθηκε 16 Σεπτεμβρίου 2020. Ανακτήθηκε 20 Μαΐου 2022. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/disability.html>

Child Advocacy Network of Disability Organizations, (2022). *Multiple Disabilities*. Ανακτήθηκε 14 Μαΐου 2022. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.arc.org.mv/arccando/multiple-disabilities/>

Disabled World, (2022). *Disabilities: Definition, Types and Models of Disability*. Αναθεωρήθηκε 07 Απριλίου 2022. Ανακτήθηκε 13 Μαΐου 2022. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: www.disabled-world.com/disability/types/

Remigiusz Drózdź, (2020). *Views on the quality of life of people with disabilities in the light of their involvement in sport activities*. Δημοσιεύτηκε το 2020 στο *Baltic Journal of Health and Physical Activity*. SpecIss(1):97-103. Διαθέσιμο στον Διαδικτυακό τόπο: <https://www.balticsportscience.com/journal/vol12/iss5/11/>.

European Commission DG Employment and Social Affairs (2002). *Disability and Social Exclusion in the European Union Time for change, tools for change*. Final

Study Report. Παρουσιάστηκε τον Μάρτιο 2002 στην Αθήνα. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: [https://sid-inico.usal.es/idos/F8/FDO7040/disability_and_social_exclusion_report .pdf](https://sid-inico.usal.es/idos/F8/FDO7040/disability_and_social_exclusion_report.pdf)

EuroQol Research Foundation, (2021). *Where is EQ-5D used?* Αναρτήθηκε 30 Νοεμβρίου 2021. Ανακτήθηκε 12 Ιουνίου 2022. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/how-can-eq-5d-be-used/where-is-eq-5d-used/>

EuroQol Research Foundation, (2022). *Explaining the eq-5d in about two-and-a-half-minutes.* Ανακτήθηκε 10 Ιουνίου 2022. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/how-can-eq-5d-be-used/where-is-eq-5d-used/>

Eurostat, (1995). *Disabled Persons: Statistical Data.* Δημοσιεύτηκε στο Statistics in Focus: Population and social conditions. τον Οκτώβριο 1995. Ανακτήθηκε 29 Αυγούστου 2022. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <http://aei.pitt.edu/85126/1/1995.10.pdf>

Eurostat, (2018). *1 in 4 people in the EU have a long-term disability.* Δημοσιεύτηκε 03 Δεκεμβρίου 2018. Ανακτήθηκε 20 Αυγούστου 2022. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20181203-1>

Hayes A., (2022). *Descriptive Statistics.* Δημοσιεύτηκε 01 Αυγούστου 2022. Ανακτήθηκε 25 Αυγούστου 2022. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: https://www.investopedia.com/terms/d/descriptive_statistics.asp

Kuvalekar K., Kamath R., Ashok L., Shetty B., Mayya Shr., Chandrasekaran V., (2015). *Quality of Life among Persons with Physical Disability in Udupi Taluk: A Cross Sectional Study.* Δημοσιεύτηκε στο Journal Family Med Prim Care, τον Ιανουάριο – Μάρτιο 2015. Ανακτήθηκε 27 Αυγούστου 2022. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25810992/>

Kwon HJ, Kim JS, Kim YJ, Kwon SJ, Yu JN, (2015). *Sensory Impairment and Health-Related Quality of Life.* Δημοσιεύτηκε στο Iran J Public Health τον Ιούνιο 2015. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4524301/#>

Leonardi M., Bickenbach J., Ustun B. T., Kostanjsek N., Chatterji S., (2006). *The definition of disability: what is in a name?.* Δημοσιεύτηκε στο Lancet στις 7

Οκτωβρίου 2006. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17027711/>

Nemček D., (2016). *Quality of Life of People with Disabilities from Sport Participation Point of View*. Δημοσιεύτηκε στο Journal Acta Facultatis Educationis Physicae Universitatis Comenianae (AFEPUC), vol. 56, no. 2, 2016, pp. 77-92 στις 08 Νοεμβρίου 2015. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://sciendo.com/article/10.1515/afepuc-2016-0007>

National Disability Services, (2022). *Disability Types and Description*. Ανακτήθηκε 14 Μαΐου 2022. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.nds.org.au/disability-types-and-descriptions>

National Health Service, (2018). *Deafblindness*. Αναρτήθηκε 07 Αυγούστου 2018. Ανακτήθηκε 14 Μαΐου 2022. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.nhs.uk/conditions/deafblindness/>

Nanthamongkolchai S., Tojeen A., Munsawaengsub Ch., Yodmai K. & Suksatan W., (2022). *Quality of Life of Older Adults with Physical and Mobility Disabilities during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in Thailand*. Δημοσιεύτηκε 12 Ιουλίου 2022 στο Journal “Sustainability”, 14(14):8525. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.mdpi.com/2071-1050/14/14/8525#cite>

Rajati, F., Ashtarian, H., Salari, N., Ghanbari, M., Naghibifar, Z., & Hosseini, S. Y. (2018). *Quality of life predictors in physically disabled people*. Δημοσιεύτηκε 3 Μαΐου 2018 σε Journal of education and health promotion, 7, 61. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5963207/>

Resonance Audiology, (2020). *What Does “Normal” Hearing Really Mean?* Δημοσιεύτηκε 06 Ιουλίου 2020. Ανακτήθηκε 14 Μαΐου 2022. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://resonanceaudiology.com/normal-hearing-really-mean/>

Ross W. D., (2010). Aristotle. (*Αριστοτέλης*). σελ. 271-273. Επιμέλεια: Στεφάνου Κ. Μετάφραση: Μήτσου Μ. Εκδόσεις: Μορφωτικό Ίδρυμα Εθνικής Τραπέζης (ΜΙΕΤ). Αθήνα, 2010.

Schippers A., (2010). *Quality of life in Disability Studies*. Δημοσιεύτηκε τον Φεβρουάριο 2010 στο Journal Medische Antropologie. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: https://www.academia.edu/3133966/Quality_of_life_in_Disability_Studies

Setia M. S., (2016). *Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies*. Δημοσιεύτηκε τον Μάιο-Ιούνιο του 2016 στο Indian J Dermatol. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4885177/>

Shapiro D. R., Malone L. A., (2016). *Quality of life and psychological affect related to sport participation in children and youth athletes with physical disabilities: A parent and athlete perspective*. Δημοσιεύτηκε στο Journal Disability and Health τον Ιούλιο 2016. Pages 385-391. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1936657415002034>

Townsend-White C., Pham A. N. T., Vassos M. V., (2012). *A systematic review of quality of life measures for people with intellectual disabilities and challenging behaviours*. Δημοσιεύτηκε τον Μάρτιο 2012 στο Journal of intellectual disability research. Volume 56, part 3, pp 270-284. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://disabilitystudies.nl/sites/disabilitystudies.nl/files/beeld/onderwijs/systematic-review-qol-instruments-id.pdf>

Truscott D. S., Berry A.W. R., Lee K., (2004). *Special Education*. Encyclopedia of Applied Psychology 2004, Pages 453-462. Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B0126574103004451>.

Wasserman D., Sean A., (2011). *Disability: Definitions and Models*. Έκδοση 2022. Δημοσιεύτηκε σε The Stanford Encyclopedia of Philosophy στις 16 Δεκεμβρίου 2011. Ανακτήθηκε 30 Μαΐου 2022. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://plato.stanford.edu/archives/sum2022/entries/disability/>>.

World Health Organization, (1985). *Targets for Health for all. Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for all*. Εκδόθηκε στη Δανία, το 1985. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109779/WA_540_GA1_85TA.pdf

World Health Organization & World Bank, (2011). *World report on disability 2011*. Δημοσιεύτηκε στο World Health Organization. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44575>

Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>

World Health Organization, (2012). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. p. 8. WHO/HIS/HIS Rev. 2012.03. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>

World Health Organization, (2021). *Deafness and hearing loss*. Δημοσιεύτηκε 01 Απριλίου 2021. Ανακτήθηκε 14 Μαΐου 2022. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>

World Health Organization, (2022). *Disability*. Ανακτήθηκε 14 Αυγούστου 2022. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: https://www.who.int/health-topics/disability#tab=tab_1

Ελληνική

Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού - ΕΙΕΑΔ, (2020). *Κινητικές Αναπηρίες και Κοινωνική Πολιτική στην Ελλάδα: Μια Πρώτη Προσέγγιση*. Εκδόθηκε τον Δεκέμβριο 2020 στην Αθήνα. Ανακτήθηκε 12 Μαΐου 2022. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.eiead.gr/wp-content/uploads/2020/12/Σειρά-Κοινωνική-Πολιτική-Κοινωνικές-Αναπηρίες-1.pdf>

Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία, (2017). *Αναπηρία: Ένα ζήτημα σε εξέλιξη*. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.esamea.gr/did-you-know>

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2017). *The European Pillar of Social Rights in 20 Principles*. Δημοσιεύτηκε 16 Νοεμβρίου 2017. Ανακτήθηκε 27 Ιουλίου 2022. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_en

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος, (2003). *Άτομα με Προβλήματα Υγείας ή Αναπηρία*. Δημοσιεύτηκε στις 03.06.2003, από το Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Αθήνα.

Κανελλοπούλου – Μπότη Μ., (2006). *Η πρόσβαση στην Πληροφορία για τα Άτομα με Αναπηρία*. Ιόνιος Επιθεώρηση του Δικαίου, τεύχος 6. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2006.

Καραγιάννη Γ., (2017). *Η αναπηρία στην Ελλάδα της κρίσης*. Σελ. 19-22. Εκδόσεις Gutenberg, 2017

Λατσού Δ., Πιερράκος Γ., Υφαντόπουλος Ν., Υφαντόπουλος Ι., (2014). *Ποιότητα ζωής ατόμων με κινητικά προβλήματα σε αναπηρικές καρέκλες στην Ελλάδα*. Δημοσιεύτηκε σε Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: https://www.researchgate.net/publication/287323159_Health-related_quality_of_life_of_people_with_mobility_limitations_using_wheelchairs_in_Greece

Νάκου Σ., (2001). *Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική*. Δημοσιεύτηκε στο Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: <https://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/254.pdf>