



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ
ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ
ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

ΣΤΡΑΤΟΥΡΗ ΕΛΕΝΗ

ΡΟΔΟΣ 2017

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΙΓΑΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ
ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ
ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ**

ΣΤΡΑΤΟΥΡΗ ΕΛΕΝΗ

A.M.: 411/2011203

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: ΤΣΑΜΠΑΡΛΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ,
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ

ΡΟΔΟΣ 2017

«Ψυχῆς γὰρ ὄργανον τὸ σῶμα»

Πλούταρχος,
«Τῶν ἐπτά σοφῶν συμπόσιον», 163e

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
----------------	---

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
----------------	---

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Α. ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ, ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

I. Εννοιολογικές αποσαφηνίσεις	10
I.1. Η έννοια της φυσικής δραστηριότητας και του αθλητισμού	10
I.2. Η έννοια της προσαρμοσμένης φυσικής δραστηριότητας	11
I.3. Η έννοια της αναπηρίας	12
I.4. Κατηγοριοποίηση της αναπηρίας	15
II. Συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία σε φυσική δραστηριότητα	18
II.1. Τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας και του αθλητισμού στα άτομα με αναπηρία	18
II.2. Ο αθλητισμός των ατόμων με αναπηρία στην ελληνική πραγματικότητα	21

Β. ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ

I. Εννοιολογικές αποσαφηνίσεις	23
I.1. Η έννοια της ανθεκτικότητας: οι όροι “hardiness” και “resilience”	23
I.2. Συστατικά στοιχεία της ανθεκτικότητας και χαρακτηριστικά των ατόμων που διακρίνονται από αυτά	24
II. Η σχέση της ανθεκτικότητας με την αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους	26
II.1. Σύντομη ιστορική αναδρομή στο πεδίο της έρευνας	26
II.2. Υψηλή ανθεκτικότητα και μηχανισμοί επιτυχούς αντιμετώπισης ερεθισμάτων άγχους	27

Γ. ΑΓΧΟΣ, ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΓΧΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

I. Εννοιολογικές αποσαφηνίσεις	29
I.1. Η έννοια του άγχους και του στρες	29
II. Στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ)	30

Π.1. Ορισμός των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων	30
Π.2. Κατηγορίες Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων	31
Π.3. Τύποι Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων	32
Π.4. Διαφορές των δύο φύλων στη χρήση των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων	34
Π.5. Η φυσική δραστηριότητα ως Στρατηγική Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων	35

Δ. ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΩΝ ΑΓΧΟΥΣ

I. Εννοιολογικές αποσαφηνίσεις	37
I.1. Η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας	37
I.2. Πηγές διαμόρφωσης των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας	38
II. Η αυτοαποτελεσματικότητα των ατόμων με αναπηρία στην αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους	43
II.1. Οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας στην διαχείριση ερεθισμάτων άγχους	43
II.2. Η αυτοαποτελεσματικότητα στα άτομα με αναπηρίες	44
Σκοπός και επιμέρους στόχοι της έρευνας – ερευνητικά ερωτήματα	45

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ε. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

I. Μέθοδος και διαδικασία	47
I.1. Δείγμα	47
I.2. Ερευνητικά εργαλεία	48
I.3. Διαδικασία	54

ΣΤ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

I. Περιγραφική ανάλυση	56
I.1. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης στις κλίμακες της έρευνας	56
I.2. Σύγκριση των επιλογών των δύο φύλων στις κλίμακες της έρευνας	58
II. Επαγωγική ανάλυση	60
II.1. Συσχετίσεις	60
II.2. Ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης	65

Z. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

I. Ερμηνεία αποτελεσμάτων68

II. Γενικά συμπεράσματα – Περιορισμοί της έρευνας – Προτάσεις72

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ76

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ86

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Πολλά έχουν ειπωθεί για τη συμβολή της άσκησης στην ψυχολογία του ανθρώπου τόσο από τους αρχαίους φιλοσόφους, όσο και από τους σύγχρονους ερευνητές. Είναι εκπληκτικό το γεγονός ότι πολλές έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης και φυσικής δραστηριότητας μπορεί να αποτελέσει μία αποτελεσματική στρατηγική για την αντιμετώπιση καθημερινών ερεθισμάτων άγχους. Ειδικότερα, όταν η «ομάδα» των ατόμων που κάποιος επιλέγει να διερευνήσει αφορά άτομα που βιώνουν πραγματικά δύσκολες καταστάσεις στη ζωή τους, όπως είναι η κατάσταση της αναπηρίας, η έρευνα αποκτά μεγαλύτερο ενδιαφέρον. Η ιδέα της παρούσας πτυχιακής εργασίας συνεπώς, προήλθε από αυτή τη σκέψη, η οποία βέβαια εμπλουτίστηκε και διαμορφώθηκε κατάλληλα μέχρι να πάρει την τελική της μορφή.

Το κίνητρο που κρύβεται πίσω από τη διαμόρφωση του συγκεκριμένου θέματος βρίσκεται στην επιθυμία μου να ασχοληθώ πιο αναλυτικά με την ψυχολογία των ατόμων που έχουν κάποια μορφή αναπηρίας. Ιδιαίτερα, η προσπάθειά τους να ασχοληθούν με την άσκηση και τον αθλητισμό, παρά την οποιαδήποτε μορφή αναπηρίας τους, είναι ένα χαρακτηριστικό που με εντυπωσιάζει. Στη ζωή μου είχα την ευκαιρία να παρακολουθήσω ανθρώπους που μετέφεραν με αγάπη το αναπηρικό καρότσι στο οποίο ήταν υποχρεωμένοι να βρίσκονται λόγω της αναπηρίας τους και μαζί του να χορεύουν. Ακόμα, είχα την ευκαιρία να δω από κοντά ανθρώπους με κινητικές αναπηρίες να κολυμπούν, ανθρώπους με ακρωτηριασμένα άκρα να ρίχνουν ακόντιο και ανθρώπους που είχαν χάσει την όρασή τους να τρέχουν σε μαραθώνιες διαδρομές. Πώς γίνεται λοιπόν, αυτοί οι άνθρωποι να μη σε εντυπωσιάζουν;

Η δυναμικότητα και η θέληση αυτών των ανθρώπων ήταν και ο λόγος που με επηρέασε στην επιλογή του θέματος της έρευνάς μου. Με ενδιαφέρει ιδιαίτερα να διερευνήσω πώς η συμμετοχή ατόμων με κάποια μορφή αναπηρίας σε ατομικές ή ομαδικές φυσικές δραστηριότητες βοηθάει στη διαχείριση του άγχους που απορρέει από καθημερινές στρεσογόνες καταστάσεις, αλλά και να εξετάσω την αυτοαποτελεσματικότητά τους απέναντι στα ερεθίσματα άγχους της καθημερινής ζωής. Άλλωστε, η αντιμετώπιση του ψυχολογικού στρες απαιτεί την ενεργοποίηση αποτελεσματικών στρατηγικών και η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης μπορεί να θεωρηθεί μία τεχνική ελέγχου του στρες.

Σε αυτό το σημείο είναι πολύ σημαντικό να αναφέρω ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί την ολοκλήρωση μίας κοπιώδους, αλλά γεμάτης ενθουσιασμό προσπάθειας, η οποία δε θα ήταν ίδια χωρίς την συμβολή κάποιων ανθρώπων. Θα ήθελα λοιπόν, να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την επιβλέπουσα καθηγήτρια της εργασίας μου, την κα Τσαμπαρλή Αναστασία, για την καθοδήγηση και την υποστήριξη που μου προσέφερε σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους αθλητές, που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, για την τιμή που μου έκαναν να διαθέσουν λίγο από τον χρόνο τους και να συνεισφέρουν σε αυτή την ερευνητική προσπάθεια. Επιπλέον, δε θα μπορούσα παρά να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στους προπονητές κ. Μιχάλη Νικόπουλο και κ. Παναγιώτη Παϊπέτη για τη στήριξη και την ενθάρρυνσή τους.

Κλείνοντας, θα ήθελα να αναφέρω τα λόγια του Alexandre Jollien στο βιβλίο του «Εγκατάλειψη. Αφήνομαι στη ζωή», με τα οποία περιγράφει με εξαιρετικό τρόπο την προσπάθεια αντιμετώπισης της αναπηρίας...

«Κατάλαβα ότι η αναπηρία και οι πληγές που μου είχε αφήσει ήταν σαν αποσκευές που έσερνα πάνω σε ένα καρότσι. Έβλεπα το σώμα μου πάνω στο καρότσι και δεν είχα παρά να το μεταφέρω. Στο κάτω κάτω, αν κάποιος περιγελά ό,τι υπάρχει πάνω στο καρότσι δεν είναι δικό μου πρόβλημα. Το πρόβλημά μου, το χρέος μου, η δουλειά μου είναι να μεταφέρω το καρότσι με αγάπη.»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια διαπιστώνεται ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον από τους ερευνητές για το ψυχολογικό στρες (Giacobbi, Tuccitto, & Frye, 2007). Το στρες εμφανίζεται όταν οι εσωτερικές ή εξωτερικές απαιτήσεις θέτουν σε δοκιμασία ή υπερβαίνουν τις δυνατότητες που το άτομο εκτιμά ότι διαθέτει (Lazarus & Folkman, 1984). Έτσι, το στρες γίνεται το αποτέλεσμα της ενεργητικής αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του και εκτιμάται ότι μπορεί να έχει φυσιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνιολογικές προεκτάσεις, οι οποίες μπορεί να αλληλοεπηρεάζονται, ιδιαίτερα στην περίπτωση κατά την οποία το άτομο αδυνατεί να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις που προκύπτουν (Lazarus, 1993).

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι το περιβάλλον δίνει μόνο το αρχικό ερέθισμα και ότι ο καθοριστικός παράγοντας του στρες είναι πώς το άτομο αντιλαμβάνεται το περιβάλλον και ποιοι είναι οι τρόποι που διαθέτει για να το αντιμετωπίσει (Lazarus & Folkman, 1984). Για την αντιμετώπιση λοιπόν του στρες, τα άτομα χρησιμοποιούν στρατηγικές αντιμετώπισης και διάφορους τρόπους που θα τα βοηθήσουν να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Οι στρατηγικές αυτές παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στο να καθορίσουν τη φύση και το βαθμό του στρεσογόνου ερεθίσματος (Vigil, 2000). Μια από τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες είναι η συμμετοχή σε φυσική δραστηριότητα, καθώς αποτελέσματα ερευνών σε ενήλικες αναφέρουν ότι η άσκηση μπορεί να μειώσει τις ψυχολογικές επιδράσεις καθημερινών ερεθισμάτων άγχους (Norris, Carroll & Cochrane, 1992).

Μια κοινωνική ομάδα που θα μπορούσε να διακρίνεται από υψηλά επίπεδα άγχους, λόγω των πρόσθετων δυσκολιών που έχει να αντιμετωπίσει, είναι τα άτομα που παρουσιάζουν κάποια μορφή αναπηρίας (Bramston & Mioche, 2001). Παρόλα αυτά λίγες είναι οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί για τη διερεύνηση της επίδρασης των προγραμμάτων άσκησης και του αθλητισμού στην ψυχολογική κατάσταση των ατόμων που έχουν κάποια μορφή αναπηρίας (Lenze et al., 2001).

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να συνδέσει τις στρατηγικές αντιμετώπισης των ερεθισμάτων άγχους της καθημερινής ζωής που χρησιμοποιούν τα άτομα με αναπηρία, τα οποία ασκούν κάποια φυσική ή αθλητική δραστηριότητα, με την ψυχική τους ανθεκτικότητα. Επίσης, σκοπός της εργασίας είναι η αναζήτηση της σχέσης μεταξύ της έντασης της φυσικής δραστηριότητας και της επιλογής συγκεκριμένων στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες. Επιπλέον, θα διερευνηθεί η

σχέση μεταξύ της αυτοαποτελεσματικότητας των ατόμων με αναπηρία απέναντι στα ερεθίσματα άγχους κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες και της έντασης της φυσικής δραστηριότητας που ασκούν. Επιμέρους στόχοι είναι η αναζήτηση των διαφορών μεταξύ των δύο φύλων στις χρησιμοποιούμενες στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες.

Στο πρώτο κεφάλαιο με τίτλο «Φυσική δραστηριότητα, Αθλητισμός και Αναπηρία» γίνεται αποσαφήνιση των εννοιών της φυσικής δραστηριότητας, του αθλητισμού και της προσαρμοσμένης φυσικής δραστηριότητας, καθώς και του όρου «αναπηρία». Επίσης, γίνεται αναφορά στα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας και του αθλητισμού στα άτομα με αναπηρία, αλλά και μία σύντομη επισκόπηση του αθλητισμού των ατόμων με αναπηρία στην ελληνική πραγματικότητα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο με τίτλο «Ψυχική Ανθεκτικότητα» γίνεται διευκρίνιση των αγγλικών όρων “hardiness” και “resilience”, οι οποίοι στα ελληνικά μεταφράζονται και οι δύο ως «ανθεκτικότητα». Επιπλέον, γίνεται σύνδεση της σχέσης της ψυχικής ανθεκτικότητας με την αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους.

Στο τρίτο κεφάλαιο με τίτλο «Άγχος, Στρες και Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων» γίνεται αποσαφήνιση της έννοιας του άγχους και του στρες. Επιπρόσθετα, ακολουθεί ο ορισμός των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ), οι κατηγορίες τους, οι τύποι τους, οι διαφορές των δύο φύλων στη χρήση τους, αλλά και η αναφορά της φυσικής δραστηριότητας ως ΣΑΑΚ.

Στο τέταρτο κεφάλαιο με τίτλο «Αυτοαποτελεσματικότητα, Αναπηρία και Αντιμετώπιση Ερεθισμάτων Άγχους» γίνεται αναφορά στην έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας, αλλά και στις πηγές που διαμορφώνουν τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας. Ακόμα, στο κεφάλαιο αυτό παρατίθενται ευρήματα ερευνών για την αυτοαποτελεσματικότητα των ατόμων με αναπηρία στην αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους.

Στη συνέχεια, ακολουθεί το ερευνητικό μέρος της εργασίας, όπου και περιγράφεται αναλυτικά η ερευνητική προσπάθεια που πραγματοποιήθηκε και η μέθοδος που ακολουθήθηκε. Τέλος, παρουσιάζονται τα κεφάλαια με τα αποτελέσματα, τη συζήτηση των αποτελεσμάτων και τα συμπεράσματα της ερευνητικής διαδικασίας.

Α. ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ, ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

I. Εννοιολογικές αποσαφηνίσεις

I.1. Η έννοια της φυσικής δραστηριότητας και του αθλητισμού

Η φυσική δραστηριότητα, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2002), αποτελεί το σύνολο των κινήσεων που πραγματοποιούνται στα πλαίσια της καθημερινής διαβίωσης, της εργασίας, της αναψυχής και των αθλητικών δραστηριοτήτων. Η έντασή της μπορεί να διαβαθμιστεί σε υψηλή, μέτρια και ήπια. Επίσης, η φυσική δραστηριότητα μπορεί να διαχωριστεί σε οργανωμένη και μη οργανωμένη.

Ο όρος μη οργανωμένη φυσική δραστηριότητα περιλαμβάνει συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες, όπως το περπάτημα, το ανέβασμα σκαλοπατιών, τις δουλειές του σπιτιού, την κηπουρική και το ελεύθερο παιχνίδι. Από την άλλη, ο όρος οργανωμένη φυσική δραστηριότητα περιλαμβάνει σχεδιασμένα προγράμματα άσκησης με στόχο τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης και την προαγωγή της υγείας.

Συγκεκριμένα, η άσκηση ορίζεται ως σχεδιασμένη, δομημένη και επαναληπτική κίνηση που στοχεύει να βελτιώσει ή να διατηρήσει συστατικά της φυσικής κατάστασης. Η φυσική δραστηριότητα ορίζεται ως η κίνηση του σώματος που γίνεται από τους σκελετικούς μύες και έγκειται στην κατανάλωση ενέργειας, η οποία προέρχεται είτε από σωματική εργασία, είτε από δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου (McAuley & Rudolph, 1995).

Από την άλλη, η λέξη αθλητισμός προέρχεται ετυμολογικά από τη λέξη «άθλος», που σημαίνει αγώνας, πάλη, εντατική προσπάθεια. Με τον όρο αθλητισμό εννοούμε κάθε αυστηρά δομημένη φυσική δραστηριότητα που έχει κανόνες, υψηλό ανταγωνισμό και εξειδίκευση και ο βασικός σκοπός της είναι η μεγιστοποίηση της απόδοσης. Επίσης, με τον όρο αθλητισμό εννοούμε την καταβολή προσπάθειας που στοχεύει τόσο στη σωματική άσκηση, όσο και στην καλλιέργεια της ψυχοπνευματικής υπόστασης σε ένα κοινά αποδεκτό πλαίσιο κανόνων και σε συνθήκες άμιλλας (Βλαβιανού-Αρβανίτη, 1992).

Οι φορείς American College of Sports Medicine και το Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Ασθενειών δίνουν διάφορες οδηγίες για τη φυσική δραστηριότητα. Σύμφωνα λοιπόν, με τους παραπάνω φορείς κάθε ενήλικας πολίτης θα πρέπει να εκτελεί 30 ή και

περισσότερα λεπτά μέτριας έντασης φυσική δραστηριότητα ημερησίως, τις περισσότερες ή και όλες τις ημέρες της εβδομάδας (Pate, Pratt & Blair, 1995). Επιπλέον, το Γραφείο των Γενικών Χειρουργών (1996) δημοσίευσε μία οδηγία, σύμφωνα με την οποία κάθε άτομο θα πρέπει να συμμετέχει σε φυσική δραστηριότητα μέτριας έντασης τουλάχιστον τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας, εάν δεν είναι δυνατόν όλες (US Department of Health and Human Services, 1996).

Σύμφωνα με τα ευρήματα διαφόρων ερευνών, τα άτομα με αναπηρία ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου αναφορικά με την έλλειψη δραστηριότητας και ενεργητικότητας (Longmuir & Bar-Or, 2000). Ο τύπος και το είδος της αναπηρίας αποτελούν μία σημαντική παράμετρο, η οποία προσδιορίζει κάθε φορά το μέγεθος του προβλήματος (Ayvazoglou, Oh & Kozub, 2006). Οι ιδιαίτερες ανάγκες των ατόμων με αναπηρία μπορούν να ικανοποιηθούν με τη συμμετοχή τους σε κατάλληλα σχεδιασμένα και οργανωμένα προγράμματα άθλησης. Γίνεται αντιληπτό ωστόσο, ότι για να καταστεί εφικτή η ισότιμη συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία στον αθλητισμό χρειάζεται να γίνουν κάποιες προσαρμογές. Η Sherrill (2004), αναφορικά με την έννοια της προσαρμογής, διευκρινίζει ότι εννοείται το ταίριασμα, η μετατροπή και η τροποποίηση των προγραμμάτων άθλησης για τις ατομικές ανάγκες των συμμετεχόντων.

1.2. Η έννοια της προσαρμοσμένης φυσικής δραστηριότητας

Η προσαρμοσμένη φυσική δραστηριότητα μπορεί να θεωρηθεί και ως ένας όρος «ομπρέλα», δεδομένου ότι περιλαμβάνει τα προσαρμοσμένα αθλήματα, την αναψυχή, την προσαρμοσμένη φυσική αγωγή και τις προσαρμοσμένες φυσικές δραστηριότητες αποκατάστασης (Heikinaro & Johanson, 2007, αναφορά από Heinola, 2010).

Ο όρος Προσαρμοσμένη Φυσική Αγωγή αναφέρεται στην προσαρμογή ή τροποποίηση των κινητικών δραστηριοτήτων ή των αθλημάτων με σκοπό να ικανοποιηθούν οι μοναδικές εκπαιδευτικές ανάγκες των ατόμων με αναπηρίες. Οι προσαρμογές αυτές αποτελούν τροποποιήσεις που εισάγονται στις κινητικές δραστηριότητες και έχουν σκοπό να δώσουν τη δυνατότητα σε όλα τα άτομα να συμμετέχουν και να αποδώσουν με τη μεγαλύτερη δυνατή επιτυχία στο πλαίσιο των δυνατοτήτων τους (Block, 2000).

Συγκεκριμένα, η προσαρμογή και η μετατροπή μιας φυσικής δραστηριότητας, γίνεται με σκοπό να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις, τις ανάγκες και τα επίπεδα λειτουργικότητας των ατόμων με αναπηρία, δηλαδή να είναι κατάλληλη για τα άτομα

αυτά. Οι προσαρμογές και οι τροποποιήσεις γίνονται στους κανονισμούς, στον υλικοτεχνικό εξοπλισμό, στη χρονική διάρκεια των δραστηριοτήτων, στις διαστάσεις των γηπέδων, στον αριθμό και την ομαδοποίηση των συμμετεχόντων, καθώς επίσης και στη συμμετοχή του εκπαιδευτή (Auxter, Pyfer & Huettig, 2005, Gallahue, 2002). Επομένως, γίνεται αντιληπτό, όπως βέβαια και προαναφέρθηκε, ότι ο σκοπός των προσαρμοσμένων φυσικών δραστηριοτήτων και αθλημάτων είναι «να επιτρέψουν στα άτομα με αναπηρία να λειτουργήσουν μέσα στο πλαίσιο και τα όρια των προσωπικών τους αναγκών, των ικανοτήτων και των επιθυμιών τους» (Gallahue, 2002).

Επιπλέον, η προσαρμοσμένη φυσική αγωγή, η οποία θεωρείται υποκατηγορία της φυσικής αγωγής, παρέχει ασφάλεια, προσωπική ικανοποίηση και δυνατότητες για επιτυχημένες εμπειρίες. Ακόμα, μέσω της προσαρμοσμένης φυσικής αγωγής τα άτομα με αναπηρία έχουν τη δυνατότητα να αναπτύξουν και να βελτιώσουν τις φυσικές και κινητικές τους ικανότητες και δεξιότητες, όπως είναι το πέταγμα, το πιάσιμο, το βάδισμα, το τρέξιμο τόσο σε ατομικά, όσο και σε ομαδικά αθλήματα (Winnick, 2005, Adapted Physical Education National Standards, APENS, 2008).

Συνοψίζοντας, αξίζει να αναφέρουμε ότι ο Block (2000) συσχετίζει την αξία των προσαρμογών με την αρχή της «μερικής συμμετοχής». Σύμφωνα με αυτή την αρχή, οι δραστηριότητες που δεν είναι εφικτό να πραγματοποιηθούν από κάποια άτομα, λόγω κινητικών ή νοητικών ελλειμμάτων και περιορισμών, μπορούν να εκτελεσθούν μέσω της παροχής φυσικής βοήθειας ή μέσω τροποποιήσεων του εξωτερικού περιβάλλοντος, στο οποίο πρόκειται να διεξαχθεί η άσκηση (Σούλης, Φωτιάδου, Χριστοδούλου, 2014).¹ Είναι σημαντικό λοιπόν, το άτομο να συμμετέχει μερικώς από το να μη συμμετέχει καθόλου, λόγω της αναπηρίας του. Η εννοιολογική αποσαφήνιση της έννοιας της αναπηρίας ακολουθεί παρακάτω.

1.3. Η έννοια της αναπηρίας

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τη συνθήκη της αναπηρίας, παρουσιάζει μία «ατελείωτη φιλολογία», η οποία αφορά στον ορισμό και στα ποικίλα χαρακτηριστικά των ατόμων με ειδικές ανάγκες (Νικόδημος, 1999). Αξίζει να αναφερθεί ότι οι όροι

1. Σημαντικές πληροφορίες για την έννοια της προσαρμοσμένης φυσικής δραστηριότητας βρίσκονται στο Σούλης, Σ., Γ., Φωτιάδου, Ε., Χριστοδούλου, Π. (2014) *Εγχειρίδιο Εκπαιδευτή Ενηλίκων*. Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (Ε.Σ.Α.με.Α), σ. 166-167

«αναπηρία» και «ειδικές ανάγκες» χρησιμοποιούνται ταυτόσημα.² Έτσι, κάθε προσπάθεια ορισμού της αναπηρίας κρίνεται ιδιαίτερα επίπονη αφενός, γιατί ο όρος είναι «ασαφής» και καλύπτει ένα ευρύ φάσμα παθήσεων, σωματικών και ψυχικών (Μακρής, 1995) και αφετέρου, γιατί οι περιγραφές είναι «κατασκευάσματα» τα οποία δημιουργούνται κατά τη διαδικασία αλληλεπίδρασης ανάμεσα στον παρατηρητή και το άτομο. Οι ορισμοί, οι παρατηρήσεις και οι περιγραφές συνδέονται άρρηκτα με το θεωρητικό υπόβαθρο κάθε ειδικού (Σούλης, 1997, όπως αναφέρεται στην Τσιμπιδάκη, 2013).

Η έννοια της αναπηρίας είναι ένα θεωρητικό κατασκεύασμα που υπάρχει μόνο στα πλαίσια της κοινωνίας των ανθρώπων. Οι εννοιολογικοί προσδιορισμοί της αναπηρίας προκύπτουν είτε από το ιατρικό μοντέλο, είτε από το κοινωνικό μοντέλο. Σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο, η αναπηρία θεωρείται ως πρόβλημα του ατόμου που προέρχεται από ασθένεια, τραύμα ή άλλη κατάσταση υγείας, η οποία απαιτεί ιατρική φροντίδα. Η φροντίδα αυτή παρέχεται στο άτομο από τους ειδικούς επιστήμονες. Στην περίπτωση που η αναπηρία του ατόμου δε θεραπευθεί, η συμπεριφορά και η προσαρμογή του ατόμου μεταβάλλεται.

Από την άλλη, σύμφωνα με το κοινωνικό μοντέλο, η αναπηρία δε θεωρείται ως ατομικό χαρακτηριστικό, αλλά μάλλον ως αποτέλεσμα ενός συνόλου καταστάσεων που προκαλούνται από τις κοινωνικές συνθήκες. Επομένως, η αντιμετώπιση της αναπηρίας απαιτεί κοινωνική δράση και θεωρείται συλλογική ευθύνη της κοινωνίας η πλήρης συμμετοχή των ατόμων με ειδικές ανάγκες σε όλους τους τομείς της κοινωνικής δραστηριότητας. Η ICF (Διεθνής Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, της Αναπηρίας και της Υγείας) συνδυάζει και τα δύο μοντέλα, σε μία προσπάθεια εναρμόνισης όλων των πλευρών της λειτουργικότητας του ατόμου, τη βιολογική, την ατομική και την κοινωνική (World Health Organization, 2012).

Ο όρος «Άτομα με Ειδικές Ανάγκες» (ΑμΕΑ) χρησιμοποιήθηκε επίσημα το 1978 από την επιτροπή Warnock στη Μεγάλη Βρετανία και ήρθε να αντικαταστήσει ποικίλους άλλους χαρακτηρισμούς, όπως «απροσάρμοστος», «ανάπηρος», «ανώμαλος».³ Η ελληνική νομοθεσία έχει αναφερθεί κατά καιρούς με διάφορους όρους στα άτομα με αναπηρία, μεταξύ των οποίων: «προστατευόμενα άτομα» (Ν. 963/1979),

2. Στην παρούσα εργασία οι όροι: «ειδικές ανάγκες», «ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες», «αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες», «αναπηρία/ες» χρησιμοποιούνται εναλλακτικά.

3. Βλ. σχετικά Τσιμπιδάκη, Α. (2013). Παιδί με ειδικές ανάγκες, Οικογένεια και Σχολείο: Μία σχέση σε αλληλεπίδραση (2^η έκδ.), σ.34

«άτομα αποκλίνοντα του φυσιολογικού» (Ν. 1143/1981), «άτομα με ειδικές ανάγκες» (Ν. 1566/1985), «άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες» (Ν. 2817/2000), «άτομα με αναπηρία» (Ν. 3227/2004) και σύμφωνα με τον ισχύοντα νόμο (3669/2008) «άτομα με αναπηρία και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες».

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία προτείνονται και άλλοι όροι, όπως «Άτομα με ιδιαίτερες δυνατότητες», «Άτομα με ιδιαίτερες ανάγκες», αλλά και «Άτομα με διαφορετικές ικανότητες» (Χρηστάκης, 2000), ώστε να δοθεί ένας όρος που είναι αποφορτισμένος κοινωνικο-συναισθηματικά και προσδιορίζει το πρόβλημα, χωρίς να έχει εξ ορισμού μειωτικό χαρακτήρα για τα άτομα στα οποία αναφέρεται. Παρόλα αυτά, ο όρος άτομα με ειδικές ανάγκες έχει καθιερωθεί στην τρέχουσα επιστημονική ορολογία και στις βιβλιογραφικές αναφορές. Επίσης, στην Ελλάδα επικρατεί, τα τελευταία χρόνια, η ορολογία «άτομο/α με ειδικές ανάγκες» (Κατσούλης, Κωτούλα & Παπασακελλαρίου, 1999).

Ο όρος άτομο με ειδικές ανάγκες δεν είναι εύκολο να αποδοθεί, γιατί περιγράφει άτομα με ποικίλα χαρακτηριστικά και δυνατότητες. Σύμφωνα με τη Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες που υιοθετήθηκε στις 9 Δεκεμβρίου 1975 (Ο.Η.Ε., 9 Δεκεμβρίου 1975, Αποφ. 3447, στο ΥΠΕΠΘ, 1994) ως άτομο με ειδικές ανάγκες ορίζεται «κάθε άτομο που αδυνατεί να ανταποκριθεί από μόνο του, μερικώς ή ολικώς, στις ανάγκες μιας συνηθισμένης ατομικής ή και κοινωνικής ζωής, και που η αδυναμία του οφείλεται σε μειονεξία η οποία εμφανίζεται με τη γέννησή του ή μεταγενέστερα και που αφορά τις σωματικές ή διανοητικές του ικανότητες».⁴

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.), άτομα με ειδικές ανάγκες θεωρούνται «όλα τα άτομα που εμφανίζουν σοβαρή μειονεξία που προκύπτει από φυσική ή διανοητική βλάβη» (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 1981 στο Γκονέλα, 1999). Σε σχέση με αυτή τη θεώρηση υιοθετήθηκε η ακόλουθη ταξινόμηση:⁵

4. Τα προαναφερθέντα αντλώ από την Τσιμπιδάκη, Α. (2013). *Παιδί με ειδικές ανάγκες, Οικογένεια και Σχολείο: Μία σχέση σε αλληλεπίδραση*, σ. 34-35 και Τσιμπιδάκη, Α. (2016). *Εισαγωγή στην Ειδική Αγωγή*. Πανεπιστημιακές σημειώσεις, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης Πανεπιστημίου Αιγαίου

5. Το σχήμα της ταξινόμησης που υιοθέτησε η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1981 είχε προτείνει ο P. Wood, βλ. σχετικά, Ζώνιου – Σιδέρη, Α. (2011). *Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους*. σ. 16-17 και Τσιμπιδάκη, Α.(2013). *Παιδί με ειδικές ανάγκες, Οικογένεια και Σχολείο: Μία σχέση σε αλληλεπίδραση*, σ. 36

Το μειονέκτημα: το οποίο ορίζεται ως «κάθε απώλεια ουσίας ή αλλοίωσης μιας δομής ή μιας ψυχολογικής, φυσιολογικής ή ανατομικής λειτουργίας».

Η ανικανότητα: η οποία «αντιστοιχεί σε κάθε μερική ή ολική ελάττωση (αποτέλεσμα του μειονεκτήματος) της ικανότητας να επιτελούμε μία δραστηριότητα με ένα συγκεκριμένο τρόπο ή μέσα στα όρια που θεωρούνται ως φυσιολογικά για ένα ανθρώπινο ον».

Το ελάττωμα: το οποίο προέρχεται σε ένα δεδομένο άτομο ως αποτέλεσμα μιας ανεπάρκειας ή μιας ανικανότητας που περιορίζει ή απαγορεύει την εκπλήρωση ενός φυσιολογικού ρόλου που είναι ομαλός (ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, τους κοινωνικού και πολιτιστικούς παράγοντες) για το άτομο αυτό.

Ο όρος «άτομα με αναπηρία» (Α.ΜΕ.Α.) καθιερώθηκε διεθνώς με την Ομόφωνη Απόφαση της 22^{ης} Μαΐου 2001 όλων των Κρατών Μελών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και καθιερώθηκε και στην Ελλάδα με την παράγραφο 6 του άρθρου 21 του Ελληνικού Συντάγματος 1975/1986/2001/2008, αντικαθιστώντας την ορολογία «άτομα με ειδικές ανάγκες».

1.4. Κατηγοριοποίηση της αναπηρίας

Ο κατάλογος κατηγοριών ατόμων με ειδικές ανάγκες είναι εκτενής και τονίζει την ύπαρξη διαφορετικών ομάδων παιδιών και ενηλίκων με προβλήματα και προσφέρει ένα ευρύ πλαίσιο για το σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών ειδικής αγωγής. Στην Ελλάδα αναγνωρίζονται σήμερα από την πολιτεία τουλάχιστον δώδεκα κατηγορίες ειδικών αναγκών. Το σύστημα κατηγοριοποίησης που επικράτησε για πολλά χρόνια ήταν το ιατρικό. Στις αρχές τις δεκαετίας του 1970 όμως, παρατηρήθηκε σε πολλές προηγμένες χώρες μία τάση αποϊατρικοποίησης της ειδικής αγωγής και μία συστηματική προσπάθεια αποφυγής του ιατρικού συστήματος ταξινόμησης.

Σύμφωνα με τον Σταθόπουλο (1999), «οι αναπηρίες ταξινομούνται ως προς τον χρόνο εκδήλωσης σε εκείνες με τις οποίες γεννιέται το βρέφος – τις συγγενείς αναπηρίες – και σε αναπηρίες οι οποίες μπορούν να προκληθούν σε κάποια χρονική στιγμή από κληρονομικά αίτια, ασθένεια ή ατύχημα. Εκτός από την κληρονομικότητα, η κακή διατροφή, η έλλειψη κατάλληλης φροντίδας, οι παρενέργειες από φάρμακα και οι τραυματισμοί κατά τη διάρκεια του τοκετού ευθύνονται για τις συγγενικές αναπηρίες» (Σταθόπουλος, 1999).⁶

6. Βλ. σχετικά, Σταθόπουλος, Π. (1999). *Κοινωνική Πρόνοια, μία γενική θεώρηση*, σ. 323

Οι αναπηρίες διακρίνονται σε τέσσερα είδη: κινητικές ή σωματικές, αισθητηριακές, νοητικές – γνωστικές και συναισθηματικές. Συχνά ωστόσο, η αναπηρία έχει επιπτώσεις όχι μόνο σε ένα τομέα λειτουργικότητας του ατόμου, αλλά και σε άλλους τομείς (περιπτώσεις πολυαναπηρίας). Οι μορφές και οι κατηγορίες αναπηρίας που απαντώνται είναι οι εξής (Σταθόπουλος, 1999):

α) Κώφωση ή Βαρηκοΐα

Αναφορικά με τις αισθητηριακές ανεπάρκειες ακοής, ως κώφωση ορίζεται η ανικανότητα του ατόμου να συλλάβει ακουστικά ερεθίσματα. Στη διεθνή ταξινόμηση έχουν καθιερωθεί δύο μορφές κώφωσης: οι κωφοί και οι βαρήκοοι. Οι κωφοί εκ γενετής είναι τα άτομα εκείνα, των οποίων δεν λειτουργεί η αίσθηση της ακοής, διότι είτε γεννήθηκαν με ελάχιστη ακοή, είτε με παντελή απουσία ακουστικής αίσθησης, είτε την έχασαν κατά τη βρεφική ηλικία (έως το δεύτερο έτος). Τα άτομα με επίκτητη κώφωση γεννήθηκαν με φυσιολογική ακοή, αλλά λόγω ατυχήματος ή ασθένειας την έχασαν στην πορεία της ζωής τους. Από την άλλη, οι βαρήκοοι είναι άτομα με ασθενή ακουστική οξύτητα και πολλές φορές τυγχάνουν να είναι εκ γενετής βαρήκοοι. Συνήθως, η αισθητηριακή τους δυσλειτουργία διορθώνεται με τη βοήθεια ακουστικού.

β) Τύφλωση (ολική ή μερική)

Αναφορικά με τις αισθητηριακές ανεπάρκειες όρασης, ως τύφλωση χαρακτηρίζεται η αδυναμία του οπτικού οργάνου να συλλάβει οπτικά ερεθίσματα. Τυφλοί θεωρούνται οι άνθρωποι, οι οποίοι, εξαιτίας κάποιας βλάβης του οπτικού οργάνου, έχουν χάσει την όρασή τους σε τέτοιο βαθμό που αδυνατούν να προσανατολιστούν σε ένα άγνωστο περιβάλλον. Επομένως, δεν είναι σε θέση να αποκτήσουν εμπειρίες με την αίσθηση της όρασης. Εκτός από τα τυφλά άτομα υπάρχουν και τα μερικώς βλέποντα, τα οποία έχουν σοβαρά προβλήματα όρασης, αλλά δεν είναι τυφλά. Τα τυφλά άτομα χρησιμοποιούν τη μέθοδο Braille για να διαβάσουν ένα κείμενο, ενώ τα μερικώς βλέποντα άτομα μπορούν να διαβάσουν κείμενα με μεγάλα τυπογραφικά στοιχεία ή με τη βοήθεια μεγεθυντικού φακού.

γ) Αναπηρία της κίνησης (ημιπληγία, παραπληγία, τετραπληγία)

δ) Αναπηρίες – παραλύσεις του εγκεφάλου

Οι κινητικές αναπηρίες αποτελούν ένα σύνθετο και ετερογενή πληθυσμό, όπου εντάσσονται δύο μεγάλες κατηγορίες: i) άτομα με κινητική δυσλειτουργία εγκεφαλικής προέλευσης και ii) άτομα με κινητική δυσλειτουργία ορθοπεδικής φύσεως. Ο

Δημητρόπουλος (2000) αναφέρει ότι «οι κινητικές βλάβες, ίσως περισσότερο από κάθε άλλη μορφή βλάβης, παρουσιάζουν πολυμορφία, τόσο ως προς την αιτιολογία τους, όσο και ως προς τις μορφές εκδήλωσή τους. Είναι δυνατό να είναι μόνιμες ή προσωρινές, και κάποιες φορές δημιουργούν ελάχιστα προβλήματα στη ζωή του ανθρώπου, ενώ κάποιες άλλες απαιτείται μακρόχρονη διαδικασία αποκατάστασης για να μπορέσει το άτομο με αναπηρία να ενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο και να ζήσει μέσα σε ένα κόσμο που κατά κανόνα είναι φτιαγμένος για το μέσο όρο του πληθυσμού».⁷

ε) Νοητική υστέρηση

Ο όρος νοητική υστέρηση δεν έχει οριστεί με σαφήνεια μέχρι σήμερα, παρά το γεγονός ότι συναντάται σε γραπτά κείμενα 2500 ετών. Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί διάφοροι ορισμοί, ο πιο αποδεκτός όμως από τους περισσότερους ειδικούς διατυπώθηκε από τον αμερικανικό σύνδεσμο νοητικής καθυστέρησης. Σύμφωνα λοιπόν, με τον ορισμό αυτό: «νοητική καθυστέρηση είναι μία παθολογική κατάσταση, που εμφανίζεται στην περίοδο της ανάπτυξης, χαρακτηρίζεται από νοητική ικανότητα κάτω από το μέσο όρο και συνοδεύεται από μειωμένη ικανότητα προσαρμογής».

Επίσης, σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM- IV- TR) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (2000) και τη Διεθνή Ταξινόμηση των Νόσων (ICD-9-CM), τα επίπεδα νοητικής υστέρησης είναι τα εξής: i) η ελαφριά/ ήπια νοητική υστέρηση (mild), ii) η μέτρια νοητική υστέρηση (moderate), iii) η βαριά νοητική υστέρηση (severe), iv) η βαθιά (profound) ή πολύ βαριά νοητική υστέρηση.

στ) Άλλες αναπηρίες και χρόνιες παθήσεις: 1. επιληψία, 2. νόσος του Χάνσεν, 3. νεφρική ανεπάρκεια, 4. μεσογειακή αναιμία ή συγγενής αιμορραγική διάθεση, 5. χρόνιες παθήσεις – σωματικές βλάβες – κατάκοιτοι, 6. βαριές αναπηρίες ποσοστού 67% και πάνω

η) Ψυχικές ασθένειες

Η ψυχική ασθένεια είναι μία έννοια που τυπικά υποδηλώνει την ύπαρξη μιας συναισθηματικής διαταραχής ή διαταραχής της σκέψης ή διαταραχής της

7. Βλ. σχετικά, Δημητρόπουλος, Α. (2000). *Πρακτική εφαρμογή προγραμμάτων ένταξης παιδιών με κινητικές αναπηρίες*, σελ. 26

προσωπικότητας, που επηρεάζει αρνητικά την ψυχική ευεξία, την υγεία και την ασφάλεια του ατόμου. Στις ψυχικές διαταραχές εντάσσονται: i) εκείνες με προ-διαγνωστική ψυχιατρική κατάσταση, για την οποία το άτομο μπορεί ή όχι να λαμβάνει ιατρική ή ψυχολογική θεραπεία και ii) εκείνες χωρίς καμία διάγνωση της κατάστασης τους. Στην δεύτερη περίπτωση, τα άτομα βιώνουν την έναρξη συναισθηματικών ή ψυχολογικών διαταραχών, η οποία σταδιακά αρχίζει και επηρεάζει τη λειτουργική τους ικανότητα. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να αποτελέσουν μία προσωρινή αντίδραση σε ένα τραυματικό γεγονός ή να είναι απόρροια οποιουδήποτε είδους εξωτερικής πίεσης (χρήση ναρκωτικών ουσιών, έλλειψη ύπνου, αλλαγή στη διατροφή, φυσιολογική αρρώστια). Τέλος, είναι πιθανό, να σηματοδοτήσει την έναρξη μίας ψυχιατρικής διαταραχής.

II. Συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία σε φυσική δραστηριότητα

II.1. Τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας και του αθλητισμού στα άτομα με αναπηρία

Τα οφέλη της συμμετοχής των ατόμων με αναπηρία σε προγράμματα άσκησης έχει αποδειχθεί ότι είναι πολλά και ποικίλα, τόσο στο σωματικό (Block, 1995) όσο και στον ψυχολογικό τομέα (Block, 1995· Campbell & Jones, 1994). Η συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία σε προγράμματα άσκησης εξασφαλίζει την ανάπτυξη της δύναμης, του συντονισμού και της αντοχής και έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, αφού γίνονται ικανότερα να ανταπεξέρχονται στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Επίσης, βοηθάει τα άτομα που πρόσφατα απέκτησαν μία αναπηρία, να κερδίσουν τη χαμένη τους αυτοεκτίμηση. Ακόμα, προωθεί την ανάπτυξη θετικών συμπεριφορών, ενώ ταυτόχρονα τα βοηθάει να αποδεχτούν την αναπηρία τους και να καταφέρουν να επανενταχθούν κοινωνικά (Chawla, 1994).

α. Ανάπτυξη δύναμης, συντονισμού και αντοχής

Η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης και γενικότερα η ενασχόληση με αθλητικές δραστηριότητες συστήνεται συμπληρωματικά στα άτομα με αναπηρίες για θεραπευτικούς λόγους. Η ανάπτυξη της δύναμης, του συντονισμού και της αντοχής είναι κάποια από τα βασικά οφέλη του αθλητισμού. Τα άτομα με αναπηρία που ασχολούνται με αθλητικές δραστηριότητες έχουν καλύτερη σύνθεση σώματος, καλύτερη αναπνευστική λειτουργία, μεγαλύτερη αντοχή και αναερόβια ικανότητα από

τα άτομα με αναπηρία που δεν ασχολούνται με την άθληση (Wells & Hooker, 1990). Επίσης, η καλύτερη δομή του σώματος, η οποία είναι αποτέλεσμα της τακτικής άσκησης, βοηθά και στην καλύτερη χρήση του εξοπλισμού τους, όπως του χειρισμού αμαξιδίου ή της κίνησης με χρήση πατερίτσας.

Πιο συγκεκριμένα, κάποια αθλήματα αναπτύσσουν συγκεκριμένες ομάδες μυών, όπως η άρση βαρών και η τοξοβολία, με αποτέλεσμα να ενδυναμώνουν τους μύες του βραχίονα των παραπληγικών ασθενών, καθιστώντας τους ικανούς να αυτοεξυπηρετούνται στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Επιπλέον, τα αθλήματα σε αμαξίδιο, όπως η καλαθοσφαίριση, βοηθούν στην ανάπτυξη του συντονισμού, καθώς το άτομο αναγκάζεται να κινεί μόνο του το αμαξίδιο, να διεισδύει, να συλλαμβάνει και να παρεμποδίζει την προώθηση της μπάλας. Ακόμα, το κολύμπι είναι ένας αξιόλογος τρόπος άσκησης και θεραπείας, ενώ τα τελευταία χρόνια αποτελεί ένα από τα πιο δημοφιλή αθλήματα, καθώς επιτρέπει στα μέλη του σώματος να κινηθούν ελεύθερα, μακριά από οποιαδήποτε βοηθητικό μέσο (Chawla, 1994).

β. Ψυχολογική ευεξία

Η φυσική δραστηριότητα και η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης συνεισφέρουν στη βελτίωση και στη διαμόρφωση της προσωπικότητας, αλλά πάνω από όλα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ορθή αντίληψη και εκτίμηση που έχει το άτομο για τον εαυτό του επιδρώντας στη σωματική και ψυχολογική του ευεξία (Whitehead & Corbin, 1997).

Σύμφωνα με τους Blinde και McClung (1997), η συμμετοχή ατόμων με κινητικές αναπηρίες σε ατομικά αθλήματα είχε αντίκτυπο στο «σωματικό εαυτό τους». Τα αποτελέσματα εκδηλώθηκαν με τους ακόλουθους τρόπους: α) βίωσαν το σώμα τους με νέους τρόπους, β) οι αντιλήψεις για την εικόνα του σώματός τους βελτιώθηκε, γ) η συμμετοχή επαναπροσδιόρισε τις σωματικές τους ικανότητες και δ) η συμμετοχή αύξησε την αυτοπεποίθηση τους στο να παίρνουν μέρος σε νέες φυσικές δραστηριότητες.

Επιπλέον, τα οφέλη στον ψυχολογικό τομέα από τη συμμετοχή σε άσκηση αφορούν και τη διαχείριση αγχογόνων καταστάσεων. Τα άτομα με αναπηρία που ασχολούνται με τον αθλητισμό διαχειρίζονται καλύτερα στρεσογόνες καταστάσεις, ενώ τα συμπτώματα κατάθλιψης, όπου αυτά παρουσιάζονται, έχουν μικρότερη έκταση από εκείνα των ατόμων που δεν γυμνάζονται (Paulsen, French, & Sherrill, 1990). Επιπρόσθετα, η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης και σε αθλητικές

δραστηριότητες παρεμποδίζει την εμφάνιση δευτερευουσών διαταραχών ως αποτέλεσμα της αναπηρίας και εξασφαλίζει την καλύτερη λειτουργία των συστημάτων που έχουν προσβληθεί με αποτέλεσμα το σώμα να γίνεται ικανότερο και το άτομο πιο ανεξάρτητο (Benczuré, 2000).

γ. Κοινωνικές επαφές

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

Τα άτομα με αναπηρία μέσω της ενασχόλησής τους με αθλητικές δραστηριότητες έχουν την ευκαιρία να δημιουργήσουν σχέσεις και κοινωνικές επαφές. Η αναπηρία που επιμένει, μπορεί να επιδεινώνει τη συμπεριφορά του ατόμου απέναντι στον εαυτό του και να καταλήξει στον οίκτο, στον κατακερματισμό της αυτοεκτίμησης και στην κοινωνική απομόνωση. Η συμμετοχή ωστόσο, στον αθλητισμό μπορεί να βοηθήσει ιδιαίτερα τα άτομα που πρόσφατα απέκτησαν την αναπηρία, να ξανακερδίσουν την αυτοεκτίμησή τους, να αναπτύξουν θετικές συμπεριφορές, ενώ ταυτόχρονα να βοηθηθούν, έτσι ώστε να αποδεχτούν την αναπηρία τους και να καταφέρουν να επανενταχθούν κοινωνικά (Chawla, 1994). Τέλος, έχει παρατηρηθεί ότι μέσω της ενασχόλησης με αθλητικές δραστηριότητες ενισχύεται τόσο το κοινωνικό προφίλ των ατόμων με αναπηρία λόγω της έκθεσης τους σε διευρυμένες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, όσο και η ανάπτυξη κοινωνικών δραστηριοτήτων σε άλλα πλαίσια.

Συμπερασματικά, η συχνή φυσική δραστηριότητα των ατόμων με αναπηρίες παρέχει ψυχολογικά και σωματικά οφέλη. Η σωματική τους ικανότητα αυξάνεται και επιδρά θετικά στη βελτίωση του επιπέδου εκτίμησης του ίδιου του ατόμου. Η αυξημένη εκτίμηση οδηγεί σε αύξηση της αυτοεκτίμησης. Έτσι, τα άτομα με αναπηρίες αποκτούν περισσότερες ευκαιρίες για αυτενέργεια και ανάληψη πρωτοβουλιών, αποβάλλοντας αρνητικές σκέψεις από πιθανές αρνητικές εμπειρίες της ζωής και καθημερινές καταστάσεις που προκαλούν άγχος.

Π.2. Ο αθλητισμός των ατόμων με αναπηρίες στην ελληνική πραγματικότητα

Η ελληνική νομοθεσία έχει αναφερθεί στον αθλητισμό των ατόμων με αναπηρία με το θεσμικό πλαίσιο Ν. 2725/1999 άρθρο 29 (Φ.Ε.Κ. 121 Α'), το οποίο έχει τροποποιηθεί, συμπληρωθεί και ισχύει με τους Ν. 2947/2001 άρθρο 18 παρ. 2, 3, 4, 5 (Φ.Ε.Κ. 228 Α'), Ν. 3057/2002 άρθρο 78 παρ. 7, 7β (Φ.Ε.Κ. 239 Α'), Ν. 3207/2003 άρθρο 8 παρ. 15 (Φ.Ε.Κ. 302 Α'), Π.Δ. 22/2004 άρθρα 5 και 7 παρ. 1 (Φ.Ε.Κ. 16 Α'), Ν. 3262/2004 άρθρο 28 παρ. 3, 4, 5 (Φ.Ε.Κ. 173 Α').

Σύμφωνα με την ισχύουσα ελληνική νομοθεσία, «ο Αθλητισμός των ατόμων με αναπηρία (ΑμεΑ) είναι ένας ιδιαίτερος τομέας άθλησης, που τελεί υπό την προστασία του Κράτους. Για την ανάπτυξη του αθλητισμού των ΑμεΑ ιδρύονται σωματεία και ομοσπονδίες, που αναγνωρίζονται ως αθλητικές, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από την ισχύουσα νομοθεσία».

Ειδικότερα, για τα αθλητικά σωματεία και τις ομοσπονδίες η ισχύουσα νομοθεσία αναφέρει: «για να χορηγηθεί η ειδική αθλητική αναγνώριση σε σωματείο ΑμεΑ, πρέπει αυτό να έχει λάβει μέρος σε ένα Πανελλήνιο Πρωτάθλημα ΑμεΑ την τελευταία διετία και ο συνολικός αριθμός των αθλητών του να μην είναι μικρότερος από δεκαπέντε (15). Αν το αθλητικό σωματείο διατηρεί τμήμα ομαδικού αθλήματος, ο αριθμός των αθλητών του πρέπει να είναι, τουλάχιστον, ίσος με τον αναγκαίο αριθμό τακτικών και αναπληρωματικών που απαιτούνται από τους κανονισμούς του αθλήματος για συμμετοχή σε αγώνες. Ο αριθμός των μελών του Δ.Σ. του σωματείου δεν επιτρέπεται να είναι μικρότερος από πέντε (5) και μεγαλύτερος από εννέα (9).»

Επίσης, ειδικά «για τις κατηγορίες αναπηριών που καλύπτει η Διεθνής Παραολυμπιακή Επιτροπή (I.P.C.), αναγνωρίζεται μια μόνο αθλητική ομοσπονδία με την ονομασία Εθνική Αθλητική Ομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρίες. Ο αριθμός των μελών του Δ.Σ. της Ομοσπονδίας δεν επιτρέπεται να είναι μικρότερος από έντεκα (11) μέλη και μεγαλύτερος από δεκαπέντε (15) μέλη. Στο Δ.Σ. της Ομοσπονδίας όλες οι κατηγορίες αναπηριών εκπροσωπούνται με ένα μέλος, τουλάχιστον, κατά κατηγορία αναπηρίας.»

«Μέλη του Δ.Σ. της Ομοσπονδίας εκλέγονται οι πρώτοι πλειοψηφήσαντες κατά κατηγορία αναπηρίας. Τα υπόλοιπα μέλη εκλέγονται κατά σειρά επιτυχίας. Ειδικά, για την κατηγορία ΑμεΑ Κωφών, που καλύπτει η Διεθνής Επιτροπή Αθλητισμού Κωφών (C.I.S.S.), αναγνωρίζεται μία αθλητική Ομοσπονδία Κωφών, με έδρα την Αθήνα που πρέπει υποχρεωτικώς να έχει ως μέλη τουλάχιστον πέντε (5) αθλητικά σωματεία κωφών και η οποία εκπροσωπεί τη χώρα μας στην C.I.S.S. Αθλητές ΑμεΑ Κωφοί

συμμετέχουν σε διεθνείς διοργανώσεις που αναγνωρίζει η Διεθνής Επιτροπή Αθλητισμού Κωφών (C.I.S.S.). Το άθλημα της καλαθοσφαίρισης σε αναπηρικό αμαξίδιο εξακολουθεί να υπάγεται στην ήδη υφιστάμενη Ομοσπονδία Σωματείων Ελλήνων Καλαθοσφαιριστών με Καρότσι (Ο.Σ.Ε.Κ.Κ.), η οποία τυγχάνει μέλος της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας Καλαθοσφαίρισης σε αναπηρικό αμαξίδιο (I.W.B.F.).»

Επιπλέον, στην ισχύουσα νομοθεσία αναφέρεται ότι «πρόσωπα με αναπηρίες μπορούν να ενταχθούν στη δύναμη αθλητών αθλητικού σωματείου ΑμεΑ. Ο χαρακτηρισμός προσώπου με αναπηρία ως αθλητή ενός ή περισσότερων αθλημάτων γίνεται από ειδική επιτροπή, που συγκροτείται από την οικεία αθλητική ομοσπονδία.»

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί, καθώς περιέχεται και στη νομοθεσία ότι «έχει ιδρυθεί νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με την ονομασία "ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΑΡΑΟΛΥΜΠΙΑΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ" (Ε.Π.Ε.)». Ο ρόλος και οι σκοποί της Επιτροπής ποικίλουν και κινούνται από την εκπροσώπηση της χώρας μας στη Διεθνή Παραολυμπιακή Επιτροπή, μέχρι την φροντίδα για την καλή προετοιμασία των εθνικών ομάδων, τη συμμετοχή τους σε διεθνείς αγώνες και σε Παραολυμπιακούς Αγώνες (Βασιλείου, 2007).

B. ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ

I. Εννοιολογικές αποσαφηνίσεις

I.1. Η έννοια της ανθεκτικότητας: οι όροι “hardiness” και “resilience”

Ο όρος «ψυχική ανθεκτικότητα» χρησιμοποιείται στην ελληνική βιβλιογραφία ως μετάφραση του αγγλικού όρου “hardiness”. Ο αγγλικός όρος “resilience” αποδίδεται επίσης στα ελληνικά με τη ίδια λέξη. Οι δύο αυτοί όροι εμφανίζονται ως συνώνυμοι στην ελληνική βιβλιογραφία, παρά το γεγονός ότι υπάρχουν σαφείς διαφορές στη θεμελιώδη αρχή που τους διέπει. Ο όρος hardiness αναφέρεται στη θεωρία της προσωπικότητας, ενώ ο όρος resilience αναφέρεται σε κοινωνικές συνθήκες και ενδογενείς παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμογή του ατόμου.

Στην περίπτωση του όρου resilience, η προσωπικότητα αποτελεί έναν από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην καλή προσαρμογή. Συγκεκριμένα, αναφέρεται στη διαδικασία της θετικής προσαρμογής των ατόμων, παρά τις αντίξοες συνθήκες που αντιμετωπίζουν (Hage, Austin & Pollack, 2007).⁸ Η έρευνα για τον όρο “resilience” έχει εστιάσει σε άτομα (παιδιά και εφήβους) που βρίσκονται σε κίνδυνο λόγω διάφορων δυσχερών και δύσκολων καταστάσεων.⁹

Στην παρούσα εργασία αναφέρεται η έννοια της ανθεκτικότητας ως απόδοση του αγγλικού όρου “hardiness” και προσεγγίζεται ως χαρακτηριστικό της

8. Η παρατήρηση ότι ένας αξιοσημείωτος αριθμός παιδιών λειτουργούν με επάρκεια και δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερα ψυχολογικά προβλήματα, παρά το γεγονός ότι ζουν κάτω από αντίξοες και στρεσογόνες συνθήκες, άρχισε να προκαλεί την προσοχή ορισμένων ψυχολόγων και παιδοψυχιάτρων (π.χ. Garmezy, 1974, Anthony, 1974, Rutter, 1979) τη δεκαετία του 1970. Η μελέτη του φαινομένου αυτού, που ονομάστηκε “resilience” και χρησιμοποιείται στην ελληνική βιβλιογραφία με τον όρο «ανθεκτικότητα», θεωρείται ο ακρογωνιαίος λίθος της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας, κλάδου που αναπτύχθηκε τα τελευταία τριάντα χρόνια περίπου και συνδυάζει τη μελέτη της ψυχολογικής επάρκειας και των δυσκολιών προσαρμογής, καθώς επίσης και τη συγκριτική μελέτη της φυσιολογικής με την παθολογική συμπεριφορά (Sroufe & Rutter, 1984, Cicchetti & Cohen, 1995, Cicchetti & Cohen, 2006). Βλ. σχετικά, Μόττη – Στεφανίδη, Φ. (2006). Το φαινόμενο της ψυχικής ανθεκτικότητας κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του παιδιού και του εφήβου: Σύνομη Ανασκόπηση. *Παιδί και Έφηβος, Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, (8), σελ. 9

9. Οι πρώτες έρευνες για την ψυχική ανθεκτικότητα έγιναν από τον Norman Garmezy (1974). Παράλληλα με τον Garmezy, δύο άλλοι σημαντικοί πρωτοπόροι ερευνητές, οι James Anthony και Michael Rutter, εστίασαν τις μελέτες τους σε παρόμοια δείγματα. Ο Anthony (1974) θεώρησε τα παιδιά αυτά «άτρωτα» (invulnerable), ενώ ο Rutter (1979) περιέγραψε αυτά τα παιδιά ως ιδιαίτερα δημιουργικά και αποτελεσματικά. Η διαχρονική έρευνα της Emmy Werner, η οποία μελέτησε όλα τα βρέφη που είχαν γεννηθεί μία συγκεκριμένη περίοδο στη νήσο Kauai της Χαβάης, αποτέλεσε ορόσημο στη μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας (π.χ. Werner & Smith, 1982). Βλ. σχετικά, Μόττη – Στεφανίδη, Φ. (2006). Το φαινόμενο της ψυχικής ανθεκτικότητας κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του παιδιού και του εφήβου: Σύνομη Ανασκόπηση. *Παιδί και Έφηβος, Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, (8), σελ. 9-10

προσωπικότητας υπό το πρίσμα της θετικής ψυχολογίας. Στη βιβλιογραφία παρουσιάστηκε στο τέλος της δεκαετίας του 1970 από την Kobasa (1979), υποστηρίχθηκε ερευνητικά κυρίως από τους Maddi και Kobasa (1984) και καθορίστηκε ως μία γενική ιδιότητα, που προέρχεται από πλούσιες, ποικίλες και ικανοποιητικές παιδικές εμπειρίες (Maddi & Kobasa, 1984).

Η έννοια της ανθεκτικότητας ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά στρεσογόνες καταστάσεις, οι οποίες μπορεί να είναι σύντομες ή χρόνιες, αφού δέχεται ότι αποτελούν ένα φυσιολογικό μέρος της ζωής και προσπαθεί να τις μετασχηματίσει, ώστε να καταστούν λιγότερο στρεσογόνες (Maddi, 2006). Η ανθεκτικότητα αποτελείται από ένα πλήθος στάσεων ή «πιστεύω» που έχει το άτομο και που, σε συνδυασμό και αλληλεπίδραση με τα άλλα άτομα γύρω του, παρέχει το κουράγιο και το κίνητρο να εστιάσει στο συγκεκριμένο στρεσογόνο γεγονός, μετατρέποντάς το από πιθανό αρνητικό γεγονός σε ευκαιρία για ανάπτυξη και βελτίωση (Maddi & Kobasa, 1984· Maddi, 2002).¹⁰

I.2. Συστατικά στοιχεία της ανθεκτικότητας και χαρακτηριστικά των ατόμων που διακρίνονται από αυτά.

Η έννοια της ανθεκτικότητας συγκροτείται από έναν συνδυασμό τριών στάσεων (attitudes), οι οποίες παρακινούν το άτομο να αντιδράσει σε στρεσογόνες καταστάσεις υιοθετώντας τις τρεις ακόλουθες στάσεις: α) δημιουργική ενασχόληση και δέσμευση με πράγματα ή δραστηριότητες (commitment), β) έλεγχος του περιβάλλοντος (control), γ) αντιμετώπιση των δυσκολιών ως πρόκληση παρά ως απειλή (challenge) (Maddi & Kobasa, 1984).

Τα άτομα που διαθέτουν τα παραπάνω χαρακτηριστικά σε ικανοποιητικό βαθμό, μπορεί να παραμείνουν υγιή και να αντιμετωπίσουν ικανοποιητικά το καθημερινό στρες (Funk, 1992). Επίσης, τα άτομα αυτά είναι λιγότερο επιρρεπή σε διάφορες ασθένειες και διακρίνονται από την ικανότητα να μετασχηματίζουν τα γεγονότα που προκαλούν στρες σε ευκαιρίες για προσωπική ανάπτυξη και βελτίωση (Kobasa et al., 1982).

10. Πρόκειται για ευρήματα που παρουσιάζουν οι Kobasa και Maddi και παραθέτουν οι Κάμτσιος, Σ. και Καραγιαννοπούλου, Ε. (2013). Ανθεκτικότητα, ακαδημαϊκή ανθεκτικότητα και η σημασία τους για τη μάθηση. Μία σύντομη βιβλιογραφική επισκόπηση. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 55, 18-19

Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν ισχυρή την στάση για δημιουργική ενασχόληση και δέσμευση με πράγματα ή δραστηριότητες (commitment), πιστεύουν ότι είναι σημαντικό να συνεχίζουν να εμπλέκονται ενεργά με τα γεγονότα και τους ανθρώπους γύρω τους, χωρίς να δίνουν σημασία στο στρες που πηγάζει από αυτή την εμπλοκή. Η απόσυρση και η απομόνωση δεν έχουν κανένα όφελος. Επίσης, τα άτομα αυτά μπορούν να βρουν και να αναγνωρίσουν τα γεγονότα που έχουν αξία στη ζωή τόσο για τους ίδιους, όσο και για τα άτομα του περιβάλλοντός τους. Ακόμα, έχουν την τάση να επενδύουν στον εαυτό τους, αλλά και στις σχέσεις με τους γύρω τους. Διακρίνονται από δραστήρια και ενεργητική ενασχόληση με τις καταστάσεις που εμπλέκονται και δεν εγκαταλείπουν τις προσπάθειές τους όταν βρίσκονται κάτω από πίεση (Kobasa et al., 1982· Nowack, 1989).

Τα άτομα που έχουν ισχυρή τη στάση του ελέγχου του περιβάλλοντός τους (control), επιδιώκουν να συνεχίζουν να έχουν επίδραση στα γεγονότα που συμβαίνουν γύρω τους, χωρίς να ενδιαφέρονται τόσο για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Η στάση αυτή βοηθά και βελτιώνει την αντίσταση των ατόμων στο στρες, αυξάνοντας την πιθανότητα να βιώνουν τα γεγονότα που τους συμβαίνουν ως αποτέλεσμα κυρίως των πράξεών τους και όχι ως γεγονότα μη αναμενόμενα ή υπερβολικά. Η αίσθηση του ελέγχου συνεισφέρει στην ανάπτυξη ποικιλίας στρατηγικών αντιμετώπισης των ερεθισμάτων που προκαλούν άγχος και οδηγεί σε συγκεκριμένες ενέργειες, που στοχεύουν στη μετατροπή των γεγονότων από εξαιρετικά στρεσογόνα σε γεγονότα ελεγχόμενα (Kobasa et al., 1982).

Τα άτομα που έχουν ισχυρή τη στάση για αντιμετώπιση των δυσκολιών ως πρόκληση παρά ως απειλή (challenge), βιώνουν τις αγχογόνες καταστάσεις της καθημερινότητάς τους ως «φυσιολογικές» και ως ευκαιρία για να μάθουν περισσότερα (Maddi, 2006). Η «πρόκληση» βοηθά τα άτομα να δώσουν νόημα στα στρεσογόνα γεγονότα και να τα αντιμετωπίσουν ως ερεθίσματα που τα κινητοποιούν και όχι ως απειλή. Επομένως, το χαρακτηριστικό της πρόκλησης οδηγεί σε προσπάθειες μετασχηματισμού της υπάρχουσας κατάστασης (Kobasa et al., 1982).

Συμπερασματικά, οι τρεις αυτές στάσεις παρέχουν το κουράγιο και το κίνητρο στα άτομα να προσπαθήσουν σκληρά, ώστε να μετατρέψουν ή να μετασχηματίσουν τις καταστάσεις που τους προκαλούν άγχος από καταστροφικές σε ευκαιρίες για ανάπτυξη (Maddi, 2002), καθιστώντας έτσι την ανθεκτικότητα ένα μονοπάτι (pathway) για την αντίσταση στο στρες (Maddi, 2006).

Αντίθετα, τα άτομα που χαρακτηρίζονται από χαμηλή ανθεκτικότητα, θεωρούν τους εαυτούς τους και το περιβάλλον τους απειλητικό και κουραστικό. Αισθάνονται αδύναμοι μπροστά σε υπερβολικές απαιτήσεις και πιστεύουν ότι η ζωή είναι καλύτερη όταν δεν έχει συνεχόμενες αλλαγές. Έχουν την πεποίθηση λοιπόν, ότι η ανάπτυξη κι η εξέλιξη δεν είναι πιθανή ή σημαντική και συνήθως μεταφέρουν παθητικά την πεποίθηση τους αυτή και στο περιβάλλον τους.

Επιπλέον, όταν ένα γεγονός που προκαλεί υπερβολικό άγχος διαδραματίζεται στη ζωή τους, σπάνια το προσεγγίζουν με αισιοδοξία ή με αποφασιστικές ενέργειες για να μπορέσουν να το μετασχηματίσουν. Με αυτήν την προσέγγιση, η προσωπικότητα αυτών των ατόμων δεν προστατεύεται καθόλου και τα στρεσογόνα γεγονότα έχουν όλο και μεγαλύτερη αρνητική επίδραση στην υγεία τους (Kobasa, Maddi, Puccetti, & Zola, 1985).¹¹

II. Η σχέση της ανθεκτικότητας με την αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους

II.1. Σύντομη ιστορική αναδρομή στο πεδίο της έρευνας.

Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τις τελευταίες τρεις δεκαετίες και εστιάζουν στη θεματική της ανθεκτικότητας καταδεικνύουν ότι η υψηλή ανθεκτικότητα έχει σχέση με την επιτυχή αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους.

Η ανθεκτικότητα προάγει την ικανότητα των ατόμων να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά το εργασιακό στρες (Lambert, Lambert & Yamase, 2003). Έρευνα με δείγμα νοσοκομειακό προσωπικό δείχνει ότι τα συστατικά της ανθεκτικότητας που αναφέρονται στην τάση για ανάμειξη και δημιουργική ενασχόληση, αλλά και δέσμευση με πράγματα ή δραστηριότητες (commitment), μετριάζουν το στρες που βιώνει το νοσοκομειακό προσωπικό στο εργασιακό του περιβάλλον, αυξάνοντας ταυτόχρονα την ικανοποίηση που αντλεί από τη δουλειά του (Beardslee, White & Richter, 1995). Επίσης, έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκόμες ψυχιατρικής κλινικής, δείχνει ότι υψηλά επίπεδα ανθεκτικότητας σχετίζονταν θετικά με προσαρμοσμένους τρόπους αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων, όπως η αναζήτηση κοινωνικής βοήθειας και αρνητικά με τη συναισθηματική εξουθένωση (Hsieh, Hsieh, Chen, Hsiao & Lee, 2004).

11. Τα ευρήματα για τις διαστάσεις της ανθεκτικότητας παραθέτουν στη σύντομη βιβλιογραφική τους επισκόπηση οι Κάμτσιος, Σ. και Καραγιαννοπούλου, Ε., ό.π., 20-21

Επιπλέον, αποτελέσματα έρευνας στη θεματική της ανθεκτικότητας δείχνει ότι τα άτομα που είχαν υψηλή ανθεκτικότητα παρουσίασαν μειωμένα επίπεδα ψυχολογικού στρες κατά τη διάρκεια επίσκεψης σε οδοντίατρο. Παράλληλα, αναφέρεται ότι η ανθεκτικότητα μειώνει το ψυχολογικό στρες και την κατάθλιψη σε ηλικιωμένα άτομα, βελτιώνοντας την ευχαρίστηση που αντλούν από τη ζωή (Solcova & Sykora, 1995). Τέλος, έρευνα με δείγμα γυναίκες που βίωναν πένθος, εστιάζεται στο γεγονός ότι τα επίπεδα θλίψης και στεναχώριας μειώνονταν όσο αυξανόταν η ανθεκτικότητά τους (Campell, Swack και Vincent, 1991).¹²

Η.2. Υψηλή ανθεκτικότητα και μηχανισμοί επιτυχούς αντιμετώπισης ερεθισμάτων άγχους

Τα ευρήματα, τα οποία ενδεικτικά αναφέρθηκαν παραπάνω, προέρχονται από μελέτες ερευνητών που εστιάζουν στην ανθεκτικότητα και προτείνουν ότι τα χαρακτηριστικά της μετριάζουν τις αρνητικές επιδράσεις στρεσογόνων γεγονότων εμπλέκοντας τουλάχιστον δύο μηχανισμούς (Williams, Wiebe & Smith, 1992).

Ο πρώτος μηχανισμός περιλαμβάνει μία διαδικασία εκτίμησης (appraisal), με την οποία τα άτομα που διακρίνονται από υψηλή ανθεκτικότητα είναι ικανά να μετατρέψουν ή να μετασχηματίσουν¹³ ή να δώσουν μία νέα διαφορετική ερμηνεία σε αγγογόνες εμπειρίες, με αποτέλεσμα να μετριάσουν το στρες που νιώθουν (Williams et al., 1992). Στην ίδια έρευνα βρέθηκε επίσης, ότι τα άτομα που διακρίνονταν από χαμηλά επίπεδα ανθεκτικότητας υιοθετούσαν μη προσαρμοσμένες στρατηγικές για να αντιμετωπίσουν το στρες, όπως τη συμπεριφορική ή γνωστική αποφυγή και την άρνηση (π.χ. προσποίηση ότι το στρεσογόνο γεγονός δεν έχει συμβεί ή υιοθέτηση συμπεριφορών, όπως κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ).

Ο δεύτερος μηχανισμός περιλαμβάνει συμπεριφορές σύμφωνα με τις οποίες, τα άτομα που χαρακτηρίζονται από ανθεκτικότητα, έχουν την ικανότητα να προσαρμόζονται κάθε φορά που βιώνουν στρες. Η ενδυνάμωση των τριών συστατικών

12. Περισσότερες πληροφορίες για τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στη θεματική της ανθεκτικότητας αναφέρονται στους Κάμτσιος, Σ. και Καραγιαννοπούλου, Ε. (2013). Ανθεκτικότητα, ακαδημαϊκή ανθεκτικότητα και η σημασία τους για τη μάθηση. Μία σύντομη βιβλιογραφική επισκόπηση. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 55, σελ. 21

13. Οι στρατηγικές μετασχηματισμού ορίζονται ως «αισιόδοξη εκτίμηση με την οποία τα στρεσογόνα γεγονότα τείνουν να θεωρούνται ως φυσιολογικές αλλαγές, που έχουν σημασία, σκοπό και είναι ενδιαφέρουσες για το άτομο, παρά το στρεσογόνο χαρακτήρα τους» (Kobasa et al., 1985, όπως αναφέρεται από τους Κάμτσιο, Σ. και Καραγιαννοπούλου, Ε., 2013)

στοιχείων της ανθεκτικότητας, μπορεί να μετριάσει το καθημερινό στρες, προάγοντας την καλή ποιότητα ζωής του ατόμου (Nowach, 1989).

Επίσης, οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες που εστιάζουν στο πρόβλημα μπορούν να μετατρέψουν τις αγχογόνες καταστάσεις σε μία θετική εμπειρία (Gentry & Kobasa, 1984). Η Kobasa (1979) σε μία παλαιότερη έρευνά της εστιάζεται στο γεγονός ότι τα άτομα με υψηλή ανθεκτικότητα χρησιμοποιούν τη στρατηγική του μετασχηματισμού της αγχογόνου κατάστασης, ενώ αντίθετα τα άτομα με χαμηλή ανθεκτικότητα χρησιμοποιούν περισσότερο στρατηγικές άρνησης και αποφυγής. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώθηκε και μεταγενέστερα από την Kobasa και τους συνεργάτες της (1982) και από τον Wiebe (1991). Ακόμα, οι ερευνητές αυτοί αναφέρουν ότι η στρατηγική αντιμετώπισης του στρες που εστιάζει στο συναίσθημα σχετίζεται αρνητικά με την ανθεκτικότητα ή με κάποια από τα συστατικά στοιχεία της.¹⁴

Η ανάλυση των στρατηγικών αντιμετώπισης των ερεθισμάτων άγχους και η καταγραφή των κατηγοριών και των τύπων που υπάρχουν γίνεται λεπτομερώς στο κεφάλαιο που ακολουθεί.

14. Στοιχεία και ευρήματα από διάφορες έρευνες, όπως τα παραθέτουν οι Κάμτσιος, Σ. και Καραγιαννοπούλου, Ε., ό.π., σελ. 22-23

Γ. ΑΓΧΟΣ, ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΓΧΟΓΟΝΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

I. Εννοιολογικές αποσαφηνίσεις

I.1. Η έννοια του άγχους και του στρες

Ο όρος άγχος προέρχεται από τη λέξη «άγχος», παράγωγο του ρήματος άγχω που σημαίνει σφίγγω πιεστικά το λαιμό, πνίγω (Παπαδόπουλος, 2005). Το αίσθημα αυτό βίωνε ο άνθρωπος από αρχαιοτάτων χρόνων ως απειλή για τη ζωή του από φυσικούς κινδύνους. Τα τελευταία χρόνια ωστόσο, ο άνθρωπος αισθάνεται όλο και περισσότερο άγχος εξαιτίας των πολλών κοινωνικών μεταβολών, με αποτέλεσμα οι επιστήμονες να ασχολούνται με μεγαλύτερη προσοχή με τις ψυχικές και σωματικές αλλαγές που συμβαίνουν στον ανθρώπινο οργανισμό, όταν αυτός δοκιμάζεται σε στρεσογόνες συνθήκες (Selye, 1956 & 1975· Lazarus & Folkman, 1984· Μπουλουγούρης, 1998· Κάντας, 2001).

Η μελέτη σχετικών ορισμών που καθορίζουν αυτές τις στρεσογόνες συνθήκες μας οδηγεί σε ένα μεγάλο πλήθος όρων και ορισμών. Οι όροι που χρησιμοποιούνται είναι διαφορετικοί και έχουν σχέση με την οπτική γωνία προσέγγισης που χρησιμοποιεί ο κάθε ειδικός, όπως «άγχος», «στρες», «ψυχική πίεση», «αγχώδης διαταραχή», «burnout», «ψυχοσωματική εξουθένωση» κ.λπ. (Selye, 1956 & 1975· Lazarus & Folkman, 1984· Μπουλουγούρης, 1998· Κάντας, 2001). Στην καθημερινή ζωή, οι όροι που χρησιμοποιούνται συνήθως είναι «στρες» και «άγχος». Οι έννοιες αυτές ανήκουν σε ομόκεντρους κύκλους, αλλά σημασιολογικά δεν είναι ταυτόσημες (Αργυροπούλου, 1999).¹⁵

Η έννοια του «στρες» εντάχθηκε στην σύγχρονη ψυχολογία από τον Hans Selye (1956 & 1976). Ο Selye χρησιμοποίησε τον όρο αυτό για να περιγράψει τις αντιδράσεις ενός οργανισμού απέναντι σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα. Σύμφωνα με τον Selye στρες «είναι η αντίδραση του οργανισμού σε μία πιεστική κατάσταση, ενώ τονίζεται η σχέση της ολικής σωματικής αντίδρασης σε στρεσογόνους εξωτερικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες» (Selye, 1956).

Επίσης, ορισμένοι ερευνητές ορίζουν το στρες με βιολογικούς όρους. Ο Levine (2000) ορίζει ως στρες οτιδήποτε προκαλεί αυξημένη έκκριση γλυκοκορτικοειδών (κορτιζόλης), η οποία εντείνει την κινητοποίηση του οργανισμού. Από την άλλη

15. Στην παρούσα εργασία οι όροι «άγχος» και «στρες» χρησιμοποιούνται εναλλακτικά.

πλευρά, υπάρχουν ερευνητές που εστιάζουν περισσότερο στις ψυχοκοινωνικές πλευρές του στρες. Οι Lazarus και Folkman (1984) ορίζουν το στρες ως τις εσωτερικές ή εξωτερικές απαιτήσεις που κατά την κρίση του ατόμου θέτουν σε δοκιμασία ή υπερβαίνουν τις δυνατότητες, τις οποίες εκτιμά πως διαθέτει. Επομένως, το στρες είναι το αποτέλεσμα της ενεργητικής αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του και εκτιμάται ότι μπορεί να έχει φυσιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνιολογικές προεκτάσεις, οι οποίες μπορεί να αλληλοεπηρεάζονται, ιδιαίτερα στην περίπτωση κατά την οποία το άτομο αδυνατεί να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις που προκύπτουν (Lazarus, 1993).

Τέλος, το άγχος θα μπορούσε να οριστεί ως η δυσάρεστη εκείνη ψυχολογική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υπερβολική ανησυχία, ένταση, φόβο ή και τρόμο και συνοδεύεται από διέγερση του συμπαθητικού συστήματος λόγω της αίσθησης του επερχόμενου κινδύνου που διακατέχει το άτομο και του οποίου η πηγή είναι κατά κύριο λόγο άγνωστη ή αντικειμενικά παρουσιάζει ελάχιστο ή και κανένα κίνδυνο (Fontana, 1993· Μάνος, 1997, όπως αναφέρεται στο Κλεφτάρας, 2000).

II. Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ)

II.1. Ορισμός των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων

Η αναγνώριση της ύπαρξης ενός γεγονότος που προκαλεί άγχος συνεπάγεται την κινητοποίηση του ατόμου για να μειώσει το άγχος (Cohen & Lazarus, 1979). Η προσπάθεια αυτή γίνεται μέσω διαδικασιών – στρατηγικών (Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων – ΣΑΑΚ) που παίρνουν διάφορες μορφές (Coyne & Lazarus, 1980· Lazarus, 1966). Στη διεθνή βιβλιογραφία ο παραπάνω όρος αποδίδεται με τον με τον αγγλικό όρο “coping”, δηλαδή τη θετική ανταπόκριση στο στρες που δημιουργείται από αρνητικές επιδράσεις του περιβάλλοντος ή και αρνητικά συμβάντα.

Οι Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis και Gruen (1986), ορίζουν τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων ως έννοια που «αναφέρεται στις προσπάθειες του ατόμου, γνωστικές και σε επίπεδο συμπεριφοράς, να διευθετήσει (μειώσει, ελαχιστοποιήσει, επιβληθεί ή αντέξει) (σ)τις εσωτερικές και εξωτερικές απαιτήσεις της αλληλεπίδρασης προσώπου – περιβάλλοντος που εκτιμώνται ότι θέτουν σε δοκιμασία ή ξεπερνούν τις δυνατότητές του» (όπως αναφέρεται στο Καραδήμας, 1998).

Οι Flemmings, Baum και Singer (1984) ορίζουν τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων ως «... τις γνωστικές και σε επίπεδο συμπεριφοράς προσπάθειες που χρησιμοποιούνται από ένα άτομο για να μειώσουν την επίδραση του στρες» (όπως αναφέρεται στο Καραδήμας, 1998). Από τους παραπάνω ορισμούς, προκύπτει ότι οι ΣΑΑΚ είναι ο τρόπος αντίδρασης του ατόμου σε ό,τι, αρνητικό ή δύσκολο του συμβαίνει.

Οι Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων ωστόσο, δεν πρέπει να ταυτίζονται με την έννοια της προσαρμογής (Lazarus & Folkman, 1984α). Η έννοια της προσαρμογής αναφέρεται σε κάθε ενέργεια που αποσκοπεί στη μείωση του κινδύνου ή του άγχους, ακόμα και στα απλά αντανακλαστικά. Οι Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων είναι προϊόντα της γνωστικής αξιολόγησης των συνθηκών (όπως αναφέρεται στο Καραδήμας, 1998).

II.2. Κατηγορίες Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων

Οι Cohen και Lazarus (1979) και οι Folkman και Lazarus (1980) αναφέρουν τη ύπαρξη δύο κύριων κατηγοριών ΣΑΑΚ: στρατηγικές που «εστιάζουν στο πρόβλημα» (problem – focused coping) και στρατηγικές που «εστιάζουν στο συναίσθημα» (emotion – focused coping). Οι στρατηγικές που «εστιάζουν στο πρόβλημα» αναφέρονται σε προσπάθειες κατευθυνόμενες προς την επίλυση του αγχογόνου προβλήματος, ενώ οι στρατηγικές που «εστιάζουν στο συναίσθημα» αναφέρονται στη ρύθμιση του παραγόμενου, εξαιτίας του προβλήματος, συναίσθηματος. Πολλοί ερευνητές χωρίζουν τις Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων σε αντίστοιχες ομάδες, οι οποίες αναφέρονται ουσιαστικά σε παρόμοιες διαδικασίες, δίνοντας όμως διαφορετικά ονόματα (Herman & McHale, 1993· McCrae & Costa, 1986· Billings & Moos, 1981).

Σε κάθε περίπτωση ωστόσο, οι δύο βασικές κατηγορίες στρατηγικών αντιμετώπισης περιλαμβάνουν: α) τις στρατηγικές που «εστιάζουν στο πρόβλημα», όπως η άμεση δράση, η εφαρμογή τεχνικών επίλυσης προβλήματος, η αναζήτηση βοήθειας ή πληροφοριών και ο επαναπροσδιορισμός του προβλήματος και β) τις στρατηγικές που «εστιάζουν στο συναίσθημα», όπως η χαλάρωση, η έκφραση συναισθημάτων και παραπόνων, η άρνηση, η κατάχρηση αλκοόλ και ψυχοτρόπων φαρμάκων, η απόδοση ευθύνης, η αποφυγή και η απομόνωση (Lazarus & Folkman, 1984· Καραδήμας, 1998· Carver & Scheier, 1989· Acaroglu et al., 2008· Grootenhuis & Last, 1997· Aldwin, Sutton, Chiara & Spiro, 1996).

Αξίζει να σημειώσουμε, ότι η διάκριση των ΣΑΑΚ μπορεί να θεωρηθεί σχηματική, καθώς στρατηγικές εστιασμένες στη ρύθμιση του συναισθήματος, όπως η λήψη ηρεμιστικών, μπορούν να προαγάγουν την επίλυση ενός προβλήματος δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες ηρεμίας που απαιτούνται. Από την άλλη, είναι πιθανό στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα να χρησιμοποιούνται για τη ρύθμιση του συναισθήματος. Τα αποτελέσματα διάφορων ερευνών έχουν δείξει ότι χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα και τα δύο είδη Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων (Folkman & Lazarus, 1980· Lazarus & Folkman, 1984).¹⁶

Παρόλα αυτά έχει υποστηριχθεί από τους Lazarus και Folkman, ότι όταν το άτομο εφαρμόζει στρατηγικές που στοχεύουν στη ρύθμιση του συναισθήματος, εγκλωβίζεται σε ένα φαύλο κύκλο. Βραχυπρόθεσμα, μπορεί να περιορίζει τη δυσφορία και τα συναισθήματα που τη συνοδεύουν, αλλά αφήνει ανεπηρέαστη την πηγή των αρνητικών συναισθημάτων. Έτσι, ύστερα από ένα διάστημα, η πηγή προκαλεί ακόμη μεγαλύτερη δυσφορία, η οποία διογκώνεται συνεχώς. Αντίθετα, σύμφωνα με τους ερευνητές, η χρήση στρατηγικών εστιασμένων στο πρόβλημα οδηγεί στην επίλυση του προβλήματος και μακροχρόνια συμβάλλει στη διατήρηση ενός καλού επιπέδου υγείας (Lazarus & Folkman, 1984· Βελάνα, Μπαρμπούνη, Μεράκου, Κουτής & Κρεμαστινού, 2012).

Τέλος, έχει σημασία να αναφέρουμε ότι κάποια χρόνια αργότερα αναγνωρίστηκε μία πρόσθετη στρατηγική αντιμετώπισης, η στρατηγική που εστιάζει στο νόημα. Σε αυτή τη μεταγενέστερη στρατηγική οι γνωστικές στρατηγικές χρησιμοποιούνται προκειμένου το άτομο να διαχειριστεί το νόημα της κατάστασης, βασιζόμενο στις αξίες και τις πεποιθήσεις του, με στόχο να τροποποιήσει τη σημασία της κατάστασης, ειδικά στην περίπτωση του χρόνιου στρες που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με στρατηγικές εστιασμένες στο πρόβλημα (Folkman & Moskowitz, 2004).

II.3. Τύποι Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων

Η διεθνής έρευνα έχει αναδείξει μία σειρά από τύπους Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων. Μια από τις πιο γνωστές και χρησιμοποιημένες κλίμακες που περιγράφει ένα μεγάλο εύρος διαδικασιών ή μεθόδων, γνωσιακών και σε επίπεδο

16. Ευρήματα από διάφορες έρευνες που παρουσιάζει ο Καραδήμας, Ε., Χ. (1998). Η προσαρμογή στα ελληνικά μιας κλίμακας μέτρησης. *Ψυχολογία*, 5, (3), 260-273

συμπεριφοράς, τις οποίες ένα άτομο θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει για να αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα, είναι η κλίμακα “Ways of Coping” των Lazarus και Folkman (Folkman & Lazarus, 1980· Lazarus & Folkman, 1984β). Ο αρχικός κατάλογος περιλαμβάνει 68 θέματα, τα επόμενα χρόνια ωστόσο, η κλίμακα αναθεωρείται και χρησιμοποιείται σε αρκετές έρευνες από τους κατασκευαστές της (Folkman & Lazarus, 1985, 1988· Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, et al., 1986· Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Folkman και Lazarus (1985) για τις στρατηγικές που χρησιμοποιούσαν φοιτητές κατά τη διάρκεια μιας δύσκολης εξέτασης προκειμένου να αντιμετωπίσουν το άγχος τους, προέκυψαν οκτώ παράγοντες – τύποι: η επίλυση προβλήματος, η ευχολογία, η άρνηση, η θετική επαναξιολόγηση, η αποδοχή ευθυνών, η απομόνωση, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και η εφαρμογή τεχνικών χαλάρωσης.

Επίσης, οι Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis και Gruen (1986) στην έρευνά τους για τις στρατηγικές που χρησιμοποιούσαν άτομα ηλικίας 25-55 ετών για να αντιμετωπίσουν προβληματικές καταστάσεις ανέδειξαν τους εξής οκτώ παράγοντες – τύπους: τη διεκδικητική επίλυση προβλήματος, την άρνηση, τον αυτοέλεγχο, την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, την αποδοχή ευθυνών, την αποφυγή/διαφυγή, την επίλυση προβλήματος και τη θετική επαναξιολόγηση.¹⁷

Αναφορικά με τα ελληνικά δεδομένα, ο Καραδήμας (1998) προσάρμοσε την κλίμακα “Ways of Coping” των Lazarus και Folkman στα ελληνικά.¹⁸ Μέσα από τη διαδικασία προσαρμογής της κλίμακας αυτής προέκυψαν πέντε παράγοντες – τύποι Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων:

1. *Θετική προσέγγιση*: Ο παράγοντας αυτός αναφέρεται στην προσπάθεια του ατόμου να επανεκτιμήσει με θετικό τρόπο τις καταστάσεις άγχους και παράλληλα να σχεδιάσει τρόπους επίλυσης του προβλήματος.

2. *Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης*: Ο παράγοντας αυτός αναφέρεται στην προσπάθεια του ατόμου να εξασφαλίσει την απαιτούμενη βοήθεια από τον κοινωνικό του περίγυρο, προκειμένου να επιλύσει το πρόβλημά του.

17. Βλ. σχετικά στο Καραδήμας, Ε., Χ., ό.π., για τους τύπους στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που έχουν αναδειχθεί μέσα από διάφορες έρευνες.

18. Η ονομασία της ελληνικής έκδοσης της κλίμακας “Ways of Coping” (Lazarus & Folkman, 1980· Lazarus & Folkman, 1984β) είναι: Κλίμακα Μέτρησης Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (Καραδήμας, 1998) και θα αξιοποιηθεί για την πραγματοποίηση της έρευνας στην παρούσα εργασία.

3. *Ευχολογία – Ονειροπόληση*: Ο παράγοντας αυτός αναφέρεται στην τάση του ατόμου να φαντάζεται πως το πρόβλημά του θα ξεπεραστεί ευχόμενος να συμβεί ένα θαύμα ή ονειροπολώντας πώς θα ήταν η κατάσταση αν δεν είχε προκύψει το πρόβλημα που τον απασχολεί.

4. *Αποφυγή – Διαφυγή*: Ο παράγοντας αυτός αναφέρεται στην τάση του ατόμου για επαναξιολόγηση της προβληματικής κατάστασης με παράλληλη υποτίμηση της πραγματικής βαρύτητας του προβλήματος.

5. *Διεκδικητική επίλυση του προβλήματος*: Ο παράγοντας αυτός αναφέρεται στην προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει άμεσα και διεκδικητικά την προβληματική κατάσταση ή το άτομο που την προκαλεί.

Οι παράγοντες «θετική προσέγγιση», «διεκδικητική επίλυση του προβλήματος» και «αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» υπάγονται, σχηματικά, στις στρατηγικές που ονομάζονται «εστιασμένες στο πρόβλημα», ενώ οι παράγοντες «ευχολογία – ονειροπόληση» και «αποφυγή – διαφυγή» υπάγονται στις στρατηγικές που ονομάζονται «εστιασμένες στο συναίσθημα» (Καραδήμας, 1998).

Π.4. Διαφορές των δύο φύλων στη χρήση των Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων

Η αντίδραση των γυναικών και των αντρών, όταν καλούνται να αντιμετωπίσουν στρεσογόνες καταστάσεις, συχνά παρουσιάζει κάποιες διαφορές. Αρκετές έρευνες υποστηρίζουν ότι οι άντρες αγχώνονται κυρίως για θέματα που αφορούν τα επαγγελματικά τους, ενώ οι γυναίκες αναπτύσσουν στρες σε θέματα που σχετίζονται κυρίως με τις διαπροσωπικές τους σχέσεις (Washburn – Ormachea, Hillman & Sawilowsky, 2004).

Επίσης, αρκετές έρευνες υποστηρίζουν ότι υπάρχουν διαφορές στον τρόπο που επιλέγουν τα δύο φύλα να διαχειριστούν αγχογόνες καταστάσεις. Οι γυναίκες τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο συναίσθημα, ενώ οι άντρες περισσότερο στρατηγικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο πρόβλημα (Billings & Moos, 1981· Pearlin & Schooler, 1978· Folkman & Lazarus, 1980· Ptacek, Smith & Zanas, 1992· Endler & Parker, 1990· Matud, 2004).

Η διαφορά αυτή θα μπορούσε να ερμηνευτεί αν ανατρέξουμε στα κοινωνικά πρότυπα. Έχει ήδη διαπιστωθεί, αρκετά χρόνια πριν, το γεγονός ότι οι άνδρες εκπαιδεύονται να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στη συνεχή προσπάθεια και την άμεση και δραστηκή αντιμετώπιση των δύσκολων καταστάσεων, ενώ οι γυναίκες

εκπαιδεύονται να είναι περισσότερο συναισθηματικές και εκδηλωτικές σε σύγκριση με τους άνδρες (Parsons & Bales, 1955). Από την άλλη πλευρά, υπάρχει και η άποψη που υποστηρίζει ότι γενετικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάζουν τις επιλογές των δύο φύλων στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (Washburn – Ormachea, et al., 2004).

Π.5. Η φυσική δραστηριότητα ως Στρατηγική Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων

Μια στρατηγική αντιμετώπισης του στρες μπορεί να θεωρηθεί η συμμετοχή σε φυσική δραστηριότητα. Τα αποτελέσματα διάφορων ερευνών σε ενήλικες αναφέρουν ότι η φυσική δραστηριότητα μπορεί να μειώσει τις ψυχολογικές επιδράσεις καθημερινών ερεθισμάτων άγχους (Norris, Carroll, & Cochrane, 1992). Αντίθετα, άτομα με χαμηλό επίπεδο φυσικής κατάστασης φαίνεται να πιέζονται περισσότερο από ερεθίσματα άγχους, σε σχέση με τα άτομα που έχουν καλή φυσική κατάσταση (Keller, & Seraganian, 1984).

Επίσης, διάφορες αναφορές έχουν συσχετίσει τη συμμετοχή σε φυσική δραστηριότητα με την καλή ψυχολογική κατάσταση και τη μείωση του στρες (Schnohr, Kristensen, Prescott, & Scharling, 2005). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των Brown και Lawton (1986), η επίδραση του στρες ήταν εξασθενημένη στη φυσική και συναισθηματική υγεία των ατόμων που ανέφεραν συχνή συμμετοχή σε φυσική δραστηριότητα. Παράλληλα, οι συμμετέχοντες στην έρευνά τους ανέφεραν ότι αυξήθηκε η ικανότητά τους να ελέγχουν και να αντιδρούν σε διάφορα ερεθίσματα άγχους.

Επιπλέον, οι Brown και Siegal (1988), βρήκαν ότι η αρνητική επίδραση του στρες στην υγεία μειώθηκε, καθώς αυξήθηκε ο χρόνος συμμετοχής σε φυσική δραστηριότητα. Η Kull (2002), εστίασε στο γεγονός ότι οι φυσικά δραστήριες γυναίκες είχαν καλύτερη ψυχική υγεία, χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, χαμηλότερο καθημερινό αντιλαμβανόμενο στρες, ενώ ανέφεραν ότι θεωρούν τον εαυτό τους πιο ικανό να αντιμετωπίσει επιτυχώς ερεθίσματα άγχους. Ακόμα, σύμφωνα με τους Giacobbi et al. (2007), η άσκηση έχει μια μέτρια επίδραση στη μείωση του άγχους σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες.¹⁹

19. Τα προαναφερθέντα για τη φυσική δραστηριότητα ως στρατηγική αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων αντλή από τους Κάμτσιος, Σ., Φυλακτακίδου, Α. (2008). Σχέση Στρατηγικών Αντιμετώπισης Ερεθισμάτων Άγχους, Αυτοαποτελεσματικότητας και Συμμετοχής σε Φυσική

Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι η συμμετοχή σε καθημερινή και μέτρια φυσική δραστηριότητα, σαν μια τεχνική ελέγχου του στρες, έχει οφέλη στη βελτίωση της διάθεσης, αυξάνει την αυτοπεποίθηση και μειώνει τις σωματικές και τις ψυχολογικές αντιδράσεις του στρες (Akandere, & Tekin, 2002, όπως αναφέρεται στο Κάμτσιος και Φυλακτακίδου, 2008). Για τη διαδικασία όμως, αντιμετώπισης των ερεθισμάτων άγχους πολύ σημαντικές είναι και οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας που αναλύονται στο επόμενο κεφάλαιο, δηλαδή οι πεποιθήσεις που έχει το κάθε άτομο για τις ικανότητές του να ελέγχει τα γεγονότα που επηρεάζουν τη ζωή του.

Δ. ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ, ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΡΕΘΙΣΜΑΤΩΝ ΑΓΧΟΥΣ

I. Εννοιολογικές αποσαφηνίσεις

I.1. Η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας

Ο όρος προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας προτάθηκε από τον Albert Bandura²⁰ και αναφέρεται στην βεβαιότητα με την οποία το άτομο θεωρεί τον εαυτό του ικανό να εκδηλώσει μία συμπεριφορά προκειμένου να επιτύχει ένα συγκεκριμένο στόχο. Συγκεκριμένα, αφορά στους μηχανισμούς εκτίμησης και αξιολόγησης των ικανοτήτων του ατόμου, σχετικά με την οργάνωση και την εκτέλεση σειράς δράσεων, ώστε να επιτύχει συγκεκριμένους στόχους (Bandura, 1982· Bandura 1997).

Ο Bandura (1984, 1986, 2003) υποστήριξε ότι η θεωρία περί αυτοαποτελεσματικότητας μπορεί να έχει εφαρμογή σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δράσης. Οι Bandura και Locke (2003), επιχειρούν μία ανασκόπηση εννέα μετα-αναλύσεων που έχουν πραγματοποιηθεί σε διαφορετικούς τομείς της ανθρώπινης δράσης. Η εργασιακή συμπεριφορά, οι ψυχοκοινωνικές λειτουργίες παιδιών και εφήβων, οι αθλητικές επιδόσεις, οι συμπεριφορές που σχετίζονται με θέματα υγείας, οι ακαδημαϊκές επιδόσεις και η επιμονή βρίσκονται ανάμεσά τους. Τα ευρήματα αυτών

20. Ο Albert Bandura (1986), υιοθετώντας τις θεωρητικές θέσεις της κοινωνικής θεωρίας για την κοινωνική προέλευση της συμπεριφοράς και δίνοντας έμφαση στις διεργασίες της σκέψης, δηλαδή στη γνωστική λειτουργία, διατύπωσε την Κοινωνικογνωστική Θεωρία της μάθησης. Ο Bandura με τη θεωρία αυτή αποδοκιμάζει την παραδοσιακή διαμάχη της μονοδρομικής επίδρασης των εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων που καθορίζουν τη συμπεριφορά. Θεωρεί ότι τόσο οι συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις, όσο και το ψυχαναλυτικό μοντέλο, αδυνατούν να ερμηνεύσουν επαρκώς την ανθρώπινη συμπεριφορά. Από τη μία, οι συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις δίνουν έμφαση στην επίδραση του περιβάλλοντος καθιστώντας το άτομο παθητικό θύμα των γεγονότων και από την άλλη, το ψυχαναλυτικό μοντέλο θέτει ως κεντρικό στοιχείο της συμπεριφοράς τα ένστικτα και τις εσωτερικές ασύνειδες προδιαθέσεις.

Σύμφωνα με τον Bandura, μία ψυχολογική θεώρηση χρειάζεται να εξετάζει τις γνωστικές διεργασίες και την ενδοσκόπηση και να μην αρνείται ότι η σκέψη μπορεί να καθορίσει την πράξη, με αυτόν τον τρόπο μόνο μπορεί να εξηγήσει την πολυπλοκότητα της ανθρώπινης λειτουργικότητας. Ο όρος «κοινωνικογνωστική» που χρησιμοποιήθηκε από τον Bandura για την ονομασία της θεωρίας του, επιλέχθηκε για να δηλώσει τόσο τους κοινωνικούς παράγοντες που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά του ανθρώπου, όσο και τους γνωστικούς παράγοντες, δηλαδή τις διεργασίες της σκέψης που καθορίζουν τα κίνητρα, τα συναισθήματα και τις πράξεις (Δήμου, 2002α· Κολιάδης, 1997· Pajares, 1996· Pervin & John, 2001). Κεντρική θέση στις εσωτερικές γνωστικές διαδικασίες και σημαντικό ρόλο στην ανθρώπινη συμπεριφορά, κατέχουν οι προσδοκίες που οι άνθρωποι έχουν για τον εαυτό τους και οι προσδοκίες που έχουν για τις περιστάσεις. Στην πρώτη περίπτωση αναφέρονται ως προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας και στην δεύτερη ως προσδοκίες αποτελέσματος.

των μετα-αναλύσεων επιβεβαιώνουν ότι οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας συμβάλλουν σημαντικά στο επίπεδο των κινήτρων και την προσπάθεια.

Σύμφωνα με τον Bandura τα κίνητρα ενός ανθρώπου έχουν άμεση σχέση με τις προβλέψεις που κάνει σχετικά με το αν οι προσπάθειές του θα στεφθούν με επιτυχία ή αποτυχία. Η αυτοαποτελεσματικότητα είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει αυτές τις προβλέψεις (Woolfolk, 2007). Επομένως η κατανόηση των πεποιθήσεων αυτοαποτελεσματικότητας συμβάλλει στην κατανόηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς και των κινήτρων. Αξίζει να σημειώσουμε σε αυτό το σημείο, ότι οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας δεν αντιπροσωπεύουν ούτε γενικές προδιαθέσεις του ατόμου, ούτε τη γενική εκτίμηση που έχει για τις ικανότητές του. Εδώ έγκειται και η μεγάλη διαφορά της αυτοαποτελεσματικότητας από την αυτοαντίληψη και την αυτοεκτίμηση.²¹ Οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας συνδέονται με διαφορετικούς τομείς λειτουργίας και αναφέρονται σε συγκεκριμένες περιστάσεις.

Τέλος, οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας, σύμφωνα με τον Bandura, έχουν αντίκτυπο και στις διαδικασίες ενεργοποίησης και παρώθησης του ατόμου. Αυτό συμβαίνει μέσα από την επίδραση που ασκούν στις επιλογές του ατόμου, την ένταση και την έκταση της προσπάθειας που καταβάλλει, τα πρότυπα σκέψης και τις συναισθηματικές του αντιδράσεις (Bandura, 1986· Καλαντζή – Αζίζι, 2002· Pajares & Schunk, 2001· Pervin & John, 2001). Είναι φανερό ότι σε περιστάσεις που είμαστε σίγουροι για το εαυτό μας, η συμπεριφορά μας, η σκέψη μας, η δράση μας και τα συναισθήματά μας είναι διαφορετικά από ότι σε περιστάσεις που αμφιβάλουμε για τις ικανότητές μας.²²

1.2. Πηγές διαμόρφωσης των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας

Η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας που έχει κάθε άνθρωπος, δομείται μέσω πληροφοριών, οι οποίες προέρχονται από το περιβάλλον στο οποίο ζει και δραστηριοποιείται. Στην αρχή της ζωής του, η οικογένεια, οι συνομήλικοι και το

21. Η αυτοεκτίμηση αντιπροσωπεύει τη συναισθηματική πλευρά του εαυτού και αναφέρεται στη σφαιρική άποψη που έχει κάποιος για την αξία του ως άτομο. Η αυτοαντίληψη είναι η γνωστική πλευρά της έννοιας του εαυτού και αντιπροσωπεύει μια δήλωση ή μια πεποίθηση του ατόμου για τον εαυτό του (Μακρή-Μπότσαρη, 2001).

22. Για τα προαναφερθέντα ακολουθώ τη δομή που έχει επιλέξει η Γαλανού, Β. (2010), στη διδακτορική της διατριβή «Πηγές διαμόρφωσης των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας σε μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες», από το Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών (ΕΑΔΔ), που έχει την ευθύνη της συγκρότησης, διάθεσης και διατήρησης το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης (ΕΚΤ), σ. 49-56

σχολείο διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Στην πορεία της ζωής του και ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο που διανύει το κάθε άτομο αναλαμβάνει νέους ρόλους, οι οποίοι απαιτούν και την ανάπτυξη νέων ικανοτήτων. Τα απρόβλεπτα περιστατικά, οι τεχνολογικές εξελίξεις και οι κοινωνικές αλλαγές απαιτούν από το άτομο διαρκή επανεκτίμηση των ικανοτήτων του.

Οι πληροφορίες που συλλέγει για την εκτίμηση των ικανοτήτων του και στη συνέχεια για τη διαμόρφωση των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας του προέρχονται από τέσσερις πηγές (Bandura, 1986, 1994, 1995, 1997· Δήμου, 2002α· Καλαντζή – Αζίτζι, 2002· Κολιάδης, 1997· Rajares, 2002): α. Προσωπικές εμπειρίες, β. Εμπειρίες μέσω προτύπου, γ. Κοινωνική πειθώ, δ. Σωματική και συναισθηματική διέγερση.

Οι πληροφορίες, ανεξάρτητα από την πηγή που προέρχονται, δεν αποτελούν αντικειμενικά κριτήρια αξιολόγησης των ικανοτήτων του ατόμου, αλλά η προσωπική και υποκειμενική ερμηνεία τους είναι αυτή που επηρεάζει την αυτοαποτελεσματικότητα του ατόμου.²³

α. Προσωπικές εμπειρίες

Οι προσωπικές εμπειρίες του ατόμου είναι η πιο σημαντική πηγή διαμόρφωσης των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας, καθώς σχετίζονται με τις παρελθοντικές του επιδόσεις και δημιουργούν τις πιο αυθεντικές ενδείξεις σχετικά με το εάν διαθέτει τις ικανότητες για την εκτέλεση παρόμοιων έργων στο μέλλον. Ο Bandura (1997) περιέγραψε με λεπτομέρεια το ρόλο που ασκούν οι προσωπικές εμπειρίες στη διαμόρφωση των πεποιθήσεων αυτοαποτελεσματικότητας. Είναι λογικό λοιπόν, οι επιτυχίες να ενισχύουν τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας, ενώ οι επαναλαμβανόμενες αποτυχίες να αποδυναμώνουν τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας. Βέβαια, η παραπάνω παραδοχή δεν αποτελεί τον κανόνα, καθώς η επίδραση των εμπειριών του ατόμου στην αυτοαποτελεσματικότητα εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει τις επιτυχίες ή τις αποτυχίες του με βάση τους προσωπικούς και περιστατικούς παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτές (Bandura, 1997).

23. Για τη δομή και τις βιβλιογραφικές παραπομπές για τις πηγές διαμόρφωσης των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας με βοήθησε η διδακτορική διατριβή της Γαλανού, Β., ό.π., σ. 62-74

Πρώτον, οι προϋπάρχουσες αντιλήψεις του ατόμου επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο κατανοεί και οργανώνει τις πληροφορίες που προκύπτουν από τη συναλλαγή του με το περιβάλλον. Η βαρύτητα, που δίνουν οι άνθρωποι σε νέες εμπειρίες και ο τρόπος που τις ανακατασκευάζουν στη μνήμη τους, εξαρτάται, κατά ένα μεγάλο μέρος, από τις αντιλήψεις που ήδη έχουν για τον εαυτό τους (Bandura, 1992, 1997).

Δεύτερον, ο βαθμός δυσκολίας του έργου που αναλαμβάνει ένα άτομο και η επιτυχία ή η αποτυχία που θα σημειώσει επηρεάζει τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητάς του. Έτσι, η ανταπόκριση σε ένα δύσκολο έργο οδηγεί στην αύξηση της πίστης του ατόμου στις ικανότητές του. Τρίτον, το μέγεθος της καταβαλλόμενης προσπάθειας παρέχει πληροφορίες για τις ικανότητες που διαθέτει το άτομο, καθώς θεωρούνται και οι δύο καθοριστικοί παράγοντες για την τελική επίδοση. Η ελάχιστη προσπάθεια που οδηγεί στην επιτυχία σε εκτελέσεις έργων που θεωρούνται δύσκολα συνεπάγεται και υψηλές ικανότητες.

Τέταρτον, η επιλεκτική αυτοεποπτεία μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας, αν το άτομο δίνει ιδιαίτερη σημασία μόνο στις επιτυχημένες του προσπάθειες. Πέμπτο, η ικανότητα ανάκλησης εμπειριών και η μνήμη διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας, αφού επιτρέπουν στο άτομο να κατανείμει χρονικά τα επιτεύγματά του και να τα αξιολογήσει, λαμβάνοντας υπόψη του τις διαφορετικές συνθήκες κάτω από τις οποίες επιτεύχθηκαν.

Έκτο, η πρόοδος των επιδόσεων αποτελεί ένα παράγοντα που μπορεί να συμβάλλει στην αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας. Το άτομο που βιώνει κάποιες αποτυχίες και με την πάροδο του χρόνου παρατηρεί ότι οι ικανότητές του βελτιώνονται, έχει περισσότερες πιθανότητες να διαμορφώσει μία υψηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας, σε αντίθεση με ένα άτομο που βιώνει κάποιες επιτυχίες, αλλά παρατηρεί τις επιδόσεις του σταδιακά να μειώνονται.

Τέλος, στην εκτέλεση ενός έργου και στην επίδοση που έχει το άτομο σε αυτήν συμβάλλουν πολλοί παράγοντες που περιλαμβάνουν τόσο τις ικανότητές του, όσο και τις συνθήκες περίστασης. Οι συνθήκες περίστασης κάτω από τις οποίες δραστηριοποιείται το άτομο περιλαμβάνουν τα περιστασιακά εμπόδια, την καταλληλότητα των μέσων που έχει στη διάθεσή του και τη βοήθεια που δέχεται από άλλα πρόσωπα (Bandura, 1997). Επομένως, η επιτυχία που πραγματοποιήθηκε με εξωτερική βοήθεια, δε συμβάλλει τόσο στην ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας.

Έτσι, όσο περισσότεροι είναι οι παράγοντες περίστασης που συμβάλλουν στην επίδοση του ατόμου, τόσο μικρότερη αξία αποδίδει το άτομο στις ικανότητές του.

β. Εμπειρίες μέσω προτύπου

Οι άνθρωποι συνηθίζουν να δομούν τις πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητάς τους μέσα από έμμεσες εμπειρίες που αποκτούν παρακολουθώντας την επίδοση άλλων ατόμων. Τα άτομα αυτά λειτουργούν σαν κοινωνικά πρότυπα και οι άνθρωποι προβαίνουν σε κοινωνικές συγκρίσεις για να συγκεντρώσουν πληροφορίες και να αξιολογήσουν τις δικές τους ικανότητες. Έτσι, η αυτοαποτελεσματικότητα των παρατηρητών αυξάνεται από την επιτυχημένη προσπάθεια των ατόμων με παρόμοιες ικανότητες (Bandura, 1982), ενώ αντίστροφα μειώνεται και αποδυναμώνεται από τις αποτυχημένες προσπάθειες (Bandura, 1997).

Στην καθημερινότητά τους οι άνθρωποι μπαίνουν στη διαδικασία της σύγκρισης με άτομα που συναναστρέφονται και συνεργάζονται. Τέτοια κοινωνικά πρότυπα μπορούν να αποτελέσουν μέλη του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, όπως τα αδέρφια, οι γονείς, τα ξαδέρφια, αλλά και πρόσωπα του στενού φιλικού περιβάλλοντος της οικογένειας. Επίσης, κοινωνικά πρότυπα μπορούν να αποτελέσουν άτομα που προβάλλονται από την τηλεόραση και τα υπόλοιπα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Σύμφωνα με τους Bandura και Jourden (1991), οι ικανότητες εκείνων που έχουν επιλεχθεί από τα άτομα για κοινωνική σύγκριση, θα επηρεάσει και την αποτίμηση της προσωπικής τους αυτοαποτελεσματικότητας.

Ειδικότερα, τα άτομα εκείνα που νιώθουν αβεβαιότητα για τις ικανότητές τους ή διαθέτουν περιορισμένη προηγούμενη εμπειρία στην εκτέλεση ενός συγκεκριμένου έργου, είναι αυτά που θα επηρεαστούν περισσότερο από την παρακολούθηση της επίδοσης των κοινωνικών προτύπων τους. Σύμφωνα με τον Bandura (1997), οι τρεις παράγοντες που συνδέονται με τη γνωστική επεξεργασία των πληροφοριών που προέρχονται από έμμεσες εμπειρίες είναι: η ομοιότητα του προτύπου και του παρατηρητή, το επίπεδο ικανότητας του μοντέλου και η πολλαπλότητα και ποικιλία των κοινωνικών προτύπων.

γ. Κοινωνική Πειθώ

Η κοινωνική πειθώ αναφέρεται στη λεκτική υποστήριξη και έχει σκοπό να πείσει το άτομο ότι διαθέτει τις ικανότητες που απαιτούνται για την επιτυχή εκτέλεση ενός έργου. Η δύναμη επιρροής της κοινωνικής πειθούς είναι περιορισμένη σε σύγκριση με

τις υπόλοιπες πηγές διαμόρφωσης των πεποιθήσεων αυτοαποτελεσματικότητας, παρόλα αυτά μπορεί και αυτή να συμβάλλει όταν κινείται μέσα σε ρεαλιστικά πλαίσια.

Είναι βέβαια προφανές, ότι η σημασία που θα αποδώσει κάποιος στην κοινωνική λεκτική υποστήριξη, εξαρτάται από την εμπιστοσύνη που έχει στο πρόσωπο που την εκφράζει. Όσο πιο αξιόπιστη θεωρείται η πηγή της πληροφορίας, τόσο περισσότερες είναι οι πιθανότητες να υπερισχύσει των προσωπικών εκτιμήσεων και να επηρεάσει τις κρίσεις αυτοαποτελεσματικότητας. Τέλος, η κοινωνική πειθώ έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν δεν περιορίζεται απλά και μόνο στη διατύπωση θετικών αξιολογήσεων, αλλά είναι μέρος μιας πολυδιάστατης στρατηγικής, που έχει σκοπό την προσωπική ανάπτυξη και την ενίσχυση των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας.

δ. Σωματική και συναισθηματική διέγερση

Οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται ως πηγή πληροφόρησης για τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητάς τους τη σωματική διέγερση και τα συναισθήματα που τη συνοδεύουν. Όταν οι συναισθηματικές αντιδράσεις είναι έντονες και η σωματική διέγερση είναι υψηλή κατά τη διάρκεια εκτέλεσης ενός έργου, το άτομο ερμηνεύει αυτές τις ενδείξεις ως ευπάθεια στην αποτυχία (Bandura, 1997).

Ο τρόπος που ερμηνεύει και αντιλαμβάνεται το άτομο τις εσωτερικές καταστάσεις που βιώνει έχει διαφορετικό αντίκτυπο στην αυτοαποτελεσματικότητά του. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει ότι οι άνθρωποι με υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα αντιλαμβάνονται μία κατάσταση διέγερσης ως παράγοντα που ενεργοποιεί τις σωματικές και πνευματικές τους δυνάμεις και έχει τη δική της συμβολή στην επιτυχία.

Επίσης, ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν την ερμηνεία που δίνει το κάθε άτομο στη σωματική και συναισθηματική του κατάσταση κατά την εκτέλεση ενός έργου, είναι οι εμπειρίες του. Πολλοί παράγοντες ωστόσο, ακόμα επηρεάζουν αυτήν την επεξεργασία, όπως (Bandura, 1997): η ένταση της διέγερσης, η πηγή της διέγερσης, οι προϋπάρχουσες αντιλήψεις και η διάθεση.

II. Η αυτοαποτελεσματικότητα των ατόμων με αναπηρία στην αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους

II.1. Οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας στην διαχείριση ερεθισμάτων άγχους

Ο Bandura υποστηρίζει ότι κανένας μηχανισμός διαμόρφωσης της ανθρώπινης συμπεριφοράς «δεν είναι τόσο σημαντικός όσο οι πεποιθήσεις των ατόμων για τις ικανότητές τους να ελέγχουν τα γεγονότα που επηρεάζουν τη ζωή τους» (Bandura, 1986, σ.391). Βασιζόμενοι στην παραπάνω παραδοχή, γίνεται αντιληπτό ότι οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας είναι σημαντικές και για τη διαδικασία αντιμετώπισης ερεθισμάτων άγχους.

Οι άνθρωποι συνηθίζουν να αποφεύγουν οτιδήποτε θεωρούν πως ξεπερνά τις ικανότητές τους για την αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων, ενώ αντίθετα εμπλέκονται ενεργητικά και αντιμετωπίζουν τις καταστάσεις που θεωρούν εντός των δυνατοτήτων τους (Bandura, 1982). Επίσης, οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας καθορίζουν και το μέγεθος της προσπάθειας που θα καταβάλει το άτομο. Είναι φανερό ότι, όταν το άτομο πιστεύει ότι μπορεί να αντιμετωπίσει επιτυχώς μία αγχογόνο κατάσταση, χρησιμοποιεί ποικίλες στρατηγικές και προσπαθεί συνεχώς. Από την άλλη, όταν το άτομο θεωρήσει ότι δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει μία κατάσταση που του προκαλεί άγχος, καταφεύγει σε παθητικές στρατηγικές και οι προσπάθειές του μειώνονται δραματικά (Bandura, 1977α, 1977β).

Επιπλέον, οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας ρυθμίζουν το βαθμό που το άτομο βιώνει το άγχος, αλλά και την αξιολόγηση των ερεθισμάτων που του προκαλούν άγχος (O'Leary, 1992· Smith & Lazarus, 1990). Έτσι, γίνεται αντιληπτό, ότι ένα άτομο με χαμηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας, αντιμετωπίζει το στρεσογόνο ερέθισμα ως απειλητικό και βιώνει υψηλά επίπεδα άγχους. Αντίθετα, όταν οι άνθρωποι πιστεύουν ότι μπορούν να προλάβουν, να σταματήσουν ή να αντιμετωπίσουν τη σοβαρότητα των ερεθισμάτων αυτών, παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα άγχους.

Επιπρόσθετα, οι χαμηλές προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας φαίνεται να συνδέονται με τη χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων που εστιάζουν στο συναίσθημα (Terry, 1994). Τέλος, οι χαμηλές προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας προκαλούν έντονα συναισθήματα και συμπτώματα άγχους

που μπορούν να οδηγήσουν σε προβλήματα υγείας, τόσο σωματικά (Bandura, 1992· O'Leary, 1992), όσο και ψυχικά (Kanfer & Zeiss, 1983).

Π.2. Η αυτοαποτελεσματικότητα στα άτομα με αναπηρίες

Η μελέτη της έννοιας της αυτοαποτελεσματικότητας έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον και σημασία για τους ανθρώπους που βιώνουν πραγματικά δύσκολες καταστάσεις στη ζωή τους, όπως είναι η κατάσταση της αναπηρίας, αφού η αυτοαποτελεσματικότητα του ατόμου συνδέεται στενά με τη λειτουργικότητά του (Zumberg, Chang & Sanna, 2008).

Η αυτοαποτελεσματικότητα θεωρείται καθοριστικός παράγοντας της ψυχολογικής και κοινωνικής προσαρμογής του ατόμου (Luszczynska, Gutierrez-Dona & Schwarzer, 2005), η οποία συνδέεται με την ψυχική υγεία (DuBois & Flay, 2004) και με μειωμένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Heppner & Lee, 2005). Αυτός είναι και ο λόγος που η αυτοαποτελεσματικότητα παίζει καθοριστικό ρόλο στον τρόπο που τα άτομα βιώνουν διάφορες καταστάσεις, όπως είναι η αναπηρία (Dakin, 2006· Kall, 2009· Kyhlback, Thierfelder & Soderlund, 2002).

Σύμφωνα με τον ερευνητή Bandura (1978), η προσωπική αποτελεσματικότητα σε ένα συγκεκριμένο τομέα αναμένεται ότι θα επηρεάσει τη συμπεριφορά του ατόμου και θα το οδηγήσει να συνεχίσει την προσπάθειά του ακόμα και σε δύσκολες καταστάσεις. Η αυτοαποτελεσματικότητα μπορεί να καθορίσει τη λειτουργικότητα του ατόμου με αναπηρία, ανεξάρτητα από τον τύπο της αναπηρίας, τη σοβαρότητα της και το επίπεδο του πόνου που βιώνει (Schiaffino & Revenson, 1992· Schiaffino, Revenson & Gibofsky, 1991), καθώς η υψηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας ενισχύει τις στρατηγικές αντιμετώπισης προβλήματος, έτσι ώστε το άτομο να οδηγηθεί σταδιακά σε καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή.

Η ενασχόληση με τη διαχείριση της αναπηρίας σταδιακά σταματάει και το άτομο επικεντρώνεται στη διαχείριση των απαιτήσεων της ζωής του, έτσι ώστε να μπορέσει να ενταχθεί στον κοινωνικό ιστό (Higgins, 2005). Οι πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας είναι εκείνες που εξηγούν σε ένα σημαντικό ποσοστό τη διακύμανση της προσαρμογής των ατόμων με αναπηρία (Cunningham, Lockwood & Cunningham, 1991), παρά η πραγματική κατάσταση της αναπηρίας (Baron et al., 1987).

Είναι φανερό ότι, όταν ένα άτομο με αναπηρία θέτει στόχους και καταβάλλει προσπάθειες για να τους επιτύχει, είναι πολύ πιθανόν να βιώσει εμπειρίες επιτυχίας, οι οποίες θα έχουν ως αποτέλεσμα την ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητάς του και

σταδιακά τη βελτίωση του επιπέδου ικανοποίησης από τη ζωή (Dahlbeck & Lightsey, 2008). Είναι πολύ σημαντικό συνεπώς, για τα άτομα με αναπηρία να βιώνουν επαναλαμβανόμενες θετικές εμπειρίες επιτυχίας, καθώς αυτές αποδίδονται στις ικανότητές τους και έχουν ως αποτέλεσμα σταδιακά να μειώνεται η αρνητική επίδραση που τους ασκούν οι περιστασιακές δυσκολίες που συναντούν.

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτή η σημασία της αυτοαποτελεσματικότητας και η επιρροή που ασκεί τόσο στη σωματική, όσο και στην ψυχολογική υγεία του ατόμου, αλλά και σε πολλούς τομείς της ζωής του. Για αυτό το λόγο θεωρείται ως ένα συστατικό στοιχείο των διαφόρων προγραμμάτων παρέμβασης που απευθύνονται στα άτομα με αναπηρία. Τα άτομα αυτά καλούνται με τη βοήθεια τόσο των ειδικών, όσο και με την υποστήριξη του οικογενειακού τους περιβάλλοντος να ξαναβρούν την αίσθηση της αποτελεσματικότητας στις συμπεριφορικές και στις γνωστικές τους δεξιότητες (Bandura, 1986· Bandura, 1997· Frank & Frank, 1991· Maddux, 2005· Maddux & Lewis, 1995).

Κλείνοντας, αξίζει να αναφέρουμε ότι ένα είδος προγράμματος παρέμβασης μπορεί να θεωρηθεί και η παρακίνηση για συμμετοχή σε κάποια φυσική ή αθλητική δραστηριότητα. Τα οφέλη από την ενασχόληση με κάποιο άθλημα, όχι απαραίτητα στο επίπεδο των αγώνων, είναι ποικίλα, τόσο σωματικά, όσα και ψυχολογικά, όπως βέβαια αναφέρθηκαν σε προηγούμενη θεματική ενότητα. Η υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα συνεπώς, σχετίζεται με καλύτερη φυσική κατάσταση και κοινωνική προσαρμογή, με τη ρύθμιση της διαδικασίας του στρες και με υψηλότερη αυτοεκτίμηση (Bandura, 1997· Kuijer & de Ridder, 2003). Αντίθετα, η χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα σχετίζεται με περισσότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (Kashdan & Roberts, 2004) και ιδιαίτερα σε εκείνη την «ομάδα» ατόμων που αντιμετωπίζουν πραγματικές δυσκολίες, όπως είναι η αναπηρία.

Σκοπός και επιμέρους στόχοι της έρευνας – ερευνητικά ερωτήματα

Η επισκόπηση της ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας έδειξε ότι υπάρχουν ερευνητικά κενά, κάποια από τα οποία η παρούσα έρευνα επιχειρεί να καλύψει.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει την ψυχική ανθεκτικότητα των ατόμων με αναπηρία που ασκούν κάποια φυσική ή αθλητική δραστηριότητα και να διερευνήσει πιθανές συσχετίσεις μεταξύ της ανθεκτικότητας και των στρατηγικών

αντιμετώπισης του στρες που χρησιμοποιούν. Επίσης, θα εξετάσει την σχέση μεταξύ της έντασης της φυσικής δραστηριότητας, των χαρακτηριστικών της ανθεκτικότητας και της επιλογής συγκεκριμένων στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες. Επιπλέον, σκοπός της έρευνας είναι η αναζήτηση της σχέσης μεταξύ της αυτοαποτελεσματικότητας των ατόμων με αναπηρία απέναντι στα ερεθίσματα άγχους κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες και της έντασης της φυσικής δραστηριότητας στην οποία συμμετέχουν. Επιμέρους στόχοι είναι η διερεύνηση των διαφορών μεταξύ των δύο φύλων στις χρησιμοποιούμενες στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες και στην αυτοαποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης ερεθισμάτων άγχους κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες.

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής:

- 1) Τα άτομα με αναπηρία που ασκούν κάποια φυσική ή αθλητική δραστηριότητα παρουσιάζουν υψηλή ή χαμηλή ψυχική ανθεκτικότητα;
- 2) Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των χαρακτηριστικών της ψυχικής ανθεκτικότητας και των χρησιμοποιούμενων στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ) στα άτομα με αναπηρίες που ασκούν κάποια φυσική ή αθλητική δραστηριότητα;
- 3) Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της έντασης της φυσικής δραστηριότητας και των χαρακτηριστικών της ψυχικής ανθεκτικότητας;
- 4) Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της έντασης της φυσικής δραστηριότητας και των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ) που χρησιμοποιούν τα άτομα με αναπηρία;
- 5) Η ένταση της φυσικής δραστηριότητας επηρεάζει την αυτοαποτελεσματικότητα των ατόμων με αναπηρία απέναντι στα ερεθίσματα άγχους σε συγκεκριμένες συνθήκες;
- 6) Υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ) και στις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας για τη διαχείριση ερεθισμάτων άγχους σε συγκεκριμένες συνθήκες;

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ε. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

I. Μέθοδος και διαδικασία

I.1. Δείγμα

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν τριάντα άτομα ($N = 30$) με αναπηρία που ασκούν κάποια φυσική ή αθλητική δραστηριότητα από την ευρύτερη περιοχή της Αθήνας. Ειδικότερα, συμμετείχαν δεκαεννέα άνδρες (63,3%) και έντεκα γυναίκες (36,7%). Ο μέσος όρος ηλικίας είναι τα 36,6 έτη.

Στον Πίνακα 1 περιγράφονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος της έρευνας: η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο, ενώ στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται κάποια ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος: το είδος της αθλητικής δραστηριότητας στην οποία συμμετέχουν και τη μορφή αναπηρίας που παρουσιάζουν.

Πίνακας 1

Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος της έρευνας.

N	30 άτομα		
	Μέσος όρος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Ηλικία	36,6 (SD=5,8)	30	46
		Συχνότητα	Ποσοστά
Φύλο	Άνδρες	19	63,3%
	Γυναίκες	11	36,7%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος /η	20	66,7%
	Έγγαμος /η	10	33,3%
Μορφωτικό επίπεδο	Γυμνάσιο /Λύκειο	17	56,7%
	ΙΕΚ /Μεταλυκειακές σχολές	7	23,3%

Πίνακας 2

Ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας.

N		30 άτομα	
		Συχνότητα	Ποσοστά
Είδος αθλητικής δραστηριότητας	Ποδόσφαιρο	1	3,3%
	Boccia	8	26,7%
	Στίβος	7	23,3%
	Στίβος μεγάλης απόστασης	2	6,7%
	Κολύμβηση	10	33,3%
	Χορός	2	6,7%
	Μορφή αναπηρίας	Τετραπληγία	6
Σπαστική εγκεφαλική παράλυση		2	6,7%
Παραπληγία		8	26,7%
Περιφερειακή νευροπάθεια		1	3,3%
Ολική αρθροπλαστική ισχίου		1	3,3%
Ακρωτηριασμένο μέλος		5	16,7%
Τύφλωση		5	16,7%
Κώφωση		2	6,7%

I.2. Ερευνητικά εργαλεία

Για τους σκοπούς της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν τα παρακάτω ερωτηματολόγια:

α. Dispositional Resilience Scale – II (short – form) (Sinclair & Oliver, 2003)

Η κλίμακα για τις διαστάσεις της ανθεκτικότητας δεν έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό παρά το γεγονός ότι έχει χρησιμοποιηθεί σε ποικίλες έρευνες ξένων ερευνητών. Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελείται από 18 προτάσεις και θα χρησιμοποιηθεί για να ερευνηθεί τις έξι στάσεις (attitudes) που συγκροτούν την ανθεκτικότητα και την ευπάθεια απέναντι σε γεγονότα που προκαλούν άγχος στην καθημερινή ζωή σε άτομα με αναπηρία που ασκούν κάποια φυσική δραστηριότητα: 1) δέσμευση, 2) έλεγχος, 3) πρόκληση, 4) αδυναμία, 5) απομόνωση και 6) ακαμψία. Κάθε πρόταση συνοδεύεται από μία κλίμακα Likert με πέντε βαθμούς (από το 1 = διαφωνώ απόλυτα μέχρι το 5 = συμφωνώ απόλυτα) για να υποδείξει το βαθμό που κάθε συμμετέχων συμφωνεί με τη δήλωση.

Οι τρεις στάσεις: δέσμευση (commitment), έλεγχος (control) και πρόκληση (challenge) θεωρούνται ότι παρακινούν το άτομο σε θετικές αντιδράσεις, όταν έρχεται αντιμέτωπο με στρεσογόνες καταστάσεις, ενώ οι στάσεις: αδυναμία (powerlessness), απομόνωση (alienation) και ακαμψία (rigidity) θεωρούνται ότι καλλιεργούν την ευπάθεια απέναντι σε γεγονότα που προκαλούν άγχος. Κάθε στάση περιλαμβάνει τρεις προτάσεις στην κλίμακα DRS – II (short-form). Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν οι παρακάτω δηλώσεις: «Απολαμβάνω τα περισσότερα πράγματα στη ζωή μου» (δέσμευση), «Οι επιτυχίες μου οφείλονται στην προσπάθεια μου και στις ικανότητές μου» (έλεγχος), «Τα γεγονότα που μου προκαλούν πραγματικά άγχος τα βλέπω ως ευκαιρία για προσωπική ωρίμανση» (πρόκληση), «Όσο σκληρά και αν προσπαθήσω, συνήθως δεν έχω αποτέλεσμα» (αδυναμία), «Συχνά αισθάνομαι μόνος» (απομόνωση) και «Με ενοχλεί όταν η καθημερινή μου ρουτίνα διακόπτεται» (ακαμψία).

Η κλίμακα αυτή θα παρουσιαστεί στους συμμετέχοντες με τις ακόλουθες οδηγίες: «Οι παρακάτω προτάσεις αντιπροσωπεύουν τον τρόπο που αισθανόμαστε εμείς οι άνθρωποι κάποιες στιγμές στη ζωή μας. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και χρησιμοποιήστε την κλίμακα για να υποδείξετε σε ποιο βαθμό σας εκφράζει η κάθε δήλωση». Σύμφωνα με τις οδηγίες των Sinclair και Oliver (2003) για την εξαγωγή συμπερασμάτων, οι υψηλές βαθμολογίες στις θετικές στάσεις: δέσμευση, έλεγχος, πρόκληση και οι χαμηλές βαθμολογίες στις αρνητικές στάσεις: αδυναμία, απομόνωση, ακαμψία, δίνουν υψηλά ποσοστά ανθεκτικότητας. Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's alpha για το δείγμα της έρευνας είναι 0,77 για τις θετικές διαστάσεις της ανθεκτικότητας και 0,76 για τις αρνητικές διαστάσεις της ανθεκτικότητας.

β. Κλίμακα Μέτρησης Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (Καραδήμας, 1998)

Η παραπάνω κλίμακα αποτελείται από 38 προτάσεις και θα χρησιμοποιηθεί για να αξιολογηθούν οι στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν τα άτομα με αναπηρία, τα οποία ασκούν κάποια φυσική δραστηριότητα, όταν έρχονται αντιμέτωπα με γεγονότα που προκαλούν πολύ άγχος. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί μία προσαρμογή στα ελληνικά (Καραδήμας, 1998) της κλίμακας «Ways of Coping» των Lazarus και Folkman (1984). Η κλίμακα των Lazarus και Folkman έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία και αποτελείται από 68 θέματα που σχετίζονται με τις πιθανές μεθόδους και τακτικές που ένα άτομο χρησιμοποιεί όταν βρίσκεται αντιμέτωπο με ένα πρόβλημα.

Η ονομασία της ελληνικής έκδοσης είναι: Κλίμακα Μέτρησης Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ) και περιλαμβάνει τους ακόλουθους πέντε παράγοντες: 1) θετική προσέγγιση, 2) αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, 3) ευχολογία – ονειροπόληση, 4) αποφυγή – διαφυγή και 5) διεκδικητική επίλυση του προβλήματος. Κάθε παράγοντας περιλαμβάνει κάποιες προτάσεις, οι οποίες συνοδεύονται από μία κλίμακα Likert με τέσσερις βαθμούς (από το 1 = ποτέ μέχρι το 4 = συχνά) για να υποδείξει το πόσο συχνά κάθε συμμετέχων χρησιμοποιεί τις διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, κάθε φορά που αντιμετωπίζει ερεθίσματα άγχους.

Χαρακτηριστικά παραδείγματα που περιλαμβάνονται στους πέντε παράγοντες του ερωτηματολογίου είναι τα εξής:

1. **Θετική προσέγγιση:** Στον παράγοντα αυτόν περιλαμβάνονται θέματα που αναφέρονται στην προσπάθεια του ατόμου να επαναξιολογήσει κατά ένα θετικό τρόπο τις αγχογόνες καταστάσεις και ταυτόχρονα να σχεδιάσει συγκεκριμένες τεχνικές επίλυσης προβλήματος. Εδώ περιλαμβάνονται δύο διαστάσεις: η θετική επαναξιολόγηση και η επίλυση προβλήματος (π.χ. «Προσπαθούσα να δω τη θετική πλευρά των πραγμάτων», «Γνώριζα τι έπρεπε να γίνει και έτσι διπλασίαζα τις προσπάθειές μου για να πετύχω»).
2. **Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης:** Ο παράγοντας αυτός αναφέρεται στην αναζήτηση από το άτομο κατάλληλης υποστήριξης από τον κοινωνικό περίγυρο, ώστε να αντιμετωπίσει καλύτερα το πρόβλημα (π.χ. «Ζητούσα τη συμβουλή ενός συγγενή ή ενός φίλου»).

3. Ευχολογία – ονειροπόληση: Στον παράγοντα αυτό υπάρχουν θέματα που αξιολογούν την τάση του ατόμου να ξεπεράσει τα πιθανά προβλήματά του, ευχόμενος να συμβεί ένα θαύμα ή ονειροπολώντας για το πώς θα ήταν μια διαφορετική κατάσταση, αν δεν είχε συμβεί το στρεσογόνο ερέθισμα. Εδώ περιλαμβάνονται δύο διαστάσεις: η ευχολογία και η αναζήτηση θεϊκής παρέμβασης (π.χ. «Ηλπίζα ότι θα γίνει ένα θαύμα», «Εύρισκα παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό.»)
4. Αποφυγή – διαφυγή: Ο παράγοντας αυτός αξιολογεί την τάση του ατόμου να επανεκτιμήσει την κατάσταση, μειώνοντας ή αγνοώντας την πραγματική σημασία της. Εδώ περιλαμβάνονται δύο διαστάσεις: η παραίτηση και η άρνηση (π.χ. «Προσπαθούσα να ξεχάσω δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο», «Συνέχιζα σαν να μη συμβαίνει τίποτα.»).
5. Διεκδικητική επίλυση του προβλήματος: Ο παράγοντας αξιολογεί την προσπάθεια του ατόμου να επιτύχει κάποια λύση, αντιμετωπίζοντας άμεσα και διεκδικητικά την κατάσταση που προκαλεί πρόβλημα (π.χ. «Εξέφραζα το θυμό μου στο πρόσωπο που δημιούργησε το πρόβλημα»).

Οι παράγοντες ΣΑΑΚ μπορούν να χωρισθούν σε «εστιασμένες στο πρόβλημα» (επίλυση προβλημάτων, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και διεκδικητική επίλυση προβλημάτων), καθώς και σε «εστιασμένες στο συναίσθημα» (θετική επαναξιολόγηση, ευχολογία/ονειροπόληση, γενικά και ως προς τις δύο διαστάσεις της και αποφυγή/διαφυγή, γενικά και ως προς τις δύο διαστάσεις της).

Η κλίμακα αυτή θα παρουσιαστεί στους συμμετέχοντες με τις ακόλουθες οδηγίες: «Μας ενδιαφέρει να μελετήσουμε πώς αντιδρούν οι άνθρωποι όταν αντιμετωπίζουν δύσκολες ή αγχωτικές καταστάσεις στη ζωή τους. Υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους προσπαθούμε να αντιμετωπίσουμε το άγχος. Σε αυτό το ερωτηματολόγιο θα θέλαμε να υποδείξετε τι κάνετε γενικά και πως αισθάνεστε όταν αντιμετωπίζετε αγχωτικά γεγονότα. Προφανώς, διαφορετικά γεγονότα σας οδηγούν σε διαφορετική αντιμετώπιση, αλλά σκεφτείτε τι κάνετε συνήθως όταν υποφέρετε από πολύ άγχος». Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's alpha για το δείγμα της έρευνας είναι 0,61 για τη θετική προσέγγιση, 0,83 για την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, 0,82 για την ευχολογία/ ονειροπόληση, 0,75 για την αποφυγή/ διαφυγή και 0,60 για την διεκδικητική επίλυση προβλήματος.

γ. Godin Leisure – Time Exercise Questionnaire (Godin & Shephard, 1985)

Το ερωτηματολόγιο άσκησης στον ελεύθερο χρόνο (Godin & Shephard, 1985) έχει σχεδιαστεί για να αποτιμήσει τη σωματική δραστηριότητα κατά τον ελεύθερο χρόνο και σε διάστημα 7 ημερών. Θα χρησιμοποιηθεί μόνο το πρώτο σκέλος του ερωτηματολογίου, που ζητά από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν πόσες φορές συμμετείχαν σε έντονη, μέτρια και ήπια άσκηση, για περισσότερο από 15 λεπτά, σε διάστημα μίας εβδομάδας. Έτσι, οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν πόσες φορές ανά εβδομάδα συμμετέχουν σε: 1) έντονη άσκηση (η καρδιά χτυπά γρήγορα π.χ. τρέξιμο, τζόκιγκ μεγάλης απόστασης, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, έντονο κολύμπι, έντονη ποδηλασία μεγάλης απόστασης), 2) μέτρια άσκηση (όχι εξαντλητική π.χ. γρήγορο περπάτημα, τένις, χαλαρή ποδηλασία, βόλεϊ, χαλαρή κολύμβηση, παραδοσιακούς χορούς) και 3) ήπια άσκηση (ελάχιστη προσπάθεια π.χ. γιόγκα, τοξοβολία, ψάρεμα, μπόουλινγκ, γκόλφ, χαλαρό περπάτημα, boccia).

Το σκορ της πρώτης ερώτησης για την έντονη άσκηση, θα πολλαπλασιαστεί με τον αριθμό 9, το σκορ της δεύτερης ερώτησης, για τη μέτρια άσκηση, θα πολλαπλασιαστεί με τον αριθμό 5 και το σκορ της τρίτης ερώτησης, για την ήπια άσκηση, θα πολλαπλασιαστεί με τον αριθμό 3, όπως ακριβώς υποδεικνύουν οι Godin και Shephard (1985). Το άθροισμα των τριών γινομένων προσδιορίζουν την τιμή του δείκτη σωματικής δραστηριότητας. Στην παρούσα εργασία θα αξιοποιηθεί κυρίως οι η συμμετοχή σε έντονη και σε ήπια άσκηση για να ελεγχθεί η επίδρασή τους στις κλίμακες της έρευνας.

δ. General Self-Efficacy Scale (Schwarzer, 1993).

Το ερωτηματολόγιο αυτοαποτελεσματικότητας για την αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες (Schwarzer, 1993) έχει χρησιμοποιηθεί σε ποικίλες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στον ελληνικό χώρο (π.χ. Κάμτσιος και Φυλακτακίδου, 2008). Στη συγκεκριμένη περίπτωση, θα χρησιμοποιηθεί για διερευνήσει την αυτοαποτελεσματικότητα κάθε συμμετέχοντος στην αντιμετώπιση των ερεθισμάτων άγχους που προκαλούνται σε δέκα συνθήκες.

Οι συμμετέχοντες, μετά το αρχικό πρόθεμα «Είμαι σίγουρος ότι μπορώ να ελέγξω τα ερεθίσματα άγχους όταν...», καλούνται να απαντήσουν σε διαβαθμιστική επιλογή μεταξύ τριών απαντήσεων (1 = ναι, 2 = έτσι και έτσι, 3 = όχι), για το αν αισθάνονται εμπιστοσύνη ότι μπορούν να ελέγξουν το στρες που νοιώθουν σε

συγκεκριμένες καταστάσεις. Οι προτάσεις που ακολουθούν το παραπάνω πρόθεμα δηλώνονται παρακάτω:

1. ...έχω προσωπικά προβλήματα
2. ...έχω αϋπνίες
3. ...αισθάνομαι απογοητευμένος
4. ...αισθάνομαι φοβισμένος
5. ...αισθάνομαι θυμωμένος
6. ...βρίσκομαι κάτω από πίεση
7. ...έχω δυσκολίες να σταματήσω μια συνήθεια (π.χ. κάπνισμα)
8. ...αισθάνομαι λυπημένος
9. ...αισθάνομαι κουρασμένος
10. ...σκέφτομαι για τα λάθη που τυχόν θα κάνω.

Το συνολικό σκορ της αυτοαποτελεσματικότητας είναι ο μέσος όρος των δέκα ερωτήσεων για το κάθε άτομο και ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's alpha για το δείγμα της έρευνας είναι 0,88.

ε. Ερωτηματολόγιο ατομικών στοιχείων

Τα παραπάνω ερωτηματολόγια θα συνοδευτούν από ένα εισαγωγικό σημείωμα από τον ερευνητή και από ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών και ατομικών στοιχείων. Ειδικότερα, το σημείωμα θα έχει την ακόλουθη μορφή:

«Αγαπητοί αθλητές και αθλήτριες,

Στα πλαίσια της ολοκλήρωσης των σπουδών μου στο Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Αιγαίου, έχω αναλάβει την εκπόνηση πτυχιακής εργασίας. Με ενδιαφέρει ιδιαίτερα να διερευνήσω πώς η συμμετοχή σας σε αθλητικές δραστηριότητες επηρεάζει τον τρόπο που αισθάνεστε και τον τρόπο που αντιδράτε, όταν έρχεστε αντιμέτωποι με καταστάσεις που σας προκαλούν άγχος. Θα ήταν τιμή μου, αν διαθέσετε λίγο από το χρόνο σας για να με βοηθήσετε στην έρευνά μου.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων

Ελένη Στρατούρη»

Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο θα περιλαμβάνει δημογραφικά δεδομένα, όπως το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων με αναπηρία που ασκούν κάποια φυσική ή αθλητική δραστηριότητα. Επίσης, θα περιλαμβάνει και τη συμπλήρωση δύο στοιχείων απαραίτητων για την

πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας, όπως το είδος της αθλητικής δραστηριότητας στην οποία συμμετέχουν τα άτομα, καθώς και τη μορφή αναπηρίας που παρουσιάζουν.

1.3. Διαδικασία

Η συλλογή των δεδομένων διήρκεσε περίπου δύο μήνες. Αρχικά, καθορίστηκαν ο σκοπός και οι στόχοι της έρευνας και επιλέχθηκαν τα κατάλληλα ερευνητικά εργαλεία. Χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική έρευνα και η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με δομημένα ερωτηματολόγια. Στη συνέχεια, καθορίστηκαν τα κριτήρια επιλογής του δείγματος: άτομα με κάποια μορφή αναπηρίας, που ασκούν μία φυσική ή αθλητική δραστηριότητα και το ηλικιακό τους φάσμα κυμαίνεται μεταξύ 30 και 46 ετών. Επίσης, έγινε προσπάθεια διασφάλισης συμμετοχής στην έρευνα ατόμων με αναπηρία που συμμετέχουν τόσο σε έντονη, όσο και σε ήπια μορφή άσκησης.

Η προσέγγιση του δείγματος πραγματοποιήθηκε ύστερα από επικοινωνία με αθλητικά σωματεία ατόμων με αναπηρία και με προπονητές των Εθνικών Ομάδων της Ελληνικής Παραολυμπιακής Επιτροπής. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από όλους τους συμμετέχοντες στο χώρο των προπονήσεών τους. Το δείγμα ενημερώθηκε για τον σκοπό της έρευνας και διαβεβαιώθηκε για την τήρηση της ανωνυμίας του και την εμπιστευτικότητα των στοιχείων της μελέτης.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ύστερα από μία δοκιμαστική χορήγηση υπολογίστηκε περίπου στα είκοσι λεπτά της ώρας. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να γίνει μία διευκρίνιση. Στην έρευνα συμμετείχαν κάποια άτομα με αναπηρία, τα οποία λόγω του είδους της αναπηρίας που παρουσίαζαν δεν ήταν δυνατόν να συμπληρώσουν μόνοι τους τα ερωτηματολόγια. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι συγκεκριμένοι συμμετέχοντες έδιναν προφορικά τις απαντήσεις και η συμπλήρωση γινόταν από τον ερευνητή.

Η ολοκλήρωση της συλλογής των δεδομένων συνοδεύτηκε από τη στατική τους ανάλυση για την εξαγωγή αποτελεσμάτων με τη χρήση του προγράμματος IBM SPSS Statistics 20. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση σε όλες τις κλίμακες της έρευνας. Επίσης, τέθηκε σε εφαρμογή το t – test για ανεξάρτητα δείγματα, προκειμένου να διερευνηθούν πιθανές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων και στην αυτοαποτελεσματικότητα διαχείρισης του άγχους σε συγκεκριμένες συνθήκες.

Στη συνέχεια, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης r του Pearson για την εύρεση στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ των χαρακτηριστικών της

ανθεκτικότητας, των στρατηγικών αντιμετώπισης του στρες, της έντασης της άσκησης και της αυτοαποτελεσματικότητας για την αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους σε συγκεκριμένες συνθήκες. Τέλος, πραγματοποιήθηκε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης προκειμένου να εξεταστεί η αλληλεξάρτηση των εξεταζόμενων μεταβλητών. Το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$ και $p < 0,01$.

ΣΤ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

I. Περιγραφική ανάλυση

I.1. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης στις κλίμακες της έρευνας.

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις, οι ελάχιστες και οι μέγιστες τιμές των απαντήσεων των συμμετεχόντων στα ερωτηματολόγια που αφορούν τα χαρακτηριστικά της ψυχικής ανθεκτικότητας, τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν για την αντιμετώπιση καταστάσεων που προκαλούν άγχος και την αυτοαποτελεσματικότητα για την αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους.

Πίνακας 3

Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, ελάχιστες και μέγιστες τιμές για τα χαρακτηριστικά της ψυχικής ανθεκτικότητας, τις χρησιμοποιούμενες στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες και την αυτοαποτελεσματικότητα αντιμετώπισης ερεθισμάτων άγχους.

	N = 30 (Missing = 0)			
	Μέσος όρος (μ.ο.)	Τυπική απόκλιση (τ.α.)	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Ψ.Α._Έλεγχος	4,03	0,29	3,00	4,67
Ψ.Α._Δέσμευση	4,26	0,299	4,00	5,00
Ψ.Α._Πρόκληση	4,16	0,27	3,67	5,00
Ψ.Α._Αδυναμία	1,82	0,38	1,00	2,67
Ψ.Α._Απομόνωση	2,00	0,66	1,00	3,33
Ψ.Α._Ακαμψία	3,03	0,82	2,00	4,33
ΣΑΑΚ_Θετική προσέγγιση	3,71	0,22	3,09	4,00
ΣΑΑΚ_Κοινωνική υποστήριξη	3,22	0,44	2,00	4,00
ΣΑΑΚ_Ευχολογία/Ονειροπόληση	2,76	0,52	1,50	4,00
ΣΑΑΚ_Αποφυγή/Διαφυγή	2,61	0,43	1,89	3,44
ΣΑΑΚ_Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	2,88	0,38	2,00	4,00
Αυτοαποτελεσματικότητα	1,68	0,49	1,00	2,60

Οι απαντήσεις του δείγματος στην κλίμακα Dispositional Resilience Scale – II (short – form) για την Ψυχική Ανθεκτικότητα δείχνουν ότι τα άτομα με αναπηρία που ασκούν κάποια φυσική ή αθλητική δραστηριότητα παρουσιάζουν υψηλή ανθεκτικότητα. Στις τρεις «θετικές» στάσεις: έλεγχος, δέσμευση και πρόκληση σημειώνονται υψηλές βαθμολογίες (μ.ο. > 4,00), επομένως υψηλά επίπεδα ανθεκτικότητας. Παράλληλα, στις δύο «αρνητικές» στάσεις: αδυναμία και απομόνωση, οι βαθμολογίες που σημειώνονται είναι χαμηλές (μ.ο. < 2,01) και επιβεβαιώνουν τα υψηλά επίπεδα ανθεκτικότητας. Η «αρνητική» στάση, ακαμψία, παρουσιάζει μία μέτρια προτίμηση (μ.ο.: 3,03) και μπορεί να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι το δείγμα αναφέρεται σε άτομα με κάποια μορφή αναπηρίας.

Επίσης, οι απαντήσεις του δείγματος στην Κλίμακα Μέτρησης Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων δείχνουν ότι τα άτομα με αναπηρία που ασκούν κάποια φυσική δραστηριότητα χρησιμοποιούν πιο συχνά τη θετική προσέγγιση (μ.ο.: 3,71) και προσπαθούν να επαναξιολογήσουν με θετικό τρόπο τις αγχογόνες καταστάσεις, αλλά και την αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης (μ.ο.: 3,22) από τον κοινωνικό τους περίγυρο. Η διεκδικητική επίλυση του προβλήματος (μ.ο.: 2,875), η ευχολογία – ονειροπόληση (μ.ο.: 2,76) και η αποφυγή – διαφυγή (μ.ο.: 2,61) παρουσιάζουν μικρότερη προτίμηση ως στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες.

Επιπλέον, μέσα από τις απαντήσεις του δείγματος στην κλίμακα General Self-Efficacy Scale για τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας στην αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους, φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες δεν έχουν απόλυτη βεβαιότητα στον εαυτό τους (μ.ο.: 1,68) ότι μπορεί να αντιμετωπίσει το άγχος που νιώθουν σε συγκεκριμένες συνθήκες. Η ανάλυση των συνθηκών που ερευνήθηκαν ακολουθεί παρακάτω.

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις, οι ελάχιστες και οι μέγιστες τιμές των απαντήσεων των συμμετεχόντων για την αυτοαποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης του άγχους που νιώθουν σε δέκα συνθήκες.

Πίνακας 4

Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις, ελάχιστες και μέγιστες τιμές για την αυτοαποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης ερεθισμάτων άγχους σε δέκα συνθήκες.

N = 30
(Missing = 0)

	Μέσος όρος (μ.ο.)	Τυπική απόκλιση (τ.α.)	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή
Είμαι σίγουρος ότι μπορώ να αντιμετωπίσω τα ερεθίσματα άγχους όταν ...				
... έχω προσωπικά προβλήματα	1,57	0,63	1,00	3,00
... έχω αϋπνίες	2,03	0,85	1,00	3,00
... αισθάνομαι απογοητευμένος	2,10	0,71	1,00	3,00
... αισθάνομαι φοβισμένος	1,70	0,79	1,00	3,00
... αισθάνομαι θυμωμένος	1,63	0,76	1,00	3,00
... βρίσκομαι κάτω από πίεση	1,40	0,62	1,00	3,00
... έχω δυσκολίες να σταματήσω μία συνήθεια	1,33	0,71	1,00	3,00
... αισθάνομαι λυπημένος	1,80	0,61	1,00	3,00
... αισθάνομαι κουρασμένος	1,63	0,72	1,00	3,00
... σκέφτομαι για τα λάθη που τυχόν θα κάνω	1,57	0,68	1,00	3,00

Οι συμμετέχοντες φαίνεται ότι θεωρούν το εαυτό τους ικανό να αντιμετωπίσει τα ερεθίσματα άγχους που δημιουργούνται όταν συναντούν δυσκολίες στη διακοπή μίας συνήθειας (μ.ο.: 1,33) και όταν βρίσκονται σε καταστάσεις που τους προκαλούν πίεση (μ.ο.: 1,40). Αντίθετα, τα ερεθίσματα άγχους που προκαλούνται όταν τα άτομα αισθάνονται απογοήτευση (μ.ο.: 2,10) και όταν έχουν αϋπνίες (μ.ο.: 2,03) θεωρούν ότι είναι δύσκολο να τα αντιμετωπίσουν.

I.2. Σύγκριση των επιλογών των δύο φύλων στις κλίμακες της έρευνας.

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του t – test για ανεξάρτητα δείγματα, προκειμένου να διερευνηθούν πιθανές διαφορές στις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες και στην αυτοαποτελεσματικότητα διαχείρισης του άγχους σε συγκεκριμένες συνθήκες μεταξύ των δύο φύλων.

Πίνακας 5

Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και σύγκριση μέσων όρων των απαντήσεων των ανδρών και των γυναικών.

	Άνδρες N = 19		Γυναίκες N = 11		t	p
	μ.ο.	τ.α.	μ.ο.	τ.α.		
ΣΑΑΚ_Θετική προσέγγιση	3,66	0,24	3,79	0,15	-1,71	0,09
ΣΑΑΚ_Κοινωνική υποστήριξη	3,12	0,50	3,38	0,27	-1,57	0,13
ΣΑΑΚ_Ευχολογία/Ονειροπ όληση	2,83	0,58	2,65	0,39	0,92	0,36
ΣΑΑΚ_Αποφυγή/Διαφυγή	2,71	0,44	2,45	0,38	1,58	0,12
ΣΑΑΚ_Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	2,92	0,47	2,80	0,10	0,87	0,39
Είμαι σίγουρος ότι μπορώ να αντιμετωπίσω τα ερεθίσματα άγχους όταν ...						
... έχω προσωπικά προβλήματα	1,53	0,70	1,64	0,50	-0,46	0,65
... έχω αϋπνίες	2,16	0,76	1,82	0,99	1,06	0,30
... αισθάνομαι απογοητευμένος	2,05	0,78	2,18	0,60	-0,47	0,64
... αισθάνομαι φοβισμένος	1,79	0,79	1,55	0,82	0,81	0,43
... αισθάνομαι θυμωμένος	1,79	0,79	1,36	0,67	1,50	0,15
... βρίσκομαι κάτω από πίεση	1,58	0,69	1,09	0,30	2,67	0,013*
... έχω δυσκολίες να σταματήσω μία συνήθεια	1,53	0,84	1,00	0,00	2,73	0,014*
... αισθάνομαι λυπημένος	1,63	0,60	2,09	0,54	-2,10	0,045*
... αισθάνομαι κουρασμένος	1,74	0,65	1,45	0,82	1,04	0,31
... σκέφτομαι για τα λάθη που τυχόν θα κάνω	1,63	0,76	1,45	0,52	0,68	0,50

*p < 0,05

Τα αποτελέσματα του t – test για ανεξάρτητα δείγματα στις απαντήσεις των ανδρών και των γυναικών στην Κλίμακα Μέτρησης Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων δείχνουν ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα για τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν στην αντιμετώπιση καταστάσεων που τους προκαλούν άγχος.

Αντίθετα, μέσα από τις απαντήσεις των ανδρών και των γυναικών στην κλίμακα General Self-Efficacy Scale για τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας στην αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους, παρατηρήθηκαν κάποιες στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα. Οι γυναίκες φαίνεται ότι έχουν μεγαλύτερη βεβαιότητα στον εαυτό τους σε σχέση με τους άνδρες για τη διαχείριση του άγχους που δημιουργείται όταν βρίσκονται σε καταστάσεις που τους προκαλούν πίεση [$t(28) = 2,67, p < 0,05$] και όταν συναντούν δυσκολίες στη διακοπή μίας συνήθειας [$t(28) = 2,73, p < 0,05$]. Από την άλλη πλευρά, παρατηρείται ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη βεβαιότητα στον εαυτό τους ότι μπορούν να διαχειριστούν το άγχος που δημιουργούν τα αισθήματα λύπης [$t(28) = -2,10, p < 0,05$] σε σχέση με τις γυναίκες.

II. Επαγωγική ανάλυση

II.1. Συσχετίσεις

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται συσχετίσεις ανάμεσα στα χαρακτηριστικά της ψυχικής ανθεκτικότητας και στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων με τη βοήθεια του συντελεστή συσχέτισης r του Pearson.

Πίνακας 6

Συσχετίσεις ανάμεσα στα χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας και στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.

		«ΘΕΤΙΚΕΣ» ΣΤΑΣΕΙΣ		
		Έλεγχος	Δέσμευση	Πρόκληση
ΣΑΑΚ_ Θετική προσέγγιση	r	0,156	0,244	-0,117
	p	0,409	0,193	0,537
ΣΑΑΚ_ Κοινωνική υποστήριξη	r	-0,087	-0,348	-0,290
	p	0,647	0,060	0,120

ΣΑΑΚ_ Ευχολογία/Ονειροπόληση	r	-0,314	-0,459*	-0,371*
	p	0,091	0,011	0,044
ΣΑΑΚ_ Αποφυγή/Διαφυγή	r	-0,006	-0,378*	-0,102
	p	0,975	0,040	0,590
ΣΑΑΚ_ Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	r	0,243	-0,088	0,083
	p	0,196	0,643	0,664

«ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ» ΣΤΑΣΕΙΣ

		Αδυναμία	Απομόνωση	Ακαμψία
ΣΑΑΚ_ Θετική προσέγγιση	r	-0,172	-0,230	-0,473**
	p	0,362	0,221	0,008
ΣΑΑΚ_ Κοινωνική υποστήριξη	r	0,434*	0,573**	0,197
	p	0,017	0,001	0,296
ΣΑΑΚ_ Ευχολογία/Ονειροπόληση	r	0,592**	0,813**	0,417*
	p	0,001	0,000	0,022
ΣΑΑΚ_ Αποφυγή/Διαφυγή	r	0,417	0,505**	0,666**
	p	0,022	0,004	0,000
ΣΑΑΚ_ Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	r	0,199	0,034	0,244
	p	0,292	0,858	0,194

*Correlation is significant at the 0,05 level

** Correlation is significant at the 0,01 level

Η εφαρμογή του Pearson's r για τη διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων των χαρακτηριστικών της ανθεκτικότητας και των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων έδειξε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

Σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις ($p < 0,05$) βρέθηκαν ανάμεσα σε δύο «θετικά» χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας και σε δύο στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες. Συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν ισχυρή την στάση για δημιουργική ενασχόληση και δέσμευση με πράγματα ή δραστηριότητες (δέσμευση) δεν καταφεύγουν τόσο σε στρατηγικές, όπως είναι η ευχολογία/ονειροπόληση ($r = -0,459$) και η αποφυγή/διαφυγή ($r = -0,378$). Επίσης, τα άτομα που έχουν ισχυρή τη στάση για αντιμετώπιση των δυσκολιών ως πρόκληση παρά ως απειλή (πρόκληση), δεν

συνηθίζουν να καταφεύγουν στην ευχολογία και στην ονειροπόληση ($r = -0,371$) για να αντιμετωπίσουν τις καταστάσεις που τους προκαλούν άγχος.

Αντίθετα, βρέθηκε ότι τα άτομα που αδυνατούν (αδυναμία) να διαχειριστούν στρεσογόνες καταστάσεις τείνουν να αναζητούν κοινωνική υποστήριξη ($r = 0,434$, $p < 0,05$) να εύχονται να συμβεί ένα θαύμα για να ξεπεράσουν το πρόβλημα ($r = 0,592$, $p < 0,01$) ή ακόμα να προσπαθούν να διαφύγουν από την προβληματική κατάσταση ($r = 0,417$, $p < 0,05$). Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που υιοθετούν την στάση της απομόνωσης τείνουν να χρησιμοποιούν τις ακόλουθες στρατηγικές για να αντιμετωπίζουν το άγχος τους: αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης ($r = 0,573$, $p < 0,01$), ευχολογία/ονειροπόληση ($r = 0,813$, $p < 0,01$) και αποφυγή/διαφυγή ($r = 0,505$, $p < 0,01$).

Τέλος, τα άτομα που θεωρούν ότι η ζωή είναι καλύτερη όταν δεν έχει συνεχόμενες αλλαγές (ακαμψία), δεν προσπαθούν ιδιαίτερα να επανεκτιμήσουν με θετικό τρόπο τις καταστάσεις άγχους και παράλληλα να σχεδιάσουν τρόπους επίλυσης του προβλήματος (θετική προσέγγιση) ($r = -0,473$, $p < 0,01$). Αντίθετα, συνηθίζουν να ονειροπολούν ($r = 0,417$, $p < 0,05$) και να υποτιμούν την πραγματική βαρύτητα του προβλήματος ($r = 0,666$, $p < 0,01$)

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την επίδραση που έχει η ένταση της άσκησης στα χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας και στις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες με τη βοήθεια του συντελεστή συσχέτισης r του Pearson.

Πίνακας 7

Συσχετίσεις ανάμεσα στην ένταση της άσκησης, στα χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας και στις στρατηγικές αντιμετώπισης τους στρες.

N = 30 (Missing = 0)		Ένταση άσκησης (μεγαλύτερος βαθμός – εντονότερη άσκηση)
Ψ.Α. _Έλεγχος	r	0,092
	p	0,629
Ψ.Α. _Δέσμευση	r	0,327
	p	0,078
Ψ.Α. _Πρόκληση	r	0,006
	p	0,974

Ψ.Α. _Αδυναμία	r	-0,209
	p	0,267
Ψ.Α. _Απομόνωση	r	-0,704**
	p	0,000
Ψ.Α. _Ακαμψία	r	-0,649**
	p	0,000
ΣΑΑΚ_Θετική προσέγγιση	r	0,346
	p	0,051
ΣΑΑΚ_Κοινωνική υποστήριξη	r	-0,518**
	p	0,003
ΣΑΑΚ_Ευχολογία/Ονειροπόληση	r	-0,705**
	p	0,000
ΣΑΑΚ_Αποφυγή/Διαφυγή	r	-0,805**
	p	0,000
ΣΑΑΚ_Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	r	-0,368*
	p	0,045

*Correlation is significant at the 0,05 level

** Correlation is significant at the 0,01 level

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην κλίμακα Godin Leisure – Time Exercise Questionnaire και η εφαρμογή του συντελεστή συσχέτισης r του Pearson έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ένταση της άσκησης, στα χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας και στις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες.

Αναλυτικότερα, όσο η ένταση της άσκησης μεγαλώνει και η καρδιά χτυπά πιο γρήγορα, τόσο μειώνεται η τάση των ατόμων με αναπηρία για απομόνωση ($r = -0,704$, $p < 0,01$) και αδυναμία διαχείρισης των συνεχόμενων αλλαγών της ζωής ($r = -0,649$, $p < 0,01$). Επιπλέον, όσο εντονότερη είναι η άσκηση στην οποία συμμετέχουν τα άτομα με αναπηρία, τόσο μειώνεται η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης ($r = -0,518$, $p < 0,01$), η ονειροπόληση ($r = -0,705$, $p < 0,01$) και η διαφυγή ($r = -0,805$, $p < 0,01$) από την προβληματική κατάσταση που προκαλεί άγχος. Τέλος, τα αποτελέσματα συσχέτισης έδειξαν η προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει άμεσα και διεκδικητικά την προβληματική κατάσταση ή το άτομο που την προκαλεί μειώνεται ($r = -0,368$, $p < 0,05$), όσο αυξάνεται η ένταση της άσκησης.

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την επίδραση που έχει η ένταση της άσκησης στις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας για την αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους σε συγκεκριμένες συνθήκες με τη βοήθεια του συντελεστή συσχέτισης r του Pearson.

Πίνακας 8

Συσχετίσεις ανάμεσα στην ένταση της άσκησης και στις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας για την αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους σε δέκα συνθήκες.

N = 30 (Missing = 0)		Ένταση άσκησης (μεγαλύτερος βαθμός – εντονότερη άσκηση)
Είμαι σίγουρος ότι μπορώ να αντιμετωπίσω τα ερεθίσματα άγχους όταν ...		
... έχω προσωπικά προβλήματα	r	0,076
	p	0,688
... έχω αϋπνίες	r	0,336
	p	0,070
... αισθάνομαι απογοητευμένος	r	0,223
	p	0,236
... αισθάνομαι φοβισμένος	r	0,229
	p	0,223
... αισθάνομαι θυμωμένος	r	0,606**
	p	0,000
... βρίσκομαι κάτω από πίεση	r	0,524**
	p	0,003
... έχω δυσκολίες να σταματήσω μία συνήθεια	r	0,200
	p	0,290
... αισθάνομαι λυπημένος	r	0,178
	p	0,347
... αισθάνομαι κουρασμένος	r	0,645**
	p	0,000
... σκέφτομαι για τα λάθη που τυχόν θα κάνω	r	0,413*
	p	0,023

*Correlation is significant at the 0,05 level

** Correlation is significant at the 0,01 level

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην κλίμακα General Self-Efficacy Scale για τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας στην αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους σε συγκεκριμένες συνθήκες συσχετίστηκε με την ένταση της άσκησης και βρέθηκαν κάποιες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Παρατηρήθηκε ότι τα άτομα με αναπηρία που συμμετέχουν σε έντονη άσκηση αρκετές φορές την εβδομάδα θεωρούν τον εαυτό τους ικανό να αντιμετωπίσει τα ερεθίσματα άγχους που δημιουργούνται κάτω από καταστάσεις πίεσης ($r = 0,524, p < 0,01$) και από αισθήματα θυμού ($r = 0,606, p < 0,01$). Επίσης, η έντονη άσκηση συσχετίστηκε θετικά με τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας των ατόμων με αναπηρία στην αντιμετώπιση των ερεθισμάτων άγχους που προκαλούνται από την κούραση ($r = 0,645, p < 0,01$) και τις σκέψεις για μελλοντικές λανθασμένες κινήσεις ($r = 0,413, p < 0,05$).

Π.2. Ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης

Η εφαρμογή του Pearson's r για τη διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων έδειξε κάποιες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών και για να εξεταστεί το ποσοστό αλληλεξάρτησης των συσχετίσεων αυτών πραγματοποιήθηκε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης. Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης της γραμμικής παλινδρόμησης σχετικά με την επίδραση της έντασης της άσκησης στα χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας και στις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες που βρέθηκαν ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

Πίνακας 9

Επίδραση της έντασης της άσκησης στα «αρνητικά» χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας και στις ΣΑΑΚ αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, ευχολογία/ονειροπόληση, αποφυγή/διαφυγή και διεκδικητική επίλυση προβλήματος.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Εξαρτημένη μεταβλητή	Βήτα	t	p	Προσαρμοσμένος συντελεστής r^2
Ένταση άσκησης	Ψ.Α._Απομόνωση	-0,522	-5,239	0,000	0,495
	Ψ.Α._Ακαμψία	-0,597	-4,512	0,000	0,421
	ΣΑΑΚ_Κοινωνική υποστήριξη	-0,256	-3,203	0,003	0,268
	ΣΑΑΚ_Ευχολογία/ Ονειροπόληση	-0,409	-5,254	0,000	0,496

ΣΑΑΚ_Αποφυγή/ Διαφυγή	-0,391	-7,178	0,000	0,648
ΣΑΑΚ_Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	-0,158	-2,096	0,045	0,136

Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι η ένταση της άσκησης επιδρά σε επίπεδο 49,5% στη στάση απομόνωση και 42,1% στη στάση ακαμψία. Πιο αναλυτικά, η συμμετοχή σε έντονη άσκηση αρκετές φορές την εβδομάδα περιορίζει την απομόνωση των ατόμων με αναπηρία και τη δυσκαμψία τους απέναντι στις συνεχόμενες αλλαγές. Επίσης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεξάρτηση ανάμεσα στην ένταση της άσκησης και στις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες που χρησιμοποιούν τα άτομα με αναπηρία. Η έντονη άσκηση μειώνει την τάση του ατόμου να φαντάζεται πως το πρόβλημά του θα ξεπεραστεί ευχόμενος να συμβεί ένα θαύμα ή ονειροπολώντας πώς θα ήταν η κατάσταση αν δεν είχε προκύψει το πρόβλημα που τον απασχολεί σε επίπεδο 49,6%. Επιπλέον, τα άτομα με αναπηρία που ασκούν έντονη δραστηριότητα και η καρδιά τους χτυπά γρήγορα δεν υποτιμούν την πραγματική βαρύτητα του προβλήματος που τους δημιουργεί το στρεσογόνο ερέθισμα, ούτε προσπαθούν να διαφύγουν από την προβληματική κατάσταση σε επίπεδο 64,8%.

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζεται η επίδραση της έντασης της άσκησης στις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας για την αντιμετώπιση των ερεθισμάτων άγχους σε τέσσερις συγκεκριμένες συνθήκες.

Πίνακας 10

Επίδραση της έντασης της άσκησης στις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας για την αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους σε συνθήκες θυμού, πίεσης, κούρασης, φόβου για μελλοντικές λανθασμένες κινήσεις.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Εξαρτημένη μεταβλητή	Βήτα	t	p	Προσαρμοσμένος συντελεστής r ²
Ένταση άσκησης	Είμαι σίγουρος ότι μπορώ να αντιμετωπίσω τα ερεθίσματα άγχους όταν ...				

... αισθάνομαι θυμωμένος	-0,521	-4,033	0,000	0,367
... βρίσκομαι κάτω από πίεση	-0,366	-3,253	0,003	0,274
... αισθάνομαι κουρασμένος	-0,521	-4,472	0,000	0,417
... σκέφτομαι για τα λάθη που τυχόν θα κάνω	-0,315	-2,398	0,023	0,170

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης της γραμμικής παλινδρόμησης έδειξαν ότι η ένταση της άσκησης επιδρά σε επίπεδο 41,7% στις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας για τη διαχείριση του άγχους που προκαλεί η κούραση. Επίσης, μικρότερη αλληλεξάρτηση, σε επίπεδο 36,7%, φάνηκε ανάμεσα στην έντονη δραστηριότητα και στην αυτοαποτελεσματικότητα αντιμετώπισης των ερεθισμάτων άγχους που δημιουργούνται από τα αισθήματα θυμού.

Z. ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

I. Ερμηνεία αποτελεσμάτων

Η παρούσα έρευνα είχε σκοπό να εξετάσει κάποιους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως την ανθεκτικότητα, τις στρατηγικές αντιμετώπισης ερεθισμάτων άγχους και την αυτοαποτελεσματικότητα διαχείρισης αγχογόνων καταστάσεων σε άτομα με αναπηρία που ασκούν κάποια φυσική δραστηριότητα. Επίσης, είχε σκοπό να διερευνήσει την επίδραση της έντασης της φυσικής δραστηριότητας στους συγκεκριμένους παράγοντες και τις πιθανές διαφορές αυτών μεταξύ των δύο φύλων. Επιχειρείται συνεπώς στη συνέχεια να δοθούν απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν.

Τα άτομα με αναπηρία που ασκούν κάποια φυσική ή αθλητική δραστηριότητα παρουσιάζουν υψηλή ψυχική ανθεκτικότητα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας για την ψυχική ανθεκτικότητα έδειξαν ότι τα άτομα με αναπηρία που ασκούν κάποια φυσική ή αθλητική δραστηριότητα παρουσιάζουν υψηλή ανθεκτικότητα. Πρόσφατη έρευνα υποδήλωνε την ανάγκη να μελετηθεί εκτενέστερα η ανθεκτικότητα ατόμων με αναπηρία (Suriá Martínez, 2015). Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι στις τρεις «θετικές» στάσεις: δημιουργική ενασχόληση και δέσμευση με πράγματα ή δραστηριότητες (commitment), έλεγχος του περιβάλλοντος (control) και αντιμετώπιση των δυσκολιών ως πρόκληση παρά ως απειλή (challenge), το δείγμα σημείωσε υψηλές βαθμολογίες. Αντίθετα, στις τρεις «αρνητικές» στάσεις: αδυναμία (powerlessness), απομόνωση (alienation) και ακαμψία (rigidity) σημείωσε χαμηλές βαθμολογίες.

Σύμφωνα με τις οδηγίες για την εξαγωγή συμπερασμάτων από την κλίμακα Dispositional Resilience Scale – II (Sinclair & Oliver, 2003), οι υψηλές βαθμολογίες στις «θετικές» στάσεις και οι χαμηλές βαθμολογίες στις «αρνητικές» στάσεις, δίνουν υψηλά ποσοστά ανθεκτικότητας. Η μέτρια προτίμηση των συμμετεχόντων στην στάση της ακαμψίας μπορεί να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι το δείγμα αναφέρεται σε άτομα που παρουσιάζουν κάποια μορφή αναπηρίας. Είναι λογικό συνεπώς, άτομα που μεταφέρονται με αναπηρικό αμαξίδιο ή δεν έχουν την όραση και την ακοή τους, να θεωρούν ότι η ζωή τους θα είναι καλύτερη όταν δεν έχει συνεχόμενες αλλαγές το καθημερινό τους πρόγραμμα.

Η συσχέτιση μεταξύ των χαρακτηριστικών της ψυχικής ανθεκτικότητας και των χρησιμοποιούμενων στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ) στα άτομα με αναπηρίες που ασκούν κάποια φυσική ή αθλητική δραστηριότητα.

Αναγκαία θεωρήθηκε η συσχέτιση της ανθεκτικότητας των ατόμων που παρουσιάζουν κάποια μορφή αναπηρίας με τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν για να αντιμετωπίσουν τις καταστάσεις που τους προκαλούν άγχος. Μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει ότι πολλές έρευνες έχουν συσχετίσει τους δύο παραπάνω παράγοντες σε δείγμα με νοσοκομειακό προσωπικό (Beardslee, White & Richter, 1995· Hsieh, Hsieh, Chen, Hsiao & Lee, 2004· Lambert, Lambert & Yamase, 2003), με φοιτητές (Sagone & De Caroli, 2014) και με ηλικιωμένους (Solcova & Sykora, 1995). Παρόλα αυτά, δε φαίνεται να έχει υπάρξει κάποια παρόμοια συσχέτιση σε δείγμα με άτομα που παρουσιάζουν αναπηρία και ασκούν κάποια φυσική ή αθλητική δραστηριότητα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στους δύο παράγοντες. Συγκεκριμένα, όταν τα άτομα έχουν ισχυρές τις στάσεις της δέσμευσης και της πρόκλησης δε συνηθίζουν να φαντάζονται πως το πρόβλημά τους θα ξεπεραστεί ευχόμενοι να συμβεί ένα θαύμα ή ονειροπολώντας πώς θα ήταν η κατάσταση αν δεν είχε προκύψει το πρόβλημα που τους απασχολεί. Επίσης, όταν τα άτομα έχουν ισχυρή τη στάση για αντιμετώπιση των δυσκολιών ως πρόκληση παρά ως απειλή δεν χρησιμοποιούν την αποφυγή ή τη διαφυγή από την προβληματική κατάσταση που τους δημιουργεί το στρεσογόνο ερέθισμα ως στρατηγική αντιμετώπισης της.

Από την άλλη πλευρά, όταν τα άτομα υιοθετούν περισσότερο τις στάσεις: αδυναμία, απομόνωση και ακαμψία συνηθίζουν να καταφεύγουν στην ονειροπόληση και να διαφεύγουν από την προβληματική κατάσταση που τους δημιουργεί άγχος. Επιπλέον, η προσπάθεια του ατόμου να εξασφαλίσει την απαιτούμενη βοήθεια από τον κοινωνικό του περίγυρο, προκειμένου να επιλύσει το πρόβλημα που του δημιουργεί άγχος είναι πιο συχνή όταν οι στάσεις που υιοθετεί περισσότερο είναι η αδυναμία και η απομόνωση. Τέλος, η θετική προσέγγιση ως στρατηγική αντιμετώπισης καταστάσεων που προκαλούν άγχος είναι συχνή όταν το άτομο δεν παρουσιάζεται δύσκαμπτο απέναντι στις αλλαγές της καθημερινής του ζωής.

Συνοψίζοντας, οι θετικές διαστάσεις της ανθεκτικότητας φαίνεται να σχετίζονται με την προσπάθεια του ατόμου να επανεκτιμήσει με θετικό τρόπο τις

καταστάσεις που του προκαλούν άγχος και να σχεδιάσει τρόπους για να τις επιλύσει. Αντίθετα, οι τρεις αρνητικές διαστάσεις της ανθεκτικότητας σχετίζονται με τις στρατηγικές διαχείρισης του άγχους: ευχολογία/ ονειροπόληση και αποφυγή/ διαφυγή. Με τις συγκεκριμένες στρατηγικές η προσωπικότητα των ατόμων με αναπηρία δεν προστατεύεται καθόλου από τα γεγονότα που προκαλούν στρες και η επίδραση στην υγεία τους είναι αρνητική. Ενθαρρυντικό ωστόσο, είναι το γεγονός ότι οι στρατηγικές αυτές δεν βρίσκονται ψηλά στις επιλογές τους.

Η επίδραση της έντασης της φυσικής δραστηριότητας στα χαρακτηριστικά της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Η ένταση της άσκησης επηρεάζει τις στάσεις και τα «πιστεύω» που υιοθετούν τα άτομα με αναπηρία απέναντι στα στρεσογόνα γεγονότα. Σε έρευνα που διενεργήθηκε για τους παράγοντες που προωθούν την ανθεκτικότητα, η άσκηση αναφέρεται ως ένας από αυτούς τους παράγοντες και δηλώνεται η ανάγκη να μελετηθεί εκτενέστερα (Holland & Schmidt, 2015). Επίσης, σε έρευνα που εξετάστηκε η διαδικασία της ανθεκτικότητας και ο ρόλος του αθλητισμού σε αυτή τη διαδικασία σε άτομα που συμμετείχαν σε αγώνες ράγκμπι με αμαξίδια, προτείνεται μελλοντική μελέτη του ρόλου του αθλητισμού στα χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας (Machida, Irwin & Feltz, 2013).

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην παρούσα εργασία βρέθηκε ότι η έντονη άσκηση μειώνει την τάση των ατόμων με αναπηρία για απομόνωση και αδυναμία διαχείρισης των συνεχόμενων αλλαγών της ζωής τους. Όταν τα άτομα με αναπηρία συμμετέχουν σε κάποια φυσική ή αθλητική δραστηριότητα και η καρδιά τους χτυπά γρήγορα οι δύο αρνητικές διαστάσεις της ανθεκτικότητας: απομόνωση και ακαμψία, μειώνονται.

Η επίδραση της έντασης της φυσικής δραστηριότητας στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ) που χρησιμοποιούν τα άτομα με αναπηρία.

Η συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία σε έντονη φυσική ή αθλητική δραστηριότητα επηρεάζει σημαντικά τις στρατηγικές που επιλέγουν για να αντιμετωπίσουν τα ερεθίσματα άγχους. Πιο αναλυτικά, όσο εντονότερη είναι η άσκηση στην οποία συμμετέχουν, τόσο μειώνεται η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, η ονειροπόληση και η διαφυγή από την προβληματική κατάσταση που προκαλεί άγχος. Ιδιαίτερα, η

αποφυγή της προβληματικής κατάστασης με παράλληλη υποτίμηση της πραγματικής βαρύτητας του προβλήματος επιλέγεται ως στρατηγική αντιμετώπισης του στρες από άτομα που ασκούν ήπια άσκηση για λίγες ώρες μέσα στο χρονικό διάστημα μίας εβδομάδας.

Η αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους με θετική προσέγγιση εντάσσεται στις λεγόμενες προσαρμοσμένες στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες και επιλέγεται από άτομα που ασκούν έντονη δραστηριότητα. Σε έρευνα που έχει διεξαχθεί αναφέρεται μια μείωση του στρες και της ανησυχίας, με παράλληλη ενεργοποίηση προσαρμοσμένων στρατηγικών αντιμετώπισης των ερεθισμάτων άγχους σαν αποτέλεσμα της άσκησης (Schnohr et al., 2005).

Ακόμα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η προσπάθεια του ατόμου να αντιμετωπίσει άμεσα και διεκδικητικά την προβληματική κατάσταση και ιδιαίτερα το άτομο που την προκαλεί, μειώνεται όσο αυξάνεται η ένταση της άσκησης. Το εύρημα αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί από την προσπάθεια του ατόμου να επανεκτιμήσει με θετικό τρόπο την κατάσταση άγχους και να σχεδιάσει τρόπους επίλυσης, παρά να καταφύγει σε άμεσες λύσεις που ίσως δεν θα είχαν το αποτέλεσμα που επιθυμούσε.

Η επίδραση της έντασης της φυσικής δραστηριότητας στην αυτοαποτελεσματικότητα των ατόμων με αναπηρία απέναντι στα ερεθίσματα άγχους σε συγκεκριμένες συνθήκες.

Η συμμετοχή σε φυσική δραστηριότητα έχει συσχετιστεί θετικά με ικανότητα διαχείρισης αισθημάτων απογοήτευσης, φόβου και θυμού (Steptoe et al., 1989· Salmon, 2001, όπως αναφέρεται στο Κάμτσιος και Φυλακτακίδου, 2008). Στην παρούσα έρευνα, η ανάλυση των συσχετίσεων για τη σχέση της φυσικής δραστηριότητας με τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας για την αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους σε συγκεκριμένες συνθήκες έδειξε κάποιες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι τα άτομα με αναπηρία που ασκούν έντονη φυσική δραστηριότητα θεωρούν τον εαυτό τους ικανό να αντιμετωπίσει τα ερεθίσματα άγχους που δημιουργούνται όταν βρίσκονται σε πίεση, όταν είναι θυμωμένοι, όταν είναι κουρασμένοι και όταν σκέφτονται τις τυχόν λανθασμένες μελλοντικές τους κινήσεις. Ιδιαίτερα, στις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας για τη διαχείριση του άγχους που προκαλεί η κούραση, η έντονη άσκηση επιδρά σημαντικά.

Διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων (ΣΑΑΚ) και στις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας για τη διαχείριση ερεθισμάτων άγχους σε συγκεκριμένες συνθήκες.

Τα αποτελέσματα από τη σύγκριση των δύο φύλων στις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούν για να διαχειρίζονται καταστάσεις που τους προκαλούν άγχος δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, σε αντίθεση με άλλες έρευνες που αναφέρουν ότι οι γυναίκες αναζητούν κοινωνική υποστήριξη περισσότερο από τους άνδρες (Hampel, & Peterman, 2005).

Από την άλλη πλευρά ωστόσο, μέσα από τις απαντήσεις των ανδρών και των γυναικών του δείγματος στην κλίμακα για τις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας στην αντιμετώπιση ερεθισμάτων άγχους, παρατηρήθηκαν κάποιες στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα. Οι γυναίκες φαίνεται ότι έχουν μεγαλύτερη βεβαιότητα στον εαυτό τους σε σχέση με τους άνδρες για τη διαχείριση του άγχους που δημιουργείται όταν βρίσκονται σε καταστάσεις που τους προκαλούν πίεση και όταν συναντούν δυσκολίες στη διακοπή μίας συνήθειας. Αντίθετα, παρατηρείται ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη βεβαιότητα στον εαυτό τους, σε σχέση με τις γυναίκες, ότι μπορούν να διαχειριστούν τα ερεθίσματα άγχους που δημιουργούν τα αισθήματα λύπης.

II. Γενικά συμπεράσματα – Περιορισμοί της έρευνας – Προτάσεις

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης επιβεβαίωσαν τα αποτελέσματα παλαιότερων ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί σε γενικό πληθυσμό και αναφέρουν ότι η ικανότητα ελέγχου και διαχείρισης διαφόρων ερεθισμάτων άγχους αυξάνεται όταν τα άτομα συμμετέχουν συχνά σε φυσικές δραστηριότητες (Brown & Lawton, 1986). Ωστόσο, οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί για την επίδραση των προγραμμάτων άσκησης και του αθλητισμού στη διαχείριση του άγχους σε άτομα που παρουσιάζουν κάποια μορφή αναπηρίας είναι πολύ περιορισμένες (Lenze et al., 2001).

Αρχικά, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δείχνουν ότι τα άτομα που παρουσιάζουν κάποια μορφή αναπηρίας και συμμετέχουν σε προγράμματα άσκησης ή στον αθλητισμό παρουσιάζουν υψηλή ανθεκτικότητα. Ιδιαίτερα, η στάση των ατόμων αυτών για δημιουργική ενασχόληση και δέσμευση με καταστάσεις και δραστηριότητες και η διάθεσή τους να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες που συναντούν ως πρόκληση παρά

ως απειλή συνδέεται με τις προσπάθειές τους για θετική επανεκτίμηση των καταστάσεων που προκαλούν άγχος. Αντίθετα, η τάση για απομόνωση, η αδυναμία διαχείρισης των απαιτήσεων της ζωής και η δυσκαμψία απέναντι στις συνεχόμενες αλλαγές συνδέεται με την προσπάθεια διαφυγής από την προβληματική κατάσταση που προκαλεί άγχος και με την τάση για ονειροπόληση μίας άλλης εποχής, πιο ευτυχισμένης.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης των ερεθισμάτων άγχους είναι τα σημεία – κλειδιά που καθορίζουν τα μακροχρόνια, ψυχολογικά, συναισθηματικά και φυσιολογικά αποτελέσματα του στρες (Kraag et al., 2006). Επομένως, καινοτόμες και αποτελεσματικές στρατηγικές χρειάζονται για να μειωθούν τα προβλήματα που σχετίζονται με το στρες (Nguyen et al., 2006). Η συμμετοχή σε άσκηση και σε φυσική δραστηριότητα είναι ένας παράγοντας ελέγχου του στρες (Nguyen et al., 2006) και τα αποτελέσματά της φαίνονται και στην παρούσα μελέτη.

Η συμμετοχή σε έντονη άσκηση αρκετές φορές την εβδομάδα μειώνει την απομόνωση και την ακαμψία των ατόμων με αναπηρία και παράλληλα φαίνεται να δίνει την ώθηση να αποφευχθούν στρατηγικές αντιμετώπισης όπως: διαφυγή από την προβληματική κατάσταση, αναζήτηση θεϊκής βοήθειας, ονειροπόληση και αναζήτηση υποστήριξης από τον κοινωνικό περίγυρο.

Επίσης, σημαντικό ρόλο στη σχέση του στρες και της διαχείρισής του αποκτούν οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας (Bandura, O' Leary, Taylor, Gauthier & Gossard, 1987). Η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας αναφέρεται είτε στις εκτιμήσεις που κάνει ένα άτομο για να αντιμετωπίσει διάφορες καταστάσεις, είτε στην αντιλαμβανόμενη ικανότητα να κάνει ορισμένα πράγματα κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες (Ζέρβας, 1993, όπως αναφέρεται στο Κάμτσιος και Φυλακτακίδου, 2008). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η πίστη στις προσωπικές του ικανότητες, είναι ο πιο κεντρικός μηχανισμός που επηρεάζει τις ενέργειες του ατόμου (Μπεμπέτσος, Θεοδωράκης, Λαπαρίδης, & Χρόνη, 2000).

Στην παρούσα μελέτη φαίνεται ότι τα άτομα με αναπηρία δεν έχουν απόλυτη βεβαιότητα στον εαυτό τους ότι μπορεί να αντιμετωπίσει το άγχος που νιώθουν σε συγκεκριμένες συνθήκες. Η άσκηση ωστόσο, επιδρά στις προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας με αποτέλεσμα τα άτομα που ασκούν έντονη άσκηση αρκετές φορές την εβδομάδα να θεωρούν τον εαυτό τους ικανό να αντιμετωπίσει τα ερεθίσματα άγχους που δημιουργούνται όταν βρίσκονται σε πίεση, όταν είναι

θυμωμένοι, όταν είναι κουρασμένοι και όταν σκέφτονται τις τυχόν λανθασμένες μελλοντικές τους κινήσεις.

Σε αυτό το σημείο, κρίνεται απαραίτητο να αναφερθούν κάποιοι περιορισμοί που παρουσιάζονται στην παρούσα μελέτη. Το μέγεθος του δείγματος της έρευνας είναι περιορισμένο. Συγκεκριμένα, η πειραματική ομάδα αποτελείται από τριάντα άτομα ($N = 30$) με αναπηρία που ασκούν κάποια φυσική δραστηριότητα. Τα άτομα αυτά δεν επελέγησαν μέσω τυχαίας δειγματοληψίας, αλλά προήλθαν από αθλητικά σωματεία ατόμων με αναπηρία, όπου πραγματοποιούν τις προπονήσεις τους. Επομένως, η γενίκευση της παρούσας έρευνας είναι περιορισμένη και τα αποτελέσματά της δεν ισχύουν για το σύνολο των ατόμων με αναπηρία που ασκούν κάποια φυσική ή αθλητική δραστηριότητα.

Επίσης, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν είναι μεταφρασμένα στην ελληνική γλώσσα, ωστόσο δεν είναι όλα σταθμισμένα σε ελληνικό πληθυσμό. Ειδικότερα, το ερωτηματολόγιο για τα χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας (Dispositional Resilience Scale – II) δεν έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό, γεγονός που ενδέχεται να επηρεάζει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Επιπλέον, όλα τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα αποτελούν ερωτηματολόγια και κλίμακες αυτο-αναφοράς, συνεπώς οι απαντήσεις δηλώνουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και δεξιότητες που τα ίδια τα άτομα αντιλαμβάνονται ότι φέρουν. Επομένως, δεν υπάρχει δυνατότητα διασταύρωσης των απαντήσεων μέσω ετερο-αναφορών ή συμπληρωματικών τρόπων εξέτασης των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών και δεξιοτήτων (π.χ. παρατήρηση των υποκειμένων).

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα άτομα με αναπηρία που αναφέρονται στην έρευνα δεν καλύπτουν όλες τις μορφές αναπηρίας, καθώς δεν έχουν συμπεριληφθεί άτομα με νοητική υστέρηση και άτομα με κάποια ψυχική ασθένεια.

Στο πλαίσιο των περιορισμών που προαναφέρθηκαν, η παρούσα έρευνα θα μπορούσε να αποτελέσει τη βάση για την ανάπτυξη, μελλοντικά, άλλων ερευνητικών προσπαθειών, οι οποίες θα διερευνήσουν την επίδραση που έχει η συμμετοχή σε φυσικές ή αθλητικές δραστηριότητες σε ποικίλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες για τα άτομα με αναπηρία. Αναγκαία κρίνεται η επανάληψη της παρούσας έρευνας με μεγαλύτερο και πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα, προκειμένου τα συμπεράσματα να έχουν καθολικότερη ισχύ. Επίσης, θα ήταν χρήσιμο τα δεδομένα να εμπλουτιστούν με

ποιοτικές μεθόδους έρευνας για μία πιο σφαιρική και ολοκληρωμένη εικόνα για το αντικείμενο.

Επιπλέον, είναι γεγονός ότι η σοβαρότητα της αναπηρίας αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη συμμετοχή σε άσκηση. Κρίνεται αναγκαίο συνεπώς, να αναπτυχθούν οι δομές που θα μπορούν να υποστηρίξουν περισσότερες δυνατότητες άσκησης για τα άτομα με σοβαρές μορφές αναπηρίας. Η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης και στον αθλητισμό αποτελεί έναν παράγοντα ελέγχου του στρες, καθώς οδηγεί σε μείωση των αισθημάτων άγχους, επηρεάζοντας το άτομα θετικά, ακόμα και όταν βιώνει αρνητικά γεγονότα.

Κλείνοντας, χρήσιμη θα ήταν η πραγματοποίηση προγραμμάτων παρέμβασης, όπου θα καλλιεργούνται και θα βελτιώνονται οι διαστάσεις της ανθεκτικότητας, ιδιαίτερα για τα άτομα με τετραπληγία ή εγκεφαλική παράλυση. Η υψηλή ανθεκτικότητα παρέχει το κουράγιο και το κίνητρο στο άτομο να εστιάσει στα ερεθίσματα άγχους και να τα μετατρέψει σε ευκαιρίες για ανάπτυξη και βελτίωση. Ακόμα, κρίνεται σκόπιμη μία μελλοντική έρευνα, όπου θα συσχετίζει την ανθεκτικότητα με την άρνηση ως υγιή άμυνα για τη διαχείριση των ερεθισμάτων άγχους στα άτομα με αναπηρία.

«Θέλω να νικήσω.

Αν όμως δεν τα καταφέρω

βοηθήστε με να προσπαθήσω με θάρρος».

(Όρκος αθλητού των Special Olympics)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Ανδρεαδάκης, Ν.Σ., Βάμβουκας, Μ.Ι. (2011). *Οδηγός για την εκπόνηση και τη σύνταξη γραπτής ερευνητικής εργασίας, σεμιναριακής, πτυχιακής, διπλωματικής*. Αθήνα: Διάδραση
- Αργυροπούλου, Κ. (1999). Επαγγελματικό άγχος στους δασκάλους: Η προσέγγιση του όρου και η ανάγκη της άμεσης παρέμβασης. *Σύγχρονη Εκπαίδευση*, 106, 101-105
- Βασιλείου, Ε. (2007). *Οδηγός του Πολίτη με Αναπηρία*. Αθήνα: Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης
- Βελάνα, Μ., Μπαρμπούνη, Α., Μεράκου, Κ., Κούτης, Χ., Κρεαμαστινού, Τ. (2012). Μελέτη διερεύνησης της ποιότητας ζωής σε φοιτητές Προγραμμάτων Μεταπτυχιακών Σπουδών της Δημόσιας Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(2), 195-201
- Βλαβιανού-Αρβανίτη, Α., Oleskin, A. (1992). *Biorpolitics - The Bio-Environment - Bio-Syllabus*. Αθήνα: Διεθνής Οργάνωση Βιοπολιτικής
- Γαλανού, Β. (2010). *Πηγές διαμόρφωσης των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας σε μαθητές με μαθησιακές δυσκολίες*. (Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 2010)
- Δημητρόπουλος, Α.(2000). *Πρακτική εφαρμογή προγραμμάτων ένταξης παιδιών με κινητικές αναπηρίες*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Δήμου, Γ. Η. (2002^α). *Εκπαιδευτική Ψυχολογία: Ι. Θεωρίες μάθησης*. Αθήνα: Gutenberg
- Ζώνιου –Σιδέρη, Α. (1998). *Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους - Μια ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση της ένταξης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Καλαντζή – Αζίζι, Α. (2002). *Αυτογνωσία & Αυτοδιαχείριση: Γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση. Ένα μοντέλο κλινικής πρακτικής και εκπαίδευσης Ειδικών Ψυχικής Υγείας και Εκπαιδευτικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Καλαντζή – Αζίζι, Α., Καραδήμας, Ε., Σωτηροπούλου, Γ. (2001). Ένα πρόγραμμα γνωσιακής – συμπεριφοριστικής ομαδικής παρέμβασης σε φοιτητικό πληθυσμό για την ενίσχυση των προσδοκιών αυτοαποτελεσματικότητας. *Ψυχολογία*, 8(2), 267-280

- Κάμτσιος, Σ., Φυλακτακίδου, Α. (2008). Σχέση Στρατηγικών Αντιμετώπισης Ερεθισμάτων Άγχους, Αυτοαποτελεσματικότητας και Συμμετοχής σε Φυσική Δραστηριότητα σε Φοιτητές του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 6(3), 303-310
- Κάντας, Α. (2001). Οι παράγοντες άγχους και η επαγγελματική εξουθένωση στους εκπαιδευτικούς. Στο Ε. Βασιλάκη, Σ. Τριλίβα & Η. Μπεζεβέγκης (Επιμ.), *Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους*, (σελ. 217-230). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καραδήμας, Ε. Χ. (1998). Η προσαρμογή στα ελληνικά μιας κλίμακας μέτρησης. *ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ*, 5(3), 260-273.
- Κλεφτάρας, Γ. (2000). Γνωστική ιδιαιτερότητα κατάθλιψης και άγχους. Μεθοδολογικά θέματα και ερευνητικά δεδομένα. *Ψυχολογία* 7, 46-62
- Κολιάδης, Ε.Α. (1997). *Θεωρίες μάθησης και εκπαιδευτική πράξη: Κοινωνικογνωστικές Θεωρίες* (Τόμος Β). Αθήνα: Αυτοέκδοση
- Μακρή-Μπότσαρη, Ε. (2001). *Αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση. Μοντέλα, ανάπτυξη, λειτουργικός ρόλος και αξιολόγηση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Μόττη – Στεφανίδη, Φ. (2006). Το φαινόμενο της ψυχικής ανθεκτικότητας κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του παιδιού και του εφήβου: Σύντομη Ανασκόπηση. *Παιδί και Έφηβος, Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, 8
- Μπεμπέτσος, Ε., Θεοδωράκης, Ι., Λαπαρίδης, Κ., & Χρόνη, Σ. (2000). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα μιας κλίμακας αυτοπεποίθησης για την υγιεινή διατροφή. *Αθλητική Απόδοση και Υγεία*, 2(3), 191-203
- Μπουλουγούρης, Γ. (1998). *Φοβίες και η αντιμετώπισή τους*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδόπουλος, Ν. (2005). *Λεξικό της Ψυχολογίας*. Αθήνα: Σύγχρονη Εκδοτική.
- Σούλης, Σ.Γ., Φωτιάδου, Ε., Χριστοδουλίδου, Π. (2014). *Εγχειρίδιο Εκπαιδευτή Ενηλίκων*. Αθήνα: Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (Ε.Σ.Α.με.Α)
- Σταθόπουλος, Π. (1999). *Κοινωνική Πρόνοια, μία γενική θεώρηση*. Αθήνα: Έλλην
- Στάλικας, Α., Τριλίβα, Σ., Ρούσση, Π. (2012). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. Μία συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων, δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον ελληνικό χώρο*. Αθήνα: Πεδίο
- Τσιμπιδάκη, Α. (2013). *Παιδί με ειδικές ανάγκες, Οικογένεια και Σχολείο: Μία σχέση σε αλληλεπίδραση*. Αθήνα: Παπαζήσης

Τσιμπιδάκη, Α. (2016). *Εισαγωγή στην Ειδική Αγωγή*. Πανεπιστημιακές σημειώσεις, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης Πανεπιστημίου Αιγαίου

Ξενόγλωσση

Auxter, D., Pyfer, J., & Huetting, C. (2005). *Principles and methods of adapted physical education and recreation*. St Louis, MO: Mosby

Ayvazoglu, N.R., Oh, H., & Kozub, F.M. (2006). Explaining physical activity in children with visual impairments: a family systems approach. *Exceptional Children, 27* (2)

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Towards a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37*, 747-755

Bandura, A. (1986). *Social Foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall

Bandura, A. (1992a). Psychological aspects of prognostic judgments. In R. W. Evans, D.S. Baskin & F.M. Yatsu (Eds.), *Prognosis of neurological disorders* (pp. 13-28). New York: Oxford University Press

Bandura, A. (1992b). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 335-394). Washington, D.C.: Hemisphere

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman

Bandura, A., & Jourden, F.J. (1991). Self-regulatory mechanisms governing the impact of social comparison on complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 941-951

Bandura, A., & Locke, E.A. (2003). Negative Self-efficacy and Goal Effects Revisited. *Journal of Applied Psychology, 88*(1), 87-99

Beardslee, N., White, N., & Richter, J. (1995). Strategies to decrease stress and enhance job satisfaction among nursing faculty. *College Studies Journal, 29*, 511– 517

Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine, 4*, 139-157

- Blinde, E. M., & McClung, L. R. (1997). Enhancing the physical and social self through recreational activity: Accounts of individuals with physical disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly*, *14*, 327-344.
- Block, M. E. (1995). Americans with Disabilities Act: Its impact on youth sports. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, *66*, 28-32
- Block, M. (2000). *A teacher's guide to including students with disabilities in regular physical education*. 2nd ed. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Compton, D. M. (1984). *Alternative Forms of sport for the mentally retarded in "Sport for the mentally Handicapped"* Harlem, The Netherlands, Hal Rarick Vermeer eds, 45-63
- Brown, J.D., & Siegal, J.M. (1988). Exercise as a buffer of life stress: A prospective study of adolescents' health. *Health Psychology*, *7*, 341-353.
- Campbell E., & Jones, G. (1994). Psychological wellbeing in wheelchair sport and nonparticipants. *Adapted Physical Activity Quarterly*, *11*, 404-415.
- Campell, J., Swank, P., & Vincent, K. (1991). The role of hardiness in the resolution of grief. *Omega*, *23*(1), 53-65.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 267-283.
- Cohen, F., & Lazarus, R. S. (1979). Coping with the stresses of illness. In G. C. Stone, F. Cohen & N. E. Adler (Eds.), *Health psychology* (pp. 217-254). San Francisco: Jossey - Bass.
- Copeland, E.P., & Hess, R.S. (1995). Differences in young adolescents' coping strategies based on gender and ethnicity. *Journal of Early Adolescence*, *15*, 203-219.
- Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1980). Cognitive style, stress perception, and coping. In I. L. Kutash & L. B. Schlesinger (Eds.), *Handbook on stress and anxiety: Contemporary knowledge, theory, and treatment* (pp. 144-150). San Francisco: Jossey - Bass.
- Cunningham, A. J., Lockwood, G. A., & Cunningham, J. A. (1991). A relationship between perceived self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Patient Education and Counseling*, *17*, 71-78.

- Dakin, C. L. (2006). Predictive value of emergency department patients' self-efficacy beliefs on follow-up care of lacerations. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 8(4), 157- 163
- De Caroli, M.E., & Sagone, E. (2014). A Correlational Study on Dispositional Resilience, Psychological Well-being and Coping Strategies in University Students. *American Journal of Educational Research*, 2 (7), 463-371
- DuBois, D.L., & Flay, B.R. (2004). The healthy pursuit of self-esteem: Comment on and alternative to the Crocker and Park (2004) formulation. *Psychological Bulletin*, 130(3), 415-420
- Fleming, R., Baum, A., & Singer, J. E. (1984). Toward an integrative approach to the study of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 939-949.
- Folkman, S., & Lazarus, S. (1980). An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S., (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). *Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting, Psychological Press.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774
- Funk, S. (1992). Hardiness: a review of theory and research. *Health Psychology*, 11, 335-345
- Gentry, W., & Kobasa, S. (1984). "Social and psychological resources mediating stress illness relationships in humans", in Gentry, W. (Ed.). *Handbook of behavioral medicine*. New York: Guilford Press
- Giacobbi, P., Tuccitto, D., & Frye, N. (2007). Exercise, affect and university student's appraisals of academic events prior to final examination period. *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 261-274.

- Godin, G., & Shephard, R.J. (1985). A simple method to assess exercise behavior in the community. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, *10*, 141-146.
- Godin, G., & Shephard, R.J., (1997). Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *29*, 36-38.
- Hage, E., Austin, E., & Pollack, M. (2007). Resilience: Research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, *24*, 139-152.
- Heinola, J. (2010). *Adapted physical activity in rehabilitating work activity for adults with intellectual disability-case monituote*. Degree program in physiotherapy. Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Science.
- Heppner, P.P., & Lee, D. (2005). Problem-solving appraisal and psychological adjustment. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 288-298). New York: Oxford University Press
- Herman, M. A., & McHale, S. M. (1993). Coping with parental negativity: Links with parental warmth and child adjustment. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *14*, 121- 136
- Higgins, R. L. (2005). Reality negotiation. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press
- Holland, J.N., & Schmidt, A.T. (2015). Static and Dynamic Factors Promoting Resilience following Traumatic Brain Injury: A Brief Review. *Neural Plasticity*, *2015*. doi: 10.1155/2015/902802
- Hsieh, C., Hsieh, H., Chen, P., Hsiao, Y. & Lee, S. (2004). The relationship between hardiness, coping strategies and burnout in psychiatric nurses. *Hu Li Za Zhi*, *51*(3), 24-33.
- Käll, L. B. (2009). Psychological determinants of quality of life in patients with whiplash associated disorders-a prospective study. *Disability and Rehabilitation*, *31*(3), 227-236.
- Karademas, E., & Kalantzi-Azizi, A. (2004). The stress process, self-efficacy expectations and psychological health. *Personality and Individual Differences*, *37*, 1033-1043.
- Keller, S., & Seraganian, P. (1984). Physical fitness level and autonomic reactivity to psychosocial stress. *Journal of Psychosomatic Research*, *28*(4), 279-287.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *37*, 1-11.

- Kobasa, S., Maddi, S., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*, 168- 177.
- Kobasa, S., Maddi, S., Puccetti, M., & Zola, M. (1985). Effectiveness of hardiness, exercise and social support as resources against illness. *Journal of Psychosomatic Research, 29*(5), 525-533.
- Kraag, G., Zeegers, M., Kok, G., Hosman, C., & Abu-Saad, H. (2006). School programs targeting stress management in children and adolescents. *Journal of School Psychology, 44*(6), 449-472.
- Kull, M. (2002). The relationships between physical activity, health status and psychological wellbeing of fertility-aged women. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports, 12*(4), 241-251.
- Kyhlback, M., Thierfelder, T., & Soderlund, A. (2002). Prognostic factors in whiplash-associated disorders. *International Journal of Rehabilitation Research, 25*(3), 181-187
- Lambert, V., Lambert, C. & Yamase, H. (2003). Psychological hardiness, workplace stress and related stress reduction strategies. *Nursing and Health Sciences, 5*(2), 181-184.
- Lazarus, R. C. (1993). Why we should think of stress as a subject of emotion. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 21-39). New York: Free Press.
- Lenze EJ, Rogers JC, Martire LM, Mulsant BH, Rollman BL, Dew MA, et al. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability: A review of the literature and prospectus for future research. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 9*, 113–135.
- Levine, S. (2000). Influence of psychological variables on the activity of the hypothalamic-pituitary adrenal axis. *European Journal of Pharmacology, 405*, 149-160.
- Longmuir, P.E., & Bar-Or, O. (2000). Factors Influencing the Physical Activity Levels of Youths With Physical and Sensory Disabilities. *Adapted Physical Activity Quarterly, 17*, 40-53
- Luszczynska, A., Gutierrez-Dona, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology, 40*(2), 80-89

- Machida, M., Irwin, B., & Feltz, D. (2013). Resilience in competitive athletes with spinal cord injury: the role of sport participation. *Qualitative Health Research*, 23(8), 1054-1065
- Maddi, S. (2002). The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychology Journal*, 54, 175-185.
- Maddi, S. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*, 1(3), 160-168.
- Maddi, S., & Kobasa, S. (1984). *The Hardy Executive: Health Under Stress*. Chicago, IL: Dorsey.
- Maddux, J. E. (2005). Self-efficacy: The power of believing you can. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 277-287). New York: Oxford University Press.
- Matud, M.P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1401-1415.
- McAuley, E., & Rudolf, D. (1995). Physical activity, aging and psychological well-being. *Journal of Aging and Physical Activity*, 3, 67-96
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. Jr. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.
- Mohammadreza Karamipour, Masoud Hejazi, & Zahra Beheshti (2015). The Role of Resilience and Hardiness in Mental Health of Athletes and Non-athletes. *Yekta Bulletin of Environment, Pharmacology and Life Sciences*, 4(2), 37-43
- Nguyen, M.S., Unger, J., Hamilton, J., & SpruijtMetz, D. (2006). Associations between physical activity and perceived stress/hassles in college students. *Stress and Health*, 22, 179-188.
- Norris, R., Carroll, D., & Cochrane, R. (1992). The effects of physical activity and exercise training on psychological stress and well-being in an adolescent population. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(1), 55-65.
- Nowack, K. (1989). Coping style, cognitive hardiness, and health status. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 145-158.
- Pajares, F. (1996). *Self-Efficacy Beliefs in Academic Settings*. *Review of Educational Research*, 66(4), 543-578
- Pate, R.R., Pratt, M., Blair, S.N., Haskell, W.L., Macera, C.A., Bouchard, C., et al. (1995). Physical activity and public health. A recommendation from the Centers

- for Disease Control and Prevention and American College of Sports Medicine. *Jama*, 273(5), 402-407
- Paulsen, P., French, R., & Sherrill, C. (1990). Comparison of wheelchair athletes and nonathletes on selected mood states. *Percept Mot Skills*, 71, 1160-1162
- Pervin, L. A., & John, O. P. (2001). *Θεωρίες Προσωπικότητας: Έρευνα και Εφαρμογές*. Αθήνα: Τυπωθήτω – Γεώργιος Δαρδανός
- Prati, G. (2010). Proprietà psicometriche della scala della resilienza disposizionale. *Giornale di Psicologia*, 4(3), 249-257.
- Schiaffino, K. M., & Revenson, T. A. (1992). The role of perceived self-efficacy, perceived control, and causal attributions in adaptation to rheumatoid arthritis: Distinguishing mediator from moderator effects. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 709-718.
- Schiaffino, K. M., Revenson, T. A., & Gibofsky, A. (1991). Assessing the impact of self-efficacy beliefs on adaptation to rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 4(4), 150-157.
- Schnohr, P., Kristensen, T., Prescott, E., & Scharling, H. (2005). Stress and life dissatisfaction are inversely associated with jogging and other types of physical activity in leisure time: The Copenhagen City Heart Study. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 15, 107-112.
- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy: Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Free University Press.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life* (Rev. Ed.). New York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1976). *Stress without Distress*. New York: J.B. Lippincott.
- Sherrill, C. (2004). *Adapted Physical Activity, Recreation and Sport: Crossdisciplinary and Lifespan*. New York, NY: McGraw-Hill Companies
- Sinclair, R.R., & Oliver, C.M. (2003). *Development and validation of a short measure of hardiness*. Portland: Defense Technical Information Center Report
- Solcova, I. & Sykora, J. (1995). Relation between psychological hardiness and physiological response. *Homeostasis*, 36, 30–34.
- Suaría Martínez, R. (2015). Profiles of resilience and quality of life in people with acquired disability due to traffic accidents. *Gaceta Sanitaria*, 29(S1), 55-59
- Vigil, M. (2000). *Stress perception, stressful experiences and stress management strategies: A comparative case study of Swedish and Peruvian teacher students*. Thesis, Stockholm University, Sweden.

- Washburn-Ormachea, J.M., Hillman, S.B., & Sawilowsky, S.S. (2004). Gender and Gender-Role Orientation Differences on Adolescents' Coping with Peer Stressors. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(1), 31-40
- Whitehead, J. R., & Corbin, C. B. (1997). Self-Esteem in Children and Youth: The role of sport and physical education. In K.R. Fox (Ed.), *The physical self: from motivation to well-being*, (pp 175-203). Champaign, IL: Human Kinetics
- Williams, P., Wiebe, D, & Smith, T. (1992). Coping processes as mediators of the relationship between hardiness and health. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 237-258.
- Winnick, J.P., & Lavay, B.W. (2005). Perceptual-motor development. In J.P. Winnick (Ed.), *Adapted physical education and sport* (pp. 359-372). Champaign, IL: Human Kinetics
- Woolfolk, A. (2007). Εκπαιδευτική Ψυχολογία. Αθήνα: Έλλην
- Zumberg, K.M., Chang, E.C., & Sanna, L.J. (2008). Does problem orientation involve more than generalized self-efficacy? Predicting psychological and physical functioning in college students. *Personality and Individual Differences*, 45(4), 328-332

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Αγαπητοί αθλητές και αθλήτριες,

Στα πλαίσια της ολοκλήρωσης των σπουδών μου στο Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Αιγαίου, έχω αναλάβει την εκπόνηση πτυχιακής εργασίας. Με ενδιαφέρει ιδιαίτερα να διερευνήσω πώς η συμμετοχή σας σε αθλητικές δραστηριότητες επηρεάζει τον τρόπο που αισθάνεστε και τον τρόπο που αντιδράτε, όταν έρχεστε αντιμέτωποι με καταστάσεις που σας προκαλούν άγχος. Θα ήταν τιμή μου, αν διαθέσετε λίγο από το χρόνο σας για να με βοηθήσετε στην έρευνά μου.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων

Ελένη Στρατούρη

Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο:	Ηλικία:
Οικογενειακή κατάσταση:	Άγαμος/η _____ Έγγαμος/η _____ Διαζευγμένος/η _____ Χήρος/α _____	Είμαι απόφοιτος:	Γυμνασίου/ Λυκείου _____ ΙΕΚ/ Μεταλυκειακών σχολών _____ ΤΕΙ/ Πανεπιστημίου _____
Είδος αθλητικής δραστηριότητας:	Κάποια μορφή αναπηρίας:

Β. Σε ένα διάστημα **7 ημερών** (μίας εβδομάδας), **πόσες φορές** συμμετείχατε στα ακόλουθα είδη άσκησης για **περισσότερο από 15 λεπτά**. Συμπληρώστε τον κατάλληλο αριθμό σε κάθε γραμμή.

ΕΙΔΟΣ ΑΣΚΗΣΗΣ	ΦΟΡΕΣ / ΑΝΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
---------------	----------------------

**ΕΝΤΟΝΗ ΑΣΚΗΣΗ
(Η ΚΑΡΔΙΑ ΧΤΥΠΑ ΓΡΗΓΟΡΑ)**

(π.χ. τρέξιμο, τζόκιγκ μεγάλης απόστασης, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, έντονο κολύμπι, έντονη ποδηλασία μεγάλης απόστασης)

.....

**ΜΕΤΡΙΑ ΑΣΚΗΣΗ
(ΟΧΙ ΕΞΑΝΤΛΗΤΙΚΗ)**

(π.χ. γρήγορο περπάτημα, τένις, χαλαρή ποδηλασία, βόλει, χαλαρή κολύμβηση, χοροί)

.....

**ΗΠΙΑ ΑΣΚΗΣΗ
(ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ)**

(π.χ. γιόγκα, τοξοβολία, ψάρεμα, μπόουλινγκ, γκόλφ, χαλαρό περπάτημα)

.....

Γ. Οι παρακάτω προτάσεις αντιπροσωπεύουν τον **τρόπο** που **αισθανόμαστε** εμείς οι άνθρωποι **κάποιες στιγμές στη ζωή μας**. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και χρησιμοποιήστε την κλίμακα για να υποδείξετε σε ποιο βαθμό σας εκφράζει η κάθε δήλωση.

	Δεν συμφωνώ καθόλου	Δεν συμφωνώ	Δεν γνωρίζω	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1. Οι επιτυχίες μου οφείλονται στην προσπάθεια μου και στις ικανότητές μου.					
2. Όσο σκληρά και αν προσπαθήσω, συνήθως δεν έχω αποτέλεσμα.					
3. Απολαμβάνω τα περισσότερα πράγματα στη ζωή μου.					
4. Μερικές φορές νομίζω ότι η ζωή δεν έχει νόημα.					
5. Αντιμετωπίζω άμεσα τα προβλήματα στη ζωή μου.					
6. Με ενοχλεί όταν η καθημερινή μου ρουτίνα διακόπτεται.					

	Δεν συμφωνώ καθόλου	Δεν συμφωνώ	Δεν γνωρίζω	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
7. Νιώθω σίγουρος ότι μπορώ να χειριστώ οποιαδήποτε πρόκληση.					
8. Συχνά αισθάνομαι ανήμπορος.					
9. Περνώ το μεγαλύτερο μέρος της ζωής μου κάνοντας πράγματα που αξίζουν τον κόπο.					
10. Συχνά αισθάνομαι αποξενωμένος από τους ανθρώπους γύρω μου.					
11. Τα γεγονότα που μου προκαλούν πραγματικά άγχος τα βλέπω ως ευκαιρία για προσωπική ωρίμανση.					
12. Δε μου αρέσει να αλλάζω το καθημερινό μου πρόγραμμα.					
13. Οι επιτυχίες μου έχουν σχέση με τις επιλογές που έκανα.					
14. Η σκληρή προσπάθεια δεν ανταμείβεται, καθώς πολλά ζητήματα παραμένουν άλυτα ακόμα.					
15. Η ζωή είναι πραγματικά ενδιαφέρουσα τις περισσότερες φορές.					
16. Συνήθως αισθάνομαι μόνος.					
17. Συχνά ξυπνάω ενθουσιασμένος για να συνεχίσω τη ζωή μου.					
18. Σχεδιάζω προσεκτικά τα πάντα.					

Δ. Μας ενδιαφέρει να μελετήσουμε πώς αντιδρούν οι άνθρωποι όταν αντιμετωπίζουν δύσκολες ή αγχωτικές καταστάσεις στη ζωή τους. Υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους προσπαθούμε να αντιμετωπίσουμε το άγχος. Σε αυτό το ερωτηματολόγιο θα θέλαμε να υποδείξετε τι κάνετε γενικά και πως αισθάνεστε όταν αντιμετωπίζετε αγχωτικά γεγονότα. Προφανώς, διαφορετικά γεγονότα σας οδηγούν σε διαφορετική αντιμετώπιση, αλλά σκεφτείτε **τι κάνετε συνήθως όταν υποφέρετε από πολύ άγχος.**

1. Προσπαθούσα να αναλύσω το πρόβλημα ώστε να το κατανοήσω καλύτερα.				
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>	
2. Προσπαθούσα να ξεχάσω δουλεύοντας ή κάνοντας κάτι άλλο.				
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>	
3. Πίστευα ότι ο χρόνος θα άλλαζε τα πράγματα και απλά περιμένα.				
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>	

4. Συμβιβάζομαι ώστε να πετύχω κάτι θετικό από την κατάσταση.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
5. Μιλώ σε κάποιον για να με βοηθήσει να αντιληφθώ περισσότερα για την κατάσταση.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
6. Ασκώ κριτική ή έκανα μάθημα στον εαυτό μου.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
7. Ήλπίζω πως θα γίνει ένα θαύμα.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
8. Αποδεχόμενος τη μοίρα μου.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
9. Συνέχιζα σαν να μην έχει συμβεί ποτέ.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
10. Προσπαθώ να κρατήσω τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
11. Προσπαθώ να δω τη θετική πλευρά των πραγμάτων.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
12. Εξέφραζα το θυμό μου στο πρόσωπο που δημιούργησε το πρόβλημα.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
13. Αποδεχόμενος την συμπάθεια και την κατανόηση των γύρω μου.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
14. Εμπνεόμενος να κάνω κάτι δημιουργικό.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
15. Προσπαθώ να ξεχάσω το όλο θέμα.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
16. Σκεφτόμουν ότι οι δυσκολίες με κάνουν πιο ώριμο.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
17. Περίμενα να δω τι θα συμβεί πριν κάνω οτιδήποτε.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
18. Άφηνα τα συναισθήματά μου να ξεσπάσουν με κάποιον τρόπο.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>

19. Έβγαινα από αυτήν την εμπειρία καλύτερος από πριν.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
20. Μιλούσα με κάποιον που μπορούσε να κάνει κάτι συγκεκριμένο για μένα.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
21. Τολμούσα κάτι πολύ ριψοκίνδυνο.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
22. Εύρισκα παρηγοριά στην πίστη μου στο Θεό.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
23. Ανακάλυπτα ξανά τι είναι σημαντικό στη ζωή.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
24. Άλλαζα κάτι ώστε να πάνε καλά τα πράγματα.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
25. Ζητούσα τη συμβουλή ενός συγγενή ή ενός φίλου που σέβομαι.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
26. Προσπαθούσα να ελαφρύνω την κατάσταση, να μην την πάρω πολύ στα σοβαρά.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
27. Μιλούσα σε κάποιον για το πώς νιώθω.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
28. Πείσμωνα και πολεμούσα να πετύχω ό, τι ήθελα.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
29. Ξεσπούσα στους άλλους.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
30. Βασιζόμουν στην προηγούμενη εμπειρία μου. Είχα ξαναβρεθεί σε παρόμοιες καταστάσεις.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
31. Γνώριζα τι έπρεπε να γίνει και έτσι διπλασίαζα τις προσπάθειές μου για να πετύχω.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
32. Έβρισκα μία - δύο διαφορετικές λύσεις για το πρόβλημα.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
33. Ευχόμουν να μπορούσα να αλλάξω ό, τι είχε συμβεί ή το πώς ένιωθα.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>

34. Ονειροπολούσα ή φανταζόμουν ένα καλύτερο μέρος ή μια καλύτερη εποχή από αυτά που ήμουν.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
35. Ευχόμουν να εξαφανιστεί η κατάσταση ή φανταζόμουν ότι είχα με κάποιον τρόπο ξεμπερδέψει με αυτή.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
36. Φανταζόμουν το πώς θα άλλαζαν τα πράγματα.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
37. Προσευχόμουν.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>
38. Θύμιζα στον εαυτό μου πόσο χειρότερα θα μπορούσαν να είναι τα πράγματα.			
Ποτέ <input type="radio"/>	Σπάνια <input type="radio"/>	Μερικές φορές <input type="radio"/>	Συχνά <input type="radio"/>

Ε. Οι παρακάτω προτάσεις δηλώνουν την **εμπιστοσύνη** που έχετε **στον εαυτό σας να ελέγχετε το στρες** που δημιουργείται στις παρακάτω καταστάσεις. Χρησιμοποιήστε την κλίμακα για δείξετε το βαθμό που συμφωνείτε με κάθε δήλωση.

Είμαι σίγουρος ότι μπορώ να ελέγξω τα ερεθίσματα άγχους όταν . . .

	ΝΑΙ	ΕΤΣΙ ΚΑΙ ΕΤΣΙ	ΟΧΙ
1). . έχω προσωπικά προβλήματα			
2). . έχω αϋπνίες			
3). . αισθάνομαι απογοητευμένος			
4). . αισθάνομαι φοβισμένος			
5). . αισθάνομαι θυμωμένος			
6). . βρίσκομαι κάτω από πίεση			
7). . έχω δυσκολίες να σταματήσω μια συνήθεια (π.χ. κάπνισμα)			
8). . αισθάνομαι λυπημένος			
9). . αισθάνομαι κουρασμένος			
10). . σκέφτομαι για τα λάθη που τυχόν θα κάνω			

