



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ, ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΜΕ ΤΙΤΛΟ:
«ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ»
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ – ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία με θέμα:

**«Αυτοαποτελεσματικότητα και Δυσκολίες Λήψης Επαγγελματικής Απόφασης των
ατόμων με επίκτητες κινητικές αναπηρίες»**

της Σταμπουλίδου Άννας

Επόπτες:

1. Παπαβασιλείου Ιωάννα, (Αναπληρώτρια καθηγήτρια)
2. Βαρσάμης Παναγιώτης (Επίκουρος Καθηγητής)
3. Τσιρίκας Αθανάσιος (Μέλος Ε.ΔΙ.Π)

Τόπος: Θεσσαλονίκη , Έτος: 2021

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|----------------------|---|
| Περιεχόμενα..... | 1 |
| Συντομογραφίες | 3 |
| Ευχαριστίες..... | 4 |
| Περίληψη..... | 5 |
| Abstract..... | 7 |
| Εισαγωγή..... | 9 |

Α' ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

| | |
|---|-----------|
| Κεφάλαιο 1^ο | 12 |
| 1.1. Προσέγγιση της αναπηρίας..... | 12 |
| 1.1.1. Ιατρικό μοντέλο προσέγγισης της αναπηρίας | 12 |
| 1.1.2. Κοινωνικό μοντέλο προσέγγισης της αναπηρία..... | 13 |
| 1.2. Ορισμοί και ταξινόμηση για την αναπηρία..... | 15 |
| 1.3.1. Κάκωση Νωτιαίου Μυελού..... | 18 |
| 1.3.1.1. Κλινική εικόνα, συμπτωματολογία και πρόγνωση της ΚΝΜ..... | 19 |
| 1.3.2. Σκλήρυνση κατά πλάκας..... | 21 |
| 1.3.2.1. Κλινική εικόνα, συμπτωματολογία και πρόγνωση της ΣκΠ..... | 22 |
| 1.3. Εργασία και αναπηρία..... | 23 |
| Κεφάλαιο 2^ο | 25 |
| 2.1. Η κοινωνικογνωστική θεωρία του Albert Bandura για την αυτοαποτελεσματικότητα..... | 25 |
| 2.2. Η αυτοαποτελεσματικότητα των ΑμεΕΚΑ..... | 28 |
| Κεφάλαιο 3^ο | 30 |
| 3.1.Θεωρητικά μοντέλα Επαγγελματικής ανάπτυξης και επιλογής..... | 30 |
| 3.2. Λήψη επαγγελματικής απόφασης..... | 32 |
| 3.3.Μοντέλα λήψης επαγγελματικών αποφάσεων..... | 33 |
| 3.4. Λήψη επαγγελματικών αποφάσεων: τρόποι και διαδικασία | 36 |
| 3.5. Δυσκολίες Λήψης επαγγελματικής Απόφασης..... | 40 |
| Κεφάλαιο 4^ο | 43 |
| 4.1.Αυτοαποτελεσματικότητα, Δυσκολίες Λήψης Επαγγελματικής Απόφασης και ΑμεΕΚΑ: ερευνητική επισκόπηση..... | 43 |

Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΑ

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| Κεφάλαιο 5^ο | 48 |
|-------------------------------------|-----------|

| | |
|---|-----------|
| 5. Μεθοδολογία έρευνας..... | 48 |
| 5.1. Σκοπός, αναγκαιότητα και ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας | 48 |
| 5.2. Δείγμα της έρευνας..... | 49 |
| 5.3. Μεθοδολογικό πλαίσιο | 53 |
| 5.4. Ερευνητικά εργαλεία..... | 54 |
| 5.4.1. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων..... | 54 |
| 5.4.2. Ερωτηματολόγιο University of Washington Self-Efficacy Scale 6-Item Short Form των Amtmann και συν., (2012)..... | 55 |
| 5.4.2.1. Αμφίδρομη μετάφραση και διαπολιτισμικής προσαρμογής του ερωτηματολογίου University of Washington Self-Efficacy Scale 6-Item Short Form των Amtmann και συν., (2012)..... | 57 |
| 5.4.2.2. Παραγοντική Ανάλυση του ερωτηματολογίου University of Washington Self-Efficacy Scale 6-Item Short Form των Amtmann και συν. (2012)..... | 58 |
| 5.4.3. Ερωτηματολόγιο Δυσκολιών στη Λήψη Επαγγελματικής Απόφασης των Gati και συν., (1996)..... | 59 |
| Κεφάλαιο 6^ο | 61 |
| Ερευνητικά αποτελέσματα..... | 61 |
| 6.1. Αξιοπιστία εργαλείων..... | 61 |
| 6.2. Αυτοαποτελεσματικότητας των ΑμεΕΚΑ..... | 62 |
| 6.3. Δυσκολίες στη λήψη επαγγελματικής απόφασης των ΑμεΕΚΑ..... | 63 |
| 6.4. Συσχέτιση της αυτοαποτελεσματικότητας και των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης των ΑμεΕΚΑ. | 65 |
| 6.5. Η επιρροή των δημογραφικών παραγόντων στην βαθμολογία των δύο κλιμάκων..... | 68 |
| 6.5.1. Η επιρροή των δημογραφικών παραγόντων στην αυτοαποτελεσματικότητα των ΑμεΕΚΑ..... | 68 |
| 6.5.2. Η επιρροή των δημογραφικών παραγόντων στις δυσκολίες λήψης επαγγελματικής απόφασης..... | 69 |
| Κεφάλαιο 7^ο | 73 |
| 7. Συζήτηση..... | 73 |
| 7.1. Ερευνητικό ερώτημα 1 ^ο : Αυτοαποτελεσματικότητα των ΑμεΕΚΑ..... | 73 |
| 7.2. Ερευνητικό ερώτημα 2 ^ο : Δυσκολίες λήψης επαγγελματικής απόφασης των ΑμεΕΚΑ..... | 75 |
| 7.3. Ερευνητικό ερώτημα 3 ^ο :Συσχέτιση αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας και των δυσκολιών στη λήψης επαγγελματικής απόφασης των ΑμεΕΚΑ..... | 80 |

| | |
|---|------------|
| 7.4. Ερευνητικό ερώτημα 4 ^ο : Δημογραφικοί παράγοντες..... | 82 |
| 7.5. Συμπεράσματα..... | 86 |
| 7.6. Περιορισμοί και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα..... | 92 |
| Βιβλιογραφία | 94 |
| Παράρτημα..... | 120 |

Συντομογραφίες

ΑμεΑ: Άτομα με αναπηρία

ΑμεΕΚΑ: Άτομα με επίκτητη κινητική αναπηρία

ΑμεΚΝΜ: Άτομα με κάκωση νωτιαίου Μυελού

ΑμεΣκΠ: Άτομα με Σκλήρυνση κατά πλάκας

ΕΚΑ: Επίκτητη κινητική αναπηρία

ΚΝΜ: Κάκωση Νωτιαίου μυελού

ΚΝΣ: Κεντρικό νευρικό σύστημα

NEET's: Νέοι «Όχι στην Εκπαίδευση, την Απασχόληση ή την Κατάρτιση»

Μ.Ο.: Μέσος Όρος

NM: Νωτιαίος Μυελός

Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιος Οργανισμός υγείας

ΣκΠ: Σκλήρυνση κατά πλάκας

Τ.Α.: Τυπική Απόκλιση

Ευχαριστίες

Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω πρώτα από όλους τον Θεό που είναι οδηγός και αρωγός της ζωής μου και κάνει το αδύνατο δυνατό, και έπειτα τους ανθρώπους οι οποίοι με την παρουσία και την υποστήριξη που μου παρείχαν βοήθησαν στην ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα κα. Ιωάννα Παπαβασιλείου Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Τμήματος Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, η οποία πίστεψε στην αρχική μου ιδέα η οποία έγινε στόχος και εκπληρώθηκε με επιτυχία. Ακόμα θα ήθελα να ευχαριστήσω τους συνεπιβλέποντες κ. Βαρσάμη Παναγιώτη, Επίκουρο Καθηγητή, του Τμήμα Εκπαιδευτικής & Κοινωνικής Πολιτικής του πανεπιστημίου Μακεδονίας και κ. Τσιρίκα Αθανάσιο, Μέλος Ε.ΔΙ.Π. για τις χρήσιμες και εύστοχες συμβουλές τους.

Επίσης θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου σε όλα εκείνα τα άτομα τα οποία αφιέρωσαν λίγο από τον προσωπικό τους χρόνο και συμμετείχαν στην έρευνα καθώς επίσης τα κέντρα αποκατάστασης Animus και Αναγέννηση, αλλά και την ομάδα καλαθοσφαίρισης με αναπηρικό αμαξίδιο του Άρη για την πολύτιμη συμβολή τους.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω, αν και ένα μόνο ευχαριστώ δεν φτάνει, τον σύζυγό μου Ευάγγελο για την αμέριστη συμπαράσταση και το απέραντο κουράγιο που μου έδινε απλόχερα, αλλά και τον γιο μου Αλέξανδρο ο οποίος ασυνείδητα μου έδινε ώθηση ώστε να γίνω ένα παράδειγμα προς μίμηση, Διά Βίου μάθησης, για αυτόν.

Περίληψη

Διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η αυτοαποτελεσματικότητα σχετίζεται με μεταβλητές σχετικές με την λήψη επαγγελματικής απόφασης, μεταξύ των οποίων και οι δυσκολίες λήψης επαγγελματικής απόφασης. Επιπλέον, έρευνες αποδεικνύουν ότι η αυτοαποτελεσματικότητα επηρεάζεται από την κατάσταση της υγείας ενός ατόμου και σε περίπτωση αναπηρίας γίνεται σημαντικός διαμορφωτής της, οπότε και αναφερόμαστε σε αυτήν ως αυτοαποτελεσματικότητα διαχείρισης της αναπηρίας/χρόνιας ασθένειας. Σύμφωνα με τα παραπάνω, η παρούσα ποσοτική μελέτη ερευνά την αυτοαποτελεσματικότητα διαχείρισης της αναπηρίας και τις δυσκολίες λήψης επαγγελματικής απόφασης των ΑμεΕΚΑ. Πέρα από την εύρεση της/του βαθμολογίας/ επιπέδου της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας και των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης, επιπλέον, η έρευνα εξέτασε την εύρεση αρνητικής συσχέτισης μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών και ανίχνευσε την επιρροή ορισμένων δημογραφικών παραγόντων. Για την συλλογή των δεδομένων αξιοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο δομημένο από τρία μέρη. Στο πρώτο συντάχθηκε ένα ερωτηματολόγιο για την εξέταση ορισμένων δημογραφικών παραγόντων, στο δεύτερο το ερωτηματολόγιο *University of Washington Self-Efficacy Scale 6-Item Short Form V. 1.0*© (UW-SES 6-σημείων) των Amtmann και συν., (2012) και στο τρίτο το ερωτηματολόγιο των *Δυσκολιών στην Λήψη επαγγελματικής απόφασης* των Gati, Krausz, και Osipow, (1996), το οποίο συμπληρώθηκε από 116 ΑμεΕΚΑ (ΚΝΜ, ΣκΠ και άλλες κινητικές αναπηρίες). Τα δεδομένα της στατιστικής ανάλυσης που προέκυψαν, έδειξαν ότι: οι συμμετέχοντες βαθμολόγησαν την αυτοαποτελεσματικότητα διαχείρισης της αναπηρίας τους γενικά θετικά, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν ως προς την λήψη επαγγελματικής απόφασης είναι μετρίου βαθμού, η συσχέτιση μεταξύ της αυτοαποτελεσματικότητας και της συνολικής κλίμακας των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης επιβεβαιώθηκε

ως αρνητική και στατιστικά σημαντική και ανιχνεύτηκε η ύπαρξη δημογραφικών παραγόντων που επιδρούν στις δύο κλίμακες. Συγκεκριμένα η επαγγελματική επανένταξη επιδρά και στις δύο κλίμακες εμφανίζοντας μεγαλύτερη βαθμολογία στην αυτοαποτελεσματικότητα και μικρότερη βαθμολογία στις δυσκολίες λήψης επαγγελματικής απόφασης, ενώ ο παράγοντας φύλο φάνηκε να επιδρά μόνο στην κλίμακα της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας με τους άνδρες να σημειώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία από τις γυναίκες, σε αντίθεση με την ηλικία (μεγαλύτερη βαθμολογία σημείωσαν οι νεότεροι) και την επαγγελματική εμπειρία που προϋπήρχε της Κ.Α. (με αυτούς που δεν είχαν εμπειρία να σημειώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία) οι οποίες φάνηκαν να επιδρούν μόνο στην κλίμακα των δυσκολιών λήψης επαγγελματικής απόφασης. Η παρούσα έρευνα επιδιώκει να συμβάλει στον εντοπισμό της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας και των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης των ΑμεΕΚΑ, και προσδοκά να αποτελέσει σκαλοπάτι ώστε μελλοντικές έρευνες σε μεγαλύτερη κλίμακα, να καταδείξουν με μεγαλύτερη ακρίβεια παρόμοια αποτελέσματα ώστε να συμβάλλουν σε επεμβατικές πρακτικές οι οποίες θα στοχεύουν στην μεγαλύτερη επαγγελματική επανένταξη των ΑμεΕΚΑ.

Λέξεις κλειδιά: Αυτοαποτελεσματικότητα, Δυσκολίες λήψης επαγγελματικής απόφασης, Επίκτητη κινητική αναπηρία, Κάκωση Νωτιαίου Μυελού, Πολλαπλή Σκλήρυνση, Συμβουλευτική Σταδιοδρομίας

Abstract

International literature argues that self-efficacy is related to variables related to professional decision making, including the career decision making difficulties. In addition, research shows that self-efficacy is affected by the state of one's health and in case of disability becomes an important modulator of it, so we refer to it as self-efficacy in managing disability/chronic illness. According to the above, the present quantitative study investigates the self-efficacy of disability management and the career decision making difficulties of people with Acquired Motor Disability. In addition tried to finding the level of self-efficacy and the career decision making difficulties, examined the negative correlation between these two variables and detected the influence of certain demographic factors. A questionnaire structured from three parts was used for data collection. In the first a questionnaire was prepared for the examination of demographic factors, in the second the *University of Washington Self-Efficacy Scale 6-Item Short Form V. 1.0*© by Amtmann et al., (2012) and in the third the *Career Decision Making Difficulties Questioner* by Gati, Krausz, and Osipow (1996), which was completed by 116 people with acquired disability (SCI, MS and other mobility disabilities). The data of the statistical analysis that emerged, showed that: the participants rated their self-efficacy in managing their disability generally positively, the difficulties they face in making a professional decision are medium, the correlation between self-efficacy and the overall scale of Career decision-making difficulties was confirmed as negative and statistically significant and the existence of demographic factors influencing the two scales was detected. In particular, vocational reintegration affect both scales with a higher score on self-efficacy and a lower score on difficulties, while the gender factor seemed to affect only the self-efficacy scale with men scoring higher than women, in contrast to the age (the highest score was scored by the younger ones) and the professional experience that pre-existed of physical disability

(with those who had no experience scoring higher) which seemed to affect only the scale of the difficulties. The present study seeks to help identify the self-efficacy and difficulties in making a professional decision for people with disabilities, and hopes that it will be a stepping stone for future larger-scale research to demonstrate similar results more accurately in order to contribute to invasive practices for greater professional reintegration of people with acquired disability.

Keywords: Self-Efficacy, Career Decision-Making Difficulties, Acquired Motor Disability, Spinal Cord Injury, Multiple Sclerosis, Career Counseling

Εισαγωγή

Τα Άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ) ανήκουν στις ομάδες των ατόμων που χαρακτηρίζονται ως κοινωνικά ευπαθείς και ένα από τα χαρακτηριστικά τους είναι ότι απειλούνται από το φάσμα της ανεργίας (Barlow, Wright & Cullen, 2002; Hess, Ripley, McKinley & Tewksbury, 2000; Papavassiliou-Alexiou & Fotiadou, 2019; Zhu, Law, Sun & Yang, 2019). Συγκεκριμένα, το ποσοστό απασχόλησης των ΑμεΑ είναι χαμηλότερο από το αντίστοιχο του γενικού πληθυσμού, διευρύνοντας έτσι το χάσμα της ανισότητας ανάμεσα στους πολίτες και τα ανθρώπινα δικαιώματα (Barlow et al., 2002; Hess et al., 2000; Van Den Berg, Castellote, Mahillo-Fernandez, & De Pedro-Cuesta, 2010).

Στα ΑμεΑ ανήκουν και τα άτομα με επίκτητες κινητικές αναπηρίες (ΑμεΕΚΑ). Οι δύο σοβαρές επίκτητες κινητικές αναπηρίες, οι οποίες προβάλλονται μέσα από την παρούσα έρευνα είναι η Κάκωση Νωτιαίου Μυελού (Crewe & Krause, 2009) και η Πολλαπλή Σκλήρυνση κατά πλάκας (Dendrou, Fugger & Friese, 2015). Μια ΕΚΑ συνήθως συμβαίνει αιφνίδια και αυτό έχει ως αποτέλεσμα μία νοσηρή κατάσταση η οποία θα έχει αρνητικό αντίκτυπο στο άτομο (McDonald & Sadowsky, 2002). Οπότε το ΑμεΕΚΑ εναρμονιζόμενο με την νέα πραγματικότητα θα αντιμετωπίσει δυσάρεστες καταστάσεις, οι οποίες θα αποσταθεροποιήσουν την ψυχολογία του, θα κλονίσουν την αυτοεικόνα, την αυτοεκτίμηση και την αυτοαποτελεσματικότητα του (Chan, Da Silva Cardoso & Chronister, 2009) με αποτέλεσμα να επηρεαστούν πολλοί τομείς της ζωής του, μέσα στους οποίους ανήκει και η επαγγελματική σταδιοδρομία του (Lee, Cripps, Fitzharris & Wing, 2013; Livneh & Antonak, 2005). Έρευνες έχουν καταδείξει ότι η αυτοαποτελεσματικότητα σχετίζεται με πολλούς τομείς της εργασίας (Machmud, 2018; Judge & Bono, 2001; Stajkovic & Luthans, 1998) οπότε επηρεάζει καθοριστικά τη διαδικασία λήψης επαγγελματικής απόφασης (Luszczynska, Scholz & Schwarzer, 2005).

Όλα τα παραπάνω, τα μεγάλα ποσοστά ανεργίας, η αυτοαποτελεσματικότητα του ατόμου μετά από μια ΕΚΑ και οι δυσκολίες που αντιμετώπισαν ή συνεχίζουν και αντιμετωπίζουν για την λήψη μιας επαγγελματικής απόφασης, παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον προς διερεύνηση οπότε, έδωσαν το έναυσμα για την μελέτη των παραπάνω.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η εξέταση της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας των ΑμεΕΚΑ, των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στην διαδικασία λήψης επαγγελματικής απόφασης και η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ τους. Επιπλέον ερευνά οποιαδήποτε επιρροή των δημογραφικών παραγόντων που συνδέονται είτε με το ίδιο το άτομο, είτε με την αναπηρία, είτε με την εργασία. Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 116 άτομα του ελληνικού πληθυσμού που διαγνώστηκαν με ΕΚΑ, κυρίως ΣκΠ και ΚΝΜ. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν κατά τους μήνες Ιούλιο-Δεκέμβριο του 2020 και έπειτα ακολούθησε η στατιστική ανάλυση και η συγγραφή της παρούσας έρευνας.. Η επιλογή του συγκεκριμένου πληθυσμού στόχου έγινε πρωτίστως κατόπιν προσωπικού ενδιαφέροντος και δευτερευόντως κατόπιν βιβλιογραφικών διαπιστώσεων.

Η εργασία δομείται από δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό. Στο θεωρητικό μέρος επιδιώκεται η θεωρητική θεμελίωση και η βιβλιογραφική ανασκόπηση της αυτοαποτελεσματικότητας(γενικής και διαχείρισης της αναπηρίας), των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης και των επίκτητων κινητικών αναπηριών. Στο δεύτερο μέρος, το ερευνητικό, αναλύονται η μεθοδολογία της συγκεκριμένης μελέτης, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα, ακολουθούν τα συμπεράσματα και η ερμηνεία των αποτελεσμάτων μαζί με προτάσεις για περαιτέρω έρευνα. Τέλος, παρατίθεται η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε και στο παράρτημα επισυνάπτεται το ερωτηματολόγιο που αποτέλεσε το εργαλείο της συλλογής δεδομένων για την παρούσα έρευνα.

Α' ΜΕΡΟΣ:ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Κεφάλαιο 1^ο

1.1. Προσεγγίζοντας την αναπηρία

Η διαμάχη γύρω από την έννοια της αναπηρίας αναπτύσσεται κυρίως μεταξύ της βιολογικής και της κοινωνικής υπόστασής της. Όσοι ασχολήθηκαν με την εννοιολογική της προσέγγιση, επηρεάστηκαν από την χρονική περίοδο και τις ιδεολογίες που ήθελαν να προωθήσουν, οπότε οι ερμηνείες που αναπτύχθηκαν κατά καιρούς για τον ορισμό της, διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους. Ορισμένοι ορίζουν την αναπηρία ως βλάβη ή απώλεια της ανατομικής, σωματικής, ψυχολογικής και αισθητηριακής οντότητας του ατόμου, ενώ άλλοι την ορίζουν ως λειτουργικό περιορισμό, δηλαδή ως ανικανότητα ή ως περιορισμένη ικανότητα εκπλήρωσης των ατομικών και κοινωνικών αναγκών και υποχρεώσεων του ατόμου π.χ. περιορισμοί στη μετακίνηση, δυσκολίες στην ένδυση, στη σίτιση κλπ. (Ντεροπούλου-Ντέρου, 2015). Έτσι με την πάροδο του χρόνου η ερμηνεία της αναπηρίας εδραιώθηκε σε δύο κύρια μοντέλα το ιατρικό και το κοινωνικό. Το ιατρικό μοντέλο προσεγγίζει την αναπηρία περισσότερο υπό το φάσμα της ανεπάρκειας ή του προβλήματος ενώ το κοινωνικό αναλύει την αναπηρία ως αποτέλεσμα των κοινωνικών, πολιτιστικών και πολιτικών εμποδίων (Barnes 2011; Barnes & Mercer, 2005a, 2005b).

1.1.1. Ιατρικό μοντέλο προσέγγισης της αναπηρίας

Το ιατρικό μοντέλο υποστηρίζει ότι οι κοινωνικοί περιορισμοί των αναπήρων οφείλονται στις φυσικές δυσλειτουργίες τους, δηλαδή στην ίδια την αναπηρία τους και χαρακτηρίζεται ως ατομικό πρόβλημα και προσωπική τραγωδία. Ουσιαστικά αποδίδεται ως ένα προσωπικό πρόβλημα του ατόμου είτε σε νοητικό, είτε σε σωματικό επίπεδο όπου προσανατολίζεται στους ατομικούς λειτουργικούς περιορισμούς του. Επιπλέον η προσέγγιση της αναπηρίας ως προσωπική τραγωδία αναπτύσσει στο ανάπηρο άτομο, την

αντίληψη της απόλυτης ατομικής ευθύνης και της προσωπικής ενοχής για την αναπηρία που φέρει (Barnes 2011; Barnes & Mercer, 2005a, 2005b). Δημιουργεί την εντύπωση στο ΑμεΑ, αλλά και στους οικείους του, ότι είναι υπόλογοι για την πορεία εξέλιξης του ατόμου. Οι πιθανές αστοχίες, τα εμπόδια και οι κοινωνικοί περιορισμοί είναι συνέπεια της προσωπικής μειονεξίας του ανάπηρου ατόμου, το οποίο αδυνατεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της κοινωνίας (Woods & Thomas, 2003).

Οι πεποιθήσεις αυτές εστιάζονται κυρίως στο πώς λειτουργεί το σώμα και δεν παίρνουν υπόψη τις μη ιατρικές αιτίες της αναπηρίας. Το ιατρικό μοντέλο δίνει σημασία στην διάσταση της βιολογίας και επομένως το ΑμεΑ θεωρείται ότι έχει ανάγκη από ιατρική αντιμετώπιση. Όλο αυτό οδηγεί στην αναζήτηση θεραπείας, προσδίδοντας κατά αυτόν τον τρόπο θεραπευτική προοπτική στην αναπηρία, η οποία μπορεί να παρασχεθεί μόνο από τους ειδικούς εστιάζοντας στην αυθεντία της ιατρικής διάγνωσης και στην έρευνα που αφορά την κλινική εικόνα της αναπηρίας, για την κατανόηση των ιδιαιτεροτήτων της κάθε διάγνωσης. Συνοψίζοντας, η παραπάνω παραδοχή θεωρεί ως λύση την ιατρική αποκατάσταση και την παροχή συναφών υπηρεσιών αποδίδοντας όλο το βάρος στο ίδιο το άτομο θεωρώντας πως είναι μόνο αυτό υπεύθυνο της αλλαγής και όχι η ίδια η κοινωνία (Barnes 2011; Barnes & Mercer, 2005a, 2005b; Woods & Thomas, 2003).

1.1.2. Κοινωνικό μοντέλο προσέγγισης της αναπηρίας

Η εμφάνιση του κοινωνικού μοντέλου προσέγγισης της αναπηρίας παρουσιάζεται περί τα τέλη της δεκαετίας του '60 όπου διακρίνεται ιδιαίζουσα πολιτικοποίηση και κινητικότητα στις οργανώσεις των ΑμεΑ (Ντεροπούλου-Ντέρου, 2015). Το κοινωνικό μοντέλο αναδύθηκε από τη δημοσίευση ενός κειμένου με τον τίτλο «*Θεμελιώδεις Αρχές της Αναπηρίας*» (*The Fundamental Principles of Disability*) που δημοσιεύθηκε από το κίνημα των κινητικά αναπήρων της Μ. Βρετανίας το 1975 (Union of the Physically

Impaired Against Segregation- U.P.I.A.S.). Μία από τις πρωταρχικές τοποθετήσεις του κειμένου εντοπίζεται το παρακάτω εδάφιο:

«Κατά την άποψή μας, είναι η κοινωνία που απενεργοποιεί τα άτομα με σωματική αναπηρία. Η αναπηρία είναι κάτι που προβάλλεται πάνω από τα μειονεκτήματά μας, με τον τρόπο που είμαστε άσκοπα απομονωμένοι και αποκλεισμένοι από την πλήρη συμμετοχή στην κοινωνία. Τα άτομα με ειδικές ανάγκες είναι επομένως μια καταπιεσμένη ομάδα στην κοινωνία. Από αυτήν την ανάλυση προκύπτει ότι το χαμηλό εισόδημα, για παράδειγμα, είναι μόνο μία πτυχή της καταπίεσης μας. Είναι συνέπεια της απομόνωσης και του διαχωρισμού μας, σε κάθε τομέα της ζωής, όπως η εκπαίδευση, η εργασία, η κινητικότητα, η στέγαση κ.λπ. »(U.P.I.A.S., 1975 p3-4).

Το άτομο με αναπηρία παύει να αποτελεί «πρόβλημα» της κοινωνίας όπως πρεσβεύει το ιατρικό μοντέλο. Η αναπηρία θεωρείται μία κοινωνικά κατασκευασμένη συνθήκη και δεν είναι ένα σταθερό χαρακτηριστικό του ατόμου. Μετατοπίζει τις ευθύνες στη δομή της σύγχρονης κοινωνίας και στις ιδεολογίες της και δίνει έμφαση στις εργασιακές σχέσεις και στον οικονομικό αποκλεισμό του ανάπηρου ατόμου (Oliver, 1990). Βασικός σκοπός λοιπόν, του U.P.I.A.S. ήταν να παρέχει ευκαιρίες στους ανθρώπους με ανεπάρκειες ώστε να συμμετέχουν πλήρως στη κοινωνία, να ζουν ανεξάρτητοι, να αναλαμβάνουν παραγωγικές δουλειές και να μπορούν να έχουν πλήρως τον έλεγχο για τη δική τους ζωή. Τα ΑμεΑ αντιμετωπίζουν έναν ειδικό τύπο αποκλεισμού στις σύγχρονες καπιταλιστικές κοινωνίες και προτείνεται η αντικατάσταση του υπάρχοντος καπιταλιστικού συστήματος με ένα περισσότερο ενταξιακό και δίκαιο κοινωνικό σύστημα (Finkelstein, 2001).

1.2. Ορισμοί και ταξινομήσεις για την αναπηρία

Ένας πρώτος ορισμός που θα μπορούσαμε να δώσουμε για την αναπηρία είναι αυτός που ανήγγειλε ο Ο.Η.Ε. (1975) μέσα στον οποίο εμπεριέχεται και ο διαχωρισμός που έγινε για αυτήν ώστε να μπορεί κάθε μια να εντάσσεται και σε μία κατηγορία,

«Ανάπηρο είναι κάθε άτομο που δεν μπορεί να εξασφαλίσει μόνο του όλες ή ένα μέρος από τις ανάγκες μιας φυσιολογικής, ατομικής ή και κοινωνικής ζωής, λόγω κάποιου εκ γενετής ή επίκτητου σωματικού ή διανοητικού μειονεκτήματος. Συνεπώς οι αναπηρίες διακρίνονται σε τέσσερα είδη: κινητικές ή σωματικές, αισθητηριακές, νοητικές, γνωστικές και συναισθηματικές».

Ο Μπαμπινιώτης (1998), ορίζει την αναπηρία ως απώλεια της υγείας λόγω βλάβης ή διαταραχής, έμφυτης ή επίκτητης ορισμένων σωματικών, ψυχικών, ή πνευματικών λειτουργιών του οργανισμού. Σύμφωνα με τη Φελούκα (2008) ως κινητική αναπηρία ορίζονται αυτές οι διαταραχές οι οποίες προέρχονται από νευρολογικές και μυοσκελετικές δυσλειτουργίες, ενώ σύμφωνα με τους Σπετσιώτη και Σταθόπουλο (2003) ορίζεται η σωματική έκφραση και παρουσία μας στον κόσμο (όπως αναφέρεται στο Νικολάου, 2011).

Ο ορισμός για την αναπηρία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας-Π.Ο.Υ. (WHO, 1982), ορίζει ως ΑμεΑ κάθε άτομο που εμφανίζει μειονεξία λόγω σωματικής ή νοητικής βλάβης. Επιπλέον ο Π.Ο.Υ. θέλοντας να διαφοροποιήσει και να οριοθετήσει όλα τα είδη αναπηρίας καθιέρωσε τους παρακάτω όρους: *διαταραχή, ανικανότητα και αναπηρία* (WHO, 1980) .

Ως *Διαταραχή (impairment)* αναφέρεται στον λειτουργικό περιορισμό ενός ατόμου εξαιτίας της σωματικής, νοητικής ή αισθητηριακής διαταραχής του, ως *ανικανότητα (Handicap)* νοείται η μειονεξία που αποδίδεται σε ένα άτομο ως αποτέλεσμα διαταραχής ή

βλάβης που περιορίζει ή παρακωλύει την ολοκληρωμένη δραστηριοποίηση του σε ένα ρόλο (κοινωνικό, επαγγελματικό κλπ) και αφορά κυρίως τη διαμόρφωση διαπροσωπικών σχέσεων, τέλος, ο όρος *αναπηρία (disability)* άπτεται στην απώλεια ή τον περιορισμό των ευκαιριών συμμετοχής στη φυσιολογική ζωή της κοινωνίας σε ισότιμο επίπεδο με τα υπόλοιπα μέλη που δεν υπόκεινται σε φυσικούς και κοινωνικούς περιορισμούς (WHO, 1980).

Από τότε, η έρευνα και η ανάπτυξη για την κατάταξη της αναπηρίας έχει διαφοροποιηθεί. Οι κύριοι ορισμοί για την δυσλειτουργία, την ανικανότητα και την αναπηρία αναμφίβολα συνέβαλλαν στην αλλαγή των στάσεων και των απόψεων για την αναπηρία. Ο ορισμός της δυσλειτουργίας είναι ευρέως αποδεκτός, αν και παρατηρείται επικάλυψη με πολλούς όρους που εμπεριέχονται στην Διεθνή Ταξινόμηση των Αναπηριών (ICD). Ο ορισμός της ανικανότητας ταίριαζε κυρίως με το πεδίο δράσης των επαγγελματιών και ομάδων αποκατάστασης. Εκφράστηκαν επίσης και αυξημένα αιτήματα για αναθεώρηση του ορισμού της αναπηρίας ώστε να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στον αντίκτυπο της αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον. Η ταχεία εξέλιξη των ιδεών και των πρακτικών στη διαχείριση των παραπάνω ορισμών αναθεωρήθηκε και διατηρήθηκε ως Διεθνής Ταξινόμηση Λειτουργίας, Αναπηρίας και Υγείας (ICF-10) (2010).

Η Διεθνής Ταξινόμηση Λειτουργίας, Αναπηρίας και Υγείας (ICF) (2010), είναι ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο που αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), παρέχοντας μια ενοποιημένη γλώσσα για την ταξινόμηση της υγείας και της αναπηρίας τόσο σε ατομικό όσο και σε πληθυσμιακό επίπεδο. Σύμφωνα με το ICF η λειτουργία και η αναπηρία ενός ατόμου συμβαίνει σε ένα πλαίσιο, οπότε περιλαμβάνει και μια λίστα περιβαλλοντικών παραγόντων. Ουσιαστικά είναι μια βοηθητική ταξινόμηση για την περιγραφή των αλλαγών στη λειτουργία και τη δομή του σώματος, τι μπορεί να κάνει ένα υγιές άτομο σε ένα τυπικό περιβάλλον (το επίπεδο ικανότητας), καθώς και τι κάνει

στην πραγματικότητα στο συνηθισμένο περιβάλλον του (το επίπεδο απόδοσης) (WHO, 2007).

Σύμφωνα με το μοντέλο ICF (και την πιο πρόσφατη 10^η αναθεώρηση), υπάρχουν δύο κατηγορίες που μπορούν να ταξινομηθούν και αναφέρονται: α) στις λειτουργίες και τη δομή του σώματος, και β) στις δραστηριότητες και τη συμμετοχή. Οι αναπηρίες οι οποίες σχετίζονται με την δομή και την λειτουργία του σώματος θεωρείται ως μια κατηγορία ομπρέλα η οποία εμπεριέχει όλες τις λειτουργίες του σώματος τις δραστηριότητες και τη συμμετοχή. Οι κατηγορίες των αναπηριών που σχετίζονται με την δομή και την λειτουργία του ανθρώπινου σώματος σχετίζονται με βλάβες/ανεπάρκειες σε επίπεδο: νοητικό, αισθητικό, ομιλίας, καρδιαγγειακό, ανοσοποιητικό, αναπνευστικό, ενδοκρινολογικό, ουροποιητικό-αναπαραγωγικό, δερματικό και νευρομυοσκελετικό με κινητικές δυσλειτουργίες (η τελευταία κατηγορία αναπηρίας είναι που θα απασχολήσει και την εν λόγω έρευνα). Ενώ η αναπηρία είναι ομοίως μία κατηγορία ομπρέλα η οποία εμπεριέχει τις βλάβες, τους περιορισμούς δραστηριότητας και τους συμμετοχικούς περιορισμούς. Οι αναπηρίες οι οποίες σχετίζονται με τις δραστηριότητες και τη συμμετοχή του ατόμου στην κοινωνία, συνήθως τροποποιούνται από τις τρέχουσες και προηγούμενες συνθήκες υγείας και από τους περιβαλλοντικούς και τους προσωπικούς παράγοντες. Αυτή η κατηγοριοποίηση βασίζεται σε μια εντελώς διαφορετική προσέγγιση για τις ασθένειες, που αποκλίνει από όλες τις άλλες ιατρικές ταξινομήσεις και είναι εννοιολογικά πολύ πιο ψυχοκοινωνικά προσανατολισμένη. Η ασθένεια θεωρείται ως παρέμβαση στην ικανότητα του ατόμου να εκτελεί τον συνηθισμένο κοινωνικό του ρόλο και τις λειτουργίες και υποχρεώσεις που αναμένονται από αυτόν. Το ICF λαμβάνει υπόψη τις κοινωνικές πτυχές της αναπηρίας και δεν βλέπει την αναπηρία μόνο ως βιολογική δυσλειτουργία αλλά συμπεριλαμβάνει τους παράγοντες πλαισίου, τους περιβαλλοντικούς και τους ατομικούς. (Duncan, 2013; WHO, 2007). Τέλος, να αναφερθούμε και στην ταξινόμηση ως προς τον

χρόνο εκδήλωσης μιας ασθένειας/αναπηρίας η οποία Σύμφωνα με τον Σταθόπουλο (1999), ταξινομούνται ως προς τον χρόνο εκδήλωσης σε εκείνες με τις οποίες γεννιέται ένα άτομο και σε αυτές οι οποίες μπορούν να προκληθούν σε κάποια χρονική στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, δηλαδή σε εκ γενετής και σε επίκτητες. Στην παρούσα έρευνα θα ασχοληθούμε με επίκτητες κινητικές αναπηρίες και κυρίως με Κάκωση Νωτιαίου Μυελού και Πολλαπλή Σκλήρυνση κατά πλάκας.

1.3.1. Κάκωση Νωτιαίου Μυελού

Ο Νωτιαίος Μυελός εντοπίζεται κατά μήκος του νωτιαίου σωλήνα στο εσωτερικό της σπονδυλικής στήλης. Ξεκινάει από τον εγκέφαλο και φτάνει ως την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης και συγκεκριμένα ως το O1-O2 σπονδυλικό επίπεδο. Αμέσως παρακάτω βρίσκεται η υπορίδα η οποία είναι η συνέχεια του ΝΜ. Οποιαδήποτε βλάβη μεταξύ κρανίου και υπορίδος θεωρείται ως βλάβη ΝΜ. Η βλάβη αυτή μπορεί να είναι τραυματική και να προκληθεί είτε από κάποια πτώση -τροχαίο/εργατικό ατύχημα, άμεση-βίαιη πλήξη της σπονδυλικής στήλης- ή από κάποια μικροβιακή/ λοιμώδη ασθένεια κ.α. (Crewe and Krause, 2009· ΕΣΑμεΑ, 2008· Spinal cord section Hellenic Society of physical & rehabilitation medicine, 2013).

Ο τραυματισμός του νωτιαίου μυελού έχει ως αποτέλεσμα τη βλάβη συγκεκριμένων λειτουργιών που ελέγχονται από τα νεύρα που βρίσκονται στο επίπεδο της κάκωσης και κάτω από αυτό. Σε συνάρτηση με την παρουσία ή την απουσία κινητικής λειτουργίας, η κάκωση ταξινομείται ως πλήρης ή ατελής. Στον ατελή τραυματισμό του ΝΜ, ανάλογα με τη σοβαρότητα της βλάβης, συνήθως διατηρείται κάποιος βαθμός κίνησης και αίσθησης από το επίπεδο του τραυματισμού και προς τα κάτω σε αντίθεση με την πλήρη κάκωση η οποία έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη και της αισθητικής και της κινητικής λειτουργίας (Ghosh & Pearse, 2015). Ανάλογα με το επίπεδο στο οποίο θα

προκληθεί αυτή η βλάβη, πέρα από την μερική ή πλήρη απώλεια αισθητικότητας και κινητικότητας, το άτομο θα φέρει ποικίλα συμπτώματα με αποτέλεσμα την δυσλειτουργία των διαφόρων συστημάτων του ανθρώπινου σώματος -κυκλοφορικό, πεπτικό, ουροποιητικό κ.α. (Bichenbach, Officer, Shakespeare, Von Groote & WHO, 2013).

Μια τραυματική κάκωση χωρίζεται συνήθως σε δύο φάσεις: στο αρχικό μηχανικό τραύμα και στην δευτερογενή επεκτατική φάση, τα οποία έχουν σαν επακόλουθο την αλλοίωση του περιβάλλοντος ιστού του νωτιαίου μυελού. Η σοβαρότητα και ο βαθμός των κινητικών και αισθητικών ελλειμμάτων εξαρτάται από το επίπεδο και την έκταση της βλάβης. Εάν ο αρχικός τραυματισμός προκληθεί από μωλωπισμό ενδέχεται να υπάρξει διατήρηση της λειτουργίας, εάν υπάρξει διατομή του νωτιαίου μυελού, αυτομάτως θα οδηγήσει σε πλήρη διαχωρισμό των νωτιαίων τμημάτων, προκαλώντας ακόμα και την πλήρη απώλεια της κινητικότητας και της αισθητικότητας (Sandrow-Feinberg, Izzi, Shumsky, Zhukareva & Houle, 2009).

Οποιαδήποτε και αν είναι η αιτία της KNM το αποτέλεσμα είναι μία σοβαρή νοσηρή κατάσταση η οποία θα επιφέρει μεγάλες και δυσάρεστες αλλαγές στη ζωή του ατόμου, καθλώνοντας το συνήθως σε αναπηρικό αμαξίδιο (Heward, 2011). Φυσικό επακόλουθο είναι να αλλάξει δραματικά όχι μόνον η σωματική του κατάσταση αλλά και η προσωπική, η επαγγελματική και κοινωνική του ζωή (Van Den Berg et al., 2010).

1.3.1.1. Κλινική εικόνα, συμπτώματα και πρόγνωση KNM

Η Κάκωση Νωτιαίου Μυελού (KNM) είναι μια ιατρικός πολύπλοκη κατάσταση που διαταράσσει την ζωή του ατόμου σε πολλούς τομείς. Συνήθως μια τραυματική KNM συμβαίνει σε μικρές ηλικίες και το πιο σύνηθες αίτιο είναι τα τροχαία ατυχήματα (Cripps et al., 2011). Από ιστορικής πλευράς, έχει συσχετιστεί με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας,

ωστόσο σήμερα, ο συνδυασμός των ανεπτυγμένων χωρών με υψηλά εισοδήματα και η πρόοδος της ιατρικής έχει οδηγήσει το προσδόκιμο ζωής των ΑμεΚΝΜ να προσεγγίζει αυτό του γενικού πληθυσμού, οπότε η επιτυχημένη αποκατάσταση των ΑμεΚΝΜ είναι ένα σημαντικό ζήτημα (Lee et al., 2013; Sabre et al., 2012). Αυτό αντικατοπτρίζει μια καλύτερη πρόγνωση, που σημαίνει ότι όσοι ξεπεράσουν την κρίσιμη οξεία φάση, μπορούν να ζήσουν και να προοδεύσουν. Ιδιαίτερα επωφελείς χαρακτηρίζονται: η βελτιωμένη αντιμετώπιση στα τμήματα των επειγόντων περιστατικών, οι πιο αποτελεσματικές ιατρικές παρεμβάσεις/προγράμματα αποκατάστασης, η ύπαρξη αναπνευστικών βοηθημάτων, η βελτίωση αναπηρικών αμαξιδίων και οι κοινωνικές υπηρεσίες μεριμνάς. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, όχι μόνο να σώζονται ζωές και να μεγιστοποιείται το προσδόκιμο ζωής αλλά και να μπορούν να έχουν μια πιο πλήρη και παραγωγική ζωή, σε σχέση με παλαιότερες γενεές. (Sabre et al. 2012· Spinal cord section Hellenic Society of physical & rehabilitation medicine, 2013).

Αναφορικά με την συμπτωματολογία της ΚΝΜ η ερευνητική επισκόπηση έδειξε ότι υπάρχει ποικιλομορφία. Συνήθως προκαλείται μωλωπισμός του νωτιαίου μυελού με μικρές αιμορραγίες, νέκρωση, οίδημα και το σχηματισμό κύστης. Η βλάβη που έχει προκληθεί από το οίδημα με παροδική κινητική δυσλειτουργία ως αποτέλεσμα συμπίεσης, μπορεί να ανακάμψει σχετικά καλά. Η βλάβη από αιμορραγία ή ισχαιμία έχει φτωχή αποκατάσταση. Ανάλογα με το επίπεδο της βλάβης ο φυσιολογικός μυϊκός τόνος και τα εν τω βάθει τενόντια αντανακλαστικά θα διαταραχθούν και/ή στα άνω και/ή κάτω άκρα εμφανίζοντας άλλοτε υπερτονία και υπεραντανακλαστικότητα και άλλοτε υποτονία. Σε πολλές των περιπτώσεων τα άτομα αναφέρουν δυσλειτουργία του πεπτικού και του ουροποιητικού συστήματος (Anwar, Al Shehabi & Eid, 2016).

Το κύριο σύμπτωμα το οποίο επηρεάζει περισσότερο τα ΑμεΚΝΜ είναι ο πόνος. Τα άτομα αυτά συνήθως βιώνουν ένα χρόνιο πόνο, ο οποίος συνεχίζει και μετά την

διαδικασία επούλωσης, κάνοντας τα ΑμεΚΝΜ να αναζητούν επανειλημμένα ιατρική βοήθεια, αλλά για τις περισσότερες των περιπτώσεων δεν υπάρχει επαρκής θεραπεία. Ο χρόνιος πόνος μπορεί κλινικά να υποδιαιρεθεί σε φλεγμονώδη και νευροπαθητικό πόνο, ωστόσο, σπανίως παρατηρούνται ανεξάρτητα. Από το είδος του τραυματισμού εξαρτάται η παθοφυσιολογία και η υποκειμενικότητα του πόνου (Arkarian, 2008). Επτά στα δέκα ΑμεΚΝΜ αναφέρουν πόνο, ενώ το 1/3 τον περιγράφει ως δυνατό. Οι λειτουργικές διαταραχές που οφείλονται στον πόνο είναι διάχυτες καθώς διαταράσσουν τη διάθεση, την ψυχοκοινωνική λειτουργία, τις επαγγελματικές δραστηριότητες και κάποιες βασικές ανάγκες όπως είναι ο ύπνος. Έτσι, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι ο πόνος, μεταξύ άλλων επιπλοκών, συσχετίζεται σταθερά με χαμηλότερη ποιότητα ζωής μετά την ΚΝΜ (Saulino, 2014).

Η βέλτιστη θεραπεία παραμένει αμφιλεγόμενη για την ΚΝΜ, μη χειρουργική έναντι χειρουργικής. Ακόμα και αν πραγματοποιηθεί χειρουργική επέμβαση σε περιστατικά σοβαρής συμπίεσης ή στένωσης, οι ασθενείς σπάνια αναρρώνουν πλήρως (Epstein & Hollingsworth, 2015).

1.3.2. Σκλήρυνση κατά πλάκας

Η Πολλαπλή Σκλήρυνση κατά Πλάκας ή αλλιώς Σκλήρυνση κατά Πλάκας (ΣκΠ) είναι μια χρόνια αυτοάνοση, φλεγμονώδης νόσος του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, και χαρακτηρίζεται από πολυκεντρική φλεγμονή και καταστροφή της μυελίνης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο οργανισμό Υγείας (WHO, 2008) περίπου 2,5 εκατομμύρια άτομα νοσούν παγκοσμίως από ΣκΠ, ενώ στην Ελλάδα νοσούν πάνω από 8.000 άνθρωποι (Βοζίκης & Σωτηροπούλου, 2012). Η ΣκΠ φαίνεται να προσβάλλει κατά τα 2/3 των ασθενών τις γυναίκες, με την έναρξη της ασθένειας να ξεκινά από νεαρή ηλικία όπως αυτή των 20 ετών, χωρίς όμως να αποκλειστεί και το γεγονός να εμφανίσει κάποιος τα πρώτα

συμπτώματα ακόμα και στην ηλικία των 50 ετών (Milo & Kahana, 2010). Η ΣκΠ αποτελεί την τρίτη κατά σειρά συχνότητας αιτία σοβαρής κινητικής αναπηρίας, ενώ υπολογίζεται ότι οι μισοί περίπου ασθενείς θα χρειάζονται μόνιμη χρήση αναπηρικών αμαξιδίων εντός 25 ετών από τη διάγνωσή τους (Dendrou et al., 2015).

1.3.2.1. Κλινική εικόνα, συμπτώματα και πρόγνωση ΣκΠ

Η κύρια αιτία της ΣκΠ είναι άγνωστη. Πιθανολογούνται, περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου (Weinshenker, 1996) οι πολλαπλοί γενετικοί τόποι (Ebers, et al., 1996; Haines et al., 1996; Sawcer et al., 1996) και οι ενήλικες με σύνθετο γενετικό χαρακτηριστικό που προδιαθέτει και πιθανώς προϋποθέτει κάποια ιογενή λοίμωξη η οποία θα πυροδοτήσει την ασθένεια (Sospedra & Martin, 2005).

Αν και η κινητική βλάβη είναι χαρακτηριστική της ΣκΠ, η συμπτωματολογία της νόσου ποικίλει από άτομο σε άτομο. Η κλινική εικόνα των ατόμων περιλαμβάνει οπτικές διαταραχές (συνήθως εμφανίζονται ως τα πρώτα σημάδια της νόσου), αισθητηριακά προβλήματα, ουρολογικά προβλήματα, πόνος, κόπωση και γνωστική εξασθένηση (Dendrou, et al., 2015). Η πορεία της νόσου είναι επίσης μεταβλητή, αλλά σε γενικές γραμμές διακριτά μοτίβα οδήγησαν στην κατηγοριοποίηση των ασθενών σε τρεις βασικούς τύπους. Περίπου το 85% των ασθενών έχουν υποτροπιάζουσα ΣκΠ όπου ένα αρχικό νευρολογικό συμβάν δυσλειτουργίας ακολουθείται από περιόδους ύφεσης και υποτροπής. Η υποτροπή συμπίπτει με την παρουσία φλεγμονωδών απομυελινωτικών αλλοιώσεις στο ΚΝΣ και ανιχνεύονται με μαγνητική τομογραφία (Feinstein, Freeman & Lo, 2015). Καθώς η αναπηρία εδραιώνεται οι περίοδοι ύφεσης γίνονται λιγότερο έντονες και τελικά περί το 80% των ασθενών αναπτύσσουν δευτερογενή προοδευτική ΣκΠ, η οποία χαρακτηρίζεται από συνεχή, μη αναστρέψιμη νευρολογική μείωση του όγκου του εγκεφάλου. Περίπου 10-15% των ασθενών με ΣκΠ διαγιγνώσκονται με μια πρωτογενή

προοδευτική μορφή της νόσου οποίοι δεν εμφανίζουν υποτροπές αλλά προοδευτική νευρολογική παρακμή (Dendrou et al., 2015).

Η θεραπεία που λαμβάνουν οι ασθενείς με ΣκΠ είναι κυρίως φαρμακευτικής φύσεως και κυρίως χρήση ανοσοθεραπειών οι οποίες αποδεικνύονται ιδιαίτερα επωφελείς στη μείωση των ποσοστών υποτροπής στην πορεία της νόσου (Frischer et al., 2009).

1.4. Εργασία και αναπηρία

Η αμειβόμενη εργασία αποτελεί κεντρική έννοια στις καπιταλιστικές κοινωνίες όχι μόνο για τη διατηρηθεί ένα άτομο στη ζωή αλλά και γιατί μέσω αυτής δημιουργούνται κοινωνικές σχέσεις (Krause et al., 2019; Wik & Tøssebro, 2014). Για τους περισσότερους ανθρώπους, η περιθωριοποίηση και ο αποκλεισμός από τον επαγγελματικό στίβο ισοδυναμεί με την φτώχεια και την κοινωνική αποξένωση. Δεδομένου ότι η εργασία δεν αντιμετωπίζεται μόνο ως πηγή αμειβόμενης απολαβής, αλλά ως μέσο κοινωνικοποίησης και προσδιορισμού ταυτότητάς, και ως τρόπος προσφοράς στην κοινότητα, η παρεμπόδιση από την εξασφάλιση και διατήρηση μιας θέσης εργασίας αποτελεί πρωτεύον ζήτημα (Hilton, Unsworth, & Gregory, 2018; Murphy, Middleton, Quirk, De Wolf & Cameron, 2011; Schonherr, Groothoff, Mulder, Schoppen & Eisma, 2004). Ωστόσο, εάν η συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού συναντά εμπόδια για την απόκτηση και διατήρηση μιας θέσης εργασίας για τα ΑμεΑ αυτή η διαδικασία είναι ακόμα δυσκολότερη (Βεργιώτη, 2019).

Παρά το γεγονός ότι, το δικαίωμα των ΑμεΑ στην εργασία είναι αναντίρρητο, η περιθωριοποίησή τους εξακολουθεί να υφίσταται. Οι περιορισμοί περιλαμβάνουν τόσο ατομικά όσο και τις κοινωνικά εμπόδια, όπως τη μειωμένη αυτοεκτίμηση, το αρχιτεκτονικό περιβάλλον, τα ανεπαρκή μέσα μαζικής μεταφοράς, και τις πολιτικές επαγγελματικής επανένταξης των ΑμεΑ οι οποίες δεν ενεργούν κατά το δοκούν κ.α..

Χαρακτηριστικά οι Shier, Graham, & Jones, (2009), αναφέρουν πως η αναπηρία συνιστά εμπόδιο 1) στην εξασφάλιση μιας θέσης εργασίας εξαιτίας: α) της ετικετοποίησης - στιγματισμού από εργοδότες και συνάδερφους, αλλά και β) της απόρριψης των δεξιοτήτων των ΑμεΑ, και 2) στη διατήρηση της εργασίας, λόγω: α) των απολύσεων και β) της οικειοθελούς παραίτησης από την εργασία λόγω έντονης ιατρικής αποκατάστασης. Σύμφωνα με τον Stevens, οι εργοδότες εσφαλμένα θεωρούν ότι η πρόσληψη ενός εργαζομένου ΑμεΑ θα τους κοστίσει στην τροποποίηση του εργασιακού περιβάλλοντος, θα τους επιβαρύνει με περαιτέρω ασφαλιστικά έξοδα και σε περίπτωση απόλυσης τους θα δυσκολευτούν να τους απομακρύνουν από την θέση εργασίας, οπότε, σκόπιμα αποφεύγουν την πρόσληψη ενός ΑμεΑ έχοντας την πεποίθηση ότι αποφεύγουν την ανάληψη ενός μεγάλου ρίσκου (πως αναφέρεται στο Wilson-Kovacs, Ryan, Haslam, & Rabinovich, 2008).

Πλήθος ερευνών επιβεβαιώνουν τα υψηλά ποσοστά ανεργίας των ΑμεΕΚΑ. Συγκεκριμένα έρευνες οι οποίες εστίασαν σε ΑμεΚΝΜ σημείωσαν ότι τα ποσοστά των ατόμων που επιτυγχάνουν την επαγγελματική τους ενσωμάτωση κυμαίνεται από 13-69%. Οι προβλεπτικοί παράγοντες για την επαγγελματική τους επανένταξη ποικίλουν. Οι προσδοκίες για επαγγελματική επανένταξη νωρίς μετά το ατύχημα (Krause & Pickelsimer, 2008), το μορφωτικό επίπεδο (Tommasen, Post, & Van Asbeck, 2000), η επανεκπαίδευση, η ηλικία, το φύλο, η συμβουλευτική επαγγελματικού προσανατολισμού, η προηγούμενη επαγγελματική εμπειρία σε επάγγελμα που δεν έχριζε καλής φυσικής λειτουργίας (π.χ. γραμματειακή υποστήριξη) το είδος και η σοβαρότητα της κακώσεως, η οικογενειακή κατάσταση κ.α., θεωρούνται παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την επαγγελματική ενσωμάτωση τους (Bloom, Dorsett, & McLennan, 2018; Hess et al., 2000; Hills & Cullen, 2007; Huang, 2017; Krause et al., 2019; Krause & Pickelsimer, 2008;

Ottomanelli & Lind, 2009; Tommasen, et al., 2000; Young & Murphy, 2009; Zhu et al., 2019).

Η ερευνητική βιβλιογραφία έχει αποδείξει πως στα άτομα με ΣκΠ τα ποσοστά ανεργίας είναι ακόμα μεγαλύτερα καθώς αγγίζουν το 80% (Rao, Leo, Bernardin, & Unverzagt, 1991). Τα ΑμεΣκΠ συνήθως δεν μπορούν να εργαστούν με πλήρη απασχόληση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να ασκείται αρνητική επιρροή στην αυτοεικόνα του ατόμου, η οποία σε συνδυασμό με τις ενδεχόμενες οικονομικές δυσκολίες να του δημιουργήσει το αίσθημα της ανασφάλειας και μία επιτακτική ανάγκη για επαναπροσδιορισμό των επαγγελματικών του στόχων. Καθώς η ΣκΠ είναι μία αυτοάνοση ασθένεια του ΚΝΣ είναι δύσκολο να γίνει οποιαδήποτε πρόβλεψη για την πορεία της νόσου, την κατανομή και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων γίνονται αυτόματα απρόβλεπτος παράγοντας για την διατήρηση της ήδη υπάρχουσας εργασίας ή την αλλαγή επαγγελματικού προσανατολισμού (Simmons, Tribe & McDonald, 2010; Smith & Arnette, 2005).

Επιπλέον των συμπτωμάτων και της πορείας της νόσου, παράγοντες οι οποίοι ανήκουν είτε στα χαρακτηριστικά της ασθένειας είτε στα δημογραφικά χαρακτηριστικά ερευνήθηκαν ότι επηρεάζουν την επαγγελματική ενσωμάτωση των ΑμεΣκΠ. Ορισμένοι από αυτούς είναι το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία κατά τη διάγνωση της νόσου, ο βαθμός της αναπηρίας, οι κινητικές διαταραχές, η διάρκεια και το είδος της νόσου, οι διαταραχές εντέρου και κύστεως κ.α. (Dyck & Jongbloed, 2000; Julian, Vella, Vollmer, Hadjimichael, & Mohr, 2008; Kornblith, La Rocca & Baum, 1986; Rao, et al., 1991; Simmons et al., 2010; Smith & Arnette, 2005; Strober et al., 2012).

Κεφάλαιο 2^ο

2.1. Η κοινωνικογνωστική θεωρία του Albert Bandura για την αυτοαποτελεσματικότητα

Ο όρος αυτοαποτελεσματικότητα προέρχεται από την κοινωνικογνωστική θεωρία του Albert Bandura (1977;1986;1997) και μπορεί να αναζητηθεί σε όλο της το εύρος, προσεγγίζοντάς την ως ένα ψυχοκοινωνικό μοντέλο που εξετάζει την ικανότητα του ατόμου για αυτοκαθορισμό. Η αυτοαποτελεσματικότητα χρίζεται ως η σημαντικότερη από τις τρεις μεταβλητές του μοντέλου αιτιών-συμπεριφοράς: των «προσδοκιών για ένα αποτέλεσμα» και των «προσωπικών στόχων. Σύμφωνα με τον Bandura οι κύριες πηγές από τις οποίες τροφοδοτείται η αυτοαποτελεσματικότητα του ατόμου είναι: η έμμεση λειτουργική μάθηση, οι προηγούμενες εμπειρίες επιδόσεων, η λεκτική πειθώ και, η φυσιολογία και η συναισθηματική κατάσταση του ατόμου (Bandura, 1986;1995;1997; Betz, 2000; 2004; Lent & Hackett, 1987).

Η κοινωνικογνωστική θεωρία προσεγγίζει τη συμπεριφορά του ατόμου υπό την έννοια του αμοιβαίου ντετερμινισμού βάσει του οποίου συμπεριφορά (δηλαδή, ενέργειες), προσωπικοί παράγοντες (δηλαδή, γνωστικά, συναισθηματικά και βιολογικά γεγονότα) και περιβάλλον μπορούν αλληλοεπηρεάζονται μεταξύ τους (Bandura 1986;1997; Motl, Snook, McAuley, & Gliottoni, 2006). Το άτομο επιλέγει τις καταστάσεις στις οποίες θα εμπλακεί αλλά και τον τρόπο με τον οποίο θα αντιδράσει σε αυτές. Έτσι, ο Bandura θέτει την αυτοαποτελεσματικότητα ως κεντρική έννοια στη θεωρία του.

Η αυτοαποτελεσματικότητα αναφέρεται στην εμπιστοσύνη κάποιου στις δικές του δυνατότητες, ώστε να οργανωθεί και να ακολουθήσει επιτυχώς μια πορεία δράσης για την επίτευξη κάποιου στόχου (Bandura, 1977; 1993; Bandura & McClelland, 1977; Gardner & Pierce, 1998). Η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας δεν υποδηλώνει τις πραγματικές

ικανότητες που μπορεί να έχει ένα άτομο, αλλά το βαθμό της πίστης του ατόμου στις ικανότητές του. Η αυτοαποτελεσματικότητα είναι αυτή η οποία καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την επίδοσή του ατόμου σε ένα συγκεκριμένο έργο είναι και αυτή η οποία θα καθορίσει την συμπεριφορά του, πόση προσπάθεια θα καταβάλει ώστε να διαχειριστεί μία δύσκολη κατάσταση, αλλά και πόση προσπάθεια θα καταβάλει ενάντια σε μία τοξική συνθήκη (Bandura, 1977; 1993; 1994; Bandura & McClelland, 1977; Sidiropoulou-Dimakakou, Mylonas, Argyropoulou & Tampouri, 2012; Bandura & Schunk, 1981; Chen, Gully, & Eden, 2001).

Άλλοι ορισμοί που έχουν δοθεί για την αυτοαποτελεσματικότητα την αναφέρουν ως αυτοεκτίμηση, δηλαδή την βασική ικανότητα του ατόμου ώστε να αντιμετωπίσει δυσκολίες και να εκπληρώσει στόχους (Judge & Bono, 2001). Οπότε αν θεωρήσουμε την αυτοαποτελεσματικότητα ως μία έννοια ομπρέλα, σε αυτήν ενσωματώνονται άλλες έννοιες όπως η κυριότητα, η αυτοεκτίμηση και η αίσθηση ελέγχου επί των παρόντων και μελλοντικών γεγονότων. Σύμφωνα με τον Bandura, η αυτοαποτελεσματικότητα σχετικά με την ικανότητα του ατόμου να αντιδράσει σε μία συγκεκριμένη πρόκληση είναι μια ισχυρή πρόβλεψη για μία μεταγενέστερη απόδοση. Τα άτομα που παρουσιάζουν ισχυρές πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας συνήθως θέτουν υψηλούς στόχους και αφοσιώνονται για την επίτευξή τους, σε σχέση με τα άτομα τα οποία αντιλαμβάνονται την αυτοαποτελεσματικότητά τους ως χαμηλή με αποτέλεσμα να μην επιχειρούν να αντιμετωπίσουν προκλήσεις και πιθανότερα να παραιτούνται έχοντας την πεποίθηση ότι θα αποτύχουν (Bandura, 1977; 1993; 1994).

Η αυτοαποτελεσματικότητα έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης για τις αλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου που σχετίζονται με την υγεία και τη θεραπεία (Riazi, Thompson & Hobart, 2004) όπως επίσης έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με πολλές πτυχές της εργασίας (Judge & Bono, 2001; Ottomanelli et al., 2017;

Wolstenholme, Downes, Leaver, Partridge & Langley, 2014), γι'αυτο το λόγο αποτελεί μία από τις δύο βασικές μεταβλητές που θα απασχολήσουν την συγκεκριμένη ερευνα.

2.2. Η αυτοαποτελεσματικότητα των ΑμεΕΚΑ

Η ΣκΠ είναι μια αυτοάνοση, χρόνια, προοδευτική και απρόβλεπτη νευρολογική ασθένεια του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) (Riazi, et al., 2004; Motl & Snook, 2008), η ΚΝΜ αφορά επίσης το ΚΝΣ και προκαλείται από κάποια τραυματική ή μη τραυματική αιτία με αποτέλεσμα να πληγεί η δομή του ΝΜ επιφέροντας στο άτομο τόσο κινητικές όσο και αισθητικές δυσλειτουργίες (Crewe & Krause, 2009). Τόσο η ΣκΠ όσο και η ΚΝΜ, αυτές οι δύο επίκτητες κινητικές αναπηρίες, ασκούν αρνητική επιρροή στους ίδιους τους νοσούντες αλλά και στις οικογένειές τους καθώς επιδρούν σε σημαντικό βαθμό, είτε άμεσα είτε έμμεσα, στη φυσική λειτουργία του ατόμου, στην ποιότητα ζωής του, στην κοινωνική αλληλεπίδραση αλλά και στην απασχόληση (Huang, 2017; Rigby, Domenech, Thornton, Tedman & Young, 2003; Zhu, et al., 2019).

Καθώς οι διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές είναι περιορισμένες τα άτομα αυτά συχνά έρχονται αντιμέτωπα με την ανασφάλεια της εξέλιξης της νόσου, των συμπτωμάτων τους, των ψυχοσωματικών συνεπειών, των πιθανών αλλαγών στην εμφάνιση, τον χρόνιο πόνο, τις συνεχείς ιατροφαρμακευτικές ανάγκες και την γενικότερη χρονιότητα της κατάστασης (Alvarez-Mejia et al., 2015 ἸΚοσμίδου, Μπάτσιου, Δούδα & Αντωνίου, 2017; Mitchell, Benito-Leon, Gonzalez & Rivera-Navarro 2005; Motl et al., 2006; Riazi et al., 2004). Οπότε, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ψυχολογική προσαρμογή των ατόμων σε μια ΕΚΑ, η οποία δεν μπορεί να εξηγηθεί μόνο από τις παραμέτρους της νόσου αλλά και από άλλους διαμεσολαβητικούς παράγοντες της προσωπικότητας του ατόμου όπως είναι η αυτοαποτελεσματικότητα (Pakenham, Stewart & Rogers, 1997).

Συνεπώς, σε μία χρόνια ασθένεια αναπόφευκτο είναι να επηρεαστεί η πεποίθηση που έχουν τα άτομα στην ικανότητά τους να επιτύχουν τους επιθυμητούς στόχους, όπως να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες, να συνάψουν ουσιαστικές σχέσεις, να έχουν μια αίσθηση ευεξίας ή να διαχειρίζονται επαρκώς θέματα που προκύπτουν με την υγεία τους. (Amntmann et al., 2012; Riazi, et al., 2004; Molt & Snook, 2008; Miller, 2009). Ως εκ τούτου, σε σχέση με μία χρόνια ασθένεια, αυτές οι πεποιθήσεις επηρεάζουν την αντίληψη του ατόμου για την κατάστασή του, τον αντίκτυπο της πάθησης στη ζωή του, την ικανότητά του για προσαρμογή στην ασθένεια και την αίσθηση ελέγχου (Riazi et al., 2004). Έχει αποδειχθεί ότι άτομα που πιστεύουν ότι έχουν τον έλεγχο της ασθένειάς τους μπορεί να την αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα, ενώ οι κρίσεις αυτοαποτελεσματικότητας που σχετίζονται με την προσαρμογή στην ασθένεια (Rigby et al., 2003), αφορούν την αδυναμία που εμφανίζουν στην προσωπική τους φροντίδα, στην διαχείριση της ίδιας της ασθένειας και την ψυχοκοινωνική τους δραστηριότητα (Wassem, 1992). Αρά, η αυτοαποτελεσματικότητα αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης για τις αλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου που σχετίζονται με την υγεία θεωρώντας την σημαντικό διαμορφωτή της εμπειρίας στις χρόνιες ασθένειες (Riazi et al., 2004).

Η ερευνητική βιβλιογραφία έχει αποδείξει ότι η αυτοαποτελεσματικότητα πέρα από ένας σημαντικός δείκτης της συνολικής λειτουργίας της υγείας στο γενικό πληθυσμό, (Bisschop, Knegsman, Beekman, & Deeg, 2004; Judge & Bono, 2001; Maddux & Meier, 1995), αποτελεί και ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα των συμπεριφορών υγείας και προβλέπει την ψυχολογική ευεξία σε χρόνιες ασθένειες, συμπεριλαμβανομένης της ΣκΠ και της ΚΝΜ οι οποίες απασχολούν την εν λόγω έρευνα (Altmaier, Russel, Kao, Lehmann, & Weinstein, 1993; Amntmann et al., 2012; Barnwell & Kavanagh, 1997; Rigby et al., 2003).

Κεφάλαιο 3^ο

3.1. Θεωρητικά μοντέλα Επαγγελματικής ανάπτυξης και επιλογής

Κατά τη διάρκεια της ζωής και της εξέλιξης του, το άτομο βρίσκεται σε μία διαρκή διαδικασία λήψης αποφάσεων. Οι αποφάσεις αυτές πέρα από όλους τους τομείς τους οποίους μπορεί να αφορούν σχετίζονται και με τον προσανατολισμό του ατόμου στον τομέα της εργασίας ο οποίος ξεκινά από τον εκπαιδευτικό και καταλήγει στον επαγγελματικό χώρο, αποτελώντας μία μακρόχρονη αναπτυξιακή διαδικασία (Κάντας & Χατζή, 1991). Οπότε η επαγγελματική επιλογή είναι μια από τις σημαντικότερες αποφάσεις για την εξέλιξη του ατόμου η οποία είναι αποτέλεσμα συνειδητών ή ασυνείδητων επιλογών και αποφάσεων που ξεκινούν από τα πρώτα χρόνια της ζωής του ατόμου και ολοκληρώνονται με την επαγγελματική ένταξη του. Οι αποφάσεις που θα λάβει και οι κατευθύνσεις που θα ακολουθήσει ονομάζονται Επαγγελματική Ανάπτυξη και περιλαμβάνει ένα κράμα παραγόντων (κοινωνικοί, εκπαιδευτικοί, ψυχολογικοί κ.α.) οι οποίοι θα οδηγήσουν το άτομο στην σταδιοδρομία του (Sears, 1982).

Αναπτύχθηκαν πολλές θεωρίες που βασίστηκαν στην επαγγελματική ανάπτυξη και επαγγελματική επιλογή οι οποίες φάνηκαν ιδιαίτερες χρήσιμες στον σχεδιασμό και την παρέμβαση του πλαισίου της συμβουλευτικής σταδιοδρομίας του ατόμου (Amundson, Harris- BOWlsbey & Niles, 2009). Οπότε ο διαχωρισμός των Θεωριών αυτών θα αφορά ή στο ίδιο το άτομο αγνοώντας το κοινωνικό πλαίσιο με τους περιορισμούς και τις επιλογές τις οποίες προσφέρει ή στο κοινωνικό πλαίσιο το οποίο βασίζεται σε αυτούς τους περιορισμούς και την διαθεσιμότητα των επιλογών αδιαφορώντας για το άτομο, θεωρώντας το παθητικό αποδεκτό του κοινωνικού πλαισίου το οποίο επηρεάζεται από κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτικούς αλλά και τυχαίους παράγοντες. Οι θεωρίες αυτές διαχωρίστηκαν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες τις Ψυχολογικές Θεωρίες (Η θεωρία των

Χαρακτηριστικών και Παραγόντων, οι Ψυχοδυναμικές θεωρίες, Οι Θεωρίες των Αναγκών, η τυπολογική Θεωρία του Holland, οι Εξελικτικές Θεωρίες και οι Θεωρίες Μάθησης), τις Μη Ψυχολογικές Θεωρίες (Θεωρία της τύχης, Οικονομολογικές Θεωρίες και Κοινωνιολογικές/Πολιτιστικές Θεωρίες) και τις Γενικές Θεωρίες (Δημητρόπουλος, 1989).

Στις Ψυχολογικές θεωρίες ανήκουν η θεωρία των χαρακτηριστικών και παραγόντων του Parsons (1909) η οποία στηρίχθηκε στην Επαγγελματική ανάπτυξη και στην ψυχολογία των ατομικών διαφορών, δηλαδή, το κάθε άτομο έχει την δική του προσωπικότητα τα δικά του ενδιαφέροντα και τις δικές του μοναδικές δεξιότητες. Κάθε επάγγελμα απαιτεί την ύπαρξη των παραπάνω χαρακτηριστικών και παραγόντων σε διαφορετικό βαθμό οπότε αναμενόμενο είναι το κατάλληλο άτομο να διαφέρει σε κάθε επάγγελμα. Η θεωρία χαρακτηριστικών και παραγόντων αποτέλεσε την βάση για τις μετέπειτα θεωρίες (Δημητρόπουλος, 1998; Parsons, 1996). Οι ψυχοδυναμικές θεωρίες επηρεάστηκαν από την ψυχολογία του βάρους και ενδιαφέρονται για τον ρόλο που διαδραματίζει η εργασία στην ψυχική υγεία του ατόμου (Δημητρόπουλος, 1998). Η τυπολογική Θεωρία του Holland, εκφράζει πως το επαγγελματικό ενδιαφέρον είναι μια έκφραση της προσωπικότητας ενός ατόμου, ως εκ τούτου το άτομο επιλέγει επάγγελμα και επαγγελματικό περιβάλλον το οποίο θα ταιριάζει με την προσωπικότητά του. Οι θεωρίες των αναγκών προέκυψαν από την Roe (1956) η οποία ανέπτυξε την θεωρία της βασιζόμενη στις ιδέες του Maslow για την ταξινόμηση των αναγκών και στις θεωρίες της προσωπικότητας. Όσο αφορά τις Θεωρίες μάθησης αναφερόμαστε κυρίως στην Θεωρία του Krumboltz (1978) η οποία προσανατολίζεται κυρίως στο πλαίσιο της επαγγελματικής σταδιοδρομίας και επαγγελματικής επιλογής ερμηνεύοντας τον τρόπο με τον οποίο επιλέγει το άτομο αρχικά μάθημα, και μετέπειτα επάγγελμα και πεδίο εργασίας. Ενώ, οι Εξελικτικές θεωρίες θεωρούν πως η επιλογή επαγγέλματος είναι μία μακροχρόνια

διαδικασία που ξεκινά από την παιδική ηλικία και καταλήγει στην κατάκτηση μιας θέσης εργασίας, ένας από τους βασικούς θεωρητικούς των εξελικτικών θεωριών είναι ο Donald Super (1953), (όπως αναφέρονται στα Δημητρόπουλος, 1989; Egan, Urton, & Lynham, 2006; Lipsa, & Umakanta, 2020; Osipow, 1968; 1983)

Οι μη ψυχολογικές θεωρίες θεωρούν πως η επαγγελματική επιλογή είναι απόρροια εξωτερικών παραγόντων όπως η τύχη, οι κοινωνικοί, οι οικονομικοί και οι πολιτιστικοί παράγοντες ενώ οι Γενικές θεωρίες εστιάζουν στην επαγγελματική πορεία του ατόμου εξηγώντας τους παράγοντες που την επηρεάζουν και την μεταξύ τους αλληλεπίδραση (Σιδηροπούλου-Δημακάκου, Αλεξοπούλου, Αργυροπούλου, Δρόσος & Ταμπούρη, 2008).

Οι παραπάνω θεωρίες επαγγελματικής ανάπτυξης και επιλογής ανήκουν στα παραδοσιακά μοντέλα συμβουλευτικής σταδιοδρομίας, τα οποία έγιναν αιτία πολλών αντιπαραθέσεων και κριτικής καθώς θεωρούνται δύσκολα εφαρμόσιμες (Παπαβασιλείου-Αλεξίου, 2009). Σε απάντησή τους αναπτύχθηκαν ποιο εξελιγμένες θεωρίες βασιζόμενες σε σύγχρονες προσεγγίσεις συμβουλευτικής και προσανατολισμού με σημαντικότερες αυτές των την Κοινωνικογνωστική θεωρία για την σταδιοδρομία (SCCT) των Lent, Brown και Hackett, την Θεωρία της επαγγελματικής Αυτεπάρκειας των Betz και Taylor, τη Θεωρία του Χάους (CTC) των Pryor και Bright και την Εποικοδομητική Θεωρία (CCT) του Savickas (Egan, et al., 2006; Osipow, 1983· Σιδηροπούλου-Δημακάκου και συν., 2008).

3.2. Λήψη επαγγελματικής απόφασης

Λήψη απόφασης είναι η διαδικασία κατά την οποία επιλέγουμε μεταξύ δυο ή και περισσότερων εναλλακτικών επιλογών. Η επιλογή αυτή που καλείται κάποιος να πραγματοποιήσει είναι αναγκαία εξαιτίας της απόστασης ανάμεσα σε μια πραγματική και σε μια επιθυμητή κατάσταση και μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε σε ατομικό επίπεδο είτε

σε συλλογικό. Η λήψη αποφάσεων δεν αναφέρεται μόνο στη διαδικασία, αλλά και στο αποτέλεσμα της διαδικασίας. Η ποιότητα των αποφάσεων συνδέεται άμεσα με την πληροφόρηση, εξαρτάται δηλαδή, από τη γνώση αλλά και από τον τρόπο που χρησιμοποιεί το άτομο τις πληροφορίες που διαθέτει. Η έλλειψη ορθών πληροφοριών ενδέχεται να προκαλέσει σύγχυση, ενώ η απουσία διαθέσιμων πληροφοριών μπορεί να περιορίσει τον αριθμό των εναλλακτικών λύσεων ή να οδηγήσει σε ανώριμη επιλογή (Δημητρόπουλος, 2003· Κονδύλης 1982).

Η λήψη επαγγελματικών αποφάσεων περιλαμβάνει τόσο την επιλογή επαγγέλματος, όσο και τη δέσμευση στην επιλογής αυτή και τις ενέργειες υλοποίησής της, ενώ "αγγίζει" τις υποκειμενικές και συναισθηματικές πλευρές της προσωπικότητας του ατόμου. Για πολλούς, η λήψη αποφάσεων αποτελεί μια πολυδιάστατη διαδικασία η οποία ξεκινά με τον καθορισμό των επιθυμητών στόχων, περιλαμβάνει την αναγνώριση και την αξιολόγηση των διάφορων εναλλακτικών επιλογών, την επιλογή και το σχεδιασμό των απαιτούμενων ενεργειών, την εφαρμογή τους, την αξιολόγηση των συνεπειών και την ανατροφοδότηση αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης επιλογής (Klaczynski, Byrnes, & Jacobs, 2001).

3.3. Μοντέλα λήψης επαγγελματικών αποφάσεων

Τα μοντέλα λήψης επαγγελματικών αποφάσεων δεν ασχολούνται με το πώς διαμορφώθηκαν οι αξιολογήσεις και οι προτιμήσεις του ατόμου, αλλά με το πώς την επηρεάζουν, την διαμορφώνουν και πως τις επεξεργάζεται το άτομο νοητικά την ώρα της απόφασης (Κάντας, & Χαντζή, 1991). Τα μοντέλα λήψης αποφάσεων είναι πιο εστιασμένα στον τρόπο με τον οποίο το άτομο συμπεριφέρεται όταν παίρνει αποφάσεις, και ταξινομούνται: στα περιγραφικά, τα οποία εστιάζουν στην περιγραφή του τρόπου με τον οποίο λαμβάνονται οι αποφάσεις, και στα κανονιστικά, τα οποία εστιάζουν στο πώς

πρέπει να λαμβάνονται οι αποφάσεις, ώστε να επιτυγχάνεται μεγιστοποίηση της ωφέλειας (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1997).

Το Μοντέλο του Hilton (1962) είναι ένα περιγραφικό μοντέλο το οποίο υιοθετεί τις έννοιες της γνωστικής ασυμφωνίας και της λογικής επιλογής. Ως γνωστική ασυμφωνία αναφερόμαστε στις συμπεριφορές εκείνες τις οποίες υιοθετεί το άτομο όταν έρχονται σε σύγκρουση οι πεποιθήσεις του και τη συμπεριφορά του. Υποστηρίζει ότι η διαδικασία λήψης απόφασης σχετικά με τη σταδιοδρομία ξεκινά από κάποια στοιχεία που λαμβάνει το άτομο από το περιβάλλον με σκοπό να τον κινητοποιήσουν, τα οποία θα του προκαλέσουν σύγχυση καθώς θα αντικρούονται με τις αρχές του και τα συμπεριφορικά σχέδια του, δημιουργώντας γνωστική ασυμφωνία και αναγκάζοντας το άτομο να ωθείται σε μηχανισμούς εξισορρόπησης. Ο Hilton υποστηρίζει πως υπάρχουν και παράγοντες οι οποίοι μπορεί να μειώσουν την γνωστική ασυμφωνία και αφορούν τις απόψεις που έχει το άτομο για τον εαυτό του και το περιβάλλον. Αυτές οι απόψεις αποτελούν τον βασικό άξονα στην λήψη αποφάσεων. Το παρόν μοντέλο παρέμεινε γνωστό κυρίως σε θεωρητική βάση καθώς δεν ελέγχθηκε εμπειρικά ούτε από τον ίδιο αλλά ούτε και από άλλους ερευνητές (Δημητρόπουλος, 1989; Hilton, 1962).

Το μοντέλο του Katz (1963), είναι ένα κανονιστικό μοντέλο το οποίο είναι γνωστό και ως μοντέλο για την καθοδήγηση στην λήψη απόφασης σταδιοδρομίας, έχοντας τις παραδοχές πως υπάρχουν κάποια χρονικά ορόσημα στην εκπαιδευτική πορεία του ατόμου κατά τα οποία θα χρειαστεί να λάβει μία επαγγελματική απόφαση και επισημαίνει το σημαντικό ρόλο του αξιακού συστήματος του ατόμου που επηρεάζει τις επαγγελματικές του αποφάσεις (Katz, 1966). Στο μοντέλο του Katz γίνεται αναφορά σε τρία στοιχεία: στο σύστημα πρόβλεψης, στο σύστημα αξιών και στο σύστημα πληροφοριών. Το άτομο αξιολογεί τις πιθανές ανταλλακτικές, τις ιεραρχεί με βάση την αξία τους και την ενδεχόμενη επιτυχία και δημιουργεί για κάθε εναλλακτικό επάγγελμα μία προσδοκώμενη

αξία επιλέγοντας τελικά αυτό που θα κρίνει πως θα του προσδώσει την μεγαλύτερη (Δημητρόπουλος, 1989· Κάντας & Χατζή, 1991; Katz, 1966).

Το επόμενο μοντέλο είναι του Gelatt (1962). Ο Gelatt επηρεασμένος από τον Katz διατύπωσε ένα κανονιστικό μοντέλο για την παροχή επαγγελματικής καθοδήγησης στους νέους. Αναφέρει την ύπαρξη τουλάχιστον δύο εναλλακτικών επιλογών προκειμένου να υπάρξει διαδικασία λήψης απόφασης, όπου το άτομο θα συγκεντρώσει όλες τις πληροφορίες για την κάθε εναλλακτική προβλέποντας και εκτιμώντας τα πιθανά αποτελέσματα. Εν συνεχεία, εμφανίζεται το αξιολογικό του σύστημα όπου κρίνεται η επιθυμία του ατόμου για τα προσδοκώμενα αποτελέσματα και καταλήγει στην λήψη της τελικής ή διερευνητικής (προσωρινή) απόφασης. Ουσιαστικά σημαντικό ρόλο στο μοντέλο του Gelatt διαδραματίζουν οι πληροφορίες που έχει στην διάθεσή του το άτομο, καθώς η απόκτηση νέων μπορεί να μεταφέρει το άτομο στο προηγούμενο στάδιο της λήψης απόφασης συνεπώς δύναται να υπάρξει κυκλική πορεία έως ότου το άτομο καταλήξει στην τελική του απόφαση (Σιδηροπούλου-Δημακάκου, Αλεξοπούλου, Αργυροπούλου, Δρόσος & Ταμπούρη, 2011).

Οι Kaldor και Zytowski (1969) διατύπωσαν το δικό τους μοντέλο το οποίο ανήκει στην κατηγορία των κανονιστικών και χαρακτηρίζεται ως οικονομικοψυχολογικό. Σύμφωνα με τους Kaldor και Zytowski η επιλογή επαγγέλματος προϋποθέτει την ύπαρξη εναλλακτικών κατευθύνσεων και περιορίζεται σε αυτές για τις οποίες το άτομο έχει τα κατάλληλα προσόντα και τις απαραίτητες πληροφορίες. Η πορεία που θα επιλέξει τελικά να ακολουθήσει είναι εκείνη που του προσφέρει τη μεγαλύτερη καθαρή αξία (Κάντας & Χατζή, 1991· Σιδηροπούλου-Δημακάκου και συν., 2011).

Το Μοντέλο του Vroom (1964) είναι ένα περιγραφικό μοντέλο και κατατάσσεται στη θεωρία των κινήτρων της συμπεριφοράς. Διακρίνεται σε δύο επιμέρους μορφές στο μοντέλο σθένους που χρησιμεύει για την πρόγνωση της επαγγελματικής προτίμησης και

στο μοντέλο δύναμης που χρησιμεύει για την πρόγνωση της επαγγελματικής επιλογής. Στο μοντέλο αυτό γίνεται διάκριση ανάμεσα στην επαγγελματική επιλογή, στην επαγγελματική προτίμηση και στην επαγγελματική επίτευξη, ενώ ως επαγγελματική προτίμηση θεωρείται το επάγγελμα με το μεγαλύτερο σθένος. (Δημητρόπουλος 2003; Vroom, 1964; Parijat & Bagga, 2014).

Τα παραπάνω μοντέλα ασχολούνται κυρίως με την προετοιμασία του ατόμου στην λήψη μιας απόφασης και εστιάζουν στην επεξεργασία της και πως αυτή διαμορφώνεται και επηρεάζεται, δεν στοχεύουν στην ανίχνευση του τρόπου διαμόρφωσης των προτιμήσεων και των αξιολογήσεων (Δημητρόπουλος, 1989).

3.4. Λήψη επαγγελματικής απόφασης: τρόποι και διαδικασία

Η λήψη αποφάσεων οι οποίες αφορούν τη σταδιοδρομία είναι μία δια βίου κατάσταση. Για να κατανοήσουμε τις δυσκολίες που συναντά ένα άτομο στη λήψη μιας κατάλληλης απόφασης πρέπει πρώτα να κατανοήσουμε τον μηχανισμό του τρόπου και τα στάδια που πρέπει κάθε άτομο να διανύσει ώστε να πάρει μία απόφαση.

Πολλοί ερευνητές μίλησαν για τους τρόπους λήψης επαγγελματικής απόφασης. Κάποιοι έδωσαν έμφαση στις προσωπικές πτυχές ενώ άλλοι στις συμπεριφορικές. Ο Arroba (1977) ήταν ένας από αυτούς ο οποίος ασχολήθηκε με τη συμπεριφορική διάσταση των τρόπων λήψης επαγγελματικής απόφασης καθώς θεώρησε ότι ο συμπεριφορικός τρόπος είναι μία ικανότητα του ανθρώπου η οποία μπορεί να διδαχθεί. Έτσι προχώρησε στο διαχωρισμό των τρόπων λήψης επαγγελματικής απόφασης και τους κατέταξε σε έξι διαφορετικές κατηγορίες: το λογικό, το χωρίς σκέψη, το διστακτικό, το συναισθηματικό, το συμβιβαστικό και το διαισθητικό. Με αυτόν τον τρόπο ήθελε να δείξει τον πολυδιάστατο ρόλο του συμπεριφορικού τρόπου λήψης επαγγελματικής απόφασης, καθώς δεν περιγράφει μόνο το άτομο αλλά και τη συμπεριφορά του (Arroba, 1977).

Κατά τον Harren (1979) υπάρχουν τρεις τρόποι λήψης απόφασης: ο λογικός, ο διαισθητικός και ο εξαρτημένος. Οι οποίοι υποδηλώνουν το βαθμό στον οποίο το άτομο αναλαμβάνει προσωπική ευθύνη για τη λήψη απόφασης ή επιρρίπτει την ευθύνη στην τύχη ή στους άλλους, καθώς επίσης και το βαθμό στον οποίο το άτομο χρησιμοποιεί λογικές αντί για συναισθηματικές στρατηγικές στη λήψη. Μία ισορροπημένη απόφαση πρέπει να περιλαμβάνει στοιχεία και από τους τρεις τρόπους λήψης απόφασης. Όταν μια απόφαση είναι ισορροπημένη λαμβάνει υπόψη πληροφορίες από εσωτερικές και εξωτερικές πηγές, σταθμίζει την αξία των πληροφοριών και επενδύει χρόνο για περαιτέρω εξερεύνηση. Η αποτελεσματικότητα μιας απόφασης εξαρτάται από το βαθμό γνώσης του εαυτού και του περιβάλλοντος απόφασης (Σιδηροπούλου-Δημακάκου και συν., 2011).

Μία πιο σύγχρονη διαφοροποίηση για τους τρόπους λήψης επαγγελματικής απόφασης επιχείρησαν με μία ποιοτική έρευνα οι Bimrose και Mulvey (2015) όπου στο δείγμα τους συμμετείχαν ενήλικες, διαφόρων ηλικιών, από έξι διαφορετικές Ευρωπαϊκές χώρες και ήταν άτομα τα οποία ζήτησαν βοήθεια από συμβούλους σταδιοδρομίας, είτε για επαγγελματική αποκατάσταση, είτε για επαναπροσδιορισμό καριέρας. Έτσι λοιπόν από τα αποτελέσματα της έρευνας κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι τρόποι λήψης επαγγελματικής απόφασης χωρίζονται σε τέσσερις διαφορετικές κατηγορίες: το στρατηγικό, το αξιολογικό, το φιλόδοξο και το ευκαιριακό. Όπως υποστηρίζουν οι ερευνητές, αυτοί οι τρόποι είναι μία αλληλουχία της προσωπικής ανάγκης για ανάπτυξη της σταδιοδρομίας και των δεξιοτήτων ενός ανθρώπου (Bimrose & Mulvey, 2015).

Άρα από τα παραπάνω μπορούμε να συμπεράνουμε ότι ο κάθε άνθρωπος ανάλογα με το χαρακτήρα, τις δεξιότητες και τη συμπεριφορά του έχει διαφορετικό τρόπο με το οποίο λαμβάνει μία απόφαση για τη σταδιοδρομία του, οπότε για να καταλήξει σε μία απόφαση, θα πρέπει πρώτα να διανύσει μία διαδικασία λήψης επαγγελματικής απόφασης.

Υπάρχει μία λογική διαδικασία η οποία πρέπει να ακολουθηθεί ώστε να λάβει το άτομο την σωστή επαγγελματική απόφαση καθώς δεν αποτελεί αυθαίρετη επιλογή της στιγμής. Η καταλληλότερη επιλογή βασίζεται σε σωστές στάσεις / συμπεριφορές, οι οποίες θα οδηγήσουν το άτομο να επιλέξει την σταδιοδρομία που θα του προσφέρει σταθερότητα και ικανοποίηση. Οπότε η λήψη επαγγελματικής απόφασης είναι μια πολυδιάστατη διαδικασία, της οποίας τα στάδια περιλαμβάνουν: τον καθορισμό των επιθυμητών στόχων, την αξιολόγηση των προσφερόμενων εναλλακτικών επιλογών, τον σχεδιασμό της πορείας δράσης, την εφαρμογή, την εκτίμηση των συνεπειών και την ανατροφοδότηση αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης επιλογής (Klaczynski et al., 2001).

Σύμφωνα με τους Tiedeman και O' Hara (1963) η διαδικασία λήψης επαγγελματικής απόφασης περιλαμβάνει δύο στάδια: το στάδιο της προετοιμασίας που δείχνει τις μεταβολές στην απόφαση που λαμβάνεται και το στάδιο υλοποίησης/προσαρμογής που φανερώνει την ετοιμότητα του ατόμου να εφαρμόσει τις επιλογές. Στη διαδικασία αυτή κύριο ρόλο διαδραματίζουν οι μηχανισμοί ταύτισης και διαφοροποίησης με πρόσωπα και απόψεις. Κατά το στάδιο της προετοιμασίας διακρίνονται πέντε φάσεις: η *διερεύνηση* κατά την οποία το άτομο συγκεντρώνει πληροφορίες και διερευνά τις εναλλακτικές λύσεις, η *αποκρυστάλλωση* όπου επικεντρώνει την προσοχή του σε ένα σύνολο λύσεων, η *επιλογή* κατά την οποία διαλέγει μία καθορισμένη κατεύθυνση, η *διασάφηση* όπου οριστικοποιεί την επιλογή του και κατασκευάζει το πλάνο δράσης. Κατά το στάδιο υλοποίησης/προσαρμογής διακρίνονται τρεις φάσεις: η *είσοδος* του ατόμου σ' ένα επαγγελματικό/εκπαιδευτικό χώρο και η προσπάθεια του να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα, η φάση της *αναμόρφωσης* κατά την οποία αφού νιώσει την αποδοχή θα προσπαθήσει να ασκήσει επιρροή στο περιβάλλον του και η φάση της *ολοκλήρωσης* στην οποία εξισορροπούνται οι απαιτήσεις του περιβάλλοντος με τις επιθυμίες του ατόμου (Tiedeman & O' Hara, 1963; Osipow, 1989).

Ο Harren (1979) βασίστηκε στη θεωρία των Tiedeman & O'Hara για να διαμορφώσει μια νέα θεωρία κατά την οποία η διαδικασία λήψης απόφασης έχει τα εξής στάδια: την γνώση του εαυτού και του περιβάλλοντος, τον σχεδιασμό και την οργάνωση όλης της διαδικασίας λήψης απόφασης, την δέσμευση του ατόμου για την υλοποίηση της συγκεκριμένης επιλογής, και την τελική υλοποίηση της. Ο Harren ασχολήθηκε και με τον τρόπο που λαμβάνουν αποφάσεις τα άτομα και κάνει λόγο για τρία πρότυπα συμπεριφοράς που εμφανίζονται πιο συστηματικά στη λήψη αποφάσεων και σηματοδοτούν τρεις τρόπους λήψης απόφασης (Harren, 1979).

Επιπλέον οι Gati και Asher (2001) κάνουν αναφορά για τα τρία στάδια του μοντέλου Ric στην λήψη επαγγελματικής απόφασης: της *προσάρωσης*, της *εξερεύνησης εις βάθος* και της *τελικής απόφασης*. Εκτενέστερα το στάδιο της προσάρωσης αναφέρεται στην εξέταση των εναλλακτικών που προσφέρονται στο άτομο ώστε να καταλήξει σε ένα μικρό-αντάξιο των επιθυμιών του-εύρος επιλογών. Κατόπιν έρχεται η εις βάθος εξερεύνηση της κάθε επαγγελματικής επιλογής, για τα πλεονεκτήματα, τα μειονεκτήματα, τις πιθανές καταστάσεις οι οποίες ενδέχεται να προκύψουν, ώστε να εκτιμήσει το άτομο αν μπορεί να ανταπεξέλθει και αν ταιριάζει η παρούσα επιλογή στην ιδιοσυγκρασία του. Το τελικό βήμα, είναι η λήψη της καταλληλότερης επιλογής σταδιοδρομίας. Σε αυτό το στάδιο το άτομο λαμβάνει την καταλληλότερη απόφαση για την σταδιοδρομία του, κρατώντας και μία δεύτερη εναλλακτική επιλογή (Gati & Asher,2001) .

Επιπλέον, μελέτες έχουν αποδείξει ότι η διαδικασία λήψης επαγγελματικής απόφασης φορτίζει και συναισθηματικά το άτομο. Το άτομο επηρεάζεται από τον κοινωνικό του περίγυρο, αλλά και το οικονομικό και πολιτισμικό περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει και αναπτύσσεται, επομένως, τα συναισθήματα μπορούν να επηρεάσουν την κρίση και την αξιολόγηση του οπότε δεν μπορούν να αγνοηθούν (Zeelenberg, Nelissen, Breugelmans & Pieters, 2008).

Καταλήγοντας αξίζει να τονιστεί πως η λήψη μιας απόφασης για τη σταδιοδρομία δεν είναι εύκολη υπόθεση, με αποτέλεσμα πολλά άτομα να αντιμετωπίζουν δυσκολίες οπότε τα σύγχρονα μοντέλα λήψης απόφασης επισημαίνουν την αναγκαιότητα συνεργασίας με τους κατάλληλους ειδικούς επαγγελματικούς συμβούλους. Οι σύμβουλοι σταδιοδρομίας μπορούν να βοηθήσουν το άτομο να συνειδητοποιήσει τις γνώσεις, τις ικανότητες και τις δεξιότητες του, να τον καθοδηγήσουν ώστε να λάβει τις καταλληλότερες εκπαιδευτικές και επαγγελματικές αποφάσεις με σκοπό να σχεδιάσει αποτελεσματικά τη σταδιοδρομία του, ή θα το προσανατολίσουν σε μια εύστοχη επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, ως προς την λήψη επαγγελματικής απόφασης (Arango-Lasprilla et al., 2011; Krause & Pickelsimer, 2008).

3.5. Δυσκολίες Λήψης επαγγελματικής Απόφασης

Η λήψη αποφάσεων για τη σταδιοδρομία είναι μία δια βίου κατάσταση (Gati, 1986). Λύση αποτελεί η γεφύρωση του χάσματος ανάμεσα στην πραγματικότητα και την προσδοκία. Οι αξίες, τα ενδιαφέροντα και οι ικανότητες είναι τρεις σημαντικοί παράγοντες, οι οποίοι κατευθύνουν το άτομο στις κατάλληλες εκπαιδευτικές και επαγγελματικές επιλογές, ανάλογες με τους στόχους του (ΕΟΠΠΕΠ, 2019). Η ρευστότητα στον εργασιακό χώρο, η οικονομική κρίση αλλά και διάφοροι παράγοντες υγείας μπορούν να ωθήσουν τα άτομα να μεταβάλουν απρόβλεπτα ή προγραμματισμένα τη σταδιοδρομία τους κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Fadyl & McPherson, 2010; Papavassiliou-Alexiou & Fotiadou, 2019; Arango-Lasprilla et al., 2011)

Εκείνο που προέχει, λοιπόν, είναι η σωστή επιλογή σταδιοδρομίας κατά τη διάρκεια των μεταβάσεων. Ωστόσο, η λήψη μιας απόφασης σταδιοδρομίας είναι μια πολύπλοκη διαδικασία, κατά την οποία μερικοί αντιμετωπίζουν δυσκολίες και πολλοί αναζητούν βοήθεια από συμβούλους επαγγελματικής σταδιοδρομίας (Krause &

Pickelsimer, 2008). Βασικός στόχος του συμβούλου είναι να ανακαλύψει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το άτομο και να το διευκολύνει στη διαδικασία λήψης μιας απόφασης σταδιοδρομίας (Gati, et al., 1996; Hodkinson & Sparkes, 1997; Krause & Pickelsimer, 2008). Οπότε βασική προϋπόθεση για την επίλυση των θεμάτων που προκύπτουν και σχετίζονται με δυσκολίες λήψης επαγγελματικής απόφασης είναι η εύρεση των πιθανών προβλημάτων ώστε να τεθούν τα κατάλληλα βήματα της επαγγελματικής συμβουλευτικής (Krause et al., 2019). Οι Nathan και Hill (2005) αναφέρθηκαν στα προβλήματα που σχετίζονται με την ανάληψη απόφασης για την επαγγελματική σταδιοδρομία τα οποία είναι η σύγκρουση των διαφορετικών πλευρών του ίδιου μας του εαυτού, η έλλειψη αυτοεκτίμησης, η αναποφασιστικότητα, η ευθυνοφοβία και οι πιέσεις που ασκούν οι τρίτοι.

Ως εκ τούτου, ο εντοπισμός των δυσκολιών είναι ένα ουσιαστικό βήμα για την παρεχόμενη βοήθεια. Έτσι αναπτύχθηκε το μοντέλο δυσκολιών στη λήψη αποφάσεων σταδιοδρομίας, το οποίο βασίζεται στην κανονιστική θεωρία της απόφασης κατά την οποία η καλύτερη επιλογή θα είναι εκείνη που θα βοηθήσει το άτομο στην επίτευξη των επαγγελματικών στόχων του (Gati, 1986; Osipow, 1987; Osipow & Temple, 1996). Η ταξινόμηση βασίστηκε στο στάδιο της διαδικασίας λήψης απόφασης, στην ομοιότητα μεταξύ των πηγών των δυσκολιών και στα αποτελέσματα που έχουν οι δυσκολίες στη διαδικασία λήψης απόφασης. Σύμφωνα λοιπόν με το μοντέλο των Gati και συν., (1996) το άτομο είτε θα έρθει αντιμέτωπο με δυσκολίες πριν τη διαδικασία λήψης απόφασης, είτε θα αντιμετωπίσει αυτές που προκύπτουν κατά τη διάρκειά της. Οπότε προκύπτουν τρεις κατηγορίες δυσκολιών: αυτή της *έλλειψης ετοιμότητας*, η οποία αναφέρεται στις δυσκολίες που προκύπτουν πριν την είσοδο κάποιου στην διαδικασία λήψης απόφασης, και αυτές της *έλλειψης πληροφοριών* και των *αντιφατικών πληροφοριών* οι οποίες προκύπτουν κατά τη διαδικασία λήψης απόφασης. Σε αυτές τις τρεις κατηγορίες

ταξινομούνται οι 10 δυσκολίες. Εκτενέστερα, στην πρώτη κατηγορία αυτή της *έλλειψης ετοιμότητας* ανήκουν οι υποκατηγορίες της *απουσίας κινήτρου*, της *αναποφασιστικότητας* και των *δυσλειτουργικών πεποιθήσεων*. Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι υποκατηγορίες της *έλλειψης πληροφοριών* σχετικά με: τον *εαυτό*, τα *επαγγέλματα*, τον *τρόπο λήψης περαιτέρω πληροφόρησης* και την *διαδικασία λήψης επαγγελματικής απόφασης*. Τέλος, στην τρίτη κατηγορία αυτή των *αντιφατικών πληροφοριών* ανήκουν οι δυσκολίες που ανήκουν στις *εσωτερικές συγκρούσεις*, στις *εξωτερικές συγκρούσεις* και στις *μη έγκυρες πληροφορίες* (Σταλίκας, Τριλίβα, & Ρούσση, 2012).

Οι ερευνητές πιστεύουν πως συνδυασμός αυτών των δέκα δυσκολιών μπορεί να υπάρχει σε ένα άτομο, με αποτέλεσμα την αποφυγή λήψης επαγγελματικής απόφασης (Gati et al., 1996). Τα ΑμεΕΚΑ λόγω της εξασθένησης των δεξιοτήτων λήψης αποφάσεων, της έλλειψης εκπαιδευτικής και επαγγελματικής κατάρτισης, των απροσδιόριστων στόχων και την συνεχή αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν και σχετίζονται με την υγεία τους, έρχονται συχνά αντιμέτωπα με τέτοιου είδους δυσκολίες που αφορούν την επαγγελματική ταυτότητα και τη σταδιοδρομία τους. Οπότε αμοιβαία, η ανεργία και η υποαπασχόληση γίνονται η πραγματικότητά τους (Bloom et al., 2018; Enright, et al., 1996; Germeijs & DeBoeck, 2003; Holland, Daiger, & Power, 1980; Lustig & Strauser, 2003; Luzzo, Hitchings, Retish, & Shoemaker, 1999).

Κεφάλαιο 4^ο

4.1. Αυτοαποτελεσματικότητα, Δυσκολίες Λήψης Επαγγελματικής

Απόφασης και ΑμεΕΚΑ: ερευνητική επισκόπηση

Αντικείμενο πολλών ερευνών αποτελεί η ύπαρξη κάποιου είδους σύνδεσης ή συσχέτισης της γενικής αυτοαποτελεσματικότητας με διάφορους τομείς της επαγγελματικής ενσωμάτωσης όπως είναι η λήψη επαγγελματικής απόφασης (Gianakos, 1999), οι δυσκολίες που συντρέχουν ώστε να παρακωλυθεί η ίδια η διαδικασία (Gati & Saka, 2001a), η επαγγελματική αναποφασιστικότητα (Bergeron & Romano, 1994), η υλοποίηση των επαγγελματικών στόχων (Yang & Shi, 2018) κ.α.. Παρόλο που δεν σχετίζεται άμεσα η γενική αυτοαποτελεσματικότητα με τις δυσκολίες λήψης επαγγελματικής απόφασης ωστόσο έχει επιβεβαιωθεί η αρνητική τους συσχέτιση.

Στην διεθνή αρθρογραφία η αυτοαποτελεσματικότητα η οποία σχετίζεται με την διαδικασία λήψης επαγγελματικής απόφασης εξετάζεται με την κλίμακα CDMSE (Betz, Klein, & Taylor, 1996), παρόλα αυτά στην παρούσα έρευνα γίνεται χρήση του ερωτηματολογίου της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας το UWSES 6-σημειων (Amntmann et al., 2012), καθώς τα άτομα τα οποία συμμετείχαν στην έρευνα είχαν κάποιου είδους ΕΚΑ. Οπότε επιδιώκει την εύρεση συσχέτισης μεταξύ της συγκεκριμένης αυτοαποτελεσματικότητας και των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης.

Έρευνες δείχνουν ότι η παρουσία της αναπηρίας μπορεί να λειτουργήσει ως ανεξάρτητη μεταβλητή για την πρόγνωση της αναποφασιστικότητας αναφορικά με τη σταδιοδρομία (Enright et al., 1996). Ο περιορισμός των εμπειριών δυσχεραίνει την επαρκή πληροφόρηση, ενώ η έλλειψη εμπειριών περιορίζει το εύρος των επαγγελματικών επιλογών καθώς δεν παρέχει ευκαιρίες για δοκιμή της ικανότητας στη λήψη

επαγγελματικών αποφάσεων και τη βελτίωσή της μέσω εξάσκησης. Η λήψη αποφάσεων δημιουργεί άγχος στους νέους με αναπηρία με αποτέλεσμα να αποφεύγουν να πάρουν αποφάσεις, ενώ συνήθως εξαρτώνται από τους άλλους με αποτέλεσμα να αναδεικνύουν έλλειψη ετοιμότητας για τη σταδιοδρομία και χαμηλή αυτοεκτίμηση στη λήψη αποφάσεων (Σιδηροπούλου -Δημακάκου, 1995).

Μια χρόνια ασθένεια είναι ένας παράγοντας ο οποίος επηρεάζει το άτομο σε πολλούς τομείς της ζωής του κάνοντάς το ευάλωτο σε ψυχολογικές διακυμάνσεις. Η αβεβαιότητα που προκαλεί μια κινητική αναπηρία δεν σχετίζεται αποκλειστικά και μόνο με την ίδια την νόσο, την εξέλιξή της και το εύρος των συμπτωμάτων της, αλλά και με άλλους τομείς της ζωής όπως είναι η ανάγκη και η ικανότητα για κοινωνική και επαγγελματική ενσωμάτωση (Rigby et al., 2003; Wassem, 1992).

Η αυτοαποτελεσματικότητα ενός ατόμου επηρεάζεται από την ίδια την αναπηρία θεωρώντας την σημαντικό διαμορφωτής της εμπειρίας στις χρόνιες ασθένειες (Riazi et al., 2004). Θετικές πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας σχετίζονται με υψηλό αίσθημα αυτοπεποίθησης και αυτοέλεγχου, και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου και των περιεχόμενων θεραπειών. Οπότε όταν ένα άτομο νιώθει ότι μπορεί να χειριστεί θέματα τα οποία προκύπτουν και σχετίζονται με την ασθένεια του, νιώθει ότι μπορεί να επιδιώξει και την επίτευξη των επαγγελματικών του στόχων (Riazi et al., 2004; Rigby et al., 2003).

Η αναπηρία φαίνεται να επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τομείς όπως η επαγγελματική ωριμότητα, οι εργασιακές ικανότητες, η ικανότητα λήψης αποφάσεων αλλά επηρεάζει και ατομικούς παράγοντες όπως η αυτοαντίληψη και η αυτοαποτελεσματικότητα. Στους ατομικούς παράγοντες αρνητική επιρροή ασκεί και η στάση των υπολοίπων ανθρώπων απέναντι στα ΑμεΑ. Τα παραπάνω οδηγούν στην αναγκαστική αλλαγή της επαγγελματικής κατεύθυνσης των ΑμεΑ τον υποβιβασμό των εκπαιδευτικών και επαγγελματικών

φιλοδοξιών τους με αποτέλεσμα την επαγγελματική αναποφασιστικότητα την αδυναμία χρήσης των δεξιοτήτων και των ικανοτήτων τους χάνοντας τις θέσεις εργασίας τους (Σιδηροπούλου-Δημακάκου, και συν., 2008).

Μιλώντας για τις δυσκολίες λήψης επαγγελματικής απόφασης αναφερόμαστε για δυσκολίες που προκύπτουν είτε προ την διαδικασία λήψης απόφασης είτε κατά την διάρκεια αυτής (Gati et al., 1996). Αντιμετωπίζοντας μια κινητική αναπηρία το άτομο όντας στην αρχή του επαγγελματικού του προσανατολισμού είτε θα θέσει επαγγελματικούς στόχους οι οποίοι θα έρθουν σε εναρμόνιση με την αναπηρία του, είτε όντας εργαζόμενος θα χρειαστεί ίσως να επαναπροσδιορίσει τους πρότερους στόχους του. Οπότε οι δυσκολίες με τις οποίες θα έρθει αντιμέτωπος θα είναι η έλλειψη ετοιμότητας, η επαγγελματική αναποφασιστικότητα, οι δυσλειτουργικές πεποιθήσεις, οι εσωτερικές και εξωτερικές συγκρούσεις, μεταβλητές οι οποίες σχετίζονται σε συνδυασμό αλλά και κάθε μία ξεχωριστά με την αυτεπάρκεια του ατόμου (Gati et al., 1996).

Έχει επιβεβαιωθεί η αρνητική συσχέτιση μεταξύ αυτοαποτελεσματικότητας και δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης (Bullock-Yowell, McConnell, & Schedin, 2014; Rossier, Rochat, Sovet, & Bernaud, 2021; Χατζηγιάννη, 2016) σε πληθώρα ερευνών, όχι μόνο σε διεθνές αλλά και σε εθνικό επίπεδο, εξετάζοντας κυρίως μαθητικό και φοιτητικό πληθυσμό, αλλά και με διάφορες παραμέτρους που σχετίζονται με τις δυσκολίες όπως: την αναποφασιστικότητα (Betz & Luzzo, 1996· Charokopaki & Argyropoulou, 2019; Gaffner & Hazler, 2002· Sidiropoulou-Dimakakou et al., 2012), των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων (Sidiropoulou-Dimakakou et al., 2012) και των επαγγελματικών στόχων (Betz & Hackett, 1997; Yang & Shi, 2018). Η ανάγκη για εύρεση παρόμοιας συσχέτισης μεταξύ των δυσκολιών της λήψης επαγγελματικής απόφασης και της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας των ΑμεΕΚΑ,

είναι επιτακτική καθώς απουσιάζει από την ερευνητική αρθρογραφία παρόμοια μελέτη και αναμένεται να βοηθήσει στην επαγγελματική ενσωμάτωση των ΑμεΕΚΑ .

Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΑ

Κεφάλαιο 5^ο

5. Μεθοδολογία έρευνας

5.1. Σκοπός, αναγκαιότητα και ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας.

Η σημαντικότητα ενασχόλησής με το παρόν θέμα υπαγορεύεται από την μειωμένη πρόσβαση των ΑμεΕΚΑ στον επαγγελματικό στίβο. Σε προηγούμενα κεφάλαια, γίνεται αναφορά για τις δυσλειτουργικές πεποιθήσεις της γενικής αυτοαποτελεσματικότητας, οι οποίες συνηγορούν στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτά και επιχειρεί να εξηγήσει πολλές περιπτώσεις έλλειψης συμμετοχής των ΑμεΕΚΑ στην αγορά εργασίας.

Η παρούσα έρευνα κρίνεται σημαντική, καθώς απουσιάζουν ανάλογες ελληνικές έρευνες -η βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε το αποδεικνύει. Απουσιάζει, με άλλα λόγια, η εξέταση των συγκεκριμένων μεταβλητών, αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας και των δυσκολιών λήψης επαγγελματικής απόφασης των ΑμεΕΚΑ, οπότε, αναμένεται να αποτελέσει ένα μικρό λίθο στο οικοδόμημα της ελληνικής ερευνητικής βιβλιογραφίας.

Ως εκ τούτου, κύριος σκοπός της παρούσας ποσοτικής έρευνας είναι να διερευνήσει τον βαθμό των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα άτομα με επίκτητη κινητική αναπηρία, ώστε να λάβουν την καταλληλότερη απόφαση για την επαγγελματική τους επαν/ένταξη, να αναζητήσει τον βαθμό των πεποιθήσεων της αυτοαποτελεσματικότητας ώστε να αντιμετωπίσει την αναπηρία του στην καθημερινότητα και παράλληλα να ανιχνεύσει μια συσχέτιση μεταξύ τους ή την επιρροή με κάποιον από τους προς διερεύνηση δημογραφικούς παράγοντες. Επομένως προκύπτουν τέσσερεις ερευνητικές υποθέσεις:

1^η Ερευνητική υπόθεση: Τα ΑμεΕΚΑ αξιολογούν την αυτοαποτελεσματικότητα ως προς τη διαχείριση της αναπηρίας τους γενικά θετικά (Amntmann et al., 2012; Riazi et al., 2004; Wassem, 1992).

2^η Ερευνητική Υπόθεση: Τα ΑμεΕΚΑ αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στη λήψη επαγγελματικής απόφασης. (Beveridge, Craddock, Liesener, Stapleton & Hershenson, 2002; Ottomanelly & Lind, 2009).

3^η Ερευνητική Υπόθεση: Υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αυτοαποτελεσματικότητας και των δυσκολιών λήψης της επαγγελματικής απόφασης τόσο στην συνολική κλίμακα όσο και στις τρεις υποκλίμακες της (Bullock-Yowell et al., 2014; Gati, Ryzhik, & Vertsberger, 2013· Sidiropoulou-Dimakakou et al.,2012).

4^η Ερευνητική Υπόθεση: Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των 2 κύριων μεταβλητών και των δημογραφικών παραγόντων: φύλο, ηλικία, εργασιακή εμπειρία πριν την Κ.Α., επαγγελματική επανένταξη και επιλογή επαγγέλματος (Amtmann & συν., 2012; Horn, Yoels, Wallace, Macrina & Wrigley, 1998; Miller, 2009).

5.2.Δείγμα της έρευνας

Η δομή του δείγματος έγινε ώστε να καλυφτεί ο σκοπός της παρούσας ποσοτικής έρευνας επιδιώκοντας την αντιπροσώπευση του συνολικού πληθυσμού. Επιλέχτηκε σκοπίμως η δειγματοληψία της χιονοστιβάδας (snowball sampling) καθώς είναι μία μέθοδος κατά την οποία ο ερωτώμενος καλείται να βρει και να υποδείξει άλλους συμμετέχοντες στην έρευνα οι οποίοι να παρουσιάζουν παρόμοια χαρακτηριστικά. Ο λόγος χρήσης της συγκεκριμένης μεθόδου είναι η δύσκολη ανεύρεση των μονάδων ανάλυσης (Παπαγεωργίου, 2015).Τα ερωτηματολόγια δημιουργήθηκαν σε Google forms

και σταλθήκαν ηλεκτρονικά, κατά τους μήνες Ιούλιο-Δεκέμβριο του 2020, σε 50 συμμετέχοντες, οι οποίοι κλήθηκαν να προωθήσουν το ερωτηματολόγιο σε κάποιο άτομο το οποίο γνώριζαν ότι εμφανίζει κάποιου είδους κινητική αναπηρία. Στο εισαγωγικό σημείωμα που προπορευόταν του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν για τον αμιγώς ερευνητικό χαρακτήρα της συλλογής και της επεξεργασίας των δεδομένων, για την εθελοντική συμμετοχή τους και για την δυνατή οικιοθελή αναχώρηση από την έρευνα οποτεδήποτε το επιθυμούσαν.

Το δείγμα λοιπόν της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν εκατόν δέκα έξι ενήλικα άτομα του Ελληνικού πληθυσμού ($n=116$), με επίκτητες κινητικές αναπηρίες. Ειδικότερα, ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το δείγμα αποτελούνταν από εξηντατέσσερεις (64) άνδρες και πενήντα δύο (52) γυναίκες που η ηλικία τους κυμαίνονταν από τα 19-69 έτη με μέσο όρο ηλικίας τα 41,8 έτη και τυπική απόκλιση 12,712. Το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων του δείγματος αποτέλεσαν άτομα με ΚΝΜ απαρτίζοντας το 52,6% του δείγματος, τα άτομα με ΣκΠ αποτέλεσαν το 37,9% του δείγματος ενώ το υπόλοιπο 9,5% αποτελέσαν άτομα με άλλες κινητικές αναπηρίες. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία και τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά στη ΣκΠ υπάρχει ένα προβάδισμα της τάξεως του 2/1 με 3/1 στις γυναίκες έναντι των ανδρών (Howard, Trevick, & Younger, 2016; Milo & Kahana, 2010; Sospedra & Martin, 2005), ενώ το αντίθετο συμβαίνει με την ΚΝΜ η οποία συμβαίνει συχνότερα στους άνδρες σε ένα ποσοστό 4/1 έναντι των γυναικών (Young & Murphy, 2009).

Η κλινική εικόνα των ατόμων ταξινομήθηκε σε πλήρη τετραπληγία (3,4%), σε ατελή τετραπληγία (15,5%), σε πλήρη παραπληγία (25%), σε ατελή παραπληγία (27,6%) σε άτομα με ημιπληγία (19%) και σε άτομα τα οποία εμφάνιζαν οποιαδήποτε άλλη κλινική εικόνα (9,5%). Μόλις το 4,3% έχει αποφοιτήσει από την πρωτοβάθμια εκπαίδευση (δημοτικό), το 32,8% είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (Γυμνάσιο-ΓΕΛ), το

25,8% της μεταδευτεροβάθμιας βαθμίδας επαγγελματικής εκπαίδευσης (ΟΑΕΔ-ΙΕΚ) και το 37,1% είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων εργάζονταν πριν την έναρξη της/του νόσου/τραυματισμού το οποίο αποτυπώνεται ως 62,7% ενώ μετά από την έναρξη της/του νόσου/τραυματισμού το ποσοστό των εργαζομένων φαίνεται να έχει υποδιπλασιαστεί (38,8%). Τέλος αξίζει να αναφερθούμε στο γεγονός ότι μόνο το 13,8% των συμμετεχόντων δέχτηκαν υπηρεσίες συμβουλευτικής επαγγελματικού προσανατολισμού (βλ.πινακα 1).

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

| ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ | N=116 | % |
|----------------------------------|----------|-------------|
| ΦΥΛΟ | | |
| <i>Ανδρας</i> | 64 | 55,2 |
| <i>Γυναίκα</i> | 52 | 44,8 |
| ΗΛΙΚΙΑ | M.O 41,8 | T.A. 12,712 |
| <i>19-34</i> | 38 | 32,8 |
| <i>34-50</i> | 46 | 39,6 |
| <i>≥ 51</i> | 32 | 27,6 |
| ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ | | |
| <i>Δημοτικό</i> | 5 | 4,3 |
| <i>Γυμνασίου</i> | 11 | 9,5 |
| <i>ΓΕΛ</i> | 27 | 23,3 |
| <i>ΟΑΕΔ</i> | 14 | 12 |
| <i>ΙΕΚ</i> | 16 | 13,8 |
| <i>ΑΕΙ/ΤΕΙ</i> | 32 | 27,6 |
| <i>Msc</i> | 11 | 9,5 |
| ΕΙΔΗ Κ.Α. | | |
| <i>ΚΝΜ</i> | 61 | 52,6 |
| <i>ΣκΠ</i> | 44 | 37,9 |
| <i>ΆΛΛΟ</i> | 11 | 9,5 |
| ΜΟΡΦΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ | | |
| <i>Πλήρη τετραπληγία</i> | 4 | 3,4 |
| <i>Ατελή τετραπληγία</i> | 18 | 15,5 |
| <i>Πλήρη παραπληγία</i> | 29 | 25 |
| <i>Ατελή παραπληγία</i> | 32 | 27,6 |
| <i>Ημιπληγία</i> | 21 | 19 |
| <i>Άλλο</i> | 12 | 9,5 |
| ΑΙΤΙΕΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ | | |
| <i>Πτώση</i> | 11 | 9,5 |
| <i>Τροχαίο ατύχημα</i> | 33 | 28,4 |
| <i>Εργατικό ατύχημα</i> | 10 | 8,6 |
| <i>Ασθένεια</i> | 56 | 48,3 |
| <i>Άλλο</i> | 6 | 5,2 |
| ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ | | |
| <i>1-5</i> | 35 | 30,2 |
| <i>6-10</i> | 32 | 27,6 |
| <i>≥ 11</i> | 49 | 42,2 |
| ΕΠΑΓΓ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΠΡΙΝ Κ.Α. | | |
| <i>Ναι</i> | 78 | 67,2 |
| <i>Όχι</i> | 38 | 32,8 |
| ΕΠΑΓΓ. ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ | | |
| <i>Ναι</i> | 45 | 38,8 |
| <i>Όχι</i> | 71 | 61,2 |
| ΣΥΕΠ | | |
| <i>Ναι</i> | 16 | 13,8 |
| <i>Όχι</i> | 100 | 86,2 |

5.3. Μεθοδολογικό πλαίσιο

Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε η ποσοτική μέθοδος συλλογής δεδομένων για ποικίλους λόγους. Πρωτίστως, είναι ενδιαφέρον να ερευνηθούν κάποια κοινωνικά φαινόμενα μέσω αντικειμενικής μέτρησης και αριθμητικής ανάλυσης. Επιπλέον, θεωρείται επωφελές να δοθούν απαντήσεις για τις ερευνητικές υποθέσεις, οι οποίες βασίζονται ήδη σε μία υπάρχουσα θεωρία, επαληθεύοντας τις με αριθμητικά δεδομένα. Συν τοις άλλοις, στους δύσκολα προσβάσιμους πληθυσμούς με τη ποσοτική μέθοδο τα συμπεράσματα μπορούν να γενικευτούν στο γενικό πληθυσμό, οπότε μέσω των ερευνητικών υποθέσεων στοχεύει στην γενίκευση των αποτελεσμάτων με σκοπό να περιγράψει, να αναλύσει και να εξηγήσει τα κοινωνικά αυτά φαινόμενα (Dragan & Isaic-Maniu, 2013· Παπαγεωργίου, 2015).

Όσον αφορά την μέθοδο συλλογής δεδομένων επιλέχθηκε σκοπίμως αυτή της χιονοστιβάδας. Τα άτομα με κινητικές αναπηρίες ανήκουν στις ευπαθείς κοινωνικά ομάδες και στους δύσκολα προσβάσιμους πληθυσμούς. Στους δύσκολα προσβάσιμους πληθυσμούς για να επιτευχθεί ένα ικανό μέγεθος δείγματος, μία εκ των μεθόδων συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιείται είναι αυτή του τύπου χιονοστιβάδας, όπου κάθε άτομο καλείται να προτείνει την συμμετοχή στην έρευνα ενός ατόμου με κοινά χαρακτηριστικά, με αποτέλεσμα να δημιουργείται αλυσιδωτή αντίδραση με στόχο την αύξηση του δείγματος (Παπαγεωργίου, 2015).

Να επισημανθεί ότι κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας Ιουλίου-Δεκεμβρίου του έτους 2020, υπήρξαν περίοδοι με αυστηρά μέτρα κατοίκων περιορισμού όλου του πληθυσμού και ιδιαίτερα των ευπαθών κοινωνικά ομάδων, απαγόρευση συναθροίσεων και κλείσιμο δομών, όπως είναι οι διάφοροι σύλλογοι ατόμων με αναπηρία όχι μόνο ανά την Ελλάδα αλλά και παγκοσμίως, για την προστασία και την διασφάλιση της δημόσιας υγείας από την πανδημία του ιού Covid-19 (Velavan & Meyer, 2020).

5.4. Ερευνητικά εργαλεία

Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από την συνένωση τριών επιμέρους ερωτηματολογίων. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει ένα ερωτηματολόγιο που σκοπό έχει να αντλήσει πληροφορίες για ορισμένα ατομικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, χαρακτηριστικά βλάβης/αναπηρίας και χαρακτηριστικά σχετικά με την εργασία τα οποία λειτουργούν βοηθητικά για τους σκοπούς της έρευνας. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει το *University of Washington Self-Efficacy Scale 6-Item Short Form V. 1.0*© (UW-SES 6-σημείων) των Amtmann και συν., (2012) το οποίο μελετά την αυτοαποτελεσματικότητα διαχείρισης της αναπηρίας των ΑμεΕΚΑ και το τρίτο μέρος περιλαμβάνει το *Ερωτηματολόγιο Δυσκολιών στη Λήψη Επαγγελματικής Απόφασης (CDDQ)* των Gati και συν., (1996). Το παραπάνω ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε σε ηλεκτρονική μορφή, ώστε να είναι ευκολότερη η διανομή του, και στάλθηκε μαζικά σε μεμονωμένα άτομα με κινητική αναπηρία, αλλά και, σε συλλόγους και κέντρα αποκατάστασης για την προώθηση του. Το ερωτηματολόγιο *University of Washington Self-Efficacy Scale 6-Item Short Form* (UW-SES 6-σημείων) και το *Ερωτηματολόγιο Δυσκολιών στη Λήψη Επαγγελματικής Απόφασης (CDDQ)* παραχωρήθηκαν, κατόπιν αιτήσεως της ερευνήτριας, από τους κατασκευαστές τους για την χρήση τους στην παρούσα έρευνα.

5.4.1. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων

Αναλυτικότερα τα υπό διερεύνηση δημογραφικά χαρακτηριστικά των μονάδων που εμπεριέχονταν στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου είναι: το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο (ατομικά χαρακτηριστικά), το είδος της αναπηρίας, η αιτία αναπηρίας, η διάρκεια της και η κλινική εικόνα (χαρακτηριστικά σχετικά με την αναπηρία). Παράλληλα, εξέταζε μεταβλητές σχετικές με την εργασία: αν είχαν επαγγελματική

εμπειρία πριν την Κ.Α., αν εργάστηκαν μετά και αν δέχτηκαν υπηρεσίες συμβουλευτικής επαγγελματικού προσανατολισμού.

5.4.2. Ερωτηματολόγιο University of Washington Self-Efficacy Scale 6-Item Short Form των Amtmann και συν., (2012)

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει το *University of Washington Self-Efficacy Scale 6-Item Short Form V. 1.0*© (UW-SES 6-σημείων) (Amtmann et al., 2012) το οποίο διερευνά την αυτοαποτελεσματικότητα ως προς την διαχείριση της αναπηρίας των ατόμων με ΚΝΜ και ΣκΠ (η παρούσα ερευνά μελετά κυρίως αυτόν τον πληθυσμό). Το συγκεκριμένο εργαλείο αποτελείται από 6 ερωτήσεις κλειστού τύπου (π.χ. Μπορείτε να διαχειριστείτε τη σωματική αδιαθεσία που προκαλείται από την κινητική αναπηρία σας, ώστε αυτή να μην αποτελεί εμπόδιο στις δραστηριότητές σας;) όπου οι ερωτώμενοι καλούνται να βαθμολογήσουν τις απόψεις τους σε μία κλίμακα τύπου Likert πέντε διαβαθμίσεων (1=καθόλου, 2=λίγο, 3=αρκετά, 4=πολύ, 5=εντελώς). Η απόκριση και των 6 ερωτήσεων δίνει μια συνοπτική βαθμολογία που κυμαίνεται από 6 έως 30 βαθμούς ανά ερωτώμενο. Η συγκεκριμένη βαθμολογία δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για στατιστική ανάλυση και χρήζει μετατροπής σε "T-score". Η νέα βαθμολογία που προκύπτει (βλ. πίνακα 2), (κυμαίνεται από 20.0-68.9) με μέσο όρο πενήντα (Μ.Ο.=50) και τυπική απόκλιση δέκα (Τ.Α.=10), είναι αυτή που χρησιμοποιείται σε όλες τις αναλύσεις.

Στην ανάπτυξη του εργαλείου της αυτοαποτελεσματικότητας για τη διαχείριση των προκλήσεων που σχετίζονται με την ΚΝΜ και ΣκΠ οι Amtmann και συν., (2012) ήθελαν να αναπτύξουν ένα όργανο χρησιμοποιώντας σύγχρονες ψυχομετρικές προσεγγίσεις, συμπεριλαμβανομένης της θεωρίας απόκρισης ερωτήματος (IRT) (Wyse, 2010). Οι βαθμολογίες που προκύπτουν από το IRT είναι στη μέτρηση του θήτα (theta metric), και ως εκ τούτου, οι βαθμολογίες παίρνουν και αρνητικές τιμές οι οποίες είναι συνήθως

δύσχρηστες και διαισθητικές για την στατιστική ανάλυση, οπότε, για να γίνει η βαθμολογία της κλίμακα εύχρηστη και φιλική προς τον χρήστη, οι βαθμολογίες θήτα μετατράπηκαν σε T-score με M.O.=50 και T.A.=10 (Amtmann et al., 2012; Wyse, 2010).

Πίνακας 2: Μετατροπή της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας σε T-score.

| ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ | ΜΕΤΑΤΡΟΠΗ ΣΕ T-score |
|----------------------------|-----------------------------|
| 6 | 20.0 |
| 7 | 23.8 |
| 8 | 26.5 |
| 9 | 28.9 |
| 10 | 31.0 |
| 11 | 32.9 |
| 12 | 34.7 |
| 13 | 36.4 |
| 14 | 38.0 |
| 15 | 39.6 |
| 16 | 41.1 |
| 17 | 42.6 |
| 18 | 44.1 |
| 19 | 45.6 |
| 20 | 47.1 |
| 21 | 48.6 |
| 22 | 50.2 |
| 23 | 51.8 |
| 24 | 53.4 |
| 25 | 55.1 |
| 26 | 56.9 |
| 27 | 59.0 |
| 28 | 61.3 |
| 29 | 64.1 |
| 30 | 68.9 |

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν υπήρχε μεταφρασμένο στα Ελληνικά. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Γαλανάκης (2019) και, Hall και συν. (2018) για την έγκυρη χρήση ενός ερωτηματολογίου το οποίο θα χρησιμοποιηθεί σε διαφορετική γλώσσα από αυτήν στην οποία κατασκευάστηκε χρήζει πρωτίστως αμφίδρομης μετάφρασης και διαπολιτισμικής προσαρμογής στην γλώσσα την οποία θα χρησιμοποιηθεί, η οποία και πραγματοποιήθηκε.

5.4.2.1. Αμφίδρομης μετάφρασης και διαπολιτισμικής προσαρμογής του ερωτηματολογίου University of Washington Self-Efficacy Scale 6-Item Short Form των Amtmann και συν., (2012)

Αρχικά έγινε η μετάφραση του ερωτηματολογίου στην Ελληνική γλώσσα από μία φυσικοθεραπεύτρια της οποίας η μητρική γλώσσα είναι η Ελληνική και κατέχει πτυχίο C2 (Proficiency) στην Αγγλική γλώσσα και από μία μεταφράστρια της Αγγλικής γλώσσας της οποίας η μητρική είναι η Ελληνική. Οι δύο μεταφράσεις έγιναν ανεξάρτητα και συγκρίθηκαν στο τέλος, ώστε να προκύψει μόνο μία μορφή του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου στην Ελληνική Γλώσσα. Στην συνέχεια έγινε μετάφραση στην Αγγλική γλώσσα από μία καθηγήτρια αγγλικής φιλολογίας της οποίας η μητρική γλώσσα είναι η Ελληνική και η οποία δεν γνώριζε το πρωτότυπο έγγραφο. Έπειτα έγινε σύγκριση από την ερευνήτρια, του πρωτότυπου ερωτηματολογίου με την μεταφρασμένη αγγλική εκδοχή ώστε να εξασφαλισθεί ότι υπάρχει το ίδιο νόημα και στις δυο εκδοχές (ότι έχει γίνει ουσιαστικά η διαπολιτισμική προσαρμογή του ξενόγλωσσου ερωτηματολογίου) και κατόπιν προέβη σε μία πιλοτική έρευνα (Γαλανάκης, 2018; Hall και συν.,2018). Στην πιλοτική αυτή έρευνα το εργαλείο δόθηκε μεταφρασμένο σε 7 άτομα με σκοπό να οριστικοποιηθεί η μεταφρασμένη του μορφή. Αφού δόθηκαν οι αναγκαίες οδηγίες οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο υπό την επίβλεψη της ερευνήτριας. Στο τέλος ερωτήθηκαν εάν συνάντησαν κάποια δυσκολία και αν ήταν κατανοητά τα ερωτήματα, και αφού λήφθηκαν υπόψιν όλες οι παρατηρήσεις δημιουργήθηκε η τρίτη και τελική έκδοση του ελληνικού ερωτηματολογίου UWSES 6-σημείων το οποίο χρησιμοποιήθηκε στην διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

5.4.2.2. Παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου University of Washington Self-Efficacy Scale 6-Item Short Form των Amtmann και συν. (2012)

Εφόσον το ερωτηματολόγιο για την αυτοαποτελεσματικότητα μεταφράστηκε στα Ελληνικά πρώτη φορά για την παρούσα έρευνα, οπότε κρίθηκε σκόπιμο να ελεγχθεί η παραγοντική ανάλυση ώστε να επιβεβαιωθεί η εσωτερική δομή του. Για το λόγο αυτό εφαρμόστηκε η διερευνητική παραγοντική ανάλυση με τη μέθοδο περιστροφής των αξόνων. Η καταλληλότητα των δεδομένων προκύπτει από: α) το παραγοντικό φορτίο του συντελεστή συσχέτισης το οποίο θεωρήθηκε σημαντικό για τιμές οι οποίες υπερέβαιναν το 0.40 (όλες οι φορτίσεις βρίσκονταν πάνω από αυτό το όριο), β) την ορίζουσα του δειγματικού πίνακα συσχέτισης η οποία πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 0.00001 και γ) τον έλεγχο της υπόθεσης της σφαιρικότητας (Bartlett's test of sphericity).

Η παραγοντική ανάλυση των δεδομένων της παρούσας έρευνας για το ερωτηματολόγιο UWSES 6-σημείων (Amtmann et al., 2012) εμφάνισε την δομή η οποία προτείνεται από τους δημιουργούς του. Η ανάλυση παραγόντων στα δεδομένα της παρούσας έρευνας εμφάνισε μόνο έναν παράγοντα. Ο παράγοντας αυτός ερμηνεύει το 78,756% του ποσοστού διασποράς των μεταβλητών και περιγράφει την αυτοαποτελεσματικότητα (βλ. Πίνακα 3)

Πίνακας 3: Παραγοντική Ανάλυση του Ερωτηματολογίου αυτοαποτελεσματικότητας, (UWSES 6-σημείων) (Amtmann et al., 2012)

| Ερωτήσεις | Παράγοντας |
|---|------------|
| Μπορείτε να διαχειριστείτε την σωματική αδιαθεσία που προκαλείται από την ΚΑ ώστε αυτή να μην αποτελεί εμπόδιο στις δραστηριότητές σας; | ,820 |
| Μπορείτε να αποτρέψετε την επίδραση της ΚΑ στην ικανότητά σας να διαχειρίζεστε απρόοπτες καταστάσεις | ,723 |
| Μπορείτε να αποτρέψετε την επίδραση της ΚΑ στην ικανότητά σας για κοινωνικοποίηση; | ,701 |
| Μπορείτε να διαχειριστείτε την ΚΑ, ώστε να μην αποτελεί το επίκεντρο της ζωής σας; | ,857 |
| Μπορείτε να ξεπεράσετε τον εκνευρισμό, την αποθάρρυνση ή την απογοήτευση που μπορεί να προκαλέσει η ΚΑ; | ,852 |
| Μπορείτε να βρείτε αποτελεσματικές λύσεις σε θέματα που προκύπτουν και σχετίζονται με την ΚΑ; | ,773 |
| Ποσοστό εξηγούμενης διακύμανσης | 78,756% |

5.4.3. Ερωτηματολόγιο Δυσκολιών στη Λήψη Επαγγελματικής Απόφασης των Gati και συν., (1996)

Τέλος, ακολουθεί το *Ερωτηματολόγιο Δυσκολιών στη Λήψη Επαγγελματικής Απόφασης (CDDQ)* των Gati και συν., (1996). (Gati et al., 1996; Gati & Saka, 2001a; Osipow & Gati, 1998). Για το συγκεκριμένο εργαλείο έχει γίνει η προσαρμογή στα Ελληνικά από τους Κουμουνδούρου και Κασσωτάκης (2007) και αποτελείται από 34 ερωτήματα κλειστού τύπου [π.χ. Γνωρίζω ότι πρέπει να επιλέξω επάγγελμα, αλλά μου λείπει το κίνητρο για να πάρω μια τέτοια απόφαση τώρα («Δεν έχω διάθεση για κάτι τέτοιο»)] (Koumoundourou, Tsaousis, & Koupenou, 2011). Οι συμμετέχοντες καλούνται να βαθμολογήσουν τις απόψεις τους σε μία κλίμακα τύπου Likert εννέα διαβαθμίσεων (1= Δεν με περιγράφει, 9= Με περιγράφει πολύ). Βαθμολογίες που κυμαίνονται από 1- 3,33 δείχνουν μικρή δυσκολία, από 3,33-6,34 μετρίου βαθμού δυσκολία ενώ βαθμολογίες που κυμαίνονται από 6,34 και πάνω υποδηλώνουν μεγάλο βαθμό δυσκολίας ως προς την λήψη επαγγελματικής απόφασης.

Για την κλίμακα Δυσκολίας Λήψης Επαγγελματικής Απόφασης, οι Gati και συν. (1996) κατέληξαν σε ένα μοντέλο ταξινόμησης των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης στο οποίο βασίζεται και η εγκυρότητα του εργαλείου (CDDQ). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο υπάρχουν δύο κύριες κατηγορίες δυσκολιών. Η πρώτη σχετίζεται με τις δυσκολίες πριν τη διαδικασία λήψης απόφασης, ενώ η δεύτερη με αυτές που προκύπτουν κατά τη διάρκειά της. Από αυτές τις δύο κατηγορίες προκύπτουν τρεις υποκλίμακες : α) της *Έλλειψης Ετοιμότητας*, β) της *Έλλειψης πληροφόρησης* και γ) των *Αντιφατικών πληροφοριών* στις οποίες ταξινομούνται οι 10 δυσκολίες λήψης επαγγελματικής απόφασης. Στην πρώτη κλίμακα (*Έλλειψης Ετοιμότητας*) ανήκουν: 1) η *απουσία κινήτρου* 2) η *αναποφασιστικότητα* και 3) οι *δυσλειτουργικές πεποιθήσεις*, στην δεύτερη υποκλίμακα (*Έλλειψη πληροφόρησης*) ανήκουν οι *ελλείψεις πληροφόρησης* οι οποίες σχετίζονται με: 4) την *ίδια την διαδικασία λήψης επαγγελματικής απόφασης* 5) τον *εαυτό* 6) τα *επαγγέλματα* και 7) τον *τρόπο λήψης περαιτέρω πληροφόρησης*. Τέλος η τρίτη και τελευταία υποκλίμακα (*Αντιφατικές πληροφορίες*) περιλαμβάνει 8) τις *εσωτερικές συγκρούσεις* 9) *εξωτερικές συγκρούσεις* και 10) τις *μη έγκυρες πληροφορίες* (Gati et al., 1996· Σταλίκας και συν., 2012) .

Κεφάλαιο 6^ο

6. Ερευνητικά Αποτελέσματα

6.1. Αξιοπιστία εργαλείων

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 16 για Windows 2010. Ο έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής του εργαλείου UWSES 6-σημείων απέδωσε Cronbach $\alpha=0,945$ και του εργαλείου CDDQ απέδωσε Cronbach $\alpha=0,947$. Όσον αφορά τις κλίμακες του CDDQ η πρώτη κλίμακα που αφορά την *έλλειψη ετοιμότητας* απέδωσε Cronbach $\alpha=0,664$ με τις υποκλίμακες της να αποδίδουν δείκτη Cronbach για έλλειψη κινήτρου $\alpha=0,772$, αναποφασιστικότητα $\alpha=0,813$, δυσλειτουργικές πεποιθήσεις $\alpha=0,578$, η δεύτερη κλίμακα που αφορά την *απουσία πληροφοριών* απέδωσε Cronbach $\alpha=0,957$ με τις υποκλίμακες της να αποδίδουν δείκτη Cronbach για την ίδια την διαδικασία λήψης επαγγελματικής απόφασης $\alpha=0,815$, τον εαυτό $\alpha=0,866$, τα επαγγέλματα $\alpha=0,914$ και τρόπο λήψης περαιτέρω πληροφόρησης $\alpha=0,969$ και η τρίτη υποκλίμακα που εξετάζει τις *αντιφατικές πληροφορίες* απέδωσε Cronbach $\alpha=0,913$ με τις υποκλίμακες της να αποδίδουν δείκτη Cronbach για τις εσωτερικές συγκρούσεις $\alpha=0,886$, εξωτερικές συγκρούσεις $\alpha=0,800$ και τις αναξιόπιστες πληροφορίες $\alpha=0,875$ (βλ. πίνακα 4). Χαμηλούς δείκτες Cronbach's α βρέθηκαν στην διάσταση *Ετοιμότητα* και στην υποδιάστασή της *Δυσλειτουργικές πεποιθήσεις*, παρ' όλα αυτά τις θεωρούμε αποδεκτές καθώς σε έρευνες που διεξήχθησαν από τους ίδιους τους κατασκευαστές του εργαλείου προέκυψαν παρόμοιοι χαμηλοί δείκτες (Gati, Krausz & Osipow 1996; Gati & Saka 2001a; 2001b).

Πίνακας 4: Συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach 's Alpha της κλίμακας Αυτοαποτελεσματικότητας των ατόμων με χρόνιες νόσους (UWSES-6items), της κλίμακας των Δυσκολιών στην Λήψη Επαγγελματικής απόφασης (CDDQ) και των υποκλιμάκων της.

| Κλίμακες | Cronbach 's Alpha | Πλήθος ερωτήσεων |
|--|-------------------|------------------|
| UW-SES 6 σημείων | ,945 | 6 |
| CDDQ | ,947 | 32 |
| Υποκλίμακες του CDDQ | | |
| Ετοιμότητα | ,664 | 10 |
| <i>Απουσία κινήτρου</i> | <i>,772</i> | <i>3</i> |
| <i>Αναποφασιστικότητα</i> | <i>,813</i> | <i>3</i> |
| <i>Δυσλειτουργικές πεποιθήσεις</i> | <i>,578</i> | <i>4</i> |
| Απουσία Πληροφοριών σχετικά με: | ,957 | 12 |
| <i>Διαδικασία Λήψης περαιτέρω πληροφόρησης</i> | <i>,815</i> | <i>3</i> |
| <i>Τον εαυτό</i> | <i>,866</i> | <i>4</i> |
| <i>Τα επαγγέλματα</i> | <i>,914</i> | <i>3</i> |
| <i>Τρόπος Λήψη περαιτέρω πληροφόρησης</i> | <i>,969</i> | <i>2</i> |
| Αντιφατικές πληροφορίες | ,913 | 10 |
| <i>Εσωτερικές συγκρούσεις</i> | <i>,886</i> | <i>5</i> |
| <i>Εξωτερικές συγκρούσεις</i> | <i>,800</i> | <i>2</i> |
| <i>Αναξιόπιστες πληροφορίες</i> | <i>,875</i> | <i>3</i> |

6.2. Αυτοαποτελεσματικότητα των ΑμεΕΚΑ.

Ο πρώτος στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθεί η βαθμολογία της αυτοαποτελεσματικότητας που αποδίδουν τα ΑμεΕΚΑ ως προς την διαχείριση της αναπηρίας τους. Διαπιστώθηκε ότι συμμετέχοντες του παρόντος δείγματος έχουν αξιολογήσει τις πεποιθήσεις της αυτοαποτελεσματικότητας τους γενικά θετικά. Μόνο το 4,3% των συμμετεχόντων σκόραρε ως χαμηλότερη δυνατή βαθμολογία την τιμή 30,81 και 6,9% των συμμετεχόντων σημείωσαν ως υψηλότερη δυνατή βαθμολογία την τιμή 67,91 (βλ. Πίνακα 5). Κανένας συμμετέχοντας δεν σημείωσε την μικρότερη δυνατή βαθμολογία που ήταν το 20,0.

Γίνεται φανερό ότι τα ΑμεΕΚΑ που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα δεν απέδωσαν χαμηλά επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας. Παρόλο που η αυτοαποτελεσματικότητα είναι ένας προσωπικός παράγοντας ο οποίος επηρεάζεται

αρνητικά από μια χρόνια ασθένεια παρόλα αυτά τα ΑμεΕΚΑ της παρούσας έρευνας δεν σημείωσαν χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα αλλά φάνηκε να βαθμολογούν την ικανότητα διαχείρισης της αναπηρίας τους γενικά θετικά. Το συγκεκριμένο εύρημα συμφωνεί και με τις έρευνες των Amntmann και συν., (2012), Riazi και συν., (2004) και του Wassem, (1992), οπότε, η πρώτη ερευνητική υπόθεση επαληθεύτηκε.

Πίνακας 5: Περιγραφική στατιστική της κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας.

| UWSES_T-score | |
|---------------|----------|
| N | 116 |
| M.O | 50,0000 |
| T.A | 10,00000 |
| Στρέβλωση | ,012 |
| Κύρτωση | -,653 |
| Ελάχιστη τιμή | 30,81 |
| Μέγιστη τιμή | 67,91 |

6.3. Δυσκολίες λήψης επαγγελματικής απόφασης των ΑμεΕΚΑ

Ο δεύτερος στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της βαθμολογίας των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης. Ουσιαστικά αυτό που αποτυπώνεται και στον πίνακα 6 είναι ότι ο μέσος όρος βρίσκεται κοντά στο κατώτατο όριο της βαθμολογίας που χαρακτηρίζει την δυσκολία ως μεσαία (M.O.=3,7264 , T.A.=1,63790). Προχωρώντας παρακάτω, διαπιστώνουμε πως σε κάθε υποκλίμακα (τρεις στο σύνολο συνθέτουν το ερωτηματολόγιο αυτό), οι τιμές που διαφαίνονται, βρίσκονται σχετικά κοντά μεταξύ τους. Η πρώτη υποκλίμακα που αφορά την *ετοιμότητα* παρατηρούμε πως παίρνει τιμές M.O.=3,7931 με T.A.=1,37339 δηλαδή μετρίου βαθμού δυσκολία. Στις διαστάσεις της συγκεκριμένης υποκλίμακας, βλέπουμε ότι η *απουσία κινήτρου* παίρνει τιμές M.O.=3,6638 με T.A.=2,36337, η *αναποφασιστικότητα* παίρνει τιμές M.O.=3,6264 και T.A.=2,31573 και οι *δυσλειτουργικές πεποιθήσεις* παίρνουν τιμές M.O.=4,0151 με T.A.=1,80256. Διαπιστώνεται ότι όλες οι διαστάσεις της υποκλίμακας *ετοιμότητα*

παίρνουν τιμές οι οποίες βρίσκονται κοντά στο χαμηλότερο όριο της βαθμολογίας που χαρακτηρίζεται ως μέτριας δυσκολίας εκτός από την τελευταία που παίρνει υψηλότερες τιμές.

Στην υποκλίμακα που σχετίζεται με την *έλλειψη πληροφοριών* διαφαίνεται η τιμή M.O.=3,7974 με T.A.=2,37515. Παρατηρώντας την, καταλαβαίνουμε πως η τιμή της βρίσκεται κοντά στο κατώτερο όριο της βαθμολογίας που χαρακτηρίζεται ως μεσαίας δυσκολίας. Αν παρατηρήσουμε τις διαστάσεις της συγκεκριμένης υποκλίμακας θα παρατηρήσουμε πως οι όλες οι τιμές που σχετίζονται με την *έλλειψη πληροφοριών* σχετικά με τη *διαδικασία λήψης περαιτέρω πληροφόρησης* (M.O.=4,0833 με T.A.=2,85558), τον *εαυτό* (M.O.=3,6422 με T.A.=2,41378) τα *επαγγέλματα* (M.O.=3,8218 με T.A.=2,68344) και τον *τρόπο λήψης περαιτέρω πληροφόρησης* (M.O.=3,6422 με T.A.=2,59917) παίρνουν τιμές οι οποίες κυμαίνονται στο κατώτατο όριο της βαθμολογίας που χαρακτηρίζει την δυσκολία ως μέτρια.

Καταλήγοντας με την υποκλίμακα που αντικατοπτρίζει τις *αντιφατικές πληροφορίες* οι τιμές που παίρνει είναι M.O.=3,3302 με T.A.=1,98430. Εκτενέστερα παρατηρώντας τις διαστάσεις της συγκεκριμένης υποκλίμακας διαπιστώνουμε πως οι *εσωτερικές συγκρούσεις* έχουν M.O.=3,6224 και T.A.=3,32847, οι *εξωτερικές συγκρούσεις* έχουν M.O.=2,4698 και T.A.=2,03906 και *οι μη έγκυρες πληροφορίες* έχουν M.O.=3,4167 και T.A.=2,36229. Η πρώτη και η τρίτη διάσταση παίρνουν τιμές που βρίσκονται στο διάστημα των τιμών που χαρακτηρίζει την βαθμολογία ως μέτριας δυσκολίας ,ενώ η τιμή της δεύτερης ανήκει στο εύρος των τιμών που χαρακτηρίζει την δυσκολία ως χαμηλή.

Τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης αναφορικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα ΑμεΕΚΑ για τη λήψη μιας επαγγελματικής απόφασης είναι κυρίως χαμηλής και μέτριας δυσκολίας. Προς έκπληξη μας παρατηρούμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 43,1% εκφράζει χαμηλή δυσκολία στην λήψη επαγγελματικής απόφασης,

ένα ποσοστό της τάξεως του 51,7% μετρίου βαθμού δυσκολία ενώ μόνο το 5,2% σημειώνει μεγάλη βαθμολογία η οποία συνεπάγεται με μεγάλη δυσκολία ώστε να λάβει μια επαγγελματική απόφαση (βλ. πίνακας 7).

Πίνακας 6: Περιγραφική στατιστική του ερωτηματολογίου Δυσκολιών λήψης

επαγγελματικής Απόφασης και των υποκλιμάκων του των δεικτών: Μέσος όρος, Διάμεσος,

Τυπική Απόκλιση, Μικρότερη και Μεγαλύτερη τιμή.

| | Μέσος Όρος | Διάμεσος | Τυπική Απόκλιση |
|--|------------|----------|-----------------|
| CDDQ | 3,7264 | 3,6618 | 1,63790 |
| Ετοιμότητα | 3,7931 | 3,7500 | 1,37339 |
| <i>Απουσία κινήτρου</i> | 3,6638 | 3,3333 | 2,36337 |
| <i>Αναποφασιστικότητα</i> | 3,6264 | 3,6667 | 2,31573 |
| <i>Δυσλειτουργικές πεποιθήσεις</i> | 4,0151 | 4,0000 | 1,80256 |
| Απουσία Πληροφοριών σχετικά με: | 3,7974 | 3,8333 | 2,37515 |
| <i>Διαδικασία Λήψης περαιτέρω πληροφόρησης</i> | 4,0833 | 3,8333 | 2,85558 |
| <i>Τον εαυτό</i> | 3,6422 | 3,6250 | 2,41378 |
| <i>Τα επαγγέλματα</i> | 3,8218 | 3,8333 | 2,68344 |
| <i>Τρόπος Λήψη περαιτέρω πληροφόρησης</i> | 3,6422 | 3,5000 | 2,59917 |
| Αντιφατικές πληροφορίες | 3,3302 | 3,2500 | 1,98430 |
| <i>Εσωτερικές συγκρούσεις</i> | 3,6224 | 3,5000 | 2,32847 |
| <i>Εξωτερικές συγκρούσεις</i> | 2,4698 | 1,0000 | 2,03906 |
| <i>Μη έγκυρες πληροφορίες</i> | 3,4167 | 2,8333 | 2,36229 |

Πίνακας 7: Περιγραφική στατιστική του ερωτηματολογίου Δυσκολιών λήψης επαγγελματικής

Απόφασης και των υποκλιμάκων του με ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων.

| | ΧΑΜΗΛΗ | ΜΕΣΑΙΑ | ΥΨΗΛΗ |
|---|------------|------------|------------|
| CDDQ N (%) | 50 (43,1%) | 60 (51,7%) | 6 (5,2%) |
| ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ N (%) | 43-(37,1%) | 68-(58,6%) | 5 (4,3%) |
| <i>Απουσία κινήτρου</i> | 55 (47,4%) | 47 (40,5%) | 14 (12,1%) |
| <i>Αναποφασιστικότητα</i> | 52 (44,8%) | 49 (42,2%) | 15 (12,9%) |
| <i>Δυσλειτουργικές πεποιθήσεις</i> | 47 (40,5%) | 56 (48,3%) | 13 (11,2%) |
| ΑΠΟΥΣΙΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ: | 53 (45,7%) | 0 (0%) | 63 (54,3%) |
| <i>Διαδικασία Λήψης επαγγελματικής απόφασης</i> | 52 (44,8%) | 35 (30,2%) | 29 (25%) |
| <i>Τον εαυτό</i> | 57 (49,1%) | 43 (37,1%) | 16 (13,8%) |
| <i>Τα Επαγγέλματα</i> | 57 (49,1%) | 35 (30,2%) | 24 (20,7%) |
| <i>Τρόπος Λήψη περαιτέρω πληροφόρησης</i> | 57 (49,1%) | 37 (31,9%) | 22 (19%) |
| ΑΝΤΙΦΑΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ | 59 (50,9%) | 0 (0%) | 57 (49,1%) |
| <i>Εσωτερικές συγκρούσεις</i> | 54 (46,6%) | 42 (36,2%) | 20 (17,2%) |
| <i>Εξωτερικές Συγκρούσεις</i> | 84 (72,4%) | 25 (21,7%) | 7 (6%) |
| <i>Μη έγκυρες πληροφορίες</i> | 63 (54,3%) | 38 (32,8%) | 15 (12,9%) |

6.4. Συσχέτιση της αυτοαποτελεσματικότητας και των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης των ΑμεΕΚΑ.

Ο τρίτος στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να εξεταστεί η σύνδεση της αυτοαποτελεσματικότητας και των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης των ΑμεΕΚΑ. Προκειμένου να διερευνηθούν οι σχέσεις της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας με τη συνολική κλίμακα των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης και των υποκλιμάκων της, εφαρμόστηκε ανάλυση συσχέτισης.

Όσο αφορά τις συσχετίσεις, ανάμεσα στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας και της συνολικής κλίμακας δυσκολίας λήψης επαγγελματικής απόφασης ο συντελεστής συσχέτισης ($r = -0,357^{**}$) είναι χαμηλός αρνητικός και στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01. Ανάμεσα στην αυτοαποτελεσματικότητα και στις 3 υποκλίμακες της κλίμακας των δυσκολιών στην λήψης επαγγελματικής απόφασης τα αποτελέσματα παρατίθενται παρακάτω (βλ. πίνακα 8):

- Ανάμεσα στην αυτοαποτελεσματικότητα και στην υποκλίμακα *ετοιμότητα* ο συντελεστής συσχέτισης ($r = -0,297^{**}$) είναι χαμηλός αρνητικός και στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01.
- Ανάμεσα στην αυτοαποτελεσματικότητα και στην υποκλίμακα *απουσία πληροφοριών* ο συντελεστής συσχέτισης ($r = -,356^{**}$) είναι χαμηλός αρνητικός και στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01.
- Ανάμεσα στην αυτοαποτελεσματικότητα και στην υποκλίμακα *αντιφατικές πληροφορίες* ο συντελεστής συσχέτισης ($r = -0,292^{**}$) είναι χαμηλός αρνητικός και στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01.

Ανακεφαλαιώνοντας, η κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας για τα ΑμεΕΚΑ συσχετίζεται αρνητικά με την κλίμακα Δυσκολίας Λήψης Επαγγελματικής Απόφασης σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01. Γεγονός που φανερώνει πως

όσο μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα διαχείρισης της αναπηρίας τους έχουν τα ΑμεΕΚΑ τόσο λιγότερες δυσκολίες αντιμετωπίζουν ως προς την λήψη επαγγελματικής απόφασης. Το ίδιο συμβαίνει και με τις υποκλίμακες της καθώς φανερώθηκε χαμηλή αρνητική συσχέτιση στατιστικά σημαντική με τις υποκλίμακες *ετοιμότητα, απουσία πληροφοριών και αντιφατικές πληροφορίες*. Το παραπάνω εύρημα φανερώνει επίσης ότι, όσο μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα διαχείρισης της αναπηρίας τους εμφανίζουν τα ΑμεΕΚΑ τόσο λιγότερες δυσκολίες αντιμετωπίζουν σε σχέση με την ετοιμότητα τους για να εισέλθουν στην διαδικασία να λάβουν μια επαγγελματική απόφαση και τόσο λιγότερες δυσκολίες θα έχουν όταν εισέλθουν στην διαδικασία λήψης επαγγελματικής απόφασης να αντιμετωπίσουν με την έλλειψη πληροφοριών αλλά και τις αντιφατικές πληροφορίες οι οποίες θα προκύψουν.

Πίνακας 8: Συσχετίσεις με το συντελεστή του Pearson μεταξύ της κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας και της συνολικής κλίμακα των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης και των υποκλιμάκων της.

| | UWSES |
|--------------------------------|--------------|
| CDDQ_34 | -,357** |
| ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑ | -,297** |
| ΑΠΟΥΣΙΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΜΕ | -,356** |
| ΑΝΤΙΦΑΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ | -,292** |

** . Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0,01.

* . Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0,05.

6.5 Η επιρροή των δημογραφικών παραγόντων στην βαθμολογία των δυο κλιμάκων.

6.5.1. Η επιρροή των δημογραφικών παραγόντων στην αυτοαποτελεσματικότητα των ΑμεΕΚΑ.

Ο πρώτος επιμέρους στόχος από τον τέταρτο της έρευνας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών παραγόντων των ΑμεΕΚΑ στην βαθμολογία της κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας. Για να εξεταστεί ο παραπάνω στόχος εφαρμόστηκε μια σειρά από αναλύσεις διακύμανσης και ελέγχους T (ANOVA και t-tests) με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτοαποτελεσματικότητα ως προς την διαχείριση της αναπηρίας και ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το είδος της αναπηρίας, την αιτία πρόκλησης της, την κλινική εικόνα, τη διάρκεια της αναπηρίας, την επαγγελματική εμπειρία πριν την Κ.Α., την επαγγελματική επανένταξη και την παροχή Συ.Ε.Π..

Οι δημογραφικοί παράγοντες που εμφανίζονται να επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην αυτοαποτελεσματικότητα διαχείρισης της αναπηρίας είναι οι εξής (βλ. πίνακα 9):

- Από την ανάλυση διακύμανσης t-test προέκυψε η μεταβλητή φύλο να επηρεάζει την βαθμολογία της αυτοαποτελεσματικότητας με τους άνδρες να επιτυγχάνουν μεγαλύτερη βαθμολογία από τις γυναίκες καθώς οι αναλύσεις εμφάνισαν $F=0,594$, και $p=0,011$
- Από την ανάλυση διακύμανσης t-test προέκυψε ότι η επαγγελματική επανένταξη φαίνεται να επηρεάζει σε στατιστικώς σημαντικό επίπεδο την αυτοαποτελεσματικότητα των ΑμεΕΚΑ καθώς $F=0,103$ και το $p=0,000$

Πίνακας 9: Ανάλυση διακύμανσης (*One way analysis of variance- ANOVA και t-tests*) της κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας UWSES 6-σημείων με 3 δημογραφικούς παράγοντες.

| ΔΕΙΚΤΕΣ | N | M.O. | T.A | t/F | P-value |
|--------------------------|----|---------|----------|------|---------|
| ΦΥΛΟ | | | | ,594 | ,011 |
| <i>Ανδρας</i> | 64 | 52,1135 | 10,16010 | | |
| <i>Γυναίκα</i> | 52 | 47,3988 | 9,30836 | | |
| ΕΠΑΓΓ. ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ | | | | ,103 | ,000 |
| <i>Ναι</i> | 45 | 55,0276 | 9,09014 | | |
| <i>Όχι</i> | 71 | 46,8135 | 9,26276 | | |

Η ηλικία ($p=0,359$), το μορφωτικό επίπεδο ($p= 0,098$), τα είδη Κ.Α. (ΣκΠ, ΚΝΜ και ΑΛΛΟ), ($p=0,143$), οι μορφές της αναπηρίας (Ατελή/Πλήρη Τετραπληγία/Παραπληγία, ημιπληγία, άλλο) ($p = 0,078$), οι αιτίες τραυματισμού (πτώση, τροχαίο ατύχημα, εργατικό ατύχημα, ασθένεια και άλλο) ($p = 0,490$), η διάρκεια της αναπηρίας ($p=0,128$), η προηγούμενη της Κ.Α. επαγγελματική εμπειρία ($p=0,250$) και η παροχή ή όχι ΣυΕΠ ($p=0,204$) είναι παράγοντες οι οποίοι δεν επηρεάζουν την βαθμολογία της κλίμακας της αυτοαποτελεσματικότητας καθώς προέκυψε $p>0,05$.

6.5.2. Επιρροή των δημογραφικών παραγόντων στις Δυσκολίες Λήψης Επαγγελματικής Απόφαση των ΑμεΕΚΑ.

Ο δεύτερος επιμέρους στόχος από τον τέταρτο της έρευνας ήταν η διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών παραγόντων των ΑμεΕΚΑ στην βαθμολογία της κλίμακας των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης. Για να εξεταστεί ο παραπάνω στόχος εφαρμόστηκε μια σειρά από αναλύσεις διακύμανσης (ANOVA και t-tests) με εξαρτημένη μεταβλητή την συνολική κλίμακα των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης και ανεξάρτητες το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το είδος της αναπηρίας, την αιτία πρόκλησης της, τις μορφές της, την διάρκεια της αναπηρίας, την επαγγελματική εμπειρία πριν την Κ.Α., την επαγγελματική επανένταξη και την παροχή ή

όχι Συ.Ε.Π. Όπου ήταν αναγκαίο να γίνουν πολλαπλές συγκρίσεις, χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο πολλαπλών συγκρίσεων post hoc του Tukey HSD.

Οι δημογραφικοί παράγοντες που εμφανίζονται να επιδρούν στατιστικά σημαντικά στην βαθμολογία των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης είναι οι εξής (βλ. πίνακα 10):

- Από την ανάλυση διακύμανσης ANOVA για τη μεταβλητή ηλικία φάνηκε να επιδρά στατιστικά σημαντικά στην βαθμολογία της κλίμακας των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης. Προκειμένου να εξεταστεί η επίδραση της ηλικίας έγιναν τρεις ομαδοποιήσεις: στην πρώτη εντάχθηκαν τα άτομα από 19-34 ετών, στη δεύτερη τα άτομα από 35-50 ετών και στην τρίτη οι άνω των 51 ετών. Σύμφωνα με τις αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν φάνηκε πως οι ηλικιακές ομάδες συμπεριφέρονται διαφορετικά στην κλίμακα των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό καθώς προέκυψε $F=4,450$ και $p=0,014$.

Αναφορικά με το δημογραφικό παράγοντα της ηλικίας, φανερώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην βαθμολογία της κλίμακας των δυσκολιών λήψης επαγγελματικής απόφασης (βλ. πίνακα 11). Αναλυτικά:

- Ηλικιακή ομάδα 19-34 - Ηλικιακή ομάδα 35-50: $p = 0,010$ δηλαδή $p < 0,05$ άρα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά
- Ηλικιακή ομάδα 19-34 - Ηλικιακή ομάδα ≥ 51 : $p = 0,402$ δηλαδή $p > 0,05$ άρα δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά
- Ηλικιακή ομάδα 35-50- Ηλικιακή ομάδα ≥ 51 : $p = 0,302$ δηλαδή $p > 0,05$ άρα δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά

Οπότε, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην βαθμολογία της κλίμακας των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης ανάμεσα στις τρεις ηλικιακές ομάδες

και οφείλεται στη διαφορά που έχουν τα επίπεδα των νεαρών ενήλικων ατόμων, ηλικιακή ομάδα A:19-34ετών, (M.O.=4,2740, T.A.= 1,46960) από τους μεγαλύτερους ενήλικες, ηλικιακή ομάδα B:35-50ετών (M.O.= 3,2366, T.A.= 1,56417) με τους δευτέρους να σημειώνουν βαθμολογίες των οποίων ο M.O. βρίσκεται στο εύρος των τιμών που κατατάσσουν την βαθμολογία ως χαμηλή, ενώ ο M.O. των πρώτων βρίσκεται στο εύρος των τιμών που ταξινομούν την βαθμολογία ως μετρίου βαθμού δυσκολία ως προς την λήψη επαγγελματικής απόφασης.

- Από την ανάλυση διακύμανσης t-test προέκυψε ότι η επαγγελματική εμπειρία που προηγήθηκε της Κ.Α. φάνηκε να επηρεάζει τον βαθμό της κλίμακας των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης εφόσον προέκυψε $F=0,750$ $p=0,044$. Αυτοί που είχαν επαγγελματική εμπειρία σε κάποιου είδους εργασία σημείωσαν M.O.=3,5136 με T.A.=1,55501 ενώ αυτοί που δεν είχαν εμφάνισαν μεγαλύτερο M.O.=4,1633 με T.A.=1,73621.
- Από την ανάλυση διακύμανσης t-test προέκυψε ότι η επαγγελματική επανένταξη φαίνεται να επηρεάζει σε στατιστικώς σημαντικό επίπεδο την κλίμακα των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης των ΑμεΕΚΑ καθώς προέκυψε $F=0,038$ και το $p=0,000$. Αυτοί που επαν/εντάχθηκαν σε κάποιου είδους εργασία σημείωσαν M.O.= 2,6641 με T.A.= 1,39817 (μικρή δυσκολία) ενώ οι άνεργοι εμφανίζουν μεγαλύτερο M.O.=4,3998 με T.A.=1,41179 (μεσαία δυσκολία).

Πίνακας 10: Ανάλυση διακύμανσης (One way analysis of variance- ANOVA και t-test)

της κλίμακας Δυσκολιών στην Λήψη Επαγγελματικής Απόφασης (CDDQ) με 4

δημογραφικούς παράγοντες.

| ΔΕΙΚΤΕΣ | N | M.O. | T.A | t/F | P-value |
|----------------------------------|----|--------|---------|-------|---------|
| ΗΛΙΚΙΑ | | | | 4,450 | ,014 |
| 19-34 | 38 | 4,2740 | 1,46960 | | |
| 34-50 | 45 | 3,2366 | 1,56417 | | |
| ≥ 51 | 32 | 3,7803 | 1,75957 | | |
| ΕΠΑΓΓ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΠΡΙΝ Κ.Α. | | | | ,750 | ,044 |
| Ναι | 78 | 3,5136 | 1,55501 | | |
| Όχι | 38 | 4,1633 | 1,73621 | | |
| ΕΠΑΓΓ. ΕΠΑΝΕΝΤΑΞΗ | | | | ,038 | ,000 |
| Ναι | 45 | 2,6641 | 1,39817 | | |
| Όχι | 71 | 4,3998 | 1,41179 | | |

Πίνακας 11: Μέθοδος Post Hoc για την εύρεση στατιστικά σημαντικής διαφοράς ανάμεσα

στις Δυσκολίες λήψης Επαγγελματικής απόφασης και τη μεταβλητή Ηλικία.

| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΕΤΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ/ΑΣΘΕΝΕΙΑ Α | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΕΤΑ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ/ΑΣΘΕΝΕΙΑ Β | Std. Error | Sig. |
|--|--|------------|-------|
| Ηλικιακή ομάδα 19-34 | Ηλικιακή ομάδα 35-50 | ,34874 | ,010* |
| | Ηλικιακή ομάδα ≥51 | ,38170 | ,402 |
| Ηλικιακή ομάδα 35-50 | Ηλικιακή ομάδα ≥51 | ,36621 | ,302 |

*. Η μέση διαφορά είναι σημαντική στο επίπεδο 0,05

Το φύλο (F=3,836, p=0,344), το μορφωτικό επίπεδο (F=1,756, p= 0,115), τα είδη Κ.Α. (ΣκΠ, ΚΝΜ και ΑΛΛΟ), (F=0,417, p = 0,660), οι διάφορες μορφές της αναπηρίας (Ατελή/Πλήρη Τετραπληγία/Παραπληγία, ημιπληγία, άλλο) (F=2,236, p = 0,056), οι αιτίες τραυματισμού (πτώση, τροχαίο ατύχημα, εργατικό ατύχημα, ασθένεια και άλλο) (F=1,383, p =0,244), η διάρκεια της αναπηρίας (F=1,461, p=0,236) και η παροχή ή όχι ΣυΕΠ (F=0,061, p=0,428) είναι παράγοντες οι οποίοι δεν επηρεάζουν την βαθμολογία της κλίμακας της αυτοαποτελεσματικότητας καθώς προέκυψε p>0,05.

Κεφάλαιο 7^ο

7. Συζήτηση

7.1. Ερευνητικό ερώτημα 1^ο: Αυτοαποτελεσματικότητα των ΑμεΕΚΑ

Ως πρώτος στόχος της παρούσας ερευνάς ήταν η διερεύνηση του βαθμού της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας των ΑμεΕΚΑ. Συνήθως τα άτομα τα οποία παρουσιάζουν απώλεια της σωματικής τους λειτουργίας μπορεί να επηρεαστεί η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας η οποία σχετίζεται με την διαχείριση της αναπηρίας τους (Horn et al., 1998; Miller, 2009; Zhu et al., 2019), παρόλα αυτά έχουν τη δυνατότητα προσαρμογής στην ασθένεια (Bogard, 2014), οπότε δεν θα παρουσιάσουν μικρού βαθμού αυτοαποτελεσματικότητα, αλλά θα αξιολογήσουν την αυτοαποτελεσματικότητα διαχείρισης της αναπηρίας τους γενικά θετικά. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης των δεδομένων αυτής της έρευνας επιβεβαιώνουν τα παραπάνω ευρήματα καθώς οι βαθμολογίες που προέκυψαν ήταν οι αναμενόμενες, δηλαδή οι τιμές που σημείωσαν οι συμμετέχοντες δεν πλησίασαν τις κατώτατες τιμές της κλίμακας και δεν υπήρξε κανένας συμμετέχων ο οποίος να σημείωσε την χαμηλότερη βαθμολογία. Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας μπορούμε να πούμε ότι τα ΑμεΕΚΑ βαθμολογήσαν την ικανότητα διαχείρισης της αναπηρίας τους από μέτρια ως θετικά.

Παρόμοια αποτελέσματα σημείωσαν και οι συμμετέχοντες οι οποίοι έλαβαν μέρος στην έρευνα των Amtmann και συν., (2012) και Cijssouw και συν., (2017), των οποίων τα ευρήματα δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες στις δικές τους έρευνες αξιολόγησαν επίσης την ικανότητα διαχείρισης της αναπηρίας τους (UWSES 6-σημείων) από μέτρια ως υψηλά. Επιπλέον και στην έρευνα των Barlow και συν., (2002) οι οποίοι ανέπτυξαν το δικό τους εργαλείο για την εξέταση της αυτοαποτελεσματικότητας ως προς την εύρεση εργασίας

(job-seeking self-efficacy scale, JSS) σε άτομα με κινητικές αναπηρίες, τα αποτελέσματα που προέκυψαν έδειξαν πως οι ερωτώμενοι εμφάνισαν βαθμολογίες άνω του μετρίου στις υπό διερεύνηση κλίμακες αυτοαποτελεσματικότητας (διαχείρισης αναπηρίας, γενικής και ευρέσεως εργασίας). Η Wassem (1992) εξετάζοντας την αυτοαποτελεσματικότητα προσαρμογής της συμπεριφοράς (Self-efficacy for Adjustment Behavior Scale, SEAB) στην ΣκΠ επίσης διαπίστωσε πως δεν υπήρχαν συμμετέχοντες οι οποίοι να σημείωσαν την κατώτατη βαθμολογία.

Από όλα τα παραπάνω διαπιστώνεται πως η αυτοαποτελεσματικότητα είναι ένας προσωπικός παράγοντας ο οποίος μπορεί να επηρεαστεί από μία χρόνια ασθένεια (Horn et al., 1998; Miller, 2009; Zhu et al., 2019), παρόλα αυτά όλοι οι άνθρωποι έχουν την ικανότητα προσαρμογής η οποία τους βοηθά να αποδέχονται και να ανταπεξέρχονται σε νέες προκλήσεις (Bogard, 2014; Pakenham et al., 1997; Rigby et al., 2003). Αν σκεφτούμε την ασθένεια ως μία πρόκληση και όχι ως ένα καταστροφολογικό γεγονός θα μπορούσαμε να προσαρμοστούμε σε αυτήν και με το πέρασ του χρόνου να θέτουμε στόχους προς επίτευξη. Ένας από τους επιδιωκόμενους στόχους μπορεί να είναι και η επαγγελματική επανένταξη.

Επιπλέον ένας διαφορούμενος παράγοντας ο οποίος ίσως να επηρεάζει την βαθμολογία της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας να είναι και η διάρκεια της. Ενώ στην παρούσα έρευνα δεν φάνηκε να επιδρά στατιστικά σημαντικά στην κλίμακα της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας η διάρκειά της, αποδεικνύεται άλλωστε και ερευνητικά από τις έρευνες των Cijssouw και συν., (2017), των Post, Adriaansen και Peter, (2018) και των Chung και συν., (2016), ωστόσο, υπάρχουν και έρευνες οι οποίες ισχυρίζονται το αντίθετο Amntmann και συν., (2012) και Van Diemen και συν., (2020) ότι δηλαδή η διάρκεια της αναπηρίας επιδρά στην κλίμακα της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας σε σημαντικό βαθμό. Ίσως έμμεσα

να οφείλεται η επιρροή της, καθώς με το πέρασ του χρόνου, οι άνθρωποι αναπτύσσουν τους δικούς τους μηχανισμούς για την αντιμετώπιση, την προσαρμογή και την αποδοχή της αναπηρίας (Bogard, 2014). Εξάλλου όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Linnneh & Antonak (2005) η αναπηρία είναι σαν ένας μικρός θάνατος, το κάθε άτομο πρέπει να αναπτύξει τους δικούς του τρόπους για να ξεπεράσει τα στάδια του 'πένθους' (σοκ, άρνηση, κατάθλιψη, θυμό και αποδοχή) που βιώνει λόγω απώλειας της κινητικής τους αρτιμέλειας, ώστε να κατορθώσει να αποδεχτεί την αναπηρία του και μάθει να ζει με αυτήν.

Σε αυτό το σημείο να τονίσουμε πως οι Amtmann και οι συνεργάτες της (2012) στην ανάπτυξη της παρούσας κλίμακας επεσήμαναν πως η κλίμακα δεν είναι πολύ ακριβής στη μέτρηση ατόμων με υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα και επομένως χρήζει προσθήκης στοιχείων που μπορούν να μετρήσουν σε ικανοποιητικό βαθμό τα υψηλά επίπεδα αυτής. Οι ερευνητές ενδιαφέρονταν κυρίως για την εύρεση ατόμων με χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα ώστε να αναπτύξουν παρεμβάσεις για την βελτίωση της (Amtmann και συν., 2012).

7.2. Ερευνητικό ερώτημα 2^ο: Δυσκολίες Λήψης Επαγγελματικής Απόφασης των ΑμεΕΚΑ.

Ο δεύτερος στόχος σχετίζεται με την βαθμολογία των Δυσκολιών Λήψης Επαγγελματικής Απόφασης. Στην παρούσα μελέτη προέκυψαν μεσαίες βαθμολογίες από τους ερωτώμενους γεγονός το οποίο δεν επαληθεύει την ερευνητική μας, καθώς αναμέναμε υψηλές βαθμολογίες στην κλίμακα είτε γιατί δεν έχουν εισέλθει ακόμα στη διαδικασία λήψης επαγγελματικής απόφασης, είτε γιατί στη συγκεκριμένη διαδικασία συναντούν πολλά εσωτερικά και εξωτερικά εμπόδια, τα οποία αποτελούν τροχοπέδη για την λήψη μιας τέτοιας απόφασης. Με την ευρέως αυξανόμενη παγκόσμια πολιτική για την

επαγγελματική ενσωμάτωση των ΑμεΑ, πλήθος ερευνών διεξήχθησαν για την επαγγελματική επανένταξη διερευνώντας τους παράγοντες που την επηρεάζουν π.χ. αυτοαποτελεσματικότητα, σοβαρότητα αναπηρίας, (Zhu et al., 2019) τους παράγοντες που επηρεάζει π.χ. ποιότητα ζωής και οικονομική αυτάρκεια (Anderson, Dumont, Azzaria, Bourdais & Miles, 2007; Wik & Tøssebro, 2014) και τα εμπόδια που συναντούν τα ΑμεΑ είτε είναι εξωτερική φύσεως π.χ. προσβασιμότητα (Hills & Cullen, 2007), είτε είναι εσωτερικής π.χ. συχνή ιατρική περίθαλψη (Wilson-Covacs et al., 2008). Τα αποτελέσματα δείχνουν πως το ποσοστό των ΑμεΑ που επανεντάσσεται σε κάποιου είδους αμειβόμενη απασχόληση είναι πολυπαραγοντικό και κυμαίνεται από 13-69% με μεγαλύτερα ποσοστά να εντοπίζονται στην γεωγραφική περιοχή της Ευρώπης (Young & Murphy, 2009). Ουσιαστικά αναμέναμε ένα μεγάλο ποσοστό (αυτό των ανέργων της παρούσας έρευνας) να εμφανίσει υψηλή βαθμολογία αντ' αυτού φανερώθηκε πως ο μέσος όρος των ερωτηθέντων βρίσκεται στο εύρος των τιμών που θεωρούνται ως μεσαία δυσκολία, πλησιάζοντας το κατώτατο όριο αυτής. Αυτό εμπεριέχει πολλές εξηγήσεις.

Ίσως το γεγονός πως στην Ελληνική κουλτούρα η οικογένεια αλλά και οι σημαντικοί άλλοι, είτε είναι συγγενείς είτε στενοί φίλοι, να επηρεάζουν τα ΑμεΑ, παρόλο που τους παρέχουν προστασία και ψυχολογική υποστήριξη (Papavassiliou-Alexiou & Fotiadou, 2019), μπορεί ορισμένες φορές η υπερπροστατευτικότητά τους να ασκήσει αρνητικό αντίκτυπο στην επαγγελματική τους επανένταξη. Σε αυτήν την μελέτη στην διάσταση *εξωτερικές συγκρούσεις της υποκλίμακας αντιφατικές πληροφορίες* ένα μεγάλο ποσοστό σημείωσε μικρή βαθμολογία γεγονός που επιβεβαιώνει τα παραπάνω, ότι τα ΑμεΕΚΑ δεν αναφέρουν συγκρούσεις με τα άτομα που τα θεωρούν σημαντικά γι' αυτούς.

Μια επιπλέον εξήγηση στα αποτελέσματα για την επικρατέστερη μεσαία βαθμολογία προέρχεται από το γεγονός ότι συμβουλευμένα τα ΑμεΑ από το οικείο περιβάλλον τους δεν επιζητούν την βοήθεια, η οποία θα τους δοθεί, πιο στοχευμένα από

κάποιον ειδικό σε θέματα σταδιοδρομίας, (Papavassiliou-Alexiou & Fotiadou, 2019) αυτό αποτυπώνεται και στα αποτελέσματα από το μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων οι οποίοι απάντησαν πως δέχθηκαν υπηρεσίες ΣυΕΠ. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι πληροφορίες που συλλέγουν από τους ‘μη ειδικούς’ σε θέματα σταδιοδρομίας, να μην είναι πρόσφορες για την επίλυση των εμποδίων που αντιμετωπίζουν με αποτέλεσμα η διαδικασία της επαγγελματικής επανένταξης να φτάνει στις περισσότερες των περιπτώσεων σε αδιέξοδες επιλογές. Πολύ χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Ottomaneli και συν., (2017), κυρίως η έγκαιρη επαγγελματική συμβουλευτική στοχεύει σε αυτήν και επιζητεί λύσεις στα αναδυόμενα προβλήματα όλων των τομέων (εκπαιδευτικό, ψυχολογικό κ.α) ώστε να ξεπεραστούν και να εκπληρωθεί ο πολυπόθητος επαγγελματικός στόχος.

Επιπλέον η μεσαία βαθμολογία στις δυσκολίες λήψης επαγγελματικής απόφασης ενδέχεται να ευθύνεται στην εσκεμμένη απόφαση των ΑμεΕΚΑ να μην εργαστούν. Το παραπάνω μπορεί να αποδοθεί ως εξής: υπάρχει ένα ποσοστό της τάξεως του 16,4% στην Ευρώπη των νέων 20-34 ετών οι οποίοι ανήκουν στην ομάδα των NEET’s, οι οποίοι βρίσκονται εκτός αγοράς εργασίας, εκπαίδευσης ή κατάρτισης είναι δηλαδή “απόντες” από κάθε μείζονα θεσμική μέριμνα του Κοινωνικού Κράτους και μέσα στους νέους που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να περιέλθουν σε κατάσταση NEET, βρίσκονται και τα άτομα με αναπηρία. Οι νέοι NEET’s εναποθέτουν την ολοκληρωτική ευθύνη στο ελληνικό κράτος και στην ανεπάρκεια του ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος να εκπληρώσει μια από τις θεμελιώδεις λειτουργίες του, δηλαδή να εξοπλίσουν το άτομο με εμπειρία και δεξιότητες που απαιτούνται για να εισέλθουν στην εργασία, και επιπλέον θεωρούν πως δεν προσφέρει καθοδήγηση για τη μελλοντική επαγγελματική ζωή. Συν τοις άλλοις, εισέτι μία φορά η ελληνική οικογένεια έχει έναν κομβικό ρόλο στην ζωή τους. Συνήθως ενεργεί ως ένα προστατευτικό και υποστηρικτικό περιβάλλον για αυτούς με αποτέλεσμα να βρίσκονται σε μια καλύτερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση σε σύγκριση με τα NEET’s

άλλων κρατών μελών της ΕΕ, καθώς ζουν με την οικογένειά τους και αποτρέπεται σε κάποιο βαθμό ο κοινωνικός τους αποκλεισμός και το να περιέλθουν σε καταστάσεις ακραίας φτώχειας, οπότε η ανάγκη τους για εργασία να μην χρίζεται ως επιτακτική (Drakaki, Papadakis, Kyridis, & Papargyris, 2014; Eurostat, 2020; Mascherini, Salvatore, Meierkord, & Jungblut, 2012) .

Ακόμα μια εξήγηση που μπορεί να δοθεί για να ερμηνεύσει τα χαμηλά ποσοστά που προέκυψαν στις δυσκολίες λήψης επαγγελματικής απόφασης είναι οι παροχές που δικαιούνται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Τα άτομα των οποίων η αναπηρία ξεπερνά ένα συγκεκριμένο ποσοστό δικαιούνται να τους χορηγηθεί αναπηρική σύνταξη από τον εκάστοτε ασφαλιστικό φορέα. Προϋπόθεση για την συνταξιοδότηση, πέρα από το ποσοστό αναπηρίας, σε ορισμένες περιπτώσεις είναι και η βεβαίωση ανεργίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα Αμεα να επιλέξουν ως λύση την συνταξιοδότηση παρά την εργασία (Chruzander et al., 2016; Karampampa et al., 2020; Leiulfstrud, Ruoranen, Ostermann, & Reinhardt, 2016; Tinghog et al., 2013). Σε αυτό το σημείο να τονίσουμε την πολυπαραγοντικότητα του θέματος, καθώς η οικονομική κρίση η οποία ταλανίζει την Ελλάδα την τελευταία δεκαετία, τα αυξανόμενα ποσοστά ανεργίας του γενικού πληθυσμού, αλλά και ο χαμηλός κατώτατος μισθός, είναι περισσότερο από ποτέ αποτρεπτικοί παράγοντες για την είσοδο των ΑμεΑ στον στίβο εργασίας, με αποτέλεσμα να καταλήξουν στην σίγουρη λύση της συνταξιοδότησης. Αυτό συνεπάγεται ως επαγγελματική αδιαφορία η οποία ενδεχομένως να ευθύνεται για τις μεσαίες βαθμολογίες που προέκυψαν στις δυσκολίες λήψης επαγγελματικής απόφασης (Levi, Hultling, & Seiger, 1996).

Ένας επιπλέον παράγοντας είναι τα εμπόδια εξωτερικής φύσεως που συναντούν τα ΑμεΑ π.χ. προσβασιμότητα κτηρίων, Μέσων Μαζικής Μεταφοράς κ.α. (Hills & Cullen, 2007). Όσον αφορά τα εξωτερικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν γενικά τα ΑμεΑ αλλά και

πολύ ειδικότερα τα ΑμεΕΚΑ, ίσως θα έπρεπε να επιρρίψουμε την ευθύνη στην αστοχία του ελληνικού συστήματος, καθώς δεν φαίνεται να υπάρχει μέριμνα γι'αυτά τα άτομα. Παρόλο που το ελληνικό κράτος είναι ένα από αυτά που έχει προσυπογράψει για την Διεθνή στατιστική ταξινόμηση νόσων και συναφών προβλημάτων υγείας (ICF) η οποία αντιλαμβάνεται την νόσο και την αναπηρία με ολιστικό τρόπο, καθώς δεν λαμβάνει υπόψιν μόνο την προσωπική-λειτουργική μειονεξία του ατόμου αλλά και όλους τους παράγοντες πλαισίου, ώστε να μπορούν τα ΑμεΑ να είναι ισότιμοι πολίτες με τα άτομα χωρίς αναπηρία, κάθε κοινωνίας, απολαμβάνοντας όλα τα δικαιώματα, τα προνόμια και τις παροχές που δικαιούνται και να μπορούν να ανταπεξέλθουν στους κοινωνικούς τους ρόλους (WHO, 2007). Παρόλα αυτά, το περιβάλλον και η προσβασιμότητα στους δημόσιους χώρους στις περισσότερες των περιπτώσεων δεν έχουν τις κατάλληλες υποδομές ώστε να είναι φιλικά και προσβάσιμα για τα ΑμεΑ, με αποτέλεσμα το κράτος να επιμένει (από την μεριά του) ακόμα στην διατήρηση ενός κακώς κατασκευασμένου ιατρικού μοντέλου προσέγγισης της αναπηρίας το οποίο επιρρίπτει την ευθύνη στο ίδιο το άτομο το οποίο φέρει την αναπηρία καθιστώντας το ανίκανο να ανταπεξέλθει στους καθημερινούς κοινωνικούς του ρόλους λόγω του δικού του προσωπικού λειτουργικού ελλείματος το οποίο του δυσχεραίνει ή ακόμα και απαγορεύει την πρόσβαση (Barnes 2011; Barnes & Mercer, 2005a, 2005b; Woods & Thomas, 2003).

Τέλος, αξίζει να αναφερθούμε και σ' έναν επιπλέον αποτρεπτικό παράγοντα, στον οποίο συχνά οφείλεται η αρνητική διάθεση και η επαγγελματική αναποφασιστικότητα, που είναι τα εμπόδια εσωτερικής φύσεως όπως η συχνή ιατρική περίθαλψη (Wilson-Covacs et al., 2008) και τα συμπτώματα που προκαλεί η εκάστοτε αναπηρία (πόνος, διαταραχές ουροδόχου κύστης/εντέρου, διαταραχή αυτόνομων αντανακλαστικών κ.α.) στα ΑμεΕΚΑ με αποτέλεσμα να μην μπορούν ή να μην έχουν την διάθεση να εισέλθουν στον επαγγελματικό στίβο (Smith & Arnette, 2005).

7.3. Ερευνητικό Ερώτημα 3^ο: Συσχέτιση αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας και των δυσκολιών στη λήψη επαγγελματικής απόφασης των ΑμεΕΚΑ

Ο τρίτος στόχος της παρούσας εργασίας ήταν να εξεταστεί η σύνδεση της αυτοαποτελεσματικότητας με ολόκληρη αλλά και τις τρεις διαστάσεις των δυσκολιών στη λήψη επαγγελματικής απόφασης. Η υπόθεση ήταν ότι θα υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοαποτελεσματικότητα διαχείρισης της αναπηρίας των ΑμεΕΚΑ και τις δυσκολίες λήψης επαγγελματικής απόφασης τόσο στο σύνολό τους όσο και στις τρεις υποκλίμακες τους. Αναμενόταν δηλαδή ότι όσο μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητά εμφανίζουν τα ΑμεΕΚΑ στην διαχείριση θεμάτων που προκύπτουν και σχετίζονται με την αναπηρία τους, τόσο θα μειώνονται οι δυσκολίες που προκύπτουν πριν εισέλθουν στην διαδικασία λήψης επαγγελματικής απόφασης αλλά και κατά τη διάρκεια αυτής.

Οι αναλύσεις των δεδομένων της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η αυτοαποτελεσματικότητα διαχείρισης της αναπηρίας επιδρά και στη συνολική κλίμακα των δυσκολιών λήψης επαγγελματικής απόφασης, και στις τρεις υποκλίμακες στις οποίες υποδιαιρείται δηλαδή την *ετοιμότητα*, τις *αντιφατικές πληροφορίες* και την *έλλειψη πληροφοριών*. Βρέθηκε ότι οι πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας που σχετίζονται με την αναπηρία εμφανίζουν χαμηλή αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση όσο με το σύνολο, όσο και με τις υποδιαστάσεις των δυσκολιών λήψης επαγγελματικής απόφασης. Δηλαδή, αν το ΑμεΕΚΑ αισθάνεται ότι μπορεί να ανταπεξέλθει και να διαχειριστεί θέματα που αφορούν την αναπηρία του στην καθημερινότητα, θα μπορέσει να επιδιώξει την επαγγελματική του αποκατάσταση, επιλύοντας ευκολότερα τις δυσκολίες που θα προκύψουν είτε πριν εισέλθουν στην διαδικασία να επιλέξουν επάγγελμα και αφορούν την ετοιμότητά τους, όπως η έλλειψη κινήτρου, η επαγγελματική αναποφασιστικότητα και οι δυσλειτουργικές πεποιθήσεις, είτε να διαχειριστούν προβλήματα τα οποία προκύπτουν

κατά τη διάρκεια λήψης επαγγελματικής απόφασης και σχετίζονται με την έλλειψη πληροφοριών αναφορικά με τον εαυτό τους, τα διάφορα επαγγέλματα, τον τρόπο λήψης περαιτέρω πληροφόρησης και την ίδια την διαδικασία λήψης επαγγελματικής απόφασης, όπως επίσης και τις αντιφατικές πληροφορίες οι οποίες προκύπτουν και σχετίζονται με τις εσωτερικές συγκρούσεις, με τις εξωτερικές συγκρούσεις (τους οικείους τους) αλλά και τις μη έγκυρες πληροφορίες.

Στα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας εξετάστηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson και βρέθηκε μια χαμηλή αρνητική συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0.01, οπότε όσο μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα εμφανίζει ένα άτομο τόσο λιγότερες δυσκολίες αντιμετωπίζει ή τόσο ευκολότερα τις ξεπερνά (Bandura, 1993;1994;1997), είναι κατά μία έννοια αντιστρόφως ανάλογα τα δεδομένα αυτά. Η αρχική υπόθεση, λοιπόν, στηρίζεται σε αυτήν την θεωρία και τα δεδομένα της παρούσας έρευνας συμπίπτουν με αυτά προγενέστερων ερευνών. Στην έρευνα των Bullock-Yowell et al., (2014) οι οποίοι εκτός των άλλων εξέτασαν και την συσχέτιση μεταξύ της αυτοαποτελεσματικότητας (σταδιοδρομίας) με τις δυσκολίες λήψης επαγγελματικής απόφασης βρήκαν επίσης χαμηλή αρνητική συσχέτιση στατιστικά σημαντική τόσο με το σύνολο της κλίμακας όσο και με τις υποδιαστάσεις της. Επιπλέον και άλλες έρευνες οι οποίες εξέταζαν την αυτοαποτελεσματικότητα (σταδιοδρομίας) με τις Δυσκολίες Λήψης Επαγγελματικής Απόφασης βρήκαν επίσης αρνητική συσχέτιση στατιστικά σημαντική όσος στο σύνολό της τόσο και στις υποδιαστάσεις της (Gati et al., 2013; Rossier et al., 2021). Δεδομένου ότι η αυτοαποτελεσματικότητα (λήψης επαγγελματικής απόφασης, εύρεσης εργασίας και γενική) συσχετίζεται αρνητικά με την επαγγελματική αναποφασιστικότητα (Creed, Patton & Bartrum 2004; Creed, Patton, & Prideaux, 2006), μπορούμε να διαπιστώσουμε πως τα επίπεδα της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας των ΑμεΕΚΑ του δείγματος της παρούσας έρευνας μπορούν να συνδεθούν με την διαπίστωση ότι το

ποσοστό των ατόμων που επανεπεντάχθηκαν σε κάποιο επάγγελμά δεν θα εμφανίσουν χαμηλά επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας γιατί η απόκτηση μιας θέσεως εργασίας σημαίνει πως τα ΑμεΕΚΑ κατάφεραν να διαχειριστούν την ασθένεια τους σε ικανοποιητικό βαθμό και επιδίωξαν έναν επαγγελματικό στόχο τον οποίο ολοκλήρωσαν. Τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά καθώς έρευνες έχουν τεκμηριώσει ότι όση μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα εμφανίζει ένα άτομο (είτε είναι γενική είτε εύρεσης εργασίας) τόσο μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα θα εμφανίσει στην εργασία (Stajkovic & Luthans, 1998), και τόσο μεγαλύτερη σταθερότητα θα εμφανίσει στην λήψη επαγγελματικής απόφασης (Gianakos, 1999).

7.4. Ερευνητικό ερώτημα 4^ο: Δημογραφικοί παράγοντες

Ο τέταρτος στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης των δημογραφικών παραγόντων στην αυτοαποτελεσματικότητα διαχείρισης της αναπηρίας και στις δυσκολίες λήψης επαγγελματικής απόφασης. Από τα αποτελέσματα των σχετικών αναλύσεων προκύπτουν πολύ ενδιαφέροντα στοιχεία.

Αρχικά λαμβάνοντας υπόψιν την κλίμακα της αυτοαποτελεσματικότητας για άτομα με κινητικές αναπηρίες διαπιστώθηκε ότι υπήρξαν κάποιοι δημογραφικοί παράγοντες των οποίων οι υποομάδες δεν φάνηκε να συμπεριφέρονται το ίδιο ως προς την βαθμολογία της κλίμακας παρουσιάζοντας στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους. Το φύλο των ερωτηθέντων (Bullock-Yowell et al., 2014; Soysa & Wilcomb, 2015) και η επαγγελματική επανένταξη ($t = 4,341$ με $p = 0,000$, $p < 0,005$) φάνηκε να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά στην βαθμολογία της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας (Amtmann et al., 2012; Van Diemen et al., 2020) παράγοντες οι οποίοι αποδεικνύονται και από την διεθνή αρθρογραφία ότι επηρεάζουν την κλίμακα της αυτοαποτελεσματικότητας.

Αντιθέτως υπήρξαν και κάποιοι δημογραφικοί παράγοντες οι οποίοι δεν παρουσιάζουν κάποια διαφορά στην κλίμακα της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας στα ΑμεΕΚΑ. Στην παρούσα μελέτη προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα: το εργαλείο UW-SES 6 σημείων λειτουργεί παρόμοια και στους τρεις πληθυσμούς, στα άτομα με ΚΝΜ, με ΣκΠ και στα άτομα με άλλες κινητικές αναπηρίες (Amtmann και συν. 2012; Chung et al., 2016; Post et al., 2017), η ηλικία των συμμετεχόντων δεν φάνηκε να επηρεάζει την κλίμακα της αυτοαποτελεσματικότητας, παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν στις μελέτες των Amtmann και συν. (2012), των Cijssouw και συν. (2020) και των Post και συν., (2017). Βέβαια και η μελέτη των Barlow και συν., (2002), που χρησιμοποίησαν διαφορετική κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας (εύρεσης εργασίας) σε άτομα με διαφορετική κινητική αναπηρία επίσης διαπίστωσαν πως η ηλικία, δεν φάνηκε να επηρεάζει την κλίμακα της συγκεκριμένης αυτοαποτελεσματικότητας. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο (Post et al., 2017), την αιτιολογία αναπηρίας αν είναι τραυματική, ασθενική ή άλλης φύσεως, και την κλινική εικόνα, αν είναι ατελή/πλήρη παραπληγία/τετραπληγία ή ημιπληγία δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα της κλίμακας UWSES 6- σημείων το οποίο επιβεβαιώνεται από τις έρευνες των Cijssouw και συν., (2020) και Middleton, Tate & Geraghty, (2003).

Εξετάζοντας την επόμενη κλίμακα, αυτή των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης διαπιστώθηκε πως η επαγγελματική επανένταξη των συμμετεχόντων και η ηλικία είναι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την βαθμολογία της κλίμακας των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης. Αναμενόμενο είναι για την επαγγελματική επανένταξη να ασκεί διαφορετική επιρροή στην κλίμακα, καθώς τα άτομα τα οποία έχουν εισέλθει στον επαγγελματικό στίβο, έχουν ξεπεράσει τα διάφορα εμπόδια που τους ταλάνιζαν και πλέον κατέχουν μία έμμισθη θέση εργασίας σε αντίθεση

με αυτούς οι οποίοι δεν κατόρθωσαν ακόμα να επιτύχουν σε αυτόν τον τομέα. Συν τοις άλλοις, η ηλικία ενός ατόμου διαδραματίζει σημαντικό ρόλο καθώς τα νεαρά άτομα είναι μεν πιο ικανά να ξεπεράσουν δυσκολίες οι οποίες οφείλονται στην έλλειψη πληροφόρησης αλλά δεν έχουν ανεπτυγμένη την ικανότητα της επαγγελματικής ωριμότητας που εμφανίζουν τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Η επαγγελματική ωριμότητά αυξάνεται από την επαγγελματική εμπειρία των παρελθόντων ετών και έχει ως αποτέλεσμα την εμπειριστατωμένη γνώση της διαδικασίας που πρέπει να ακολουθηθεί για την επίτευξη του τελικού τους στόχου που είναι η εύρεση εργασίας (Creed & Patton, 2003; Creed & Yin, 2006; Gati, Osipow, Krausz & Saka, 2000).

Υπήρξαν ωστόσο και ατομικοί δημογραφικοί παράγοντες οι οποίοι δεν ασκούν επιρροή στην κλίμακα των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης, όπως το φύλο (Bacanli, 2016; Leung, Hou, Gati, & Li, 2011; Levin, Braunstein-Bercovitz, Lipshits-Braziler, Gati & Rossier, 2020) και το μορφωτικό επίπεδο, οι οποίοι επιβεβαιώνονται και από τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών (Creed, & Yin, 2006) ότι δεν επηρεάζουν την κλίμακα των Δυσκολιών Λήψης Επαγγελματικής Απόφασης.

Επιπλέον και άλλοι δημογραφικοί παράγοντες δεν φαίνεται να έπαιξαν κάποιο ρόλο στην κλίμακα των δυσκολιών. Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν φάνηκε να μην επηρεάζουν την βαθμολογία της κλίμακας το είδος της αναπηρίας, η κλινική εικόνα της και η αιτίες πρόκλησης της. Σε αυτό το σημείο να επισημανθεί η ύπαρξη ενός μεγάλου κενού στην βιβλιογραφία σχετικά με τις επίκτητες κινητικές αναπηρίες και κατά πόσο επηρεάζουν την συγκεκριμένη κλίμακα. Υπάρχουν πάρα ταύτα έρευνες οι οποίες χρησιμοποιούν την κλίμακα CDDQ με την διαφορά ότι οι συμμετέχοντες είναι άτομα με νοητική αναπηρία, μαθησιακές δυσκολίες και άτομα χωρίς αναπηρία (Farrow, 2016). Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν ότι σε ορισμένες διαστάσεις της κλίμακας τα άτομα με αναπηρία και τα άτομα χωρίς αναπηρία συμπεριφέρθηκαν παρόμοια, επιπλέον οι Reid

Yates, Wong, Strauser, & Heft Sears (2017) επεσήμαναν και αυτοί πως στην ετοιμότητα για τις αποφάσεις καριέρας και οι έχοντες αναπηρία και οι μη, εμφανίζουν παρόμοια συμπεριφορά. Ακόμα ένας επιπλέον παράγοντας ο οποίος ενδεχομένως να παίζει κάποιον ρόλο στην επαγγελματική αναποφασιστικότητα είναι ο νευρωτισμός. Τα άτομα με ΣκΠ και ΚΝΜ συχνά εμφανίζουν νευρωτισμό (Roy et al., 2018; Van Leeuwen, 2014) λόγω της απώλειας της κινητικής τους αρτιμέλειας και των συμπτωμάτων που αυτές προκαλούν, και έρευνες απέδειξαν ότι ο νευρωτισμός προκαλεί αρνητικές πεποιθήσεις για επαγγελματική επανένταξη (Kelly & Shin, 2009) οπότε θεωρείται παράγοντας ο οποίος την επηρεάζει αρνητικά.

Ωστόσο αναμέναμε η κλίμακα να επηρεάζεται από τη διάρκεια της αναπηρίας καθώς έχει επισημανθεί ότι μετά το πέρας ενός εύλογου χρονικού διαστήματος μετά τον/την τραυματισμό/ασθένεια οι προσδοκίες της επαγγελματικής επανένταξης είναι προβλεπτικός παράγοντας για έμμισθη εργασία και είναι πιθανότερο να εργαστούν τα άτομα αυτά τα πρώτα 6-10 χρόνια παρά ωρρίτερα, γιατί στα αρχικά στάδια προέχει η εντατική ανάγκη για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και αποκατάσταση (Huang 2017; King, Emery, Warren & Landis, 2004; Krause & Pickelsimer, 2008; Tommasen et al., 2000) ανάγκες οι οποίες με το πέρας του χρόνου φθίνουν σε διάρκεια, παρόλα αυτά αλλά δεν φανερώθηκε κάτι παρόμοιο στα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

Όσον αφορά την ΣυΕΠ, να υπενθυμιστεί ότι στοχεύει στην επαγγελματική επανένταξη των ατόμων με αναπηρία (Frank, 2016; Pečjak, Podlesek, & Pirc, 2019; Pefile, Mothabeng & Naidoo, 2019), και στην ανάπτυξη επαγγελματικής αυτοαποτελεσματικότητας (Albert & Luzzo, 1999; Lent, Brown & Hackett, 1994; 2000). Ο Alwashmi (2019) στην έρευνα τους για την συμβουλευτική επαγγελματικού προσανατολισμού στην Σαουδική Αραβία διαπίστωσε πως ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων δεν γνώριζαν καν την ύπαρξη αυτής της υπηρεσίας και αυτοί που τους

παρασχέθηκε η συγκεκριμένη υπηρεσία ήταν μόνο 5 άτομα, ενώ μόλις ένα μικρό ποσοστό κατείχαν μία θέση εργασίας. Κάτι ανάλογο προέκυψε και στην παρούσα μελέτη με ένα μικρό ποσοστό να έχει δεχτεί υπηρεσίες συμβουλευτικής επαγγελματικού προσανατολισμού αλλά ένα μεγαλύτερο ποσοστό να εργάζεται, γεγονός που επίσης αποδεικνύει ότι η ΣυΕΠ δεν είναι μία δεδομένη υπηρεσία σε πολλές χώρες (Bullock-Yowell et al., 2014) μέσα στις οποίες συγκαταλέγεται και η Ελλάδα και αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι η ΣυΕΠ εμφανίστηκε πρώτη φορά στη Ελλάδα την δεκαετία του '50 (Λαγουδάκος & Λογιώτης, 2016). Παρόλο που έρευνες επιβεβαιώνουν την σημαντικότητα της ΣυΕΠ στην εύρεση των δυσκολιών και επιδιώκουν την επαγγελματική ενσωμάτωση (Gati & Levin, 2014), ωστόσο σε αυτήν την μελέτη τα άτομα που δέχτηκαν ΣυΕΠ δεν διαπιστώθηκε να παρουσιάζουν κάποια διαφορά στις υπό εξέταση κλίμακες (CDDQ και UWSES 6-σημείων) από αυτούς που δεν δέχτηκαν, αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν κάποιου είδους αναπηρία, εμφανίζουν δυσλειτουργικές πεποιθήσεις για επαγγελματική επανένταξη (Yanchak, Lease, & Strauser, 2005) και αυτές να επιμένουν ακόμα και μετά το πέρας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Εξάλλου στην παρούσα έρευνα δεν έγινε περαιτέρω διερεύνηση για το χρονικό διάστημα που διήρκεσε η ΣυΕΠ σε άτομο που του παρασχέθηκε η συγκεκριμένη υπηρεσία.

7.5 Συμπεράσματα

Στην παρούσα μελέτη, έγινε μια προσπάθεια ανίχνευσης του βαθμού της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας, σε άτομα κυρίως με ΣκΠ, ΚΝΜ και άλλες κινητικές αναπηρίες, χρησιμοποιώντας ένα όργανο που αναπτύχθηκε σχετικά πρόσφατα το UWSES 6-σημείων, και του βαθμού των Δυσκολιών στην Λήψη Επαγγελματικής Απόφασης με το εργαλείο CDDQ. Καθώς δεν υπάρχουν παρόμοιες έρευνες στην ελληνική βιβλιογραφία η παρούσα έρευνα προσπαθεί να αποδώσει τον

πρωτότυπο αυτό συνδυασμό των μεταβλητών με όσο το δυνατό πιο εμπεριστατωμένο τρόπο.

Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας, τα ευρήματα της τρέχουσας μελέτης φαίνεται να υποστηρίζουν την απαιτητική ικανοποίηση για έγκυρη σύγκριση μεταξύ των ομάδων, και προτείνουμε ότι η αυτοαποτελεσματικότητα, όπως μετράτε με την κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας (UWSES 6-σημείων), έχει το ίδιο νόημα και στις τρεις υποομάδες όπως επίσης υποστηρίζουν και τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών. Επιπλέον, τα ευρήματα που προέκυψαν δείχνουν ότι τα ΑμεΕΚΑ εμφάνισαν μεσαία βαθμολογία ως προς τις πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας τους το οποίο και αναμένονταν. Όσο αναφορά τις δυσκολίες λήψης επαγγελματικής απόφασης κυμαίνονται και αυτές στα όρια των βαθμολογιών που τις χαρακτηρίζουν ως μεσαίας δυσκολίας τόσο στην συνολική κλίμακα όσο και στις υποκλίμακές της, δηλαδή, την *έλλειψη ετοιμότητας*, την *έλλειψη πληροφοριών* και τις *δυσλειτουργικές πεποιθήσεις* όμως το συγκεκριμένο εύρημα δεν αναμένονταν καθώς είχε αρχικά υποτεθεί ότι θα προκύψει μεγάλη βαθμολογία η οποία θα αποτυπώνει και τις πολλές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα ΑμεΕΚΑ στην λήψη επαγγελματικής απόφασης.

Σχετικά με την διερεύνηση της σχέσης της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας με τις δυσκολίες λήψης επαγγελματικής απόφασης παρατηρήθηκε χαμηλή αρνητική συσχέτισης στατιστικά σημαντική τόσο με το σύνολο της κλίμακας των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης όσο και με τις τρεις επιμέρους υποκλίμακές της την *έλλειψη ετοιμότητας*, την *έλλειψη πληροφοριών* και τις *αντιφατικές πληροφορίες*. Αυτό που βρέθηκε ερμηνεύεται ως εξής: όσο μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα διαχείρισης της αναπηρίας του εμφανίζει το ΑμεΕΚΑ τόσο μικρότερες δυσκολίες θα αντιμετωπίσει ως προς την λήψη επαγγελματικής απόφασης, οι

οποίες είτε θα αφορούν τις δυσκολίες που θα αντιμετωπίσει πριν εισέλθει στην διαδικασία λήψης απόφασης που έχουν να κάνουν με την ετοιμότητα του, είτε με αυτές που θα προκύψουν κατά την διάρκεια της διαδικασίας λήψης απόφασης και θα αφορούν την έλλειψη πληροφοριών αλλά και τις αντιφατικές πληροφορίες. Η εργασία δεν αντιμετωπίζεται μόνο ως πηγή αμειβόμενης απολαβής, αλλά ως μέσο κοινωνικοποίησης και προσδιορισμού ταυτότητάς, και ως τρόπος προσφοράς στην κοινότητα. Τα ΑμεΕΚΑ που αισθάνονται ότι μπορούν να ανταπεξέλθουν και να διαχειριστούν θέματα που αφορούν την αναπηρία τους στην καθημερινότητα, κάνουν περισσότερα και ως εκ τούτου είναι πιο ευτυχισμένα με τους κοινωνικούς τους ρόλους και την κοινωνική τους λειτουργία, οπότε θα μπορέσουν να επιδιώξουν στόχους όπως η επαγγελματική αποκατάσταση επιλύοντας ευκολότερα τα αναδυόμενα προβλήματα. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι πεποιθήσεις αυτοαποτελεσματικότητας για σωστή διαχείριση των θεμάτων που προκύπτουν με την αναπηρία έχει ωφέλιμα αποτελέσματα δίνοντας λύση στις δυσκολίες που προκύπτουν τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια λήψης μιας επαγγελματικής απόφασης.

Από τα ατομικά δημογραφικά χαρακτηριστικά μόνο το φύλο των συμμετεχόντων επηρέασε την κλίμακα της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας με τους άνδρες να εμφανίζουν μεγαλύτερη βαθμολογία ενώ τα χαρακτηριστικά της αναπηρίας (είδος, αιτία πρόκλησης, κλινική εικόνα, διάρκεια αναπηρίας) προς έκπληξη δεν παρουσίασαν καμία επίδραση, ειδικά η κλινική εικόνα γεγονός το οποίο σημαίνει πως οποιαδήποτε και αν είναι η μορφή της (π.χ. μονοπληγία, παραπληγία, τετραπληγία κ.τ.λ., ο διαχωρισμός γίνεται πολύ εμπεριστατωμένα στο μοντέλο ICF) σημείωσαν παρόμοιες βαθμολογίες, βέβαια προηγούμενες μελέτες, επίσης, έδειξαν αμελητέες επιρροές μεταξύ αυτοαποτελεσματικότητας και δημογραφικών χαρακτηριστικών/χαρακτηριστικών βλάβης. Τα χαρακτηριστικά που αφορούν την εργασία φάνηκε να επηρεάζουν, με όσους

επανεντάχθηκαν σε κάποιο επάγγελμα να εμφανίζουν μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα διαχείρισης της αναπηρίας σε σχέση με αυτούς που παρέμειναν άνεργοι ενώ η επαγγελματική εμπειρία που προηγείτο της Κ.Α. δεν φάνηκε να ασκεί κάποια επιρροή στην κλίμακα.

Αντίστοιχα με την κλίμακα των δυσκολιών ως προς την λήψη επαγγελματικής απόφασης δε φάνηκε να επιδρούν σε αυτήν τα ατομικά δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, μορφωτικό επίπεδο) παρά μόνο η ηλικία των συμμετεχόντων, με τους ενήλικες 19-34 ετών να παρουσιάζουν μεγαλύτερο Μ.Ο. στην κλίμακα σε σχέση με τους ενήλικες 35-50 ετών. Επίσης, τα χαρακτηριστικά της αναπηρίας (είδος, αιτία πρόκλησης, κλινική εικόνα, διάρκεια αναπηρίας) δεν φάνηκε να επιδρούν στην κλίμακα των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης. Αντιθέτως τα χαρακτηριστικά που αφορούν την εργασία φανερώθηκε, αλλά ήταν και αναμενόμενο, να επηρεάζουν την κλίμακα των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης. Συγκεκριμένα, τα ΑμεΕΚΑ που είχαν κάποιου είδους επαγγελματική εμπειρία που προηγείτο της Κ.Α. αλλά και τα άτομα που απόκτησαν κάποια θέση εργασίας μετά την έναρξη της Κ.Α. εμφάνισαν μικρότερο Μ.Ο. στην κλίμακα των δυσκολιών. Ειδικά για αυτούς που ενσωματώθηκαν σε κάποιου είδους εργασία εμφάνισαν Μ.Ο. ο οποίος βρίσκεται στα όρια της βαθμολογίας που χαρακτηρίζεται ως μικρή ενώ οι άνεργοι εμφάνισαν Μ.Ο. στα όρια της μεσαίας βαθμολογίας. Επιπλέον, η ηλικία είναι προβλεπτικός παράγοντας για εργασιακή εμπειρία, όσο μικρότερο ηλικιακά είναι το άτομο, τόσο ελάχιστες έως αμελητέες εργασιακές εμπειρίες έχει αποκτήσει σε σχέση με ένα μεγαλύτερο σε ηλικία άτομο, άρα τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα είναι πιθανότερο να έχουν υπάρξει εργαζόμενοι στο παρελθόν απ' ότι οι νεότεροι, με αποτέλεσμα να είναι γνώστες της διαδικασίας αναζήτησης εργασίας. Επιπλέον η επαγγελματική αποκατάσταση, βάση επαγωγικής λογικής υποστηρίζεται ως συμπέρασμα για την διαφοροποίηση του δείγματος στην

κλίμακα, καθώς είναι αναμενόμενο οι εργαζόμενοι να συναντήσουν μικρές ως και μηδαμινές δυσκολίες σε σχέση με τους ανέργους οι οποίοι βρίσκονται σε διαδικασία αναζήτησης εργασίας.

Η γενική αποτίμηση όλων των παραπάνω είναι ότι:

1. Η πεποίθηση ότι τα ΑμεΕΚΑ θα εμφάνιζαν μεσαία αυτοαποτελεσματικότητα στο σύνολό τους επιβεβαιώθηκε και αυτό ίσως οφείλεται στο γεγονός ότι μεν η αυτοαποτελεσματικότητα είναι ένας προσωπικός παράγοντας ο οποίος μπορεί να επηρεαστεί από μία χρόνια ασθένεια, παρόλα αυτά όλοι οι άνθρωποι έχουν την ικανότητα ψυχολογικής προσαρμογής η οποία τους βοηθά να αποδέχονται και να ανταπεξέρχονται σε νέες προκλήσεις.

2. Δεν επιβεβαιώθηκαν υψηλές βαθμολογίες στην κλίμακα των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης. Αυτό αντικρούεται με το μεγάλο ποσοστό των ΑμεΕΚΑ το οποίο πλήττεται ακόμα από το φάσμα της ανεργίας, οπότε, ενδέχεται να οφείλεται στην απόφασή τους: α) να μην εργαστούν, να απέχουν γενικά από την αγοράς εργασίας, την εκπαίδευσης ή την κατάρτιση (NEET's), γ) να συνταξιοδοτηθούν λόγω αναπηρίας ή δ) στην έλλειψη παροχής συμβουλευτικής επαγγελματικού προσανατολισμού ή ε) στα εξωτερικά εμπόδια που συναντούν (προσβασιμότητα) ή στ) στην σοβαρότητα των συμπτωμάτων που τους προκαλεί η/ο ασθένεια/τραυματισμός. Επιπλέον λόγω κενού στη βιβλιογραφία ερευνών οι οποίες να εξετάζουν την κλίμακα CDDQ σε πληθυσμούς ατόμων με επίκτητες κινητικές αναπηρίες, ίσως η ίδια κλίμακα να χρήζει παραγοντικής μετατροπής ώστε να εξετάζει καλύτερα το ζητούμενο που καλείται ότι ερευνά, στους συγκεκριμένους πληθυσμούς.

3. Παράλληλα, διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αυτοαποτελεσματικότητας των ΑμεΕΚΑ και των Δυσκολιών στην Λήψης

Επαγγελματικής Απόφασης, το οποίο περίτρανα βεβαιώθηκε και από παλαιότερες μελέτες και ήταν αναμενόμενο να προκύψει και σε αυτήν την έρευνα. Όσο μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα έχει ένα άτομο τόσο περισσότερη σιγουριά αισθάνεται. Η αίσθηση της σιγουριάς αφ' ενός τον προετοιμάζει, αφ' ετέρου του δίνει τα κατάλληλα εφόδια για την αντιμετώπιση και την επίλυση των δυσκολιών που αναδύονται κατά την επίπονη διαδικασία της επαγγελματικής επανένταξης.

4. Οι αναλύσεις διακύμανσης που πραγματοποιήθηκαν για να εξετάσουν την επίδραση των δημογραφικών παραγόντων στις υπό διερεύνηση κλίμακες επιβεβαίωσαν την επιρροή κάποιων από αυτούς. Η κλίμακα της αυτοαποτελεσματικότητας διαχείρισης της αναπηρίας φάνηκε να διαφοροποιείται στα ατομικά δημογραφικά χαρακτηριστικά μόνο ως προς το φύλο (άντρες μεγαλύτερη από γυναίκες) και την επαγγελματική επανένταξη (εργαζόμενοι μεγαλύτερη σε σχέση με ανέργους), ευρήματα τα οποία επαληθεύονται και ερευνητικά. Ενώ η διάρκειά της και η κλινική της εικόνα έχει αποδειχθεί σε παλαιότερες έρευνες ότι την επηρεάζουν, ωστόσο, κάτι τέτοιο δεν επιβεβαιώθηκε σε τούτη την έρευνα. Η κλίμακα των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης σε αντίθεση με παλαιότερες μελέτες δεν φάνηκε να εξαρτάται από ατομικούς δημογραφικούς παράγοντες, όπως το φύλο των συμμετεχόντων παρά μόνο από την ηλικία. Επίσης από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά/χαρακτηριστικά βλάβης, φάνηκε να επηρεάζεται η βαθμολογία της κλίμακας των δυσκολιών στην λήψη επαγγελματικής απόφασης από την επαγγελματική εμπειρία και την επαγγελματική αποκατάσταση μετά την/τον ασθένεια/τραυματισμό. Η παροχή ΣυΕΠ επίσης δεν φάνηκε να επηρεάζει τις κλίμακες.

Εν κατακλείδι, στην παρούσα έρευνα έγινε μια απόπειρα μέτρησης μεταβλητών οι οποίες είτε δεν είχαν προηγηθεί ξανά στον ελληνικό πληθυσμό (UWSES 6-σημείων), είτε

δεν είχαν μετρηθεί σε ΑμεΕΚΑ (CDDQ), οπότε τα αποτελέσματα τα οποία προκύπτουν είναι ενδεικτικά και σε καμία περίπτωση δεν θεωρούνται ότι μοντελοποιούν ή εκφράζουν στάσεις των συγκεκριμένων ομάδων. Η προκείμενη μελέτη προσπάθησε να ανοίξει μία δίοδο για την μελλοντική και περαιτέρω εξέταση των υπό διερεύνηση φαινομένων και τοποθέτησε ένα μικρό λιθαράκι στο οικοδόμημα της παγκόσμιας ερευνητικής βιβλιογραφίας.

7.6. Περιορισμοί και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.

Τα ευρήματα αυτής της μελέτης πρέπει να εξεταστούν υπό το πρίσμα των περιορισμών της. Αρχικά, το δείγμα δεν θεωρείται αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού καθώς έλαβαν μέρος μόνο 61 άτομα με ΚΝΜ και 44 άτομα με ΣκΠ (τα υπόλοιπα 11 ήταν άτομα με άλλες κινητικές αναπηρίες) οπότε το δείγμα είναι αρκετά μικρό και τα συμπεράσματα δεν μπορούν να γενικευτούν για τους πληθυσμούς των ατόμων με τις συγκεκριμένες κινητικές αναπηρίες. Επιπλέον η μέθοδος συλλογής δεδομένων δεν ήταν αυτή της απλής τυχαίας δειγματοληψίας, η οποία και συνίσταται, αλλά αυτή της χιονοστιβάδας καθώς λόγω της δυσκολίας εύρεσης του συγκεκριμένου πληθυσμού αλλά και των περιοριστικών μέτρων της πανδημίας του ιού COVID-19 η οποία καθιστούσε αδύνατη την προσέγγιση με τα άτομα αυτά επειδή ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες υγείας, θεωρήθηκε ως η καταλληλότερη μέθοδος συλλογής δεδομένων, επομένως η διασταύρωση των συγκεκριμένων κινητικών αναπηριών με των δεδομένων δημογραφικών χαρακτηριστικών ενδέχεται να μην συμπίπτουν με αυτά του καθαυτού πληθυσμού. Επιπροσθέτως να τονίσουμε πως το εργαλείο αυτοαποτελεσματικότητας για άτομα με χρόνιες νόσους δεν υπήρχε μεταφρασμένο στην Ελληνική γλώσσα ούτε είχε προηγηθεί η στάθμιση του οπότε η πρώτη απόπειρα γίνεται στην παρούσα έρευνα. Εν συνεχεία, να τονίσουμε πως ούτε το εργαλείο που εξετάζει την δυσκολία λήψης επαγγελματικής

απόφασης χρησιμοποιήθηκε σε πληθυσμό ΑμεΕΚΑ προηγουμένως ώστε να εξεταστεί η παραγοντική δομή του. Ακόμα να σημειωθεί πως παραλήφθηκε από την ερευνήτρια να τεθούν ερωτήσεις σχετικά με συνταξιοδότηση λόγω γήρατος ή συνταξιοδότηση λόγω αναπηρίας και πρόθεση για εύρεση εργασίας . Τέλος, να αναφέρουμε στους περιορισμούς που έγκειται κάθε ποσοτική έρευνα που χρησιμοποιεί δομημένο ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου που είναι η έλλειψη ελέγχου ειλικρίνειας των ερωτηθέντων, η υποκειμενικότητα στην κατανόηση των ερωτήσεων, η έλλειψη ελέγχου και ακρίβειας των απαντήσεων και η απώλεια του βάθους και της λεπτομέρειας της πληροφορίας. Ίσως στο μέλλον παρόμοιες μελέτες σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, θα δύνανται να συμβάλλουν στην δημιουργία ειδικών στοχευμένων προγραμμάτων υποστήριξης και κατάρτισης για άνεργους ΑμεΑ ή στην διεύρυνση των ήδη υπαρχόντων, να εξετάσουν τις αντιλήψεις για την αυτοαποτελεσματικότητα διαχείρισης της αναπηρίας ενισχύοντας το κίνητρο και την επιμονή τους στην αναζήτηση εργασίας, και να τα προετοιμάσουν ώστε να αντιμετωπίσουν γνωστικά και σχεσιακά σύνθετα περιβάλλοντα τα οποία σίγουρα θα συναντήσουν στην προσπάθειά τους για την επαγγελματική επανένταξη.

Βιβλιογραφία

- Albert, K. A., & Luzzo, D. A. (1999). The role of perceived barriers in career development: a social cognitive perspective. *Journal of Counseling and Development*, 77, 431-436.
- Altmaier, E. M., Russell, D. W., Kao, C. F., Lehmann, T. R., & Weinstein, J. N. (1993). Role of self-efficacy in rehabilitation outcome among chronic low back pain patients. *Journal of counseling psychology*, 40(3), 335.
- Alvarez-Mejia, L., Morales, J., Cruz, G. J., Olayo, M. G., Olayo, R., Díaz-Ruíz, A., ... & Salgado-Ceballos, H. (2015). Functional recovery in spinal cord injured rats using polypyrrole/iodine implants and treadmill training. *Journal of Materials Science: Materials in Medicine*, 26(7), 1-11.
- Alwashmi, A. H. (2019). Vocational Rehabilitation Awareness Among Spinal Cord Injury Male Patients in Saudi Arabia: A Brief Communication. *Cureus*, 11(1).
- Amtmann, D., Bamer, A. M., Cook, K. F., Askew, R. L., Noonan, V. K., & Brockway, J. A. (2012). University of Washington self-efficacy scale: A new self-efficacy scale for people with disabilities. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 93(10), 1757-1765.
- Amundson, N. E., Harris-Bowlsbey, J. A., & Niles, G. S. (2009). *Βασικές αρχές επαγγελματικής συμβουλευτικής: διαδικασίες και τεχνικές* (Μτφρ. Α. Αδαμοπούλου, Φ. Βλαχάκης, & Σ. Δουλάμη) (2^η έκδ.) Αθήνα: Rosili.
- Anderson, D., Dumont, S., Azzaria, L., Bourdais, M. L., & Noreau, L. (2007). Determinants of return to work among spinal cord injury patients: A literature review. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 27(1), 57-68.

- Anwar, M. A., Al Shehabi, T. S., & Eid, A. H. (2016). Inflammogenesis of secondary spinal cord injury. *Frontiers in cellular neuroscience*, *10*, 98.
- Apkarian, A. V. (2008). Pain perception in relation to emotional learning. *Current opinion in neurobiology*, *18*(4), 464-468.
- Arango-Lasprilla, J. C., da Silva Cardoso, E., Wilson, L. M., Romero, M. G., Chan, F., & Sung, C. (2011). Vocational rehabilitation service patterns and employment outcomes for Hispanics with spinal cord injuries. *Rehabilitation Research, Policy, and Education*, *25*(4), 149-162.
- Arroba, T. (1977). Styles of decision making and their use: An empirical study. *British Journal of Guidance and Counselling*, *5*(2), 149-158.
- Βεργιώτη, Ε. (2019). *Όψεις της αναπηρίας σε δύο εκδοχές κινηματογραφικής αφήγησης: ταινίες μυθοπλασίας και ντοκιμαντέρ και η δυνατότητα αξιοποίησής τους στη διδακτική πράξη από τη σκοπιά των κοινωνικών προσεγγίσεων της αναπηρίας* (Doctoral dissertation, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης (ΑΠΘ). Σχολή Παιδαγωγική. Τμήμα Παιδαγωγικό Δημοτικής Εκπαίδευσης. Τομέας Κοινωνικών και Πολιτισμικών Σπουδών).
- Βοζίκης, Α., & Σωτηροπούλου, Ε. (2012). Πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας στην Ελλάδα: Ανάλυση των ιδίων πληρωμών. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, *29*, 448-453.
- Bacanli, F. (2016). Career decision-making difficulties of Turkish adolescents. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, *16*(2), 233-250.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(2), 191–215.

- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. *Englewood Cliffs, NJ, 1986*(23-28).
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational psychologist, 28*(2), 117-148.
- Bandura A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998). Ανακτήθηκε από το διαδύκτιο 23/10/2019 <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>
- Bandura, A. (1995). On rectifying conceptual ecumenism. *Self-efficacy, adaptation, and adjustment* (pp. 347-375). Springer, Boston, MA.
- Bandura, A. (1997). The anatomy of stages of change. *American journal of health promotion: AJHP, 12*(1), 8-10.
- Bandura, A., & McClelland, D. C. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Prentice Hall: Englewood cliffs.
- Bandura, A., & Schunk, D. H. (1981). Cultivating competence, self-efficacy, and intrinsic interest through proximal self-motivation. *Journal of personality and social psychology, 41*(3), 586.
- Barlow, J.H., Wright, C.C., & Cullen, L.A. (2002). A job-seeking self-efficacy scale for people with physical disabilities: preliminary development and psychometric testing.
- Barnwell, A. M., & Kavanagh, D. J. (1997). Prediction of psychological adjustment to multiple sclerosis. *Social science & medicine, 45*(3), 411-418.

- Barnes, C. (2011). Understanding disability and the importance of design for all. *Journal of accessibility and design for all*, 1(1), 55-80.
- Barnes, C., & Mercer, G. (2005a). Disability, work, and welfare: challenging the social exclusion of disabled people. *Work, employment and society*, 19(3), 527-545.
- Barnes, C., & Mercer, G. (2005b). Understanding impairment and disability: Towards an international perspective. *The social model of disability: Europe and the majority world*, 1-16.
- Bergeron, L. M., & Romano, J. L. (1994). The relationships among career decision-making self-efficacy, educational indecision, vocational indecision, and gender. *Journal of College Student Development*.
- Betz, N. E. (2000). Self-efficacy theory as a basis for career assessment. *Journal of career Assessment*, 8(3), 205-222.
- Betz, N. E. (2004). Contributions of self-efficacy theory to career counseling: A personal perspective. *The Career Development Quarterly*, 52(4), 340-353.
- Betz, N. E., & Hackett, G. (1997). Applications of self-efficacy theory to the career assessment of women. *Journal of career assessment*, 5(4), 383-402.
- Betz, N. E., Klein, K. L., & Taylor, K. M. (1996). Evaluation of a short form of the career decision-making self-efficacy scale. *Journal of career assessment*, 4(1), 47-57.
- Betz, N. E., & Luzzo, D. A. (1996). Career assessment and the Career Decision-Making Self-Efficacy Scale. *Journal of Career Assessment*, 4(4), 413-428.
<https://doi.org/10.1177/106907279600400405>

- Beveridge, S., Craddock, S. H., Liesener, J., Stapleton, M., & Hershenson, D. (2002). INCOME: A framework for conceptualizing the career development of persons with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 45(4), 195-206.
- Bickenbach, J., Officer, A., Shakespeare, T., von Groote, P., & World Health Organization. (2013). *International perspectives on spinal cord injury*. World Health Organization.
- Bimrose, J., & Mulvey, R. (2015). Exploring career decision-making styles across three European countries. *British Journal of Guidance & Counselling*, 43(3), 337-350.
- Bisschop, M. I., Kriegsman, D. M., Beekman, A. T., & Deeg, D. J. (2004). Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Social science & medicine*, 59(4), 721-733.
- Bogart, K. R. (2014). The role of disability self-concept in adaptation to congenital or acquired disability. *Rehabilitation Psychology*, 59(1), 107.
- Bloom, J., Dorsett, P., & McLennan, V. (2018). Investigating employment following spinal cord injury: outcomes, methods, and population demographics. *Disability and Rehabilitation*, 1–10. doi:10.1080/09638288.2018.1467968
- Bullock-Yowell, E., McConnell, A. E., & Schedin, E. A. (2014). Decided and Undecided Students: Career Self-efficacy, Negative Thinking, and Decision-Making Difficulties. *NACADA Journal*, 34(1), 22–34. doi:10.12930/NACADA-13-016
- Γαλάνης, Π. (2019). Μεθοδολογία μετάφρασης και διαπολιτισμικής προσαρμογής των ξενόγλωσσων ερωτηματολογίων. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 36(1).

- Chan, F., Da Silva Cardoso, E., & Chronister, J. A. (Eds.). (2009). Understanding psychosocial adjustment to chronic illness and disability: A handbook for evidence-based practitioners in rehabilitation. New York, NY, US: Springer Publishing Co.
- Charokopaki, A., & Argyropoulou, K. (2019). Optimism, Career Decision Self-Efficacy and Career Indecision Among Greek Adolescents. *Education Quarterly Reviews*, 2(1). <https://doi.org/10.31014/aior.1993.02.01.52>
- Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2001). Validation of a new general self-efficacy scale. *Organizational research methods*, 4(1), 62-83.
- Chruzander, C., Tinghög, P., Ytterberg, C., Holmqvist, L. W., Alexanderson, K., Hillert, J., & Johansson, S. (2016). Longitudinal changes in sickness absence and disability pension, and associations between disability pension and disease-specific and contextual factors and functioning, in people with multiple sclerosis. *Journal of the neurological sciences*, 367, 319-325.
- Chung, H., Kim, J., Park, R., Bamer, A. M., Bocell, F. D., & Amtmann, D. (2016). Testing the measurement invariance of the university of Washington self-efficacy scale short form across four diagnostic subgroups. *Quality of life research*, 25(10), 2559-2564.
- Cijsouw, A., Adriaansen, J. J., Tepper, M., Dijkstra, C. A., Van Linden, S., De Groot, S., & Post, M. W. M. (2017). Associations between disability-management self-efficacy, participation and life satisfaction in people with long-standing spinal cord injury. *Spinal Cord*, 55(1), 47-51.
- Creed, P. A., & Patton, W. (2003). Predicting two components of career maturity in school based adolescents. *Journal of career Development*, 29(4), 277-290.
- Creed, P. A., Patton, W., & Bartrum, D. (2004). Internal and external barriers, cognitive style, and the career development variables of focus and indecision. *Journal of career development*, 30(4), 277-294.

- Creed, P., Patton, W., & Prideaux, L. A. (2006). Causal relationship between career indecision and career decision-making self-efficacy: A longitudinal cross-lagged analysis. *Journal of career development, 33*(1), 47-65.
- Creed, P. A., & Yin, W. O. (2006). Reliability and validity of a Chinese version of the Career Decision-Making Difficulties Questionnaire. *International Journal for Educational and Vocational Guidance, 6*(1), 47-63.
- Crewe, N, M., Krause J.S. (2009). Spinal cord injury. In: Brodwin MG, Siu FW, Howard J, Brodwin ER, editors. *Medical, psychosocial, and vocational aspects of disability*, 3rd ed. Athens, GA: Elliott & Fitzpatrick Inc. pp. 289–304.
- Cripps R, Lee B, Wing P, Weerts E, Mackay J, & Brown D (2011). A global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: towards a living data repository for injury prevention. *Spinal Cord. 49*:493-501. 10.1038/sc.2010.146
- Δημητρόπουλος, Ε. Γ. (1989). Σχολικός εκπαιδευτικός και επαγγελματικός προσανατολισμός και συμβουλευτική. (3^η έκδ.) Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρης.
- Δημητρόπουλος, Ε. Γ. (1998). Η επαγγελματική ανάπτυξη του ατόμου και οι σχετικές θεωρίες. Στο Κασσωτάκης Ι.Μ. (2004). *Συμβουλευτική και επαγγελματικός προσανατολισμός*. Αθήνα: εκδόσεις Δαρδάνος.
- Δημητρόπουλος, Ε. Γ. (2003). Αποφάσεις- Λήψεις αποφάσεων. διεπιστημονική προσέγγιση στην θεωρία και πράξη. Εισαγωγή στην ψυχολογία των αποφάσεων. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρης.
- Διεθνής στατιστική ταξινόμηση νόσων και συναφών προβλημάτων υγείας (2010). *ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Αθήνα:

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης & Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (το πρωτότυπο εκδόθηκε το 2008)

Dragan, I. M., & Isaic-Maniu, A. (2013). Snowball sampling completion. *Journal of Studies in Social Sciences*, 5(2).

Drakaki, M., Papadakis, N., Kyridis, A., & Papargyris, A. (2014). Who's the Greek Neet? Neets' profile in Greece: parameters, trends and common characteristics of a heterogeneous group. *International Journal of Humanities and Social Science*, 4(6), 240-254.

Dendrou, C. A., Fugger, L., & Friese, M. A. (2015). Immunopathology of multiple sclerosis. *Nature Reviews Immunology*, 15(9), 545-558.

Duncan, P. W. (2013). Outcome measures in stroke rehabilitation. *Handbook of clinical neurology*, 110, 105-111.

Dyck, I., & Jongbloed, L. (2000). Women with multiple sclerosis and employment issues: A focus on social and institutional environments. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67(5), 337-346.

Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία [ΕΣΑμεΑ] (2008). Σχεδιάζοντας πολιτική σε θέματα αναπηρίας. Ανακτήθηκε από διαδίκτυο 23/10/2020 <http://repository.edulll.gr/edulll/handle/10795/1050>

Εθνικός Οργανισμός Πιστοποίησης Προσόντων και Επαγγελματικού προσανατολισμού [ΕΟΠΠΕΠ], (2019). Συμβουλευτική και Επαγγελματικός Προσανατολισμός (Συ.ΕΠ.): Ανάπτυξη σταδιοδρομίας νέων – ενηλίκων, Ανακτήθηκε από <https://www.eoppep.gr/index.php/el/work-guidance-and-consulting/developing-careers-adult/what-is-career-counseling>

- Ebers, G. C., Kukay, K., Bulman, D. E., Sadovnick, A. D., Rice, G., Anderson, C., ... & Risch, N. (1996). A full genome search in multiple sclerosis. *Nature genetics*, *13*(4), 472-476.
- Egan, T. M., Upton, M. G., & Lynham, S. A. (2006). Career Development: Load-Bearing Wall or Window Dressing? Exploring Definitions, Theories, and Prospects for HRD-Related Theory Building. *Human Resource Development Review*, *5*(4), 442–477. <https://doi.org/10.1177/1534484306294155>
- Enright, M. S., Conyers, L. M., & Szymanski, E. M. (1996). Career and career-related educational concerns of college students with disabilities. *Journal of Counseling and Development*, *75*, 103–114.
- Epstein, N. E., & Hollingsworth, R. (2015). Diagnosis and management of traumatic cervical central spinal cord injury: A review. *Surgical neurology international*, *6*(Suppl 4), S140.
- Eurostat (2020). Statistics on young people neither in employment nor in education or training. ανακτήθηκε από: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Statistics_on_young_people_neither_in_employment_nor_in_education_or_training
- Fadyl, J. K., & McPherson, K. M. (2010). Understanding decisions about work after spinal cord injury. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *20*(1), 69-80.
- Farrow, C. (2016). *Career Decision-Making Patterns of College Students with High Functioning Autism Spectrum Disorders, Learning Disabilities, and College Students without Disabilities* (Doctoral dissertation, State University of New York at Buffalo).
- Feinstein, A., Freeman, J., & Lo, A. C. (2015). Treatment of progressive multiple sclerosis: what works, what does not, and what is needed. *The Lancet Neurology*, *14*(2), 194-207.

- Finkelstein, V. (2001). The social model of disability repossessed. *Manchester Coalition of Disabled People, 1*, 1-5.
- Frank A. (2016). Vocational Rehabilitation: Supporting Ill or Disabled Individuals in (to) Work: A UK Perspective. *Healthcare (Basel, Switzerland), 4*(3), 46. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030046>
- Frischer, J. M., Bramow, S., Dal-Bianco, A., Lucchinetti, C. F., Rauschka, H., Schmidbauer, M., ... & Lassmann, H. (2009). The relation between inflammation and neurodegeneration in multiple sclerosis brains. *Brain, 132*(5), 1175-1189.
- Gaffner, D. C., & Hazler, R. J. (2002). Factors related to indecisiveness and career indecision in undecided college students. *Journal of College Student Development, 43*, 317-26.
- Gardner, D. G., & Pierce, J. L. (1998). Self-esteem and self-efficacy within the organizational context: An empirical examination. *Group & Organization Management, 23*(1), 48-70.
- Gati, I. (1986). Making career decisions: A sequential elimination approach. *Journal of counseling psychology, 33*(4), 408.
- Gati, I., & Asher, I. (2001). Prescreening, in-depth exploration, and choice: From decision theory to career counseling practice. *The Career Development Quarterly, 50*(2), 140-157.
- Gati, I., Krausz, M., & Osipow, S. H. (1996). A taxonomy of difficulties in career decision making. *Journal of Counseling Psychology, 43*(4), 510–526. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.4.510>
- Gati, I., & Levin, N. (2014). Counseling for career decision-making difficulties: Measures and methods. *The Career Development Quarterly, 62*(2), 98-113.

- Gati, I., Osipow, S. H., Krausz, M., & Saka, N. (2000). Validity of the career decision-making difficulties questionnaire: Counselee versus career counselor perceptions. *Journal of Vocational Behavior*, 56(1), 99-113.
- Gati, I., Ryzhik, T., & Vertsberger, D. (2013). Preparing young veterans for civilian life: The effects of a workshop on career decision-making difficulties and self-efficacy. *Journal of Vocational Behavior*, 83(3), 373-385.
- Gati, I., & Saka, N. (2001a). High School Students' Career-Related Decision-Making Difficulties. *Journal of Counseling & Development*, 79(3), 331-340. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2001.tb01978.x>
- Gati, I., & Saka, N. (2001b). Internet-based versus paper-and-pencil assessment: Measuring career decision-making difficulties. *Journal of Career Assessment*, 9(4), 397-416.
- Geiger, B. B., van der Wel, K. A., & Tøge, A. G. (2017). Success and failure in narrowing the disability employment gap: comparing levels and trends across Europe 2002–2014. *BMC Public Health*, 17(1). doi:10.1186/s12889-017-4938-8
- Germeijs, V., & DeBoeck, P. (2003). Career indecision: Three factors from decision theory. *Journal of Vocational Behavior*, 62, 11–25.
- Ghosh, M., & Pearse, D. D. (2015). The role of the serotonergic system in locomotor recovery after spinal cord injury. *Frontiers in neural circuits*, 8, 151.
- Gianakos, I. (1999). Patterns of career choice and career decision-making self-efficacy. *Journal of Vocational Behavior*, 54(2), 244-258.
- Haines, J. L., Ter-Minassian, M., Bazyk, A., Gusella, J. F., Kim, D. J., Terwedow, H., ... & Oksenberg, J. R. (1996). A complete genomic screen for multiple sclerosis underscores a role for the major histocompatibility complex. *Nature genetics*, 13(4), 469-471.

- Hall, D. A., Zaragoza Domingo, S., Hamdache, L. Z., Manchaiah, V., Thammaiah, S., Evans, C., ... & International Collegium of Rehabilitative Audiology and TINnitus Research NETwork. (2018). A good practice guide for translating and adapting hearing-related questionnaires for different languages and cultures. *International Journal of Audiology*, 57(3), 161-175.
- Harren, V. A. (1979). A model of career decision making for college students. *Journal of vocational behavior*, 14(2), 119-133.
- Hess, D. W., Ripley, D. L., McKinley, W. O., & Tewksbury, M. (2000). Predictors for return to work after spinal cord injury: a 3-year multicenter analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 81(3), 359-363.
- Heward, W. L. (2011). Παιδιά με ειδικές ανάγκες: Μια εισαγωγή στην Ειδική Εκπαίδευση. (Μτφ.: Χ. Λυμπεροπούλου). Α. Δαβάζογλου, Κ. Κόκκινος (Επιμ.). (β' εκδ.) Αθήνα : Τόπος.
- Hills, L., & Cullen, E. (2007). A study into the employment trends of individuals treated at a spinal cord injury centre. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 14(8), 350-355.
- Hilton, T. L. (1962). Career decision-making. *Journal of Counseling Psychology*, 9(4), 291.
- Hilton, G., Unsworth, C., & Murphy, G. (2018). The experience of attempting to return to work following spinal cord injury: a systematic review of the qualitative literature. *Disability and rehabilitation*, 40(15), 1745-1753.
- Hodkinson, P., & Sparkes, A. C. (1997). Careership: a sociological theory of career decision making. *British journal of sociology of education*, 18(1), 29-44.

- Holland, J. L., Daiger, D. C., & Power, P. G. (1980). Manual for my vocational situation. *Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.*
- Horn, W., Yoels, W., Wallace, D., Macrina, D., & Wrigley, M. (1998). Determinants of self-efficacy among persons with spinal cord injuries. *Disability and Rehabilitation, 20*(4), 138-141.
- Howard, J., Trevick, S., & Younger, D. S. (2016). Epidemiology of multiple sclerosis. *Neurologic clinics, 34*(4), 919-939.
- Huang, I. C. (2017). Employment outcomes following spinal cord injury in Taiwan. *International journal of rehabilitation research, 40*(1), 84-90.
- Judge, T. A., & Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits—self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability—with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of applied Psychology, 86*(1), 80.
- Julian, L. J., Vella, L., Vollmer, T., Hadjimichael, O., & Mohr, D. C. (2008). Employment in multiple sclerosis. *Journal of neurology, 255*(9), 1354-1360.
- Καντάς, Α., & Χατζή, Α. (1991). Ψυχολογία της εργασίας. Θεωρίες επαγγελματικής ανάπτυξης. Στοιχεία Συμβουλευτικής. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κονδύλης, Ε. Κ. (1982). Η λήψη των αποφάσεων και τα προβλήματα κατά την υλοποίηση τους. *SPOUDAI-Journal of Economics and Business, 32*(3), 550-559.
- Κοσμίδου, Σ. Π., Μπάτσιου, Σ. Α., Δούδα, Ε. Θ., & Αντωνίου, Π. Δ. (2017). Παράγοντες που επηρεάζουν τον χρόνιο πόνο των ατόμων με κάκωση νωτιαίου μυελού. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 34*(3).
- Κωσταρίδου–Ευκλείδη, Α. (1997). Ψυχολογία Κινήτρων, εκδ. *Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.*

- Karampampa, K., Gyllensten, H., Yang, F., Murley, C., Friberg, E., Hillert, J., & Alexanderson, K. (2020). Healthcare, sickness absence, and disability pension cost trajectories in the first 5 years after diagnosis with multiple sclerosis: a prospective register-based cohort study in Sweden. *Pharmaco Economics-open*, 4(1), 91-103.
- Katz, M. (1966). A model of guidance for career decision-making. *Vocational Guidance Quarterly*, 15(1), 2-10.
- Kelly, K. R., & Shin, Y. J. (2009). Relation of neuroticism and negative career thoughts and feelings to lack of information. *Journal of Career Assessment*, 17(2), 201-213.
- King, T., Emery, R., Warren, S., & Landis, T. (2004). A collaborative approach to returning clients to work during the first year after spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 9(4), 33-42.
- Klaczynski, P. A., Byrnes, J. P., & Jacobs, J. E. (2001). Introduction to the special issue: The development of decision making. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 22(3), 225-236.
- Kornblith, A. B., La Rocca, N. G., & Baum, H. M. (1986). Employment in individuals with multiple sclerosis. *Int J Rehabil Res*, 9(2), 155-165.
- Koumoundourou, G., Tsaousis, I., & Kounenou, K. (2011). Parental influences on Greek adolescents' career decision-making difficulties: The mediating role of core self-evaluations. *Journal of Career Assessment*, 19(2), 165-182.
- Krause, J. S., Dismuke-Greer, C. E., Jarnecke, M., Li, C., Reed, K. S., & Rumrill, P. (2019). Employment and gainful earnings among those with multiple sclerosis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 100(5), 931-937.

- Krause, J. S., & Pickelsimer, E. (2008). Relationship of perceived barriers to employment and return to work five years later: A pilot study among 343 participants with spinal cord injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 51(2), 118-121.
- Λαγουδάκος, Μ. & Λογιώτης, Γ. (2016). Ο Σχολικός Επαγγελματικός Προσανατολισμός στη Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση. Από τη φθίνουσα πορεία στον επανασχεδιασμό του θεσμού. Έρκυνα, *Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών–Επιστημονικών Θεμάτων*, Τεύχος 8ο, 158-168.
- Lee, B. B., Cripps, R. A., Fitzharris, M., & Wing, P. C. (2014). The global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: update 2011, global incidence rate. *Spinal cord*, 52(2), 110-116.
- Leiulfstrud, A. S., Ruoranen, K., Ostermann, A., & Reinhardt, J. D. (2016). The meaning of employment from the perspective of persons with spinal cord injuries in six European countries. *Work*, 55(1), 133-144.
- Lent, R. W., Brown, S. D., & Hackett, G. (1994). Toward a unifying social cognitive theory of career and academic interest, choice, and performance. *Journal of vocational behavior*, 45(1), 79-122.
- Lent, R. W., Brown, S. D., & Hackett, G. (2000). Contextual supports and barriers to career choice: A social cognitive analysis. *Journal of counseling psychology*, 47(1), 36.
- Lent, R. W., & Hackett, G. (1987). Career self-efficacy: Empirical status and future directions. *Journal of Vocational Behavior*, 30(3), 347-382.
- Leung, S. A., Hou, Z. J., Gati, I., & Li, X. (2011). Effects of parental expectations and cultural-values orientation on career decision-making difficulties of Chinese university students. *Journal of Vocational Behavior*, 78(1), 11-20.

- Levi, R., Hultling, C., & Seiger, Å. (1996). The Stockholm spinal cord injury study: 4. Psychosocial and financial issues of the Swedish annual level-of-living survey in SCI subjects and controls. *Spinal Cord*, 34(3), 152-157.
- Levin, N., Braunstein-Bercovitz, H., Lipshits-Braziler, Y., Gati, I., & Rossier, J. (2020). Testing the structure of the Career Decision-Making Difficulties Questionnaire across country, gender, age, and decision status. *Journal of Vocational Behavior*, 116, 103365.
- Lipsa, J., & Umakanta N. (2020). Theories of Career Development: An analysis. *Indian Journal of Natural Sciences* 10(60), 23515-23523
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (2005). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Primer for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, 83(1), 12–20. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2005.tb00575.x>
- Lustig, D. C., & Strauser, D. R. (2003). An empirical typology of career thoughts of individuals with disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46(2), 98-107.
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439–457. <https://doi.org/10.3200/JRLP.139.5.439-457>
- Luzzo, D. A., Hitchings, W. E., Retish, P., & Shoemaker, A. (1999). Evaluating differences in college students' career decision making on the basis of disability status. *The Career Development Quarterly*, 48(2), 142-156.
- Μπαμπινιώτης, Γ. (1998). Λεξικό νέας ελληνικής γλώσσας. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας, ΕΠΕ.
- Machmud, S. (2018). The Influence of Self-Efficacy on Satisfaction and Work-Related Performance. *International Journal of Management Science and Business Administration*, 4(4), 43-47.

- Maddux, J. E., & Meier, L. J. (1995). Self-efficacy and depression. In *Self-Efficacy, adaptation, and adjustment* (pp. 143-169). Springer, Boston, MA.
- Mascherini, M., Salvatore, L., Meierkord, A., & Jungblut, J. M. (2012). *NEETs: Young people not in employment, education or training: Characteristics, costs and policy responses in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- McDonald, J. W., & Sadowsky, C. (2002). Spinal-cord injury. *The Lancet*, 359(9304), 417-425.
- Middleton, J. W., Tate, R. L., & Geraghty, T. J. (2003). *Self-Efficacy and Spinal Cord Injury: Psychometric Properties of a New Scale*. *Rehabilitation Psychology*, 48(4), 281–288. doi:10.1037/0090-5550.48.4.281
- Miller, S. M. (2009). The measurement of self-efficacy in persons with spinal cord injury: psychometric validation of the moorong self-efficacy scale. *Disability and Rehabilitation*, 31(12), 988-993.
- Milo, R., & Kahana, E. (2010). Multiple sclerosis: geoeidemiology, genetics and the environment. *Autoimmunity reviews*, 9(5), A387-A394.
- Mitchell, A. J., Benito-León, J., González, J. M. M., & Rivera-Navarro, J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *The Lancet Neurology*, 4(9), 556-566.
- Motl, R. W., & Snook, E. M. (2008). Physical activity, self-efficacy, and quality of life in multiple sclerosis. *Annals of behavioral medicine*, 35(1), 111-115.
- Motl, R. W., Snook, E. M., McAuley, E., & Gliottoni, R. C. (2006). Symptoms, self-efficacy, and physical activity among individuals with multiple sclerosis. *Research in nursing & health*, 29(6), 597-606.

- Murphy, G. C., Middleton, J., Quirk, R., De Wolf, A., & Cameron, I. D. (2011). Predicting employment status at 2 years' postdischarge from spinal cord injury rehabilitation. *Rehabilitation Psychology, 56*(3), 251.
- Νικολάου, Ο. (2011). Αυτοπροσδιορισμός και δίκτυα κοινωνικής στήριξης των ατόμων με κινητική αναπηρία.
- Ντεροπούλου-Ντέρου Ε. (2015.). «Εισαγωγή στην Ειδική Αγωγή. Ενότητα 2 Σύγχρονες ερμηνευτικές προσεγγίσεις της αναπηρίας: η πολυπλοκότητα του ορισμού της αναπηρίας». Copyright Εθνικών και Καποδιστριακών Πανεπιστημίων Αθηνών, Έκδοση: 1.0. Αθήνα 2015. Διαθέσιμο από τη δικτυακή διεύθυνση: <http://opencourses.uoa.gr/courses/ECD1/>.
- Nathan, R., & Hill, L. (2005). *Career counselling*. Sage.
- Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) (1975). Διακήρυξη για τα δικαιώματα των αναπήρων.
- Oliver, M. (1990). *Politics of disablement*. Macmillan International Higher Education.
- Osipow, S. H. (1968). Theories of Career Development. A Comparison of the Theories.
- Osipow, S. H. (1983). Theories of career development.
- Osipow, S. H. (1987). Counseling psychology: Theory, research, and practice in career counseling. *Annual review of psychology, 38*(1), 257-278.
- Osipow, S. H. (1989). Career Development Models: A Brief Overview of Relevant Theory.
- Osipow, S. H. (1999). Assessing career indecision. *Journal of Vocational behavior, 55*(1), 147-154.
- Osipow, S. H., & Gati, I. (1998). Construct and Concurrent Validity of the Career Decision-Making Difficulties Questionnaire. *Journal of Career Assessment, 6*(3), 347–364.

- Osipow, S. H., & Temple, R. D. (1996). Development and use of the task-specific occupational self-efficacy scale. *Journal of Career Assessment*, 4(4), 445-456.
- Ottomanelli, L., Goetz, L. L., Barnett, S. D., Njoh, E., Dixon, T. M., Holmes, S. A., ... & White, K. T. (2017). Individual placement and support in spinal cord injury: a longitudinal observational study of employment outcomes. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 98(8), 1567-1575.
- Ottomanelli, L., & Lind, L. (2009). Review of critical factors related to employment after spinal cord injury: implications for research and vocational services. *The journal of spinal cord medicine*, 32(5), 503.
- Παπαβασιλείου-Αλεξίου, Ι. (2009). Συγχρονες Θεωρητικές και μεθοδολογικές προσεγγίσεις στη ΣΥ.Π. Ενηλίκων. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής- Προσανατολισμού*, 86-87, 113-125.
- Παπαγεωργίου, Ι. (2015). Θεωρία δειγματοληψίας.
- Pakenham, K. I., Stewart, C. A., & Rogers, A. (1997). The role of coping in adjustment to multiple sclerosis-related adaptive demands. *Psychology, Health & Medicine*, 2(3), 197-211.
- Papavassiliou-Alexiou, I., & Fotiadou, M. (2019). People with acquired physical disabilities in Greece in recession: How do they cope with issues of vocational (re-) integration?. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 50(2), 171-182.
- Parijat, P., & Bagga, S. (2014). Victor Vroom's expectancy theory of motivation—An evaluation. *International Research Journal of Business and Management*, 7(9), 1-8.
- Parsons, J. (1996). An information model based on classification theory. *Management Science*, 42(10), 1437-1453.

- Pečjak, S., Podlesek, A., & Pirc, T. (2019). Decision-Making Styles as Predictors of Career Decision Difficulties in Secondary School Students with Regard to Gender. *Psihologijske teme*, 28(3), 601-620.
- Pefile, N., Mothabeng, J. D., & Naidoo, S. (2019). Profile of patients with spinal cord injuries in Kwazulu-Natal, South Africa: implications for vocational rehabilitation. *The journal of spinal cord medicine*, 42(6), 709-718.
- Post, M. W., Adriaansen, J. J., & Peter, C. (2018). Rasch analysis of the University of Washington Self-Efficacy Scale short-form (UW-SES-6) in people with long-standing spinal cord injury. *Spinal cord*, 56(11), 1095-1101.
- Rao, S. M., Leo, G. J., Bernardin, L., & Unverzagt, F. (1991). Cognitive dysfunction in multiple sclerosis.: I. Frequency, patterns, and prediction. *Neurology*, 41(5), 685-691.
- Reid Yates, J. A., Wong, A. W., Strauser, D. R., & Heft Sears, S. J. (2017). The impact of type D personality traits on the career readiness of college students with and without disabilities. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 60(2), 67-76.
- Riazi, A., Thompson, A. J., & Hobart, J. C. (2004). Self-efficacy predicts self-reported health status in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 10(1), 61-66.
- Rigby, S. A., Domenech, C., Thornton, E. W., Tedman, S., & Young, C. A. (2003). Development and validation of a self-efficacy measure for people with multiple sclerosis: the Multiple Sclerosis Self-efficacy Scale. *Multiple Sclerosis Journal*, 9(1), 73-81.
- Rossier, J., Rochat, S., Sovet, L., & Bernaud, J. L. (2021). Validation of a French Version of the Career Decision-Making Difficulties Questionnaire: Relationships With Self-Esteem and Self-Efficacy. *Journal of Career Development*, 08948453211009975.

- Roy, S., Drake, A. S., Eizaguirre, M. B., Zivadinov, R., Weinstock-Guttman, B., Chapman, B. P., & Benedict, R. H. (2018). Trait neuroticism, extraversion, and conscientiousness in multiple sclerosis: Link to cognitive impairment?. *Multiple Sclerosis Journal*, 24(2), 205-213.
- Σιδηροπούλου-Δημακάκου, Δ. (1995). Επαγγελματική Συμβουλευτική και Καθοδήγηση. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού*, 34, 56-66.
- Σιδηροπούλου-Δημακάκου, Δ., Αλεξοπούλου, Γ., Αργυροπούλου, Α., Δρόσος, Ν., & Ταμπούρη, Σ., (2008). Σχολικός Επαγγελματικός Προσανατολισμός. Πανεπιστήμιο Αθηνών- τομέας Ψυχολογίας. Αθήνα
- Σιδηροπούλου-Δημακάκου, Δ., Αλεξοπούλου, Γ., Αργυροπούλου, Α., Δρόσος, Ν., & Ταμπούρη, Σ. (2011). *Σχολικός επαγγελματικός προσανατολισμός*.
- Σταθόπουλος, Π. (1999). *Κοινωνική Πρόνοια, μία γενική θεώρηση*. Αθήνα: Έλλην.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Sabre, L., Pedai, G., Rekand, T., Asser, T., Linnamägi, Ü., & Kõrv, J. (2012). High incidence of traumatic spinal cord injury in Estonia. *Spinal cord*, 50(10), 755-759.
- Sandrow-Feinberg, H. R., Izzi, J., Shumsky, J. S., Zhukareva, V., & Houle, J. D. (2009). Forced exercise as a rehabilitation strategy after unilateral cervical spinal cord contusion injury. *Journal of neurotrauma*, 26(5), 721-731.
- Saulino, M. (2014). Spinal cord injury pain. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, 25(2), 397-410.

- Sawcer, S., Jones, H. B., Feakes, R., Gray, J., Smaldon, N., Chataway, J., ... & Compston, A. (1996). A genome screen in multiple sclerosis reveals susceptibility loci on chromosome 6p21 and 17q22. *Nature genetics*, *13*(4), 464-468.
- Schönherr, M. C., Groothoff, J. W., Mulder, G. A., Schoppen, T., & Eisma, W. H. (2004). Vocational reintegration following spinal cord injury: expectations, participation and interventions. *Spinal cord*, *42*(3), 177-184.
- Sears, S. (1982). A Definition of Career Guidance Terms: A National Vocational Guidance Association Perspective. *Vocational Guidance Quarterly*, *31*(2), 137-143.
- Shier, M., Graham, J. R., & Jones, M. E. (2009). Barriers to employment as experienced by disabled people: a qualitative analysis in Calgary and Regina, Canada. *Disability & Society*, *24*(1), 63-75.
- Sidiropoulou-Dimakakou, D., Mylonas, K., Argyropoulou, K., & Tampouri, S. (2012). Career Decision-making Difficulties, Dysfunctional Thinking and Generalized Self-Efficacy of University Students in Greece. *World Journal of Education*, *2*(1), p117.
- Simmons, R. D., Tribe, K. L., & McDonald, E. A. (2010). Living with multiple sclerosis: longitudinal changes in employment and the importance of symptom management. *Journal of neurology*, *257*(6), 926-936.
- Smith, M. M., & Arnett, P. A. (2005). Factors related to employment status changes in individuals with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, *11*(5), 602-609.
- Sospedra, M., & Martin, R. (2005). Immunology of multiple sclerosis. *Annu. Rev. Immunol.*, *23*, 683-747.
- Soysa, C. K., & Wilcomb, C. J. (2015). Mindfulness, self-compassion, self-efficacy, and gender as predictors of depression, anxiety, stress, and well-being. *Mindfulness*, *6*(2), 217-226.

- Spinal cord section Hellenic society of physical & rehabilitation medicine (2013) *Διεθνείς προοπτικές για την κάκωση Νωτιαίου Μυελού*. Ανακτήθηκε από: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94190/9786188219007_gre.pdf;jsessionid=FDD19A29216DA45B4C0CD6A20E37E34F?sequence=10
- Stajkovic, A. D., & Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 124(2), 240–261.
- Strober, L. B., Christodoulou, C., Benedict, R. H., Westervelt, H. J., Melville, P., Scherl, W. F., ... & Krupp, L. B. (2012). Unemployment in multiple sclerosis: the contribution of personality and disease. *Multiple Sclerosis Journal*, 18(5), 647-653.
- Tiedeman, D. V., & O'Hara, R. P. (1963). Career development: Choice and adjustment.
- Tinghög, P., Hillert, J., Kjeldgård, L., Wiberg, M., Glaser, A., & Alexanderson, K. (2013). High prevalence of sickness absence and disability pension among multiple sclerosis patients: a nationwide population-based study. *Multiple Sclerosis Journal*, 19(14), 1923-1930.
- Tomassen, P. C. D., Post, M. W. M., & Van Asbeck, F. W. A. (2000). Return to work after spinal cord injury. *Spinal cord*, 38(1), 51-55.
- Union of the Physical Impaired against Segregation (UPIAS) (1975). Fundamental Principles of Disability. Ανακτήθηκε από: <https://tonybaldwinson.files.wordpress.com/2014/06/1975-11-22-upias-and-disability-alliance-fundamental-principles-of-disability.pdf>
- Van Leeuwen, C. M., Post, M. W., Westers, P., Van Der Woude, L. H., De Groot, S., Sluis, T., ... & Lindeman, E. (2012). Relationships between activities, participation, personal factors, mental health, and life satisfaction in persons with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1), 82-89.

- Van den Berg, M. E. L., Castellote, J. M., Mahillo-Fernandez, I., & de Pedro-Cuesta, J. (2010). Incidence of spinal cord injury worldwide: a systematic review. *Neuroepidemiology*, 34(3), 184-192.
- Van Diemen, T., Craig, A., van Nes, I. J., Stolwijk-Swuste, J. M., Geertzen, J. H., Middleton, J., & Post, M. W. (2020). Enhancing our conceptual understanding of state and trait self-efficacy by correlational analysis of four self-efficacy scales in people with spinal cord injury. *BMC psychology*, 8(1), 1-9.
- Velavan, T. P., & Meyer, C. G. (2020). The COVID-19 epidemic. *Tropical medicine & international health*, 25(3), 278.
- Vroom, V. (1964). Expectancy theory. *Work and motivation*. Ανακτήθηκε από: <https://www.potentialunearthed.co.uk/wp-content/uploads/2017/11/Vrooms-Expectancy-of-Needs-theory.pdf>
- Wassem, R. (1992). Self-efficacy as a predictor of adjustment to multiple sclerosis. *The Journal of neuroscience nursing: journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 24(4), 224-229.
- Weinshenker, B. G. (1996). Epidemiology of multiple sclerosis. *Neurologic clinics*, 14(2), 291-308.
- Wik, S. E., & Tøssebro, J. (2014). Motivation for work among non-working disabled people in Norway in a life course perspective. *Alter*, 8(1), 40-52.
- Wilson-Kovacs, D., Ryan, M. K., Haslam, S. A., & Rabinovich, A. (2008). 'Just because you can get a wheelchair in the building doesn't necessarily mean that you can still participate': barriers to the career advancement of disabled professionals. *Disability & Society*, 23(7), 705-717.

- Wolstenholme, D., Downes, T., Leaver, J., Partridge, R., & Langley, J. (2014). Improving self-efficacy in spinal cord injury patients through "design thinking" rehabilitation workshops. *BMJ Open Quality*, 3(1), u205728-w2340.
- Woods, H., & Thomas, D. (2003). *Working with people with learning disabilities: Theory and practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- World Health Organization. (1980). *International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease, published in accordance with resolution WHA29. 35 of the Twenty-ninth World Health Assembly, May 1976*. World Health Organization.
- World Health Organization. (1982). *The work of WHO, 1980-1981: biennial report of the Director-General to the World Health Assembly and to the United Nations*. World health organization.
- World Health Organization. (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *Atlas: multiple sclerosis resources in the world 2008*. World Health Organization.
- Wyse, A. E. (2010). RJ DE AYALA (2009) *The Theory and Practice of Item Response Theory*.
- Χατζηγιάννη, Σ. (2016). Αυτεπάρκεια και δυσκολίες λήψης απόφασης για τη σταδιοδρομία. Η περίπτωση των φοιτητών και φοιτητριών της Πολυτεχνικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.
- Yanchak, K. V., Lease, S. H., & Strauser, D. R. (2005). Relation of Disability Type and Career Thoughts to Vocational Identity. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(3), 130–138.

- Yang, W., & Shi, L. (2018, December). The empirical analysis about effects of career decision-making difficulties on the career decision status in college students. In *2018 8th International Conference on Management, Education and Information (MEICI 2018)* (pp. 671-677). Atlantis Press.
- Young, A. E., & Murphy, G. C. (2009). Employment status after spinal cord injury (1992–2005): a review with implications for interpretation, evaluation, further research, and clinical practice. *International Journal of Rehabilitation Research*, *32*(1), 1-11.
- Zeelenberg, M., Nelissen, R. M., Breugelmans, S. M., & Pieters, R. (2008). On emotion specificity in decision making: Why feeling is for doing. *Judgment and Decision making*, *3*(1), 18.
- Zhu, X., Law, K. S., Sun, C., & Yang, D. (2019). Thriving of employees with disabilities: The roles of job self-efficacy, inclusion, and team-learning climate. *Human Resource Management*, *58*(1), 21-34.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Συμμετοχή σε έρευνα

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

Τα παρακάτω ερωτηματολόγια σκοπό έχουν να μελετήσουν την αυτοαποτελεσματικότητα ως προς την καθημερινότητά σας, ζώντας με κινητική αναπηρία, καθώς και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζεται ως προς την λήψη επαγγελματικής απόφασης. Απαραίτητη προϋπόθεση για να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο είναι η ύπαρξη κινητικής αναπηρίας και πιο συγκεκριμένα η Κάκωση Νωτιαίου Μυελού (KNM). Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις, επομένως θα σας παρακαλούσα να είστε όσο πιο ειλικρινείς γίνεται και να απαντάτε σε όλες τις ερωτήσεις. Επίσης, δεν υπάρχει χρονικός περιορισμός συμπλήρωσής τους, αν και καλό είναι να απαντάτε γρήγορα, χωρίς καθυστερήσεις. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική και μπορείτε να αποσυρθείτε όποτε θέλετε.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ!

Φιλικά,

Άννα Σταμπουλίδου, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

Δημογραφικά χαρακτηριστικά:

1. Σημειώστε το φύλο σας

- Άνδρας
- Γυναίκα

2. Κυκλώστε την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκετε:

- 19-34 ετών
- 35-50 ετών
- Πάνω από 51 ετών

3. Μορφωτικό επίπεδο

- Απόφοιτος Δημοτικού
- Απόφοιτος Γυμνασίου
- Απόφοιτος Γενικού Ενιαίου Λυκείου
- Απόφοιτος Σχολών ΟΑΕΔ
- Απόφοιτος ΙΕΚ
- Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ
- Κάτοχος Μεταπτυχιακού Διπλώματος
- Κάτοχος Διδακτορικού Διπλώματος

4. Σημειώστε την κινητική αναπηρία σας:

.....

5. Αιτία τραυματισμού:

- Πτώση
- Τροχαίο Ατύχημα
- Εργατικό ατύχημα
- Ασθένεια
- Άλλο.....

6. Μορφή αναπηρίας:

- Πλήρη Τετραπληγία
- Ατελή Τετραπληγία
- Πλήρη Παραπληγία
- Ατελή Παραπληγία
- Ημιπληγία
- Άλλο.....

7. Πόσα χρόνια έχουν περάσει από την διάγνωση της κινητικής σας αναπηρίας

- 1-5 χρόνια
- 6-10 χρόνια
- Πάνω από 10 χρόνια

8. Έμμισθη εργασία πριν το ατύχημα/ ασθένεια

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

9. Έμμισθη εργασία μετά τον τραυματισμό;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

10. Δεχτήκατε υπηρεσίες Συμβουλευτικής Επαγγελματικού Προσανατολισμού;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

Οι ακόλουθες προτάσεις σκοπό έχουν να μελετήσουν την καθημερινότητά σας ζώντας με κινητική αναπηρία- (ΚΑ). Παρακαλώ να σημειώσετε τον βαθμό, στον οποίο πιστεύεται ότι σας αντιπροσωπεύει η κάθε πρόταση:

Πόσο σίγουροι είστε ότι: **Καθόλου** **Λίγο** **Αρκετά** **Πολύ** **Εντελώς**

| | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 13) Μπορείτε να διαχειριστείτε τη σωματική αδιαθεσία που προκαλείται από την ΚΑ, ώστε αυτή να μην αποτελεί εμπόδιο στις δραστηριότητές σας; | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14) Μπορείτε να αποτρέψετε την επίδραση της ΚΑ στην ικανότητά σας να διαχειρίζεστε απρόοπτες καταστάσεις; | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15) Μπορείτε να αποτρέψετε την επίδραση της ΚΑ στην ικανότητά σας για κοινωνικοποίηση; | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16) Μπορείτε να διαχειριστείτε την ΚΑ, ώστε να μην αποτελεί το επίκεντρο της ζωής σας; | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17) Μπορείτε να ξεπεράσετε τον εκνευρισμό, την αποθάρρυνση ή την απογοήτευση που μπορεί να προκαλέσει η ΚΝΜ; | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18) Μπορείτε να βρείτε αποτελεσματικές λύσεις σε θέματα που προκύπτουν και σχετίζονται με την ΚΝΜ; | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Παρακάτω ακολουθούν δηλώσεις που σχετίζονται με τη διαδικασία λήψης επαγγελματικής απόφασης. Κυκλώστε το βαθμό, στον οποίο πιστεύετε ότι σας αντιπροσωπεύει η κάθε πρόταση. Η κλίμακα είναι 9Βαθμη όπου 1= Δεν με περιγράφει και 9= Με περιγράφει καλά.

Δεν με περιγράφει 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Με περιγράφει καλά

1 2 3 4 5 6 7 8 9

| | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 19) Γνωρίζω ότι πρέπει να επιλέξω επάγγελμα, αλλά μου λείπει το κίνητρο για να πάρω μια τέτοια απόφαση τώρα («Δεν έχω διάθεση για κάτι τέτοιο»). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20) Η δουλειά δεν είναι το πιο σημαντικό πράγμα στη ζωή ενός ανθρώπου, γι' αυτό και δεν με απασχολεί πολύ το να επιλέξω επάγγελμα. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21) Πιστεύω ότι δε χρειάζεται να επιλέξω επάγγελμα τώρα, γιατί ο χρόνος θα με οδηγήσει στην «κατάλληλη» επαγγελματική επιλογή. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22) Συνήθως μου είναι δύσκολο να παίρνω αποφάσεις | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23) Συνήθως αισθάνομαι ότι χρειάζομαι επιβεβαίωση και υποστήριξη για τις αποφάσεις μου από έναν ειδικό ή από κάποιον άλλο που εμπιστεύομαι. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24) Συνήθως φοβάμαι ότι θα αποτύχω. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25) Μου αρέσει να κάνω πράγματα με το δικό μου τρόπο. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 26) Πιστεύω ότι η είσοδός μου στο επάγγελμα που έχω επιλέξει θα μου λύσει και τα προσωπικά μου προβλήματα. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27) Πιστεύω ότι υπάρχει ένα μόνο επάγγελμα που μου ταιριάζει. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28) Πιστεύω ότι μέσα από το επάγγελμα που έχω επιλέξει θα υλοποιήσω όλες τις προσδοκίες μου. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29) Πιστεύω ότι η επιλογή επαγγέλματος γίνεται μόνο μια φορά και δεσμευόμαστε με αυτήν ολόκληρη τη ζωή μας. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30) Κάνω πάντα αυτό που μου λένε, ακόμη και αν έρχεται σε αντίθεση με τη δική μου θέληση. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31) Δυσκολεύομαι γιατί δε γνωρίζω ποια βήματα πρέπει να ακολουθήσω. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32) Δυσκολεύομαι γιατί δε γνωρίζω ποιους παράγοντες να λάβω υπόψη. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33) Δυσκολεύομαι γιατί δε γνωρίζω πώς να συνδυάσω τις πληροφορίες που έχω για τον εαυτό μου με τις πληροφορίες που έχω για διάφορα επαγγέλματα. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34) Δυσκολεύομαι γιατί δεν ξέρω ακόμη ποια επαγγέλματα με ενδιαφέρουν. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35) Δυσκολεύομαι γιατί δεν είμαι σίγουρος/η ακόμη για | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| τις επαγγελματικές μου προτιμήσεις (π.χ. ποιο επαγγελματικό περιβάλλον προτιμώ κ.λπ.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36) Δυσκολεύομαι γιατί δεν έχω αρκετές πληροφορίες σχετικά με τις ικανότητές μου και/ή τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς μου. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37) Δυσκολεύομαι γιατί δεν ξέρω πώς θα είναι οι ικανότητες και/ή τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς μου στο μέλλον. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 38) Δυσκολεύομαι γιατί δεν έχω αρκετές πληροφορίες σχετικά με την ποικιλία των επαγγελμάτων ή των προγραμμάτων περαιτέρω εκπαίδευσης και κατάρτισης που υπάρχουν. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 39) Δυσκολεύομαι γιατί δεν έχω αρκετές πληροφορίες σχετικά με τα χαρακτηριστικά των επαγγελμάτων και/ή των προγραμμάτων περαιτέρω εκπαίδευσης και κατάρτισης που με ενδιαφέρουν. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 40) Δυσκολεύομαι γιατί δεν ξέρω ποια μορφή θα έχουν τα επαγγέλματα στο μέλλον. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 41) Δυσκολεύομαι γιατί δε γνωρίζω πώς να αποκτήσω επιπρόσθετες πληροφορίες για τον εαυτό μου (π.χ. για τις ικανότητές μου). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 42) Δυσκολεύομαι γιατί δεν ξέρω πώς να αποκτήσω ακριβείς και έγκυρες πληροφορίες για τα υπάρχοντα επαγγέλματα και προγράμματα περαιτέρω εκπαίδευσης και κατάρτισης. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 43) Δυσκολεύομαι γιατί διαρκώς αλλάζουν οι επαγγελματικές μου προτιμήσεις. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 44) Δυσκολεύομαι γιατί έχω αντικρουόμενα δεδομένα για τις ικανότητες και/ή τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς μου (π.χ. πιστεύω ότι έχω υπομονή αλλά οι άλλοι λένε ότι δεν έχω). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 45) Δυσκολεύομαι γιατί έχω αντικρουόμενα δεδομένα για την ύπαρξη ή τα χαρακτηριστικά ενός συγκεκριμένου επαγγέλματος ή ενός προγράμματος περαιτέρω εκπαίδευσης και κατάρτισης. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 46) Δυσκολεύομαι γιατί με ελκύουν στον ίδιο βαθμό μια σειρά επαγγελμάτων και μου είναι δύσκολο να επιλέξω ένα από αυτά. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 47) Δυσκολεύομαι γιατί δε μου αρέσει κανένα από τα επαγγέλματα ή τα προγράμματα περαιτέρω εκπαίδευσης και κατάρτισης, στα οποία θα μπορούσα να γίνω δεκτός/ή. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <p>48) Δυσκολεύομαι γιατί το επάγγελμα που με ενδιαφέρει περιλαμβάνει κάποια χαρακτηριστικά που με ενοχλούν.</p> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <p>49) Δυσκολεύομαι γιατί οι προτιμήσεις μου δεν μπορούν να συνδυαστούν όλες σε ένα επάγγελμα, και δε θέλω να εγκαταλείψω καμία από αυτές.</p> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <p>50) Δυσκολεύομαι γιατί οι ικανότητες και οι δεξιότητες που έχω δεν ταιριάζουν με αυτές που απαιτούνται για το επάγγελμα το οποίο με ενδιαφέρει.</p> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <p>51) Δυσκολεύομαι γιατί οι άνθρωποι που είναι σημαντικοί για μένα (π.χ. γονείς ή φίλοι) δεν εγκρίνουν τις εναλλακτικές επαγγελματικές πορείες που σκέφτομαι και/ή τα χαρακτηριστικά που επιθυμώ να έχει ένα επάγγελμα.</p> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <p>52) Δυσκολεύομαι γιατί υπάρχουν αντιφάσεις μεταξύ των συμβουλών που μου δίνουν διάφοροι άνθρωποι, που είναι σημαντικοί για μένα, όσον αφορά το επάγγελμα που μου ταιριάζει ή τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά που θα έπρεπε να κατευθύνουν τις αποφάσεις μου.</p> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Σας ευχαριστώ πολύ για την συμμετοχή σας!