

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

***«Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ:
ΟΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ – ΜΟΝΑΞΙΑ»***

του Χρήστου Μακρίδη

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2020

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

**«Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ:
ΟΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ – ΜΟΝΑΞΙΑ»**

του Χρήστου Μακρίδη

Εξεταστική Επιτροπή:

Σπυρίδων Γεώργιος Σούλης, Αναπληρωτής Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε., Επιβλέπων

Ελένη Μορφίδη, Επίκουρη Καθηγήτρια Π.Τ.Δ.Ε., Μέλος Τριμελούς
Επιτροπής

Σουζάνα Μαρία Νικολάου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Π.Τ.Δ.Ε., Μέλος
Τριμελούς Επιτροπής

Ευχαριστίες

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών στις Επιστήμες της Αγωγής με κατεύθυνση Ειδική και Εκπαίδευση του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης, το οποίο υπάγεται στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας και των μεταπτυχιακών μου σπουδών θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλλαν στην πραγματοποίηση αυτού του «ταξιδιού» μέσω του οποίου διευρύνθηκαν οι γνώσεις μου πάνω σε πολλά θέματα.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα της διπλωματικής και συντονιστή του μεταπτυχιακού κ. Σπυρίδων Γεώργιο Σούλη, Αναπληρωτή Καθηγητή Π.Τ.Δ.Ε, τόσο για τις υποδείξεις κατά τη διάρκεια της συγγραφής της εργασίας και γενικότερα κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών και των μεταπτυχιακών μου σπουδών όσο και για την υπομονή και την εμπιστοσύνη που έδειξε όλα αυτά τα χρόνια. Επιπλέον τον ευχαριστώ για όλες τις ευκαιρίες που μου έδωσε, την υποστήριξη που μου προσέφερε πάνω σε ακαδημαϊκά ζητήματα ή μη, τον προσωπικό του χρόνο που τον αφιέρωσε γενναιόδωρα και τη συνεργασία που είχαμε γενικότερα!

Στη συνέχεια ένα μεγάλο ευχαριστώ στην κ. Ελένη Μορφίδη, επίκουρη καθηγήτρια Π.Τ.Δ.Ε., που ως μέλος της τριμελούς επιτροπής διέθεσε το χρόνο της προσφέροντάς μου της γνώσεις της. Επιπλέον την ευχαριστώ θερμά για τη συνεργασία που είχαμε καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών καθώς και για τη βοήθεια και στήριξη που μου παρείχε πάνω σε θέματα Ειδικής Αγωγής!

Θέρμες ευχαριστίες επίσης θα ήθελα να απευθύνω στην κ. Σουζάνα Μαρία Νικολάου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για τις πολύτιμες γνώσεις που μου προσέφερε και τη στήριξη της σε ακαδημαϊκό και σε προσωπικό επίπεδο!

Επίσης, σημαντική αναφορά πρέπει να γίνει σε όλους τους συλλόγους ατόμων με χρόνια νοσήματα και ιδιαίτερα τον Σύλλογο Ατόμων με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας (ΣΑμΣΚΠ), για την πολύτιμη βοήθειά τους ως προς τη διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, με σκοπό την ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια και τους φίλους μου για την πολύτιμη στήριξη που μου παρείχαν αυτά τα δύο χρόνια των μεταπτυχιακών μου σπουδών!

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	6
----------------	---

Abstract	7
----------------	---

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
----------------	---

ΜΕΡΟΣ Α΄ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΕΝΝΟΙΩΝ

1.1 Εννοιολογική αποσαφήνιση των όρων: άτομο με χρόνια νοσήματα, μοναξιά, κοινωνικές δεξιότητες, ποιότητα ζωής.....	10
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΙ ΠΤΥΧΕΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ: ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ, ΜΟΝΑΞΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

2.1 Η Ψυχική υγεία των ατόμων με χρόνια νοσήματα.....	18
---	----

2.2 Αισθήματα μοναξιάς σε χρόνια πάσχοντες.....	21
---	----

2.3 Η ποιότητα ζωής που διαμορφώνουν οι χρόνια πάσχοντες και η επιρροή των κοινωνικών τους δεξιοτήτων.....	25
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ, ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΜΟΝΑΞΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

3.1 Έρευνες που εξέτασαν την ποιότητα ζωής των ατόμων με χρόνια νοσήματα.....	33
---	----

3.2 Έρευνες που εξέτασαν τα αισθήματα μοναξιάς των ατόμων με χρόνια νοσήματα.....	33
---	----

3.3 Έρευνες που εξέτασαν τις κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων με χρόνια νοσήματα.....	37
---	----

ΜΕΡΟΣ Β΄ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

4.1 Σκοποί της έρευνας και Ερευνητικά Ερωτήματα.....	40
--	----

4.2 Δείγμα - Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων.....	41
--	----

4.3 Ερευνητικά εργαλεία.....	43
------------------------------	----

4.4 Διαδικασία συλλογής ερευνητικών δεδομένων.....	46
4.5 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων.....	47
4.6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	47
4.6.1 Επιρροή ατομικών στοιχείων των ερωτώμενων (π.χ.: φύλο, ηλικία, προσωπική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, εισόδημα, είδος απασχόλησης) αναφορικά με το κοινωνικό κίνητρο και την κοινωνική κατανόηση (διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων).....	47
4.6.2 Επιρροή κι επίδραση του χρόνιου νοσήματος στις παραμέτρους των κοινωνικών δεξιοτήτων, της μοναξιάς και της ποιότητας ζωής	51
4.6.3 Επιρροή των ατομικών στοιχείων (φύλο, ηλικία, προσωπική κατάσταση, είδος απασχόλησης, εισόδημα, μορφωτικό επίπεδο) στην ποιότητα ζωής.....	57
4.6.4 Επιρροή των παραμέτρων της μοναξιάς και των κοινωνικών δεξιοτήτων στην ποιότητα ζωής.....	60
4.6.5 Επιρροή των ατομικών στοιχείων (φύλο, ηλικία, προσωπική κατάσταση, είδος απασχόλησης, εισόδημα, μορφωτικό επίπεδο) με την παράμετρο της μοναξιάς.....	62
4.6.6 Επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην παράμετρο της μοναξιάς.....	66
4.6.7 Επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην ποιότητα ζωής.....	67
4.6.8 Γραμμική παλινδρόμηση για την πρόβλεψη της ποιότητας ζωής από τις παραμέτρους των κοινωνικών δεξιοτήτων και της μοναξιάς.....	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	75
Παράρτημα Ι: Ερωτηματολόγια έρευνας.....	90
Παράρτημα ΙΙ: Περιγραφική Στατιστική – Στοιχεία του δείγματος.....	101

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην Ελλάδα του σήμερα, η ραγδαία οικονομική ύφεση σε συνδυασμό με το χαμηλό επίπεδο της παρεχόμενης υγείας, έχουν σαν κύρια συνέπειά τους την εξάπλωση των χρόνιων νοσημάτων (αυτό - άνοσων και μη), τα οποία ανήκουν στην κορωνίδα των αιτιών νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως. Η εμφάνισή τους οφείλεται στο μέγιστο βαθμό σε ψυχολογικούς παράγοντες όπως είναι το άγχος και τα έντονα αισθήματα μοναξιάς τα οποία βιώνουν οι πάσχοντες, διαμορφώνοντας έτσι την ποιότητα της ζωής τους με αρνητικό πρόσημο. Οι χρόνιες παθήσεις είναι δυνατόν να ασκήσουν επιρροή στην ισορροπία και στη συμμόρφωση ενός ατόμου ανάλογα με τον τρόπο που το ίδιο βιώνει την ασθένειά του, αλλά και τα προβλήματα που τη συνοδεύουν. Σε άμεση αντιδιαστολή με τα παραπάνω, έρχονται οι κοινωνικές δεξιότητες που αναπτύσσει ο κάθε ασθενής και οι οποίες θα τον βοηθήσουν στη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων όπως η μοναξιά μέσα από τη συναναστροφή του με τους υπόλοιπους ανθρώπους. Στο πλαίσιο της εν λόγω μελέτης, στόχος είναι να διερευνηθεί εάν και σε ποιο βαθμό οι κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα επιδρούν στην άρση αρνητικών συναισθημάτων όπως αυτό της μοναξιάς, καθώς και εάν μπορούν να βελτιστοποιήσουν την ποιότητα της ζωής τους. Επιπλέον, βρέθηκε κατά πόσο δημογραφικά στοιχεία όπως το φύλο, ο τόπος διαμονής και το εισόδημα επηρέασαν τις απαντήσεις των ερωτηθέντων, ενώ παράλληλα έγινε σύγκριση των απόψεών τους με εκείνες ατόμων του τυπικού πληθυσμού.

Λέξεις-Κλειδιά: Κοινωνικές δεξιότητες, άτομα με χρόνια νοσήματα, μοναξιά, ποιότητα ζωής

"QUALITY OF LIFE OF INDIVIDUALS WITH CHRONIC ILLNESSES: THE PARAMETERS OF SOCIAL COMPETENCY – LONELINESS"

Abstract

In today's Greece, the rapid economic downturn, coupled with the low level of health care provided, have as their main consequence the spread of chronic diseases (autoimmune and non-autoimmune) that are at the root of the causes of morbidity and mortality worldwide. Their appearance is largely due to psychological factors such as stress and the intense feelings of loneliness experienced by sufferers, thus shaping their quality of life with a negative sign. Chronic conditions can affect a person's balance and compliance depending on the way he or she experiences his or her illness and the problems that accompany it. In direct contrast to the above, are the social skills that each patient develops that will help him to reduce negative emotions such as loneliness through his association with other people. The purpose of this study is to investigate whether and to what extent the social skills of people with chronic illnesses affect the removal of negative emotions such as loneliness, and whether they can optimize their quality of life. In addition, it was found whether demographics such as gender, place of residence and income influenced respondents' responses, while comparing their views with those of the typical population.

Keywords: Social skills, people with chronic diseases, loneliness, quality of life

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Διαχρονικά, έχει αποδειχθεί μέσω της συστηματικής μελέτης ότι οι χρόνιες παθήσεις συσχετίζονται σημαντικά με αρνητικά συναισθήματα, π.χ. η μοναξιά, τα οποία επιβαρύνουν περεταίρω την υγεία του ατόμου. Δεν είναι άλλωστε λίγες οι ενδείξεις, ότι υπάρχει σύνδεση ανάμεσα σε αυτή και την επιδείνωση της εξελικτικής πορείας αρκετών χρόνιων νοσημάτων, με πιο κοινά την υπέρταση και τις καρδιοπάθειες. Επίσης, στις περισσότερες περιπτώσεις αποτελεί βασικό προβλεπτικό δείκτη και για ψυχικά νοσήματα όπως αυτό της κατάθλιψης, ενώ παράλληλα συμβάλλει στην μείωση της εμπλοκής του ασθενή σε θετικές πρακτικές για την υγεία του, όπως είναι η άσκηση, η επαφή του με κόσμο και η χαλάρωση, γεγονότα που υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής του.

Η κατανόησή της επομένως, ως κύριος προβλεπτικός παράγοντας για την καθοδική πορεία της υγείας των πασχόντων είναι πρωταρχικής σημασίας, καθώς εκτιμάται ότι θα μετατραπεί σε μία από τις πρωταρχικές αιτίες εμφάνισης χρόνιων (αυτό - άνοσων) παθήσεων μέσα στις επόμενες δύο δεκαετίες κατά τον Whooley (2012a, 2012b).

«Κλειδί» για την αποφυγή της αποτελούν οι κοινωνικές δεξιότητες που διαθέτουν τα άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Πιο συγκεκριμένα, όταν ο ασθενής μπορεί να αλληλοεπιδράσει κοινωνικά, τότε αυτόματα δεν νιώθει μόνος, αφού έχει την υποστήριξη του περιβάλλοντός του (οικογένεια, φίλοι), η οποία λειτουργεί ως «ασπίδα» απέναντι στην αρνητική κατάσταση την οποία βιώνει. Αλλωστε, τα χαμηλότερα επίπεδα οικογενειακής και κοινωνικής στήριξης συμβάλλουν καθοριστικά στην ύπαρξη της μοναξιάς, ενώ και η χαμηλή αποδοχή από το κοινωνικό σύνολο μπορεί να την εντείνει.

Στη χώρα μας, πολύ λίγες είναι οι έρευνες που έχουν εστιάσει στα αισθήματα μοναξιάς που βιώνουν τα άτομα με χρόνια νοσήματα, καθώς και στην καταλυτική επιρροή που ασκούν στην ποιότητα της ζωής τους. Η ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο, αποτελεί ένα άγραφο μεν, αλλά κατοχυρωμένο δε δικαίωμα με διαστάσεις που πηγαίνουν κόντρα σε κάθε κοινωνική νόρμα, η οποία ορίζει τι είναι αποδεκτό και τι όχι. Ωστόσο, η διαδρομή που πρέπει να διανυθεί για την ουσιαστική συμμετοχή τους στα κοινωνικά πλαίσια είναι μεγάλη και εξαρτάται σε ένα μεγάλο βαθμό τόσο από τους ίδιους, όσο και απ' τις επιλογές τους.

Προχωρώντας, αξίζει να τονιστεί η σημαντικότητα των μοντέλων αυτοδιαχείρισης που αναπτύσσουν οι χρόνια πάσχοντες, στα οποία συμπεριλαμβάνονται οι πεποιθήσεις τους σχετικά με τη θεραπεία που ακολουθούν για τον έλεγχο της πάθησής τους, η στήριξη που δέχονται από τους άλλους ανθρώπους του περίγυρού τους, οι συναισθηματικές τους αντιδράσεις (μοναξιά), καθώς και συμπεριφορικές αντιδράσεις (κοινωνικές δεξιότητες) που εκδηλώνουν και οι οποίες ποικίλουν από το ένα άτομο στο άλλο.

Όλα τα παραπάνω λειτουργούν ως ένας ολικός παράγοντας, ο οποίος καθορίζει τον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται την ιδιαίτερη κατάσταση της υγείας του, τον

τρόπο που την αντιμετωπίζει και εν τέλει την μορφή που θα λάβει η ποιότητα της ζωής του (Uysal & Akpinar 2013).

Το συμπεριφορικό κομμάτι επηρεάζει πάντα το συναισθηματικό, καθώς όταν το άτομο βρει το κουράγιο και τη διάθεση για ανθρώπινη επαφή και επικοινωνία, τότε βρίσκει αυτομάτως και τη δύναμη να μπορέσει να διαχειριστεί καλύτερα την πορεία της ασθένειάς του με έναν πιο βιώσιμο τρόπο, αίροντας κάθε λογής αρνητικά αισθήματα, όπως π.χ. αυτό της μοναξιάς, τα οποία λειτουργούν ανασταλτικά σε σωματικό και πνευματικό επίπεδο.

Η δομή της παρούσας εργασίας διαρθρώνεται σε τέσσερα κεφάλαια όπου το πρώτο περιλαμβάνει οριοθέτηση των εννοιών που αποτελούν «κορμό» για την παρούσα έρευνα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται η σκιαγράφηση του ψυχολογικού προφίλ των ατόμων με χρόνια νοσήματα, καθώς και διάφορες πτυχές, οι οποίες συνδέονται με την ποιότητα της ζωής τους, όπως η επιρροή των αισθημάτων μοναξιάς που βιώνουν και των κοινωνικών τους δεξιοτήτων.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται μία ανασκόπηση τόσο από την ελληνική, όσο και από τη διεθνή βιβλιογραφία αναφορικά με ζητήματα που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής, τη μοναξιά και τις κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων με χρόνια νοσήματα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αυτής της εργασίας παρατίθενται τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας, τα οποία προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων από ερωτηματολόγια αναφοράς που μοιράστηκαν στο δείγμα.

Το πέμπτο κεφάλαιο, περιλαμβάνει τη συζήτηση και τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τη βιβλιογραφική και ερευνητική ανασκόπηση, ενώ στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο παρατίθενται περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνα, ενώ παράλληλα τονίζεται η σπουδαιότητα του ερευνητικού αυτού εγχειρήματος.

Τέλος, ακολουθούν οι βιβλιογραφικές αναφορές που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς και τα παραρτήματα στα οποία περιλαμβάνονται οι πίνακες με τα περιγραφικά στοιχεία του δείγματος και τα ψυχομετρικά εργαλεία που τους χορηγήθηκαν.

ΜΕΡΟΣ Α΄ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΕΝΝΟΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΡΡΟΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

1.1 Εννοιολογική αποσαφήνιση του όρων: χρόνια νοσήματα, κοινωνικές δεξιότητες, ποιότητα ζωής

Η σύνθετη φύση των χρόνιων νοσημάτων άσκησε επιρροή στην εξεύρεση ενός ορισμού ο οποίος θα ήταν λειτουργικός για όλες τις περιπτώσεις και καταστάσεις που τα αφορούν. Πολλοί επιστήμονες στο χώρο της υγείας, επιχείρησαν κατά καιρούς να ορίσουν τι είναι το χρόνιο νόσημα. Για τον Aderson (2010), ο συγκεκριμένος όρος περιλαμβάνει όλες τις χρόνιες ασθένειες και τις σωματικές βλάβες. Δηλαδή, αναφέρεται σε όλες τις ιατρικές παθήσεις που έχουν διάρκεια ενός ή περισσότερου χρόνου, που επιφέρουν λειτουργικές δυσλειτουργίες στο άτομο και ως επί το πλείστον καθιστούν απαραίτητη τη συνεχόμενη ιατρική παρακολούθηση και φροντίδα.

Ο χαρακτηριστικότερος και ίσως ο λειτουργικότερος ορισμός όμως, είναι εκείνος του Εθνικού Κέντρου Στατιστικής Υγείας των Η.Π.Α., σύμφωνα με τον οποίο ως χρόνια νόσος ορίζεται η κατάσταση της υγείας με συμπτώματα που επιμένουν για περισσότερο από τρεις μήνες, με περιόδους λανθάνουσας κατάστασης, αλλά παρατεταμένης κλινικής πορείας, η οποία εμφανίζει σταδιακές αλλαγές με την πάροδο του χρόνου, είναι συνήθως πολυπαραγοντικής αιτιολογίας και καθώς δεν έχει οριστική θεραπεία, απαιτεί συνεχή διαχείριση για χρονική περίοδο ετών ή δεκαετιών. Τέτοιου είδους ασθένειες δεν μπορούν γενικά να προληφθούν με εμβόλια ή να θεραπευτούν πλήρως με τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής. Οι επιβλαβείς για την υγεία συμπεριφορές - ιδιαίτερα το κάπνισμα, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και οι κακές διατροφικές συνήθειες - συνεισφέρουν σημαντικά στην εμφάνιση των χρόνιων αυτών καταστάσεων (National Center for Health Statistics, 2013; CCDPC 2006).

Παρά το γεγονός ότι οι έννοιες «χρόνια νόσος» (chronic disease), «χρόνια ασθένεια» (chronic sickness), και «χρόνια αρρώστια» (chronic illness) χρησιμοποιούνται εναλλακτικά (όπως στην παρούσα έρευνα), στην ουσία η πρώτη, αφορά στη διαταραχή σε οργανικό επίπεδο (βλάβες που εκφράζονται με σημεία και συμπτώματα που αξιολογούνται μέσω εργαστηριακών ευρημάτων), η δεύτερη σε κοινωνικό επίπεδο (εξαιτίας της νόσου διαταράσσονται οι επαγγελματικές/κοινωνικές δραστηριότητες του ατόμου, το οποίο χαρακτηρίζεται ως ασθενής), ενώ η τρίτη σε λειτουργικό επίπεδο (αφορά στην υποκειμενική βιωμένη εμπειρία του ατόμου, σύμφωνα με την οποία νιώθει πόνο, κόπωση, αδυναμία, δυσλειτουργία) (Walker, 2001).

Τα χρόνια νοσήματα χωρίζονται σε κατηγορίες ανάλογα με τα συμπτώματα που εκδηλώνει το εκάστοτε άτομο που νοσεί. Στις χρόνιες νόσους/ασθένειες λοιπόν, περιλαμβάνονται νοσήματα μεταδοτικά (π.χ. Η.Ι.Υ, φυματίωση), νοσήματα μη

μεταδοτικά (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, αναπνευστικές δυσχέρειες, καρδιοπάθειες), μακροχρόνιες ψυχικές διαταραχές (π.χ. κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή), αυτό-άνοσα νοσήματα (σκλήρυνση κατά πλάκας), καθώς και προοδευτικές φυσικές - δομικές βλάβες (τύφλωση, γενετικές διαταραχές) (WHO 2014; Bernell et., al., 2016).

Στις αναπτυγμένες χώρες, τα χρόνια νοσήματα με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης είναι τα ακόλουθα:

α.) Οι καρδιακές παθήσεις με συνηθέστερη τη Στεφανιαία Νόσο (Σ.Ν.), οι οποίες αφορούν το φάσμα των συμπτωμάτων που οφείλονται σε βλάβες των στεφανιαίων αγγείων, των αρτηριών δηλαδή που παρέχουν αίμα στην καρδιά, προκαλώντας το έμφραγμα (Μανώλης, 2007).

β.) Ο Καρκίνος, όπου εμφανίζεται μόλις ορισμένα από τα κύτταρα του σώματος αρχίζουν να διαιρούνται ασταμάτητα και να εξαπλώνονται στους περιβάλλοντες ιστούς, δημιουργώντας όγκους. Όταν οι όγκοι αυτοί είναι κακοήθεις, σημαίνει ότι μπορούν να εξαπλωθούν ή να εισβάλουν και εν τέλει να βλάψουν τους κοντινούς ιστούς. Επιπλέον, καθώς αναπτύσσονται, ορισμένα καρκινικά κύτταρα μπορούν να σπάσουν και να μετακινηθούν σε απομακρυσμένα μέρη του σώματος μέσω του αίματος ή του λεμφικού συστήματος και να σχηματίσουν νέους όγκους μακριά από τον αρχικό, επιβαρύνοντας περεταίρω την υγεία. (Shahidi, 2017).

γ.) Οι Χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού, στις οποίες περιλαμβάνονται παθολογικές καταστάσεις που επηρεάζουν τα όργανα και τους ιστούς που συμμετέχουν στη διαδικασία της αναπνοής. Προκαλούν προβλήματα της αναπνευστικής οδού, συμπεριλαμβανομένης της τραχείας, των βρόγχων, των κυψελίδων, των νεύρων και των μυών της αναπνοής. Οι παθήσεις αυτές κυμαίνονται από ήπιες και αυτοπεριοριζόμενες, όπως το κοινό κρυολόγημα, μέχρι απειλητικές για τη ζωή ασθένειες όπως η Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια (Χ.Α.Π.) και ο καρκίνος του πνεύμονα (Falcon - Rodriguez, et., al., 2016).

δ.) Ο Σακχαρώδης Διαβήτης ο οποίος πρόκειται για μία μεταβολική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από αύξηση της συγκέντρωσης του σακχάρου στο αίμα (υπεργλυκαιμία) και διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης, είτε ως αποτέλεσμα ελαττωμένης έκκρισης ινσουλίνης, είτε λόγω ελάττωσης της ευαισθησίας των κυττάρων του σώματος στην ινσουλίνη. Οι κύριοι τύποι σακχαρώδους διαβήτη είναι ο διαβήτης τύπου 1, ο διαβήτης τύπου 2 και ο διαβήτης της κύησης (Ozougwu et. al., 2013).

ε.) Η Χρόνια Νεφρική Νόσος (Χ.Ν.Ν) ή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (Χ.Ν.Α), η οποία πρόκειται για την μη αντιμετωπίσιμη μείωση της νεφρικής λειτουργίας και την ολοκληρωτική καταστροφή των ιστών που συμβάλλουν στον καθαρισμό του αίματος από τις περιττές ουσίες. Αποτέλεσμα της είναι η πτώση της παραγωγής ούρων, συσσωρεύοντας έτσι αίμα και άλλες άχρηστες ουσίες που προκαλούν προβλήματα στην υγεία. Αποτελεί μια βραδέως αναπτυσσόμενη κατάσταση που συνήθως είναι ασυμπτωματική μέχρι να παρατηρηθεί η ελάττωση της σπειραματικής διήθησης και η πρόκληση του ουραιμικού συνδρόμου, όπου η αιμοκάθαρση είναι απαραίτητη για την διατήρηση της ζωής (Dousdampanis et., al., 2012).

στ.) Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας (ΣκΠ) ή Πολλαπλή Σκλήρυνση, η οποία είναι μία επίκτητη, αυτοάνοση, φλεγμονώδης, απομυελινωτική νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) που προσβάλλει κυρίως νέους ενήλικες συχνότερα κατά τη 3η δεκαετία της ζωής τους. Προκαλεί συμπτώματα και νευρολογικά σημεία σχεδόν από όλα τα λειτουργικά συστήματα π.χ. αισθητικά, αισθητηριακά, κινητικά, βάδισης και ισορροπίας, ψυχικά και γνωστικά (Koutsouraki et. al., 2010).

Οι περισσότερες από τις παραπάνω χρόνιες παθήσεις, ανήκουν στην κορυφή νοσηρότητας και θνησιμότητας για τον παγκόσμιο πληθυσμό. Ο όρος «νοσηρότητα» σχετίζεται με την ύπαρξη της ασθένειας ή κάποιου συμπτώματος ασθένειας, καθώς και με τα ποσοστά εμφάνισης μιας νόσου μέσα σε έναν πληθυσμό. Αναφέρεται επίσης, και σε πιθανά ιατρικά προβλήματα τα οποία προκαλούνται από μια θεραπεία (Δημολιάτης, κ. συν., 2015). Αντίθετα, ο όρος «θνησιμότητα» χρησιμοποιείται πάντα, όταν γίνεται αναφορά στο ποσοστό του αριθμού των θανάτων μιας συγκεκριμένης ομάδας ανθρώπων σε μια ορισμένη χρονική περίοδο.

Ανατρέχοντας στα νεότερα στοιχεία (2016) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.), φαίνεται ότι από τους 57 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως, τα 41 εκατομμύρια (71%) οφείλονταν σε χρόνια νοσήματα, ενώ έχει καταδειχθεί ότι είναι υπεύθυνα και για το 75% των πρόωγων θανάτων σε άτομα ηλικίας από 30 έως 69 έτη.

Η φροντίδα επομένως, για όσους πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, αποτελεί επί του παρόντος κορυφαία ανησυχία που εγείρεται από τις εθνικές ατζέντες υγείας ανά τον κόσμο και έχουν καταβληθεί προσπάθειες για την αύξηση της αυτοδιαχείρισης και για την προώθηση της αυτο-φροντίδας των πασχόντων (World Health Organization, 2009, όπως αναφ. οι Martinez-Marcos & De la Cuesta-Benjumea, 2015). Άλλωστε, δεν πρέπει κανείς να ξεχνά, ότι μία τέτοια κατάσταση δεν επηρεάζει μόνο τον ίδιο τον ασθενή, αλλά και την οικογένεια, τους φροντιστές και τους φίλους που «περιβάλλουν» τον άτομο που νοσεί.

Τα περιστατικά που αφορούν ασθενείς με χρόνια νοσήματα, τείνουν ολοένα να αυξάνονται ραγδαία εξαιτίας του γήρατος του πληθυσμού και της αύξησης παραγόντων κινδύνου, όπως η κακή ψυχολογία και το χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό τους επίπεδο. Αποτέλεσμα των προαναφερόμενων παραγόντων, είναι η μειωμένη ικανοποίηση που τα άτομα αντλούν από την ζωή τους, αφού η ποιότητά της υποβαθμίζεται. Η έννοια της ποιότητας ζωής, έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών στο χώρο της υγείας τις τελευταίες δεκαετίες (Soleimani et. al. 2016; Sherman et. al. 2010).

Σήμερα, γίνεται εκτεταμένη χρήση της ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων και μελετάται ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες. Πρόκειται, όμως, για μία αδιαμφισβήτητα πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκείμενη έννοια, η οποία δύσκολα μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί. Περιγράφει τις αντιλήψεις ενός ατόμου που σχετίζονται με τη σωματική, την κοινωνική, τη λειτουργική και την ψυχολογική ευημερία του (Soleimani et. al. 2016; Sherman et. al. 2010). Πιο συγκεκριμένα, είναι ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται την «ικανοποίηση», αφού αξιολογήσει τις πτυχές της ζωής του. Η αξιολόγηση αυτή αφορά στις συναισθηματικές του αντιδράσεις, στην καθημερινότητά του, στη διάθεσή του, στην ικανοποίηση από την ικανότητά του να

εργαστεί και από τις προσωπικές του σχέσεις, καθώς και από την αίσθηση εκπλήρωσης και ικανοποίησης από τη ζωή του γενικότερα (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Πρόκειται, άρα, για μια δυναμική κατάσταση αλληλοεπιδράσεων και μπορεί να καθοριστεί από ποικίλους παράγοντες όπως εκείνοι που αναφέρθηκαν παραπάνω, οι οποίοι μπορούν είτε να βελτιστοποιήσουν, είτε να «απειλήσουν» την ευημερία ενός ατόμου (WHO, 2004).

Ειδικότερα, κάνοντας λόγο για άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, οι παράγοντες που δυνητικά μπορούν να επηρεάσουν την εσωτερική τους ευημερία (ψυχική υγεία) και κατ' επέκταση την ποιότητα της ζωής τους, σχετίζονται άμεσα με τη συμπεριφορά και την κουλτούρα που έχουν «υιοθετήσει» στη ζωή τους γενικότερα, όπως οι ικανότητες αυτοδιαχείρισης εσωτερικών καταστάσεων και οι διαπροσωπικές τους σχέσεις, αλλά και κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως το εισόδημα, η κοινωνική θέση, η σωματική υγεία, το εκπαιδευτικό, το μορφωτικό και το πολιτισμικό τους επίπεδο, το επίπεδο κοινωνικό-οικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης, η προσωπική τους ζωή, ο τρόπος διαμονής καθώς και η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, αλλά και η θέση τους στην κοινότητα (WHO, 2004).

Η υποκειμενική φύση της ποιότητας ζωής, καθιστά τον πάσχοντα ως την πρωτογενή πηγή πληροφοριών (gold standard) που σχετίζονται με την εκτίμησή της (Adamakidou & Kalokerinou 2011; Carr & Higginson 2001; Carr et al, 2001; Sprangers 2002). Εντούτοις, συχνά η αξιολόγησή της από τον ίδιο τον ασθενή μπορεί να είναι αδύνατη (π.χ. όταν πρόκειται για μικρά παιδιά, για ηλικιωμένους, για άτομα με διαταραχές της συμπεριφοράς και προβλήματα επικοινωνίας, ή για ιδιαίτερα επιβεβαρυμένους από τη νόσο ασθενείς). Στις περιπτώσεις αυτές, πληροφορίες συλλέγονται από πρόσωπα που εμπλέκονται άμεσα στη φροντίδα τους, γνωστοί ως σημαντικοί άλλοι (informal caregivers), αλλά και από τους επαγγελματίες υγείας (formal caregivers), οι οποίοι μπορούν να υποκαταστήσουν, να ενισχύσουν ή να συμπληρώσουν τις εκτιμήσεις των ασθενών στις κλινικές μελέτες, στη λήψη αποφάσεων που τους αφορούν και στην καθημερινή τους φροντίδα, όταν οι τελευταίοι αδυνατούν να εκφέρουν τη δική τους κρίση (Pickard & Knight 2005; Jocham et al, 2006).

Αρκετοί ερευνητές στον τομέα της υγείας, έχουν διαπιστώσει ότι τα αισθήματα αβεβαιότητας, σε συνδυασμό με διαταραχές σε προσωπικό – οικογενειακό επίπεδο, μπορούν να μεταβάλλουν την ευημερία και την ικανοποίησή των ατόμων από τη ζωή, καθώς οι καταστάσεις που βιώνουν είναι απρόβλεπτες και οφείλονται στην ανίατη ασθένεια που αντιμετωπίζουν (Hurt et al., 2017). Ακόμη, η ικανοποίηση των ασθενών από την ζωή τους, μειώνεται εξαιτίας της περιορισμένης σωματικής τους δραστηριότητας, αλλά κι επειδή διακυβεύεται η ικανότητά τους να εργάζονται, να παίζουν με τα παιδιά τους, να απολαμβάνουν μια καλή σχέση με τους/τις συντρόφους τους, να εκτελούν καθήκοντα ρουτίνας και να απολαμβάνουν έναν καλό ύπνο. Αυτό συχνά οδηγεί σε θυμό, απογοήτευση, με αποτέλεσμα τα άτομα να βιώνουν περισσότερο πόνο, αδυνατώντας να διαθέσουν κίνητρα για συμμετοχή σε οποιαδήποτε δραστηριότητα. Πρόκειται επομένως, για τη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου, ο οποίος διαταράσσει την ποιότητα της ζωής (Hadi et. al., 2019).

Επιπλέον, τα υψηλά επίπεδα αβεβαιότητας που βιώνονται εξαιτίας της ασθένειας, μπορούν να «πυροδοτήσουν» στους πάσχοντες υψηλότερα επίπεδα αντιληπτού άγχους, καταθλιπτικών συμπτωμάτων, καθώς και φτωχότερης συναισθηματικής ευεξίας, που με τη σειρά τους έχουν ως αποτέλεσμα την αδυναμία λειτουργικότητας, τη δυσκολία στη διατήρηση σχέσεων, τη σύγχυση και την παρεξήγηση σε ότι αφορά τη σχέση τους με τα άτομα του περιβάλλοντός τους. (Kurita et al., 2013).

Εκείνο, επίσης, που έχει τεκμηριωθεί ερευνητικά, είναι ότι όσοι ασθενείς λαμβάνουν ανεπαρκή κοινωνική υποστήριξη, η οποία προκύπτει από τις κοινωνικές σχέσεις που συνάπτουν, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την εξελικτική πορεία της υγείας τους. Συγκεκριμένα, ιδίως οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ενήλικες οι οποίοι μαστίζονται από έντονα αισθήματα μοναξιάς, που αποτελεί βασική παράμετρο επιρροής για τα αισθήματα ικανοποίησης από τη ζωή, έχει φανεί ότι η ύπαρξή της είναι απειλητική τόσο για την εξωτερική, όσο και για την εσωτερική ευημερία τους (Wangetal., 2014; Leungetal., 2014).

Η μοναξιά δεν είναι μία ψυχιατρική έννοια. Αποτελεί βασική παράμετρο επιρροής για τα αισθήματα ικανοποίησης ενός ατόμου από τη ζωή. Υπάρχουν διάφοροι ορισμοί για αυτή που βασίζονται σε διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις, που έχουν μελετήσει τη συγκεκριμένη έννοια από διαφορετικές οπτικές. Οι περισσότεροι άνθρωποι άλλωστε, τη βιώνουν κατά καιρούς σε διαφορετικό βαθμό και συχνότητα. Πρόκειται για μία κατάσταση η οποία συνοδεύεται από αρνητικά συναισθήματα, όπως λύπη και απογοήτευση, εξαιτίας της ανεκπλήρωτης ανάγκης για σύναψη μιας πραγματικής κοινωνικής σχέσης, στην οποία μπορεί κάποιος να «επενδύσει» και να στηριχτεί. Ωστόσο, προσεγγίζοντας επιστημονικά την έννοια της μοναξιάς, έχουν κατά καιρούς διατυπωθεί αρκετοί δόκιμοι ορισμοί. Πολλοί ερευνητές και ειδικοί που έχουν ασχοληθεί με την έννοια αυτή, την έχουν ορίσει ως εξής:

«Η μοναξιά είναι μια εξαιρετικά δυσάρεστη και κινητήρια εμπειρία, που συνοδεύεται με την ανεπαρκή εκπλήρωση της ανάγκης για ανθρώπινη οικειότητα, για διαπροσωπική οικειότητα» (Sullivan, 1953, σελ. 290, όπ. αναφ. στη Γαλανάκη, 2012, σελ.426).

«Μοναξιά είναι η δυσάρεστη εμπειρία που βιώνει το άτομο όταν το δίκτυο των κοινωνικών του σχέσεων είναι ελλιπές κατά κάποιο σημαντικό τρόπο, ποσοτικά ή ποιοτικά» (Peplau, & Perlmann, 1982, σελ.31, όπ. αναφ. στη Γαλανάκη, 2012, σελ.426).

Κατά την Morgallit (1994), όπως αναφέρουν οι Locke και συνεργάτες (2010, σελ. 74), ως μοναξιά ορίζεται «ένα ανεπιθύμητο συναίσθημα που συνδέεται με αρνητικές επιδράσεις και μπορεί να οφείλεται σε μια αόριστη επιθυμία να έχουμε φίλους, στην κατανόηση του χάσματος μεταξύ της πραγματικής και της επιθυμητής κοινωνικής θέσης και στην έλλειψη συναισθηματικής σύνδεσης».

Οι Jones, Freeman και Goswick (1981), όπως αναφέρει η Πεταλίδου (2019, σελ.28), νοούν την μοναξιά ως «ένα οδυνηρό συναίσθημα το οποίο εμφανίζεται όταν το κοινωνικό δίκτυο είναι μικρότερο ή λιγότερο ικανοποιητικό από τον βαθμό που επιθυμεί το άτομο που τη βιώνει».

Κοινό χαρακτηριστικό όλων των παραπάνω ορισμών είναι ότι συσχετίζουν τη μοναξιά περισσότερο με την έλλειψη ικανοποίησης από τις υφιστάμενες σχέσεις, παρά

με αντικειμενικά διαπροσωπικά χαρακτηριστικά. Δεν είναι άλλωστε λίγες οι περιπτώσεις στις οποίες λαμβάνει και κοινωνικές διαστάσεις, καθώς έχει αποδειχθεί πως συνδέεται με αρνητικές συνέπειες για την κοινωνικότητα των ανθρώπων (O'Luanaigh & Lawlor, 2008). Ειδικότερα, ο Weiss (1973/1985) διαχώρισε τη μοναξιά σε δύο κατηγορίες: στη συναισθηματική ή μοναξιά της συναισθηματικής απομόνωσης (emotional loneliness - loneliness of emotional isolation) και την κοινωνική μοναξιά ή μοναξιά της κοινωνικής απομόνωσης (social loneliness - loneliness of social isolation). Η συναισθηματική μοναξιά, ορίζεται ως η συνέπεια έλλειψης ενός συγγενικού συναισθηματικού δεσμού. Αντίθετα, η κοινωνική απομόνωση είναι μια κατάσταση κατά την οποία το άτομο αποφεύγει αντικειμενικά να έχει σχέσεις με τους άλλους, σε αντίθεση με ένα μοναχικό άτομο, το οποίο βρίσκεται σε μια υποκειμενική κατάσταση κατά την οποία βιώνει αρνητικά συναισθήματα που πηγάζουν από την κοινωνική απομόνωση ως αποτέλεσμα απουσίας κοινωνικού δικτύου σχέσεων (Weiss, 1973/1985).

Οι άνθρωποι όμως από τη φύση τους είναι κοινωνικά όντα και έχουν ανάγκη από την κοινωνική επαφή και τη συναναστροφή με τους άλλους ανθρώπους. Επομένως, σε άμεση αντιδιαστολή με τις αρνητικές επιπτώσεις της μοναξιάς στην ποιότητα ζωής των χρόνια πασχόντων, «έρχονται» οι κοινωνικές τους δεξιότητες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την υποστήριξη που θα λάβουν από τα κοινωνικά δίκτυα. Πολλές είναι οι μελέτες άλλωστε, οι οποίες έχουν δείξει ότι οι χρόνια ασθενείς που διαθέτουν ουσιαστικούς δεσμούς με μέλη της κοινότητας, διαβιώνουν περισσότερο και με πιο ποιοτικό τρόπο (Merrell & Gimpel, 2014).

Με τον όρο «κοινωνικές δεξιότητες», νοούνται συγκεκριμένες συμπεριφορές που αποτελούν προϊόντα μάθησης, περιλαμβάνουν πρωτοβουλίες και αποκρίσεις στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, μεγιστοποιούν τις πιθανότητες κοινωνικής ενίσχυσης, είναι αλληλεπιδραστικές, εξαρτώνται από την (εκάστοτε) κατάσταση και αποτελούν στόχους για παρέμβαση (Merrell & Gimpel, 2014). Είναι απαραίτητες για την επίτευξη της επικοινωνίας, που αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ανθρώπινα χαρακτηριστικά. Στις διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων συμπεριλαμβάνονται το κοινωνικό κίνητρο, η κοινωνική κατανόηση, η ενσυναίσθηση, η κοινωνική νοημοσύνη, η λεκτική επικοινωνία και μη λεκτική επικοινωνία και η συναισθηματική ρύθμιση των ατόμων.

Αναλυτικότερα, το κοινωνικό κίνητρο αναφέρεται στην ανθρώπινη ανάγκη για αλληλεπίδραση με άλλα άτομα, αλλά και στην λήψη αποδοχής από τους άλλους. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις, θεωρούνται κοινωνικές συμπεριφορές που απευθύνονται άμεσα ή έμμεσα σε άλλους ανθρώπους, με σκοπό το άτομο να λάβει τον ίδιο βαθμό κοινωνικής ανταπόκρισης τον οποίο είναι σε θέση να προσφέρει (Psychosocial Stages of Development, xxxx).

Η κοινωνική κατανόηση αναφέρεται στην ικανότητα των ατόμων να μπορούν να κατανοήσουν διάφορα στοιχεία της κοινωνικής επικοινωνίας, όπως ο τόνος στον οποίο οι άλλοι άνθρωποι μιλάνε, τις εκφράσεις του προσώπου τους, τη «γλώσσα» του σώματός τους, καθώς και άλλες λεκτικές και μη υποδείξεις κατά τη διάρκεια μιας συνομιλίας (Loukusa & Moilanen, 2009). Είναι σημαντικό δηλαδή, για το άτομο να είναι σε θέση να δημιουργεί συμπεράσματα σχετικά με τον συνομιλητή του, προκειμένου να αντιληφθεί φαινόμενα όπως ο σαρκασμός, η αμηχανία, καθώς και τότε είναι η κατάλληλη στιγμή για να «μετακινηθούν» σε ένα διαφορετικό θέμα συζήτησης.

Όσον αφορά στην ενσυναίσθηση, πρόκειται για μια συναισθηματική αντίδραση η οποία σχετίζεται άμεσα με τη συμπόνια και την ανησυχία που εκδηλώνονται όταν το άτομο αντιληφθεί ότι κάποιος βρίσκεται σε άμεση ανάγκη (Stocks et al., 2011; Woltin et al., 2011).

Η κοινωνική νοημοσύνη, αναφέρεται στην κατανόηση της πραγματικότητας και του κόσμου, στη γνώση των κοινωνικών κωδίκων και των κοινωνικών συνθηκών, συμπεριλαμβανομένης της κοινής λογικής, της ψυχολογίας, της πολιτιστικής παιδείας και της εξοικείωσης με τους κοινωνικούς ρόλους και τους επικοινωνιακούς σκοπούς. Θεωρείται απαραίτητη, προκειμένου το άτομο να είναι σε θέση να αναγνωρίσει και να κατανοήσει καθημερινές εκδηλώσεις κοινωνικότητας (Oxford Reference, xxxx).

Η λεκτική επικοινωνία, σχετίζεται στην ικανότητα των ατόμων να χρησιμοποιούν τον λόγο για την ανταλλαγή πληροφοριών με τους άλλους. Σε αυτή επομένως μπορούν να περιλαμβάνονται τόσο η προφορική όσο και η γραπτή μορφή της. Ωστόσο, πολλοί άνθρωποι χρησιμοποιούν τον όρο για να περιγράψουν μόνο την προφορική επικοινωνία. Το λεκτικό της στοιχείο αφορά τα λόγια που επιλέγονται για να ειπωθούν από το άτομο, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο ακούγονται και ερμηνεύονται από τους συνομιλητές του (Daniluk & Borkowska, 2020). Η μη λεκτική επικοινωνία αντίθετα, αφορά συμπεριφορές της κοινωνικής αλληλεπίδρασης που δε σχετίζονται με τον λόγο (προφορικό ή γραπτό), αλλά με τη γλώσσα του σώματος, όπως η επαφή με τα μάτια, το γέλιο και οι χειρονομίες (Gregersen & MacIntyre, 2019).

Καταληκτικά, η συναισθηματική ρύθμιση αφορά στην ικανότητα ενός ατόμου να διαχειρίζεται αποτελεσματικά και να ανταποκρίνεται σε μια συναισθηματική εμπειρία. Όλοι οι άνθρωποι άλλωστε, χρησιμοποιούν ασυνείδητα στρατηγικές ρύθμισης συναισθημάτων προκειμένου να αντιμετωπίσουν δύσκολες συναισθηματικές καταστάσεις (π.χ. ένας αποχωρισμός ή μία απογοήτευση).

Η σημαντικότητα των κοινωνικών δεξιοτήτων, ιδιαίτερα για άτομα που πάσχουν από κάποια χρόνια νόσο, έγκειται στο γεγονός ότι αποτελούν «σκαλοπάτι» για την ικανοποίηση βασικών ψυχικών αναγκών όπως αυτή της αυτοεκτίμησης. Συγκεκριμένα, το άτομο μέσω της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, αρχίζει να πιστεύει στις δυνάμεις του αποκαθιστώντας με αυτόν τον τρόπο την αίσθηση της υπεροχής και της αξιοπρέπειας, τις οποίες η ύπαρξη της νόσου εύκολα μεταβάλλει αρνητικά, εξαιτίας των αλλαγών που προκαλεί στην εικόνα του σώματος, στην απώλεια της ανεξαρτησίας του ατόμου κ.λ.π.

Επιπλέον, το άτομο θα καταφέρει να ικανοποιήσει και την ανάγκη της αυτοπραγμάτωσης, η οποία ανήκει στο υψηλότερο επίπεδο ιεράρχησης των αναγκών. Συγκεκριμένα, είναι εκείνη που σχετίζεται άμεσα με την επιθυμία του να φθάσει στο μέγιστο δυναμικό του μέσω της πλήρους δυνατής ανάπτυξης των προσωπικών ικανοτήτων του, μέσω της άμεσης συναναστροφής με τους άλλους, καθώς και μέσω των κοινωνικών ρόλων που αναλαμβάνει (Merrell & Gimpel, 2014).

Απόρροια των κοινωνικών δεξιοτήτων των χρόνια πασχόντων, είναι η υποστήριξή τους από τα κοινωνικά δίκτυα. Τα κοινωνικά δίκτυα ορίζονται ως ο «ιστός» των (κοινωνικών) σχέσεων με την οικογένεια, τους φίλους και την κοινωνία γενικότερα, ο οποίος περιβάλλει το άτομο. Η σημαντικότητά τους για την εξελικτική πορεία των ασθενών, εντοπίζεται στο γεγονός ότι όσο μεγαλύτερο είναι το κοινωνικό δίκτυο που

έχει το εκάστοτε άτομο, τόσο μεγαλύτερη είναι και η υποστήριξη που λαμβάνει από αυτό, με αποτέλεσμα να προκύπτουν πολλαπλά οφέλη για την ποιότητα της ζωής του (Pinquart & Duberstein, 2011).

Ο Mattson (2011), βασιζόμενος σε ορισμούς άλλων ερευνητών (Albrecht & Adelman 1987; Gottlieb 2000), όπως αναφέρει ο Ποντισίδης και η Μπελλάλη (2015, σελ. 8), καταλήγει σε έναν ευρύτερο ορισμό, ο οποίος αποδίδει την κοινωνική υποστήριξη ως «μία συναλλακτική, επικοινωνιακή διεργασία που περιλαμβάνει τη λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, με στόχο τη βελτίωση της αίσθησης του ατόμου αναφορικά με την ικανότητα διαχείρισης του προβλήματός του, της αυτοεκτίμησής του, καθώς και της αίσθησης του ανήκειν». Οι άνθρωποι άλλωστε, έχουν εξελιχθεί σε ένα κοινωνικά προσανατολισμένο είδος, όπου η επαφή με την κοινωνία είναι απαραίτητη για την παροχή βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών ρυθμίσεων (Cruces, Venero, Pereda-Peeez, & De la Fuente, 2014).

Επιπλέον, η κοινωνική υποστήριξη με τη χρήση των κοινωνικών δεξιοτήτων μπορεί να «απομακρύνει» τους ανθρώπους από ψυχογενείς καταστάσεις όπως η μοναξιά, οι οποίες ευτελίζουν την ποιότητα της ζωής (Reid, Holt, Bowman, Espelage, & Green, 2016). Ακόμη, συμβάλλουν στην ενίσχυση της κοινωνικής τους ένταξης, καθώς προάγουν την αντίληψη ότι οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις είναι θετικές και ικανοποιητικές για την ψυχική τους ευγλωττία (Cutrona, Russell, & Gardner, 2005).

Το συμπέρασμα που προκύπτει από τα όσα αναφέρθηκαν, είναι ότι οι κοινωνικές δεξιότητες και οι διαστάσεις τους ασκούν καταλυτική επιρροή στην ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Γίνεται δηλαδή αντιληπτή η άρρηκτη σύνδεση ανάμεσα στην ποιότητα ζωής των ατόμων με χρόνια νοσήματα, στα αισθήματα μοναξιάς τα οποία βιώνουν και στις κοινωνικές δεξιότητες που κατέχουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΙ ΠΤΥΧΕΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ: ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ, ΜΟΝΑΞΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ

2.1 Η Ψυχική υγεία των ατόμων με χρόνια νοσήματα

Κάθε πάθηση αποτελεί για τον άνθρωπο μια μορφή απειλής. Για τον λόγο αυτό, σε όποιον τεθεί η υπόνοια ύπαρξης μιας νόσου, μέχρι και την οδυνηρή εξέλιξη της (με τις ποικίλες εξετάσεις, επεμβάσεις, εισόδους σε Νοσοκομεία), καθώς και κατά τη φάση της θεραπείας και αποκατάστασης, «γεννιέται» μια γενικότερη ατμόσφαιρα ανασφάλειας. Στο άκουσμά της, ο υποψήφιος πάσχοντας κατακλύζεται από συναισθήματα φόβου, απογοήτευσης και απομόνωσης. Νιώθει δηλαδή φόβο για το άγνωστο, φόβο απώλειας ελέγχου του εαυτού του, φόβο για τον επικείμενο πόνο που θα αντιμετωπίσει, για τις επιδράσεις της νόσου στο σώμα του, αλλά και τον φόβο ενός επικείμενου θανάτου (Λογοθέτη, 2013).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η σπουδαιότητα του ψυχολογικού παράγοντα στην αντιμετώπιση μιας χρόνιας ασθένειας, είναι γνωστή σε όλους. Παρ' όλ' αυτά, το άτομο που πάσχει δεν δίνει πάντα την απαραίτητη προσοχή στο συγκεκριμένο θέμα αγνοώντας τις επιπτώσεις που αυτό μπορεί να έχει. Δεν γνωρίζει ότι αντιμετωπίζοντας την 'κακή' ψυχολογία, κάποιος μπορεί να δει καλύτερευση και στο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει. Δίνοντας, λοιπόν, βάρος μόνο στο παθολογικό κομμάτι της πάθησής του, και 'αφήνοντας' τον εαυτό του σε αυτό που του όρισε η μοίρα γίνεται 'θύμα' της κατάστασής του (Σιδεράκης, 2014).

“Κάθε αρρώστια έχει τις ιδιαιτερότητές της και επηρεάζει με μοναδικό τρόπο κάθε άτομο και την οικογένειά του. Οι αντιδράσεις προς αυτές ποικίλλουν και εξαρτώνται από ένα σύνολο παραγόντων, οι σημαντικότεροι εκ των οποίων ταξινομούνται στις ακόλουθες τρεις βασικές κατηγορίες :

α.) Τους παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την αρρώστια (π.χ. τη φύση, τη σοβαρότητα, την προβλεψιμότητα της πορείας της, το είδος της θεραπείας και τις κοινωνικές προκαταλήψεις που ενδεχομένως τη συνοδεύουν).

β.) Τους παράγοντες που συνδέονται με τη χρονική στιγμή που εμφανίζεται η αρρώστια στην εξέλιξη της ζωής του ατόμου (π.χ. βρεφική ή νηπιακή ηλικία, σχολική ηλικία, εφηβεία, νεότητα, μέση ηλικία, τρίτη ηλικία).

γ.) Τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (π.χ. φύλο, ηλικία, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, προσωπικότητα, υποστηρικτικό δίκτυο κ.λ.π.).” (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012, σελ. 109)

Όλοι όσοι ζουν με χρόνιες ασθένειες, είναι δυνατόν να βιώσουν αβεβαιότητα όταν η αιτία της νόσου ή η εξέλιξη της είναι άγνωστη, όταν τα συμπτώματα κυμαίνονται ανοδικά και είναι απρόβλεπτα, καθώς και όταν υπάρχει έλλειψη γνώσεων σχετικά με τις επιλογές και τα αποτελέσματα της θεραπείας που πρέπει να ακολουθηθούν. Επομένως, η αβεβαιότητα αυτή και η αντιμετώπισή της είναι κρίσιμες πτυχές που επηρεάζουν την ζωή του ασθενούς (Bloom et al., 2008; Germino et al., 2013; Kornblith

et al., 2007), αφού τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, δεν ξέρουν πάντα πώς, πότε και εάν θα εμφανίσουν συμπτώματα (Mishel, 2014).

Κάθε άτομο αντιδρά με το δικό του μοναδικό τρόπο στη γνωστοποίηση της διάγνωσης και στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται την νόσο. Οι αντιδράσεις αυτές ποικίλλουν και μπορεί να έχουν εποικοδομητικές (σπανιότερα), αλλά και αρνητικές επιπτώσεις (συνηθέστερα) στην οργανική και ψυχική υγεία του και στις σχέσεις του με τους άλλους. Υπάρχουν πέντε διαστάσεις που αφορούν την αντίληψη μιας χρόνιας πάθησης: η συνέπεια (πεποιθήσεις σχετικά με τον αντίκτυπο και τις επιπτώσεις της ασθένειας), η αιτία (πεποιθήσεις για παράγοντες που συνέβαλαν ή προκάλεσαν την ασθένεια), η ταυτότητα (πεποιθήσεις για τον τρόπο που η ασθένεια και τα συμπτώματά της επηρεάζουν την ταυτότητα), το χρονοδιάγραμμα (πεποιθήσεις για το πόσο καιρό η ασθένεια και τα συμπτώματά της θα διαρκέσουν), ο έλεγχος και η θεραπεία (πεποιθήσεις για το αν το άτομο είναι ικανό να ελέγξει ή να ανακάμψει από την ασθένεια) (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006; Hagger & Orbell, 2017).

Ως εκ τούτου, τα άτομα που αντιμετωπίζουν μία χρόνια πάθηση καλούνται να διαχειριστούν καθημερινές αλλαγές που επιδρούν τόσο στη σωματική όσο και την ψυχική τους υγεία. Ανάλογα με την μορφή της πάθησης και τις αλλαγές που βιώνει το άτομο από αυτή, καθώς και από το επίπεδο λειτουργικότητας που καταφέρνει να διατηρήσει, αλλά και από την υποστήριξη που λαμβάνει, βιώνει την ασθένειά του με διαφορετικό τρόπο (Hagger & Orbell, 2017).

Σε πολλές περιπτώσεις, ο ασθενής εκφράζει έντονο άγχος, οργή και ζήλια για τους υγιείς ανθρώπους, ενοχές επειδή αρρώστησε και φόβο για την εξέλιξη της υγείας του. Οι αντιδράσεις αυτές όμως είναι απόλυτα φυσιολογικές. Στην αρχή, τα περισσότερα άτομα εκδηλώνουν αγωνία για την έκβαση της πάθησης, η οποία συχνά «αγγίζει» τα νοσηρά όρια του άγχους. Ακόμη, συμπτώματα όπως η έντονη ανησυχία, η ευερεθιστότητα, η ένταση των μυών, η δυσκολία συγκέντρωσης, η ταχυκαρδία, η εφίδρωση και το τρέμουλο, συχνά συνυπάρχουν με καταθλιπτικά συμπτώματα σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, μειώνοντας έτσι το ψυχολογικό δυναμικό τους με τρόπο αρκετά δραστικό (Fanakidou et. al., 2018).

Η έννοια της αρρώστιας και οι περιορισμοί που τυχόν συνεπάγεται, «πυροδοτούν» βαθύτερους και παιδικούς φόβους που κρατούν τον ασθενή σε μια διαρκή κατάσταση ανησυχίας. Το στάδιο αυτό, φέρνει αντιμέτωπο τον πάσχοντα με έντονες συναισθηματικές εναλλαγές και αντιδράσεις, ριζικές μεταβολές στη ζωή του και σημαντικές αποφάσεις που καλείται να λάβει τόσο ο ίδιος, όσο και η οικογένειά του. Μια από αυτές, αφορά στην ανακοίνωση της ασθένειας στα κοντινά του άτομα. Είναι αρκετοί οι ασθενείς, που όταν τους ανακοινώνεται ότι πάσχουν από μια σοβαρή ασθένεια προτιμούν να το κρατήσουν κρυφό, άλλοτε γιατί χρειάζονται ένα χρονικό διάστημα προκειμένου να την αποδεχτούν και άλλοτε για να προστατεύσουν το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον ή και τον ίδιο τους τον εαυτό από τις αντιδράσεις των τρίτων.

Επίσης, μια άλλη σημαντική απόφαση σχετίζεται με την αναζήτηση δεύτερης ή και τρίτης γνώμης σχετικά με τη διάγνωση ή την θεραπεία. Συχνά, ο πάσχοντας την επιδιώκει διότι τού επιτρέπει να διερευνήσει άλλες απόψεις ή εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας, είτε για να ασκήσει κάποιον έλεγχο στις καταστάσεις που αντιμετωπίζει,

είτε γιατί με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζει τον απαραίτητο χώρο και χρόνο για να αφομοιώσει την πραγματικότητα και να πάρει τις απαιτούμενες αποφάσεις.

Αποφάσεις καλείται να πάρει και για τις δραστηριότητες που αφορούν την καθημερινή του ζωή. Δεν είναι λίγοι εκείνοι οι ασθενείς που διατηρούν τον ίδιο ρυθμό ζωής που προϋπήρχε της διάγνωσης, παραγκωνίζοντας τις απαιτήσεις που επιβάλλει η νέα πραγματικότητα. Άλλοι από τη μεριά τους, προσαρμόζονται στις νέες συνθήκες πραγματικότητας αναθεωρώντας τους στόχους τους και λαμβάνοντας υπόψη τα καινούρια δεδομένα που προκύπτουν από τη διάγνωση της ασθένειάς τους.

Σ' αυτή την κρίσιμη περίοδο, το άτομο προσπαθεί απεγνωσμένα να κατανοήσει τη φύση του χρόνιου νοσήματος από το οποίο πάσχει, να αναθεωρήσει τον τρόπο ζωής του, να ενεργοποιήσει στρατηγικές για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των συνθηκών που προκύπτουν από τη διάγνωση της ασθένειας, να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του και να αναγνωρίσει τις επιπτώσεις της ασθένειας στην εικόνα του εαυτού του, στις σχέσεις με τους άλλους και στη ζωή του γενικότερα.

Εξαιτίας της νόσου, έρχεται αντιμέτωπος με έντονες αλλαγές που κατακλύζουν τον ψυχικό του κόσμο. Κατακυριεύεται από συναισθήματα απογοήτευσης και απομόνωσης. Έρχεται αντιμέτωπος με το ενδεχόμενο του θανάτου, νιώθει ανήμπορος και αβοήθητος από την ανίατη ασθένεια, νιώθει ότι το σώμα του είναι εκτός του συνειδητού ελέγχου και ότι ο ίδιος δεν έχει τις δυνάμεις να ανατρέψει την εξέλιξη της ασθένειάς του (Ιωαννίδης, 2009). Επιπλέον, οι ανησυχίες του σχετικά με το ότι δεν είναι εντελώς λειτουργικός, ενισχύει την άποψή του ότι αποτελεί «βάρος» για τους άλλους, με αποτέλεσμα να «αποστραγγίζεται» από την κοινωνία και τους ρόλους της.

Επιπλέον, το άγχος αυτό που βιώνουν οι ασθενείς δεν τους επιτρέπει να αφομοιώσουν την πληροφόρηση που δέχονται για την κατάσταση της υγείας τους, με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η κατανόηση της. Άλλοτε πάλι, την κατανόηση δυσχεραίνει το ίδιο το προσωπικό υγείας που χρησιμοποιεί ακατανόητους ή δυσνόητους ιατρικούς όρους, που αποφεύγει να πληροφορήσει ή που παραπληροφορεί και δεν διαθέτει το χρόνο για να απαντήσει σε όλες τις απορίες τόσο των ασθενών, όσο και των υπολοίπων μελών της οικογένειάς τους.

Αρκετές είναι οι έρευνες που έδειξαν, ότι η διατήρηση της συναισθηματικής ισορροπίας, των κοινωνικών σχέσεων, της αυτοεκτίμησης και η υπακοή στη φαρμακευτική περίθαλψη, είναι τα κοινά χαρακτηριστικά κάποιων χρόνιων παθήσεων όπου καλούνται οι ασθενείς να εξασφαλίσουν, προκειμένου να βιώσουν όσο πιο ανώδυνα γίνεται μια δυσάρεστη κατάσταση (Σιδεράκης, 2014). Η προσωπικότητα του ασθενή, οι συμπεριφορές στον πόνο, οι στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου και το κοινωνικό περιβάλλον, είναι εκείνοι οι παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν το πως ο άνθρωπος βιώνει την ασθένειά του.

Ανάλογα με την κατανόηση και την ερμηνεία που αποδίδει ο πάσχοντας στην ασθένειά του, θα ενεργοποιήσει αντίστοιχους μηχανισμούς ή στρατηγικές για να την αντιμετωπίσει, αλλά και για να προσαρμοστεί σ' αυτήν (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2011). Συγκεκριμένα, κάθε χρόνια ασθένεια έχει επιπτώσεις στην εικόνα που έχει το άτομο τόσο για τον εαυτό του, όσο και για το σώμα του. Η αίσθηση αυτή της απώλειας του ελέγχου το σώματος και κατ' επέκταση της ζωής του, προκαλείται τόσο από το νόσημα, όσο και από τις απώλειες που το συνοδεύουν,

αναγκάζοντας τον ασθενή να ενεργοποιήσει στρατηγικές για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των συνθηκών που προκύπτουν από αυτό. Αυτές οι συμπεριφορές θεωρούνται απόλυτα φυσιολογικές και έχουν άλλοτε λειτουργικό και άλλοτε δυσλειτουργικό χαρακτήρα για τη διαδικασία της προσαρμογής του ατόμου στην προκειμένη κατάσταση.

Για μερικούς ασθενείς, η διάγνωση ενός χρόνιου νοσήματος αποτελεί μια κρίσιμη καμπή, καθώς ανακαλύπτουν τις σχέσεις, τις αξίες, τις προτεραιότητες και τις επιδιώξεις που είναι πραγματικά σημαντικές γι' αυτούς. Στην ίδια γραμμή, τα συναισθήματα της απομόνωσης, του στιγματισμού και της ντροπής που βιώνουν, επηρεάζουν την ψυχική τους υγεία και τις κοινωνικές τους σχέσεις με αρνητικό πρόσημο. Επομένως, για τα άτομα που πάσχουν από κάποια χρόνια πάθηση, οι οικογενειακές και οι φιλικές σχέσεις δοκιμάζονται και πολλές φορές διαμορφώνονται με ανάλογο τρόπο. Άλλοτε, χαρακτηρίζονται από μια τάση προσέγγισης και άλλοτε, από μια τάση απομάκρυνσης και απομόνωσης του ατόμου από τους άλλους, με αποτέλεσμα να βιώνει έντονα αισθήματα μοναξιάς (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2011).

2.2 Αισθήματα μοναξιάς σε χρόνια πάσχοντες

Η παράμετρος της μοναξιάς, αποτελεί ένα από τα πιο βασικά συναισθήματα που μπορεί να βιώσει κανείς. Ακόμα και στις πιο ήπιες εκφάνσεις της, επιφέρει οδυνηρά επακόλουθα στο άτομο που τη βιώνει, και αναπόδραστες συνέπειες στη ζωή του και στο αίσθημα ικανοποίησης από αυτή. Ο βαθμός και το χρονικό πλήρωμα όπου μπορεί κάποιος να βρεθεί αντιμέτωπος με το συγκεκριμένο συναίσθημα, διαφέρουν και σχετίζονται με τις εμπειρίες και τα βιώματά του. Οι λόγοι που κάνουν έναν άνθρωπο να βιώσει μοναξιά, ποικίλουν και καθορίζουν το τρόπο με τον οποίο μπορεί κανείς να νιώθει μόνος του. Ο φόβος ύπαρξής της, εντοπίζεται σε κάθε φάση της ζωής του ανθρώπου και επηρεάζει τα επιμέρους χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του (Γαλανάκη, 2014).

Η ποιότητα των σχέσεων που «καλλιεργούνται» κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής ενός ατόμου, ενδέχεται να επηρεάσουν την ενηλικίωση του. Ειδικότερα, η επιθυμία για «οικοδόμηση» ασφαλών σχέσεων προσανατολίζει το ενήλικο άτομο στην ανεύρεση προσώπων και σχεσιακών προτύπων, ικανών να στηρίξουν «σταθερούς» δεσμούς. Στο ενδεχόμενο που οι δεσμοί αυτοί κινδυνεύσουν, τότε το άτομο γίνεται πιο ευάλωτο στο βίωμα της μοναξιάς (Bowlby, 1973/1985; Γαλανάκη, 2014).

Σύμφωνα με τη θεωρία του Weiss κάθε άνθρωπος ανεξάρτητα από τη προσωπικότητα και το χαρακτήρα του, όταν βρεθεί σε συγκεκριμένες καταστάσεις μπορεί να υποφέρει από το συναίσθημα της μοναξιάς. Η διατήρηση κοινωνικών επαφών όμως, μπορεί να αποτελέσει έναν παράγοντα αποφυγής εκδήλωσής της. Για να οριστεί πλήρως η έννοια της μοναξιάς θα πρέπει να ληφθούν υπόψιν οι προσδοκίες των ανθρώπων σχετικά με τις κοινωνικές τους επαφές. Έτσι, στην περίπτωση αυτή εξετάζονται οι πραγματικές σχέσεις των ανθρώπων και συγκρίνονται με αυτές που θα επιθυμούσαν να έχουν και όταν αυτές οι δύο δεν ταιριάζουν τότε λέμε πως το άτομο

βιώνει μοναξιά (Perlman & Peplau 1981; de Jong-Gierveld, van Tilburg & Dykstra, 2006). Ανεξάρτητα όμως από το αν επιτυγχάνονται οι επιθυμητές κοινωνικές σχέσεις ή όχι, όλοι οι άνθρωποι έχουν την ανάγκη διατήρησης ενός βασικού επιπέδου κοινωνικών επαφών, ώστε το συναίσθημα της μοναξιάς να μην είναι παρών.

Μιλώντας για τα χρόνια νοσήματα, από τη φύση τους παράγουν αρκετές ευκαιρίες για την ανάπτυξη της μοναξιάς των πασχόντων. Αυτό οφείλεται σε παράγοντες όπως ο στιγματισμός τους (Segrin, Nevarez, Arroyo, & Harwood, 2012), η σεξουαλική τους δυσαρέσκεια (Κορ & Saglam, 2013) και στο γεγονός ότι συχνά οι ίδιοι, αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους διαφορετικά από τους υγιείς ανθρώπους (Karatas & Bostanoglu, 2017). Στη διεθνή βιβλιογραφία, αν και έχουν γίνει σημαντικές έρευνες αναφορικά με παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη των χρονίως πασχόντων ατόμων σχετικά με το ζήτημα της μοναξιάς (Howard et al., 2009; McCorry et al., 2013; Jonsbuet al., 2013; Uysal & Akpinar, 2013), φαίνεται ότι λιγότερη έμφαση έχει δοθεί στη σχέση μεταξύ της αντίληψης της ασθένειας από το άτομο και τα αισθήματα απομόνωσης με τα οποία έρχεται αντιμέτωπο, αφού μάθει για την ύπαρξή της. Η κάθε πάθηση άλλωστε, αντιμετωπίζεται με διαφορετικό τρόπο από κάθε ασθενή και οι παράγοντες που οδηγούν σε αυτή τη διαφορά, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανταπόκριση που θα έχει ο πάσχοντας απέναντί της (Kayis 2009).

Εκείνο που έχει φανεί από ερευνητές στον τομέα της υγείας, είναι ότι υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση ως προς την αιτιακή φύση της μοναξιάς και της κατάθλιψης, καθώς η πρώτη μπορεί να προκαλέσει τη δεύτερη, αλλά και τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση της μοναξιάς στη ζωή του ατόμου. Βέβαια, μελέτες της περασμένης δεκαετίας έχουν δείξει ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης δεν μπορούν να προβλέψουν την εμφάνιση της μοναξιάς (Cacioppo et. al., 2010). Εκτός όμως από την αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, η μοναξιά θεωρείται υπεύθυνη και για την πρόκληση άλλων αρνητικών συναισθημάτων όπως εκείνα του άγχους και του θυμού, ενώ την ίδια στιγμή συμβάλλει στην μείωση της αυτοεκτίμησης και της αισιοδοξίας του ατόμου.

Πέραν της νόσου όμως, άλλοι παράγοντες όπως η παγκόσμια οικονομική ύφεση που κυριαρχεί τα τελευταία χρόνια, σε συνδυασμό με τις συνεχιζόμενες κοινωνικές αλλαγές, επιτείνουν το αίσθημα της μοναξιάς, μέσω προσωπικών και κοινωνικών πιέσεων όπως η ανισοκατανομή του κοινωνικού πλούτου, οι αντίξοες συνθήκες διαβίωσης, η ανεργία (Γαλανάκη, 2014; de Jong Gierveld & Tesch-Romer, 2012; Veenhoven, 2005), και η αυξανόμενη χρήση της τεχνολογίας (Hu, 2009).

Αν και οι επιπτώσεις που έχει η μοναξιά στην υγεία του εκάστοτε ασθενούς δεν έχουν ερευνηθεί στο μέγιστο βαθμό, εντούτοις υπάρχουν αποδείξεις ότι μπορεί να επιδεινώσει την εξέλιξη μιας χρόνιας ασθένειας, μέσα από τον τρόπο που ο ίδιος ο πάσχοντας αντιλαμβάνεται την ιδιαίτερη κατάσταση της υγείας του (Luanaigh & Lawlor, 2008; Hazer & Boylu, 2010; Bilgili et al., 2012; Pehlivan, 2012). Πιο συγκεκριμένα, έχει τεκμηριωθεί ερευνητικά ότι οι ασθενείς που υποφέρουν από τη μοναξιά, τείνουν να σκέπτονται και να επικεντρώνονται στον εαυτό τους, αντί να έχουν θετικές προσδοκίες τόσο από τους ίδιους, όσο και από τα άτομα γύρω τους (Ovayolu et al., 2007, Hazer & Boylu 2010, Warner et. al., 2017). Συχνά δηλαδή, οι

θεωρούν τους εαυτούς τους διαφορετικούς και αισθάνονται ξεχωριστά από τους υγιείς ανθρώπους, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει στην κοινωνική τους «απόσυρση».

Σε αυτό το σημείο, αξίζει να τονιστεί ότι η μοναξιά αποτελεί μια διάσταση της ανθρώπινης ζωής, η οποία είτε είναι υπαρξιακή, είτε κοινωνική, είτε ψυχολογική. Ο φόβος, η απομόνωση, η απόρριψη και οι προσπάθειες για να ξεφύγει κανείς από όλα τα αρνητικά συναισθήματα που προκαλούνται από τη νόσο, θα απομονώσουν εν τέλη το άτομο από την ίδια του την ύπαρξη, θα το συνθλίψουν και θα το αποσυνδέσουν από τις ίδιες του τις πηγές ενέργειας. Με αυτόν τον τρόπο, δεν θα υπάρξει καμιά ανάπτυξη, καμιά δημιουργική ανάδυση, καμιά αύξηση επίγνωσης, αντίληψης και ευαισθησίας (Καλέμη και συν., 2015).

Είναι αρκετές οι χρόνιες παθήσεις που θα μπορούσαν να προκαλέσουν ψυχική δυσφορία στο άτομο και να το οδηγήσουν στην κοινωνική του απομόνωση. Η κοινωνική απομόνωση, μπορεί να οριστεί με βάση τη δομή του κοινωνικού δικτύου των ανθρώπων, μέσα από την αντανάκλαση δηλαδή της αντικειμενικής κατάστασης της έλλειψης κοινωνικών σχέσεων (De Jong Gierveld et. al., 2006). Για παράδειγμα, χρόνιες παθήσεις όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος ή η οστεοαρθρίτιδα, είναι δυνατόν να προκαλέσουν λειτουργική αναπηρία η οποία μπορεί με τη σειρά της, να αποτρέψει τους πάσχοντες, ιδίως τους μεγαλύτερους σε ηλικία (55 και άνω), από την πραγματική ή την αντιληπτή δέσμευσή τους με το κοινωνικό τους περιβάλλον (Heckhausen et al., 2010). Η κοινωνική απομόνωση επομένως, σχετίζεται άμεσα με τις χρόνιες ασθένειες. Αντίθετα, έχει φανεί ότι οι κοινωνικές συνδέσεις και οι αλληλεπιδράσεις μπορούν να μετριάσουν τη σχέση μεταξύ της ανησυχίας και της αμφιβολίας για τη σοβαρότητα της χρόνιας πάθησης, αφού είναι προγνωστικοί παράγοντες για την εξασφάλιση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ατόμων (Wong et. al., 2014; Taylor, 2011).

Τα χαρακτηριστικά τα οποία έρχονται συνοδά με τις χρόνιες παθήσεις, όπως ο πόνος, η κόπωση και η αδυναμία εκτέλεσης συνηθισμένων δραστηριοτήτων της καθημερινής διαβίωσης, έχουν ως βασική τους συνέπεια την παρεμπόδιση του ατόμου από την εκπλήρωση ρόλων σε τομείς βασικούς όπως η οικογένεια, η εργασία και η κοινωνική ζωή με αποτέλεσμα την πρόκληση κατάθλιψης, την αίσθηση απώλειας ελέγχου και της απομόνωσης. Αρκετές επίσης είναι οι μελέτες, οι οποίες έχουν ταυτίσει τη μοναξιά με διαταραχές σε βασικές βιολογικές διεργασίες, συμπεριλαμβανομένης της υψηλής αρτηριακής πίεσης, των υψηλών λιπιδίων στο αίμα και της κακής λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος (Holt-Lunstad et. al., 2015). Επιπροσθέτως, έχει αποδειχθεί η άμεση συσχέτισή της μοναξιάς, με ένα ευρύ φάσμα αρνητικών αποτελεσμάτων για τη σωματική και την ψυχική υγεία, όπως η μειωμένη γνωστική λειτουργία, η κατάθλιψη και η θνησιμότητα (Boss, Kang & Branson, 2015; Kobayashi & Steptoe, 2018).

Τα ανασταλτικά αποτελέσματα της ασθένειας, μπορούν να μεγιστοποιηθούν και από τις μεγάλες περιόδους κατά τις οποίες το άτομο αδυνατεί να εκπληρώσει κοινωνικούς και επαγγελματικούς ρόλους με τον ρυθμό που είχε παλαιότερα, γεγονός που συμβάλλει ακόμη περισσότερο στην ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων όπως η μειονεξία και τάση απομάκρυνσης από τους άλλους. Οι αναπηρίες και οι λειτουργικές βλάβες που συχνά συνοδεύουν μία χρόνια ασθένεια, προάγουν την αυξανόμενη

κοινωνική περιθωριοποίηση και τη μείωση των καθημερινών δραστηριοτήτων, αποτελώντας έτσι από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση μοναξιάς και κατάθλιψης στους (ενήλικους) ασθενείς (Warner et. al., 2017).

Η δυσπιστία που σε πολλές περιπτώσεις «κατακλύζει» τους χρόνια πάσχοντες, σε συνδυασμό από την πεποίθηση ότι η υποστήριξή τους από επαγγελματίες του τομέα της υγείας, αλλά και από τους ανθρώπους μέσα στην οικογένεια και τα κοινωνικά τους δίκτυα είναι ελλιπείς, λειτουργεί ως διάυλος αρνητικών συναισθημάτων (Werner & Malterud, 2003). Συγκεκριμένα, η δυσπιστία, η απόρριψη, ο στιγματισμός, η υποτίμηση, η παρεξήγηση, καθώς και η υποψία ότι το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν είναι υπερβολικό ή έχει ψυχολογική βάση (Werner & Malterud, 2003), ωθεί τους ασθενείς σύμφωνα με την έρευνα των Kool et. al. (2009), στο να βιώνουν την «ακύρωση» της ίδιας τους της ύπαρξης. Η προαναφερθείσα αίσθηση όμως, είναι δυνατόν να μειωθεί και εν τέλει να επαλειφθεί εντελώς, όταν οι πάσχοντες θα λάβουν ποιοτική κοινωνική στήριξη η οποία θα βελτιώσει την ποιότητα της ζωής τους ριζικά (Schoofsetal., 2004), ειδικά σε τομείς όπως η ψυχολογική διάθεση (Franks et. al., 2004), το αίσθημα αδυναμίας (Lackner et. al., 2010), αλλά και η ψυχική και σωματική λειτουργικότητά τους, μόλις κληθούν να φέρουν εις πέρας απλές καθημερινές δραστηριότητες τις οποίες είχαν σταματήσει να εκτελούν (Jason et al., 2003, 2010b).

Πολλοί ερευνητές, θεωρούν ότι η μοναξιά είναι ένα επακόλουθο των δυσκολιών με τις οποίες τα άτομα έρχονται αντιμέτωπα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις (Χατζηγεωργιάδου, 2007; McVilly et al., 2006). Οι συμπεριφοριστές μάλιστα, υποστηρίζουν πως απορρέει από ελλείψεις σε κοινωνικές δεξιότητες, που αφορούν την ανάπτυξη κατάλληλων στενών και κοινωνικών σχέσεων, ενώ οι γνωστικοί θεωρητικοί υποδηλώνουν ότι εξελίσσεται από μια διαφορά μεταξύ επιθυμητών και επιτυχημένων φιλικών σχέσεων, προκαλώντας έτσι την κοινωνική απομόνωση του ατόμου (McWhirter, 1997). Έχει φανεί ακόμη, πως άτομα με λίγους φίλους οδηγούνται συνήθως στην απομόνωση και το άγχος, ενώ είναι πολύ πιθανό να βρεθούν στο «κατώφλι» αρνητικών επιρροών και άλλων επακόλουθων αναπτυξιακών ψυχοπαθολογικών καταστάσεων (Whitehouse et al., 2008; Locke et al., 2010). Η σημαντικότητα της ποιότητας των φιλικών σχέσεων, είναι καθοριστικής σημασίας, καθώς είναι εκείνη που θα αποτρέψει αρνητικά συναισθήματα όπως εκείνα που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Συμπερασματικά, η έννοια της μοναξιάς περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις, τη συναισθηματική, η οποία εμπεριέχει το εύρος των συναισθημάτων που την συνοδεύουν, τη γνωστική η οποία αναφέρεται στην συνειδητοποίηση εκ μέρους του ατόμου για την έλλειψη που υπάρχει όσον αφορά τις κοινωνικές του σχέσεις και τέλος, την διάσταση των διαπροσωπικών πλαισίων η οποία εκλαμβάνει την μοναξιά ως αποτέλεσμα ψυχικής ή σωματικής απομάκρυνσης. Από τα παραπάνω γίνεται ξεκάθαρο ότι εκτός από τα ιατρικά συμπτώματα και τη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας, παράγοντες όπως ο τρόπος με τον οποίο το εκάστοτε άτομο την αντιλαμβάνεται, επηρεάζουν όχι μόνο την ιατρική και την ψυχολογική του πορεία, αλλά και τα αποτελέσματα τα οποία θα έχει η νόσος στον ίδιο (Polat & Bayasal, 2012).

Ως εκ τούτου, ο καθορισμός του τρόπου που είναι αντιληπτή η ασθένεια από το ίδιο το άτομο που πάσχει, αποτελεί ένα πολύ σημαντικό βήμα αφενός ως προς την

κατανόηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει και αφετέρου ως προς τον σχεδιασμό κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων που πρέπει να ακολουθηθούν, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής του (Karabulutlu & Okanli, 2011).

2.3 Η ποιότητα ζωής που διαμορφώνουν οι χρόνια πάσχοντες και η επιρροή των κοινωνικών τους δεξιοτήτων

Ο βαθμός και το εύρος των επιδράσεων που έχουν τα χρόνια νοσήματα στην ποιότητα ζωής του εκάστοτε πάσχοντα, εξαρτάται από τον τύπο της ασθένειας, από το στάδιο στο οποίο γίνεται η διάγνωσή της, από τη θεραπευτική παρέμβαση που είναι απαραίτητο να ακολουθηθεί, καθώς και από όλα εκείνα τα στοιχεία που συνθέτουν την προσωπικότητα του ασθενούς και την ικανότητα προσαρμογής του στη νόσο (Fisher, Polonsky & Hessleretal, 2015). Η ικανοποίηση από τη ζωή άλλωστε, εξαρτάται από πλήθος παραγόντων που σχετίζονται με τη νόσο (συμπτώματα της νόσου, επιτυχία αντιμετώπισης τους, κ.α.), τη θεραπεία (το είδος, την έκταση, τις παρενέργειες της υποστηρικτικής θεραπείας), την προσωπικότητα και ψυχολογία του πάσχοντος, την οικογενειακή στήριξη, την επαγγελματική ζωή, την κοινωνική αποδοχή, καθώς τη γνωστική και πνευματική καλλιέργεια και υπόσταση του ασθενούς. Εξαιτίας της απότομης μεταβλητής καθημερινής τους ρουτίνας, αλλά και εξαιτίας του φόβου των επιπλοκών που μπορεί να έχει η νόσος, οι χρόνια πάσχοντες συχνά έχουν κακή συναισθηματική υγεία, διαμορφώνοντας παράλληλα ένα ποιοτικά χαμηλό βιοτικό επίπεδο (Jannoo, Wah, Lazim & Hassali, 2017).

Επιπλέον, αντιμετωπίζουν μια σειρά από έντονες και διακριτές καταστάσεις που προκαλούν την εμφάνιση αρνητικών αισθημάτων, όπως το άγχος. Τέτοιες καταστάσεις σχετίζονται με τη μορφή της θεραπείας και την πιθανότητα υποτροπής της ασθένειας, οι οποίες μπορούν εύκολα να καταβάλλουν ακόμα και ένα άτομο που έχει αρκετά υψηλά ψυχολογικά «αποθέματα». Η αποδοχή άλλωστε σε μια χρόνια ασθένεια είναι εξαιρετικά πολύπλοκη και επηρεάζεται από όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης λειτουργικότητας, επιδρώντας κατά κόρον σε όλο το φάσμα της ζωής του ασθενούς (Jannoo, Wah, Lazim & Hassali, 2017).

Ο πρωταρχικός παράγοντας ο οποίος συμβάλλει αρνητικά στη διαμόρφωση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου που πάσχει από χρόνια νόσημα, είναι εκείνος της διάγνωσης. Στο πρώτο άκουσμά της, το άτομο αρχίζει να βιώνει μία σειρά από διαφορετικές διαδοχικές φάσεις. Το 1975 ο Shontz έδωσε μια από τις πρώιμες, αλλά λειτουργικές περιγραφές αναφορικά με την αντίδραση που έχουν τα άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, ύστερα από την πρώτη ακρόαση της διάγνωσής τους. Συγκεκριμένα διατύπωσε και περιέγραψε τρεις διαδοχικές φάσεις, μέσα από τις οποίες κάθε άτομο περνά σταδιακά:

(1η) Το αρχικό σοκ, όπου το άτομο νιώθει εντελώς αποπροσανατολισμένο, συμπεριφέρεται κατά τρόπο «μηχανικό» και αισθάνεται σαν να είναι έξω από την πραγματικότητα, παίζοντας το ρόλο του απλού παρατηρητή και όχι του κυρίαρχου της ζωής του. Η συγκεκριμένη φάση έχει διάρκεια σε μερικές περιπτώσεις λίγες μέρες, ενώ

σε άλλες περιπτώσεις ολόκληρες εβδομάδες και είναι μάλλον πιο έντονη, όταν η κατάσταση αναπτύσσεται χωρίς προειδοποίηση.

(2^η) Η φάση της αντιπαράθεσης, όπου ο πάσχοντας χαρακτηρίζεται εντόνως από αποδιοργανωτικό τρόπο σκέψης και από ένα μόνιμο αίσθημα απώλειας, πένθους και απελπισίας.

(3^η) Η φάση της υποχώρησης αποτελεί το τελικό στάδιο κατά το οποίο το άτομο τείνει να έχει τάσεις φυγής και άρνησης προκειμένου να διαχειριστεί την πραγματικότητα, η οποία όμως «εγκαθίσταται» κυριαρχικά στη ζωή του και την μεταβάλλει κατά κόρον. Σταδιακά όμως, αντιλαμβάνεται με μεγαλύτερη λογική και ψυχραιμία τι ακριβώς του συμβαίνει, καταβάλλοντας προσπάθεια προσαρμογής στη νέα πραγματικότητα (Ansseau, et. al., 2004).

Όταν οι πάσχοντες περάσουν από τα προαναφερθέντα στάδια, τόσο οι ίδιοι όσο και οι οικείοι τους, αρχίζουν να αναπτύσσουν και στη συνέχεια να χρησιμοποιούν μια σειρά στρατηγικών αντιμετώπισης των προβλημάτων τους, όπως είναι η άρνηση ή η ελαχιστοποίηση της σοβαρότητας της κατάστασης, η αναζήτηση πληροφόρησης, ο έλεγχος του προβλήματος, ο καθορισμός σαφών στόχων (όπως: η διατήρηση του βάρους σε συγκεκριμένα επίπεδα, η ενίσχυση των κοινωνικών σχέσεων κ.α.), η χρήση συναισθηματικής και υλικής βοήθειας από τους άλλους, αλλά και η διατήρηση μιας θετικής προοπτικής για την ποιότητα της ζωής τους (Ansseau, et. al., 2004).

Επιπλέον, ο φόβος του οδυνηρού θανάτου αποτελεί μια άλλη σημαντική παράμετρο που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ειδικότερα, όταν είναι τόσο ισχυρός που μπορεί να επιδράσει σε πτυχές όπως η αυτοεκτίμηση και η αυτοεικόνα. Συνοδά προβλήματα είναι ο πανικός, ο τρόμος, το αυξανόμενο stress, η απομόνωση και η κατάθλιψη. Τα συναισθήματα αυτά στηρίζονται τόσο φόβο της απώλειας του ελέγχου του σώματος και των λειτουργιών του, όσο και στο φόβο της απόρριψής του από τον κοινωνικό περίγυρο, καθώς και την εγκατάλειψη από τα άτομα του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντός του (Jannoo, Wah, Lazim & Hassali, 2017).

Οι συνέπειες της φαρμακευτικής αντιμετώπισης των χρόνιων ασθενειών, έχουν επίσης καταλυτικές επιδράσεις στη ποιότητα ζωής του αρρώστου, αφού λειτουργούν με διττό τρόπο. Από τη μία ελέγχουν τον πόνο επηρεάζοντας θετικά την ποιότητα ζωής του πάσχοντα και από την άλλη, οι παρενέργειες που προκαλούν τα συγκεκριμένα φάρμακα, όπως για παράδειγμα η κόπωση, η αδυναμία, οι διαταραχές ύπνου ή ο πονοκέφαλος και η υπόταση, έχουν αρνητική επίπτωση.

Τα άτομα, κατά την πορεία της ασθένειάς τους τείνουν να ανησυχούν όχι μόνο για τη διάρκεια της ζωής τους, αλλά και για τις θετικές της πτυχές (δηλ. την ποιότητά της) οι οποίες προσφέρουν νόημα, ικανοποίηση και γενικότερα αισθήματα εκπλήρωσης. Όλα τα προαναφερόμενα, αποτελούν σημαντικοί παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των θεραπευτικών στρατηγικών αντιμετώπισης (Chalder, Wallace, & Wessely, 1997; Soderberg & Evengard, 2001).

Τις περισσότερες φορές, για την πλειοψηφία των χρόνιων παθήσεων η ιατρική θεραπεία είναι στην καλύτερη περίπτωση παρηγορητική (ειδικά όσον αφορά ορισμένα συμπτώματα όπως π.χ. ο οξύς πόνος). Διεπιστημονικές ή περιεκτικές προσπάθειες

αποκατάστασης για τη μείωση του αντίκτυπου της ασθένειας στην καθημερινή σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα, αντιπροσωπεύουν σήμερα έναν πιο ρεαλιστικό στόχο για τα άτομα με χρόνιες παθήσεις σε σχέση με τις προσπάθειες εντοπισμού συγκεκριμένης ιατρικής θεραπείας. Ένας αυξανόμενος αριθμός ερευνητικών μελετών για τη δοκιμή της αποτελεσματικότητας τέτοιων ολοκληρωτικών προγραμμάτων αποκατάστασης, έχει δείξει ότι υπάρχουν προκαταρκτικά αποδεικτικά στοιχεία πως τα προγράμματα αυτά βελτιώνουν συγκεκριμένες πτυχές ή συνέπειες ενός χρόνιου συνδρόμου, όπως η κόπωση (Chalder, Wallace, & Wessely, 1997), η σωματική και η επαγγελματική λειτουργικότητα (Sadler, Phil, Evans, Phillips, & Broad, 2000), αλλά και η ψυχολογική δυσφορία (Chalder, Wallace, & Wessely, 1997; Soderberg & Evengard, 2001), βελτιστοποιώντας με αυτό την ποιότητα ζωής των πασχόντων.

Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της υγείας και κατ' επέκταση της ποιότητας ζωής, αφορούν τις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας, αλλά και τη σωματική και ψυχο-κοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου. Με το πέρασ των χρόνων, έχει αποδειχθεί ότι παράγοντες που σχετίζονται με τη σεξουαλική ζωή και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, μπορούν να πυροδοτήσουν την έναρξη μίας πάθησης και να καθορίσουν τη μετέπειτα εξελικτική της πορεία. Η διαμόρφωση δηλαδή του επιπέδου της ποιότητας ζωής ενός ατόμου, μπορεί να ενισχύσει τον κίνδυνο έκθεσης, την ευαισθησία, την πορεία και την καταληκτική μορφή που θα λάβει ένα χρόνιο νόσημα (Cockerham et. al., 2017).

Η χρόνια πάθηση μπορεί να επηρεάσει την εικόνα του ασθενούς για το σώμα του, π.χ. ύστερα από μία μαστεκτομή (για ασθενείς με καρκίνο του μαστού), αλλά και εξαιτίας αλλαγών στη σωματική του λειτουργία που προκλήθηκαν από την απώλεια ελέγχου των κινήσεων. Ο τρόπος με τον οποίο δηλαδή ένα άτομο βιώνει το σώμα του, μπορεί να του εγείρει ερωτήματα σχετικά με την ελκυστικότητά του και μερικές φορές να οδηγήσει στην αποφυγή της σεξουαλικής δραστηριότητας (Taleporos & McCabe, 2001, McCabe & Taleporos, 2003).

Αυτό που αξίζει να τονιστεί όμως είναι ότι η σεξουαλική έκφραση, πρόκειται για ένα βασικό ανθρώπινο δικαίωμα μιας πλήρους και υγιούς ζωής (World Association for Sexual Health, 2008). Για τους περισσότερους υγιείς άνδρες και γυναίκες, είναι βασική και συμβάλλει στην προσωπική και σχεσιακή ποιότητα ζωής τους (Laumann et al., 2005). Για τους δε ασθενείς που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια, η σεξουαλικότητα είναι ένας καθοριστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής, καθώς η οικειότητα με τον/την σύντροφό τους αποτελεί έναν σημαντικό τρόπο επικοινωνίας και υποστήριξης (Clayton & Ramamurthy, 2008). Ερευνητικά, έχει τεκμηριωθεί άλλωστε ότι η ικανοποιητική σεξουαλική ζωή, διαμορφώνει ένα ικανοποιητικό επίπεδο ψυχικής ευημερίας για τα άτομα με και χωρίς χρόνια νοσήματα (Clayton & Ramamurthy, 2008).

Στους κοινωνικούς παράγοντες επιρροής της ποιότητας ζωής, συγκαταλέγεται το πλήθος όλων εκείνων των συμπεριφορών και συνθηκών που έχουν άμεση συσχέτιση με το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου όπως οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, καθώς και οι κοινωνικές του συναναστροφές που επηρεάζονται από τις κοινωνικές δεξιότητες που έχει αναπτύξει. Εντούτοις, για την διατήρηση ενός καλού επιπέδου υγείας των ατόμων που πάσχουν από κάποια χρόνια πάθηση, απαραίτητη είναι η

ύπαρξη ενός καλού κοινωνικού δικτύου το οποίο θα υποστηρίζεται από τον κοινωνικό περίγυρο.

Ο κοινωνικός περίγυρος με την ύπαρξή του, προωθεί την βέλτιστη ψυχική και κατ' επέκταση την σωματική υγεία, ειδικά όσον αφορά την αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων, μέσα από διάφορες δράσεις όπως η παροχή βοήθειας και ενθάρρυνσης προς τους χρόνια πάσχοντες. Είναι άλλωστε αποδεδειγμένο, πως υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος πρόωρου θανάτου ή μικρότερων πιθανοτήτων επιβίωσης ύστερα από ένα καρδιακό επεισόδιο σε άτομα που βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό ή αισθήματα μοναξιάς (Cockerham et al., 2017).

Από την άλλη, οι οικονομικοί παράγοντες που λειτουργούν ανασταλτικά στην υγεία των ασθενών είναι το χαμηλό εισόδημα, το μορφωτικό τους επίπεδο, το επάγγελμα που ασκούν, η ανεργία η οποία οδηγεί στην φτώχεια, αλλά και το αν υπάρχει κάποιου είδους ασφαλιστική κάλυψη ή λήψη κάποιου επιδόματος.

Από τις προαναφερθείσες οικονομικές παραμέτρους, η φτώχεια είναι εκείνη που προάγει τα περισσότερα προβλήματα στις χρόνιες ασθένειες, μέσα από τις χαμηλές υγειονομικές συνθήκες που βιώνουν τα άτομα, μέσα από την έλλειψη πρόσβασης σε επαρκή υγειονομική περίθαλψη, αλλά και από την έκθεση τους σε μη ασφαλείς περιβαλλοντικές συνθήκες, είτε στο χώρο εργασίας τους, είτε στο σπίτι. Οι κακές συνθήκες υγείας μπορούν εντείνουν τη φτώχεια, όχι μόνο λόγω των οικονομικών επιπτώσεων που έχει η αναζήτηση ιατρικής φροντίδας, καθώς και η εξασφάλιση φαρμάκων, αλλά και λόγω της μειωμένης πιθανότητας απασχόλησης εξαιτίας της χαμηλής αποδοτικότητας του ατόμου λόγω της ασθένειας (Bank, 2008).

Οι κοινωνικοί και οι οικονομικοί παράγοντες έχουν άμεση συσχέτιση, καθώς είναι σε πολλές περιπτώσεις υπεύθυνες για τα αισθήματα μοναξιάς που βιώνουν οι χρόνια πάσχοντες. Ειδικότερα, στον ερευνητικό χώρο έχει φανεί ότι οι ασθενείς με χαμηλότερο οικονομικό επίπεδο, δεν λαμβάνουν την απαραίτητη υποστήριξη από τα κοινωνικά δίκτυα, σε σχέση με εκείνους τους ασθενείς που βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική κατάσταση, βιώνοντας υψηλότερα επίπεδα μοναχικότητας (Alpass et. al., 2003).

Συνοψίζοντας, γίνεται αντιληπτό ότι η ποιότητα ζωής των χρόνια ασθενών περιλαμβάνει διαστάσεις όπως: η ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων, η λειτουργικότητά τους στην καθημερινότητα (π.χ. η ικανότητά τους να ζουν με τρόπο αυτόνομο, να είναι σε θέση να φροντίζουν τον εαυτό τους κλπ.), οι κοινωνικοί ρόλοι που διαδραματίζουν, η επαγγελματική τους δραστηριότητα, η συναισθηματική τους κατάσταση, η ύπαρξη συντρόφου, οι γνωστικές και νοητικές τους ικανότητες και ο βαθμός ικανοποίησής τους από τη ζωή γενικότερα (Morrison & Bennet, 2009).

Τα παραπάνω ζητήματα, είναι απαραίτητο να μελετώνται, να διαχειρίζονται και τελικά να αντιμετωπίζονται σε κάθε φάση στην εξέλιξη της εκάστοτε ασθένειας, προκειμένου να διασφαλίζεται με αυτό τον τρόπο το βέλτιστο επίπεδο διαβίωσης για τον ασθενή (Baum, Perry & Tarbell, 2004). Η ηθική στήριξη άλλωστε που παρέχουν οι συγγενείς οι φίλοι και οι σύντροφοι, καθώς και η ικανότητα του ασθενή να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες αναλαμβάνοντας ρόλους και ευθύνες, συμβάλλουν στην ποιοτική διαμόρφωση της ζωής του.

Η παράμετρος των κοινωνικών δεξιοτήτων, κατέχει μία από τις σημαντικότερες θέσεις για την ποιότητα ζωής ενός ατόμου, καθώς είναι υπεύθυνες για τη «ρύθμιση» των συναναστροφών και των κοινωνικών ρόλων που καλείται να αναλάβει. Σε αυτές περιλαμβάνονται βασικές συναλλακτικές και σχεσιακές πτυχές των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων όπως είναι το κοινωνικό κίνητρο, η κοινωνική κατανόηση, η ενσυναίσθηση, η κοινωνική νοημοσύνη, η λεκτική επικοινωνία, η μη λεκτική επικοινωνία και η συναισθηματική ρύθμιση των ατόμων (Trevisan et. al., 2018).

Αναλύοντας αυτές τις σχεσιακές πτυχές των κοινωνικών δεξιοτήτων, μέσα από τις οποίες συντίθεται η κοινωνική αλληλεπίδραση, πρωταρχική αναφορά πρέπει να γίνει στο κοινωνικό κίνητρο. Το κοινωνικό κίνητρο, «αντανακλά» την επιθυμία του εκάστοτε ατόμου για κοινωνική συνδιαλλαγή με τους άλλους (Newcombe et. al., 1993; Trevisan et. al., 2018).

Η κοινωνική κατανόηση, η οποία συνδέεται άμεσα με το κοινωνικό κίνητρο, αντιπροσωπεύει την ικανότητα του ατόμου να είναι σε θέση να εντοπίζει κοινωνικές ενδείξεις, ειδικά όσον αφορά τη δημιουργία κρίσης για την ψυχική κατάσταση των άλλων, η οποία στη συνέχεια θα τους βοηθήσει να εκδηλώσουν την κατάλληλη επακόλουθη συμπεριφορά. Αυτές οι δεξιότητες είναι σημαντικές λαμβάνοντας υπόψη ότι η ψυχική κατάσταση των ανθρώπων, δεν ταυτίζεται πάντα με τις προφορικές τους εκφράσεις, επομένως είναι απαραίτητες προκειμένου το άτομο να οδηγηθεί σε σωστά κοινωνικά συμπεράσματα (Trevisan et. al., 2018).

Σε άμεση σύνδεση με την κοινωνική κατανόηση, βρίσκεται η ενσυναίσθηση, η οποία μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω της ανταλλαγής των συναισθημάτων των άλλων ή της συμπόνιας ως απάντηση σε αισθήματα δυσφορίας τα οποία μπορεί να παρουσιάσουν (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; Trevisan et. al., 2018). Ειδικότερα, για να υπάρξει αντίδραση στις συναισθηματικές καταστάσεις των άλλων με τη μορφή της ενσυναίσθησης, πρέπει πρώτα το άτομο να είναι σε θέση να ερμηνεύσει σωστά τις συναισθηματικές καταστάσεις τις οποίες βιώνουν (Trevisan et. al., 2018). Άρα, σχετίζεται κι εκείνη άμεσα με κοινωνικά συμπεράσματα.

Η πτυχή της κοινωνικής νοημοσύνης αφορά την κατάλληλη προσαρμογή της συμπεριφοράς, ανάλογα με το πρόσωπο στο οποίο κανείς απευθύνεται ή την κατάσταση την οποία καλείται να αντιμετωπίσει (Trevisan et. al., 2018). Από την άλλη, οι ικανότητες λεκτικής επικοινωνίας, αφορούν την ικανότητα συμμετοχής σε μία αμοιβαία συνομιλία. Τα χαρακτηριστικά τους δηλαδή, αντικατοπτρίζουν τη δυνατότητα εναλλαγής, κατανόησης του τρόπου έναρξης, συμμετοχής και αποχώρησης συνομιλιών, καθώς και της γνώσης πότε το άτομο πρέπει να διατηρήσει ή να αλλάξει το θέμα της συνομιλίας (Trevisan et. al., 2018).

Αντίθετα, οι ικανότητες μη λεκτικής επικοινωνίας σχετίζονται με τη σωστή «ανάγνωση» της γλώσσας του σώματος, στην οποία περιλαμβάνονται στοιχεία όπως η βλεμματική επαφή, οι εκφράσεις του προσώπου και οι χειρονομίες (Trevisan et. al., 2018).

Η συναισθηματική ρύθμιση, που αποτελεί τελευταία σχεσιακή πτυχή των κοινωνικών δεξιοτήτων, αναφέρεται σε διαδικασίες που περιλαμβάνουν την παρακολούθηση, την αξιολόγηση και τον έλεγχο της έντασης των εσωτερικών συναισθηματικών εμπειριών, καθώς και της εξωτερικής συμπεριφοράς ενός ατόμου.

Οι παράγοντες αυτοί, σχετίζονται άμεσα με το συναίσθημα, έτσι ώστε να επιτευχθούν οι επιθυμητές συναισθηματικές καταστάσεις κατά την κοινωνική συνδιαλλαγή (Trevisan et. al., 2018).

Στον ερευνητικό τομέα της αναπηρίας και των χρόνιων νοσημάτων, η έννοια των κοινωνικών δεξιοτήτων όπως έχει διαπιστωθεί, ποικίλλει σημαντικά ανάλογα με την περίπτωση, αλλά λειτουργεί βοηθητικά για το άτομο στο να προσαρμοστεί ευκολότερα με τα υπάρχοντα δεδομένα της υγείας του (Sprangers, de Regt, & Andriesetal., 2000). Η προσαρμογή αυτή σχετίζεται με τρεις περιοχές που άπτονται της κοινωνικοποίησης και οι οποίες επηρεάζονται άρρηκτα από τις κοινωνικές δεξιότητες (McDougall, Baldwin & Evansetal., 2016):

A.) Τη βιολογική (σε θέματα όπως η απομόνωση, το στίγμα, οι σχέσεις με την οικογένεια, τον/την σύντροφο, τους φίλους και το προσωπικό υγείας).

B.) Τη συναισθηματική (σε θέματα όπως η αντίληψη της αυτό-εικόνας, τα οικονομικά ζητήματα, ο επαναπροσδιορισμός στόχων και προσδοκιών, η επαναξιολόγηση των αξιών, ο εθελοντισμός, η σεξουαλική ζωή, τα θέματα πνευματικότητας, η εύρεση νοήματος στην όλη εμπειρία).

Γ.) Τη συμπεριφορική (σε θέματα όπως οι έλεγχοι υγείας, η τήρηση των ιατρικών οδηγιών, η διαχείριση της εξέλιξης της ασθένειας).

Οι προαναφερόμενες «περιοχές», έχουν τη βάση τους όμως στη μάθηση. Η μάθηση, εκλαμβάνεται ως διαδικασία κατά την οποία συσσωρεύονται πληροφορίες που προκύπτουν από τη δημιουργία συνειρμών, μεταξύ νοητικών αναπαραστάσεων του έξω κόσμου και της αντίδρασης του ατόμου σε αυτές με τη μορφή του συμπεριφορισμού (Νικολάου & Ζιώγας, 2015).

Σε κλινικό επίπεδο, παράμετροι όπως οι επιπλοκές της νόσου ή οι λειτουργικοί περιορισμοί (π.χ.: η ικανότητα του ατόμου για εργασία), καθιστούν πολλούς ερευνητές στον τομέα των χρόνιων παθήσεων ανεπαρκείς κατά την αξιολόγηση τους, αναφορικά με τον τρόπο που η βλάβη ή η ασθένεια επηρεάζουν την καθημερινή ζωή του πάσχοντα (Burckhardt, Anderson, 2003; McDougall, Baldwin, & Evansetal, 2016).

Πλήθος παλαιότερων ερευνών, έχει δείξει ότι η ποιότητα ζωής στους νέους ενήλικες με αναπηρίες ή χρόνια νοσήματα επηρεάζεται από την κοινωνική συμμετοχή τους, τις κοινωνικές τους σχέσεις και το κοινωνικό περιβάλλον τους, μέσω της συνδεσιμότητας που έχουν οι συγκεκριμένες περιοχές με τη γενικότερη ικανοποίησή από τη ζωή τους (Yeung & Towers, 2014).

Ο Baumeister και ο Leary υποστηρίζουν ότι «τα ανθρώπινα όντα διακρίνονται από τη θεμελιώδη και διαδεδομένη ανάγκη του ανήκειν, δηλαδή από μία ισχυρή επιθυμία να διαμορφώνουν και να διατηρούν διαρκείς διαπροσωπικές δεσμεύσεις» (Baumeister & Leary, 1995, σελ. 522). Αποσαφήνισαν μάλιστα, ότι η κοινωνική αλληλεπίδραση «γεννά» θετικά συναισθήματα, ενώ αντίθετα οι απειλές για τους κοινωνικούς δεσμούς δημιουργούν μια ποικιλία από δυσάρεστα συναισθήματα.

Ο άρρηκτος δεσμός μεταξύ της ποιότητας ζωής και των κοινωνικών σχέσεων, υποστηρίζεται περαιτέρω από διάφορα μοντέλα διαβίωσης που προσδιορίζουν τις κοινωνικές σχέσεις ή το κοινωνικό περιβάλλον ως αναπόσπαστους τομείς της (Schalock, Bonham, & Verdugo, 2008; Ferrans, Zerwic, Wilbur, et. al., 2005).

Αρκετές είναι οι έρευνες που έχουν δείξει ότι η ικανότητα αλληλεπίδρασης με τους άλλους, αναπτύσσεται σε πρώιμα ηλικιακά στάδια μέσα από το στενό κοινωνικό κύκλο (Colver, 2009). Η κοινωνική συμμετοχή δηλαδή, έχει τη δυνατότητα να ενισχύσει τις κοινωνικές σχέσεις ενός ατόμου, καθώς συνδιαλέγεται με άλλους ανθρώπους, δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο ευκαιρίες για ουσιαστική δέσμευση (Connell, et. al., 2012). Μέσα από αυτές τις στενές σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους, καθώς και μέσα από τις σχέσεις με την κοινότητα, τους συναδέλφους και την κοινωνία γενικότερα, έχει τεκμηριωθεί ότι μπορεί να υπάρξει βελτίωση της υγείας των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις (Connell, et. al., 2012; Schiariti , Masse, & Ciezaetal., 2014).

Η στήριξη και η βοήθεια από τα κοινωνικά δίκτυα, θεωρείται άκομη ένα ιδιαίτερα σημαντικό χαρακτηριστικό για την ποιότητα ζωής (McDougall, Baldwin, & Evansetal., 2016). Μερικά από τα κύρια οφέλη των υποστηρικτικών σχέσεων που συνάπτουν τα άτομα, αποτελούν η αποδοχή και η κατανόηση. Η έννοια της κοινωνικής στήριξης αναφέρεται σε διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων όπως είναι η λεκτική επικοινωνία και η ενσυναίσθηση, δηλαδή η συμπεριφορά που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του άλλου ατόμου και υπηρετεί τη λειτουργία της παρηγοριάς, της ενθάρρυνσης, της επιβεβαίωσης για φροντίδα και τη συμμετοχή στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων» (Gardner & Cutrona, 2004). Ιδιαίτερη έμφαση έχει δοθεί στην αντιλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη, δηλαδή στην υποκειμενική αντίληψη και εκτίμηση του ατόμου για την αποτελεσματικότητα της στήριξης που λαμβάνει, και όχι στην παρεχόμενη στήριξη, το συμπεριφορικό, δηλαδή μέρος της στήριξης, καθώς η πρώτη φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με την ψυχική υγεία και την προσαρμογή (Antonucci & Israel, 1986; Lindorff, 2000; Wethington & Kessler, 1986).

Αντίθετα, όταν οι οικογένειες και οι επαγγελματίες δεν παρέχουν τον απαιτούμενο βαθμό υποστήριξης, τότε είναι πολύ πιθανό να υπάρξουν ανασταλτικές για την υγεία επιπτώσεις (Connell et. al., 2012). Συγκεκριμένα, οι αρνητικές αντιδράσεις από τα κοινωνικά δίκτυα (οικογένεια, φίλοι, σύντροφοι, φορείς υγείας, εργοδότες και κοινωνία), δημιουργούν στους πάσχοντες το αίσθημα ότι οι άνθρωποι γύρω τους δεν τους κατανοούν. Με αυτό τον τρόπο, οι κοινωνικές σχέσεις δεν είναι βιώσιμες, αφού προκαλούν δυσφορία και μπορούν εύκολα να βλάψουν την υγεία ενός ατόμου.

Η διεθνής βιβλιογραφία αποκαλύπτει ότι πτυχές των κοινωνικών σχέσεων ασκούν καταλυτική επιρροή στην ποιότητα ζωής και στην κοινωνική συμμετοχή σε πληθυσμό που παρουσιάζει υγειονομική ετερογένεια (π.χ. διαφορετικές αναπηρίες ή χρόνιες ασθένειες). Για άτυπες σχέσεις όπως με την οικογένεια και τους φίλους, χαρακτηριστικά σαν τη φροντίδα, την εξάρτηση και την κατανόηση, επηρεάζουν καταλυτικά την ευημερία του ατόμου σε όλες τα φάσματα της αναπηρίας και των χρόνιων παθήσεων. Οι τυπικές σχέσεις από την άλλη, όπως αυτή με την κοινωνία, ασκούν κι εκείνες με τη σειρά τους επιρροή υπό το πρίσμα της αποδοχής, των διακρίσεων και των προκαταλήψεων που μπορούν να αναπτυχθούν απέναντι στον ασθενή (Jespersen, 2018). Συχνά άλλωστε, οι μεγαλύτεροι σε ηλικίας ενήλικες θεωρούν ότι μια καλή κοινωνική ζωή είναι η πιο σημαντική πτυχή της υποκειμενικής ευημερίας (Douma, Steverink, Hutter, & Meijering, 2015).

Η ύπαρξη μιας χρόνιας πάθησης επηρεάζει όχι μόνο την ποιότητα ζωής των πασχόντων αλλά και των οικείων τους. Φαίνεται ότι παράγοντες, όπως η μοναξιά, ο πόνος, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης κι επαφής, οι επιπτώσεις της θεραπείας και η συνολική μείωση της λειτουργικότητας, μειώνουν την ικανοποίησή τους από τη ζωή (Fanakidou et al., 2017). Έτσι, η ψυχική τους επιβάρυνση σε συνδυασμό με τη σωματική και την μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα, οδηγεί σε μείωση της ποιότητας ζωής τους (Shiue & Sand, 2016).

Το συμπέρασμα επομένως το οποίο εύλογα προκύπτει, είναι ότι μέσω της ενίσχυσης των κοινωνικών σχέσεων επιτυγχάνεται ταυτόχρονα η βελτίωση της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής συμμετοχής των ατόμων με ποικίλες αναπηρίες ή χρόνιες ασθένειες, αίροντας με αυτό τον τρόπο μειονεκτικά συναισθήματα όπως αυτό της μοναξιάς, τα οποία επηρεάζουν με αρνητικό πρόσημο την εξελικτική πορεία της υγείας των πασχόντων, στερώνοντας τους έτσι ένα από τα βασικότερα δικαιώματα, όπως είναι αυτό του να ζεις με τρόπο ποιοτικό (Jespersen, 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

3.1 Έρευνες που διερεύννησαν την ποιότητα ζωής των ατόμων με χρόνια νοσήματα

Η ποιότητα ζωής, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα μέτρα έκβασης που χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων κλινικών μελετών σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Οι πρώτες μελέτες που την εξέτασαν, άρχισαν να διενεργούνται προς τα τέλη της δεκαετίας του 1970. Κάποιες από αυτές ασχολούνται αποκλειστικά με την ποιότητα ζωής ως μοναδικό παράγοντα επιρροής, ενώ άλλες τη χρησιμοποιούν σε συνδυασμό και με άλλους παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχολογία των ασθενών.

Οι ερευνητές στους τομείς της υπέρτασης και των καρδιακών παθήσεων (Croogetal., 1986, Pencofer & Holm, 1984), του καρκίνου (Holmes & Dickerson, 1987, Padillaetal., 1983; Selby, Chapman, Etazadi-Amoli, Dalley, & Boyd, 1984), του διαβήτη (Greenfield, Kaplan, Ware, Yano, & Frank, 1988; Kaplan, Hartwell, Wilson, & Wallace, 1987; The DCCT Research Group, 1988), προσπάθησαν να αναπτύξουν και στη συνέχεια να εφαρμόσουν ψυχομετρικά εργαλεία για την μέτρηση της ποιότητας ζωής χρόνιων ασθενών ή των ατόμων με αναπηρία. Χαρακτηριστικό των περισσότερων από τις παραπάνω μελέτες είναι η έμφαση που έδωσαν στις μετρήσεις συγκεκριμένων παραγόντων που συνθέτουν την ποιότητα ζωής των ατόμων. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν σε συμπτώματα που είναι ειδικά για την εξελικτική πορεία της εκάστοτε νόσου, της φυσικής λειτουργικής κατάστασης των πασχόντων, καθώς και της ικανότητάς τους να εργαστούν.

Σύμφωνα με την έρευνα των Burckhardt et. al. (1989), τα ευρήματα κατέδειξαν ότι για τους χρόνια πάσχοντες, σημαντικοί παράγοντες οι οποίοι μπορούν να τους εξασφαλίσουν μία καλή ποιότητα ζωής ήταν η σημασία των υλικών ανέσεων, το επίπεδο της υγείας, οι σχέσεις τόσο με την οικογένεια όσο και με τους φίλους, η ικανότητα τους για κοινωνικοποίηση (με τη χρήση κοινωνικών δεξιοτήτων), η συμμετοχή τους σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες, καθώς και η κατανόηση και ικανοποίηση από τις εργασιακές τους εμπειρίες.

Η έρευνα των Kimmel et. al. (1995), η οποία διενεργήθηκε σε 149 πάσχοντες ηλικίας 23 έως 83 ετών που έκαναν τακτικές αιμοκαθάρσεις, έδειξε ότι υπάρχει άμεσα συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία του εκάστοτε ασθενούς και στην ποιότητα της ζωής του. Συγκεκριμένα, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς (65 και άνω) φάνηκε να έχουν χαμηλότερα επίπεδα σωματικής λειτουργίας, καθώς και λιγότερη διάθεση για να συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες, συγκριτικά με τους νεότερους σε ηλικία.

Εύρημα της έρευνας των Fortin et. al. (2004), ήταν η άμεση συσχέτιση μεταξύ των ιατρικών συνθηκών που βιώνουν οι πάσχοντες και της ποιότητας της ζωής τους, η οποία επηρεάζεται από δημογραφικά στοιχεία όπως η ηλικία ή το φύλο του ασθενούς. Η πολυμορφία τους άλλωστε, έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει τομείς που άπτονται

των αισθημάτων ικανοποίησής τους από τη ζωή. Ωστόσο, η επίδρασή της στη συγκεκριμένη έρευνα φάνηκε να είναι πολύ μικρότερη όσον αφορά τις κοινωνικές και ψυχολογικές διαστάσεις της των εξεταζόμενων ασθενών από ότι σε διαστάσεις που αφορούσαν τη σωματική τους λειτουργικότητα. Εκείνο όμως το οποίο αξίζει να σημειωθεί, είναι ότι ασθενείς με τρεις ή και περισσότερες διαγνώσεις, παρουσίασαν σημαντική μείωση των κοινωνικών και ψυχολογικών τους διαστάσεων, συγκριτικά με τους υπόλοιπους.

Οι Taylor et. al. (2008), ερευνήσαν την γενικότερη ιδέα που έχουν νέοι σε ηλικία χρόνια πάσχοντες για την ποιότητα της ζωής τους. Συγκεκριμένα, η ηλικία των ασθενών φάνηκε ότι παίζει ρόλο στον τρόπο αντίληψης της ζωής τους, αφού εκείνο που προέκυψε μέσα από την έρευνα ήταν ότι συνήθως, αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και τη ζωή τους με τον ίδιο τρόπο όπως και οι υγιείς συνομήλικοί τους. Ακόμη, θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους φάνηκε ότι έχει η συναναστροφή με φίλους και πρόσωπα της οικογένειας, γεγονότα που λειτουργούν θετικά απέναντι στους περιορισμούς που επιβάλλει η εκάστοτε νόσος με την εμφάνισή της στη ζωή των ατόμων.

Η μελέτη των Soni et. al. (2010), σε ασθενείς με χρόνια νεφροπάθεια, κατέδειξε ότι μεταξύ άλλων και η μορφή του εκάστοτε νοσήματος έχει βαθιά επίδραση στην ποιότητα της ζωής τους, αφού προκαλεί δυσκολία σε αρκετές περιοχές της καθημερινότητάς τους. Οι πιο σημαντικές από τις περιοχές αυτές σχετίζονται με φυσικούς τομείς οι οποίοι σχετίζονται άμεσα με τη σωματική λειτουργικότητα.

Η έρευνα της Θεοφίλου (2011), έδωσε έμφαση στην ποιότητα ζωής ασθενών με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Αρκετοί από τους ασθενείς που συμμετείχαν στην εν λόγω μελέτη, ανέφεραν ότι η στήριξη της οικογένειας επηρεάζει την ποιότητα της ζωής τους. Ακόμη, υποστήριξαν ότι το χαμηλό οικονομικό επίπεδο αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες που επιδρούν στην καθημερινή τους, ενώ έγινε λόγος και για τη σημαντικότητα της στήριξης των φίλων. Τέλος, οι περιορισμοί στη διατροφή και στις κοινωνικές σχέσεις, η μειωμένη libido, καθώς και η σωματική κούραση που προκαλείται από τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης, φάνηκε ότι επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Οι Caruso et. al., (2014) εξέτασαν τις συσχετίσεις μεταξύ της αβεβαιότητας που οφείλεται σε χρόνιες ασθένειες και της ποιότητα ζωής των ασθενών, λαμβάνοντας υπόψη την ετερογένεια στις στρατηγικές αντιμετώπισης που ανέπτυξαν οι ασθενείς, καθώς και στα συναισθήματα άγχους ή κατάθλιψης που αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Τα αποτελέσματα μάλιστα, έδειξαν ότι διαστάσεις της γενικής κατάστασης υγείας που σχετίζονται με τον πόνο, την διάθεση, τη σωματική άσκηση και την ψυχολογία, είναι εξαιρετικά σημαντικές, αφού έχουν καθοριστικό αντίκτυπο στη γενική ευημερία των ασθενών που αποτέλεσαν δείγμα.

Ο Livneh (2015), μελέτησε την επιρροή που έχει η αντιμετώπιση της ασθένειας. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η πρωτοβάθμια πρόληψη ήταν ένας πολύ σημαντικός παράγοντας διασφάλισης της ποιότητας ζωής, καθώς περιλάμβανε εκείνες τις στρατηγικές που επιδιώκουν τη μείωση, την αξιοποίηση και την πρόληψη της εμφάνισης συνοδών αναπηριών, καθώς και ψυχιατρικών διαταραχών στα άτομα,

δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση σε εκείνους που εκπροσωπούν ομάδες υψηλού κινδύνου, διασφαλίζοντας έτσι μια σταθερή θετική ποιότητα ζωής.

Η μελέτη των Κωνσταντοπούλου και συν. (2018), ασχολήθηκε με την καταγραφή και διερεύνηση της ποιότητας ζωής ενηλίκων ασθενών με επιληψία. Αυτό που έγινε ξεκάθαρο απ' τα πορίσματα, ήταν ότι οι επιληπτικοί ασθενείς στο σύνολό τους εμφάνισαν υψηλότερη ποιότητα ζωής από το αναμενόμενο. Ειδικότερα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες, είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό δήλωσαν άγαμοι-ες και άνεργοι-ες. Αν και στην παρούσα μελέτη υπήρχε η υπόνοια στίγματος, η στήριξη που βίωναν οι ασθενείς από το οικογενειακό και το κοινωνικό τους περιβάλλον ήταν σημαντικά υψηλότερη.

Οι Φαλακίδου και συν. (2018), διερεύνησαν την ποιότητα ζωής διαβητικών και μη ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη που υποβάλλονταν σε θεραπεία υποκατάστασης της νεφρικής τους λειτουργίας με αιμοκάθαρση, εμφάνισαν χαμηλή γενική και ψυχική υγεία. Επιπλέον, οι άνδρες αιμοκαθαιρόμενοι παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερο δείκτη στη φυσική και στην ψυχική υγεία σε σχέση με τις γυναίκες ασθενείς. Τέλος, οι αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς με ΣΔ φάνηκε να έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς χωρίς ΣΔ, καθώς οι πρώτοι βρίσκονταν σε διαδικασία διαχείρισης δύο σοβαρών χρόνιων ασθενειών με τεκμηριωμένη αρνητική επίδραση στη γενικότερη σωματική και ψυχική υγεία, αλλά και σε επιμέρους τομείς αυτών.

Αποτελέσματα μιας μεταγενέστερης έρευνας των Møller et. al. (2020), έδειξαν ότι η ανησυχία των ασθενών για την ποιότητα της ζωής τους από τη μέρα που λαμβάνουν τη διάγνωση και έπειτα, αντικατοπτρίζεται σε χαρακτηριστικά όπως η σωματική τους κατάσταση, η πολιτική κατάσταση του τόπου στον οποίο ζουν, η ηθική υποστήριξη που δέχονται και η σχέση με το κοινωνικό τους περιβάλλον.

Τέτοιου είδους παράγοντες όπως αυτοί που αναφέρθηκαν, έχει φανεί διαχρονικά στη διεθνή βιβλιογραφία ότι ασκούν αρνητική επιρροή στην ποιότητα ζωής των χρόνια πασχόντων. Κύριο αποτέλεσμά τους είναι ο τρόπος που «σμιλεύουν» την ψυχολογία των ασθενών, με την πυροδότηση αρνητικών συναισθημάτων όπως αυτό της μοναξιάς.

3.2 Έρευνες που εξέτασαν τα αισθήματα μοναξιάς των ατόμων με χρόνια νοσήματα

Στην βιβλιογραφία εντοπίζονται έρευνες που δίνουν έμφαση στα συναισθήματα που βιώνουν τα άτομα με χρόνια νοσήματα όπως η μοναξιά, καθώς και τον τρόπο που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής τους. Αναλυτικότερα, οι Foxall & Ekberg (1989) εξέτασαν τα επίπεδα μοναξιάς που αισθάνονται τόσο οι χρόνια πάσχοντες, όσο και οι σύζυγοι τους. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι η μοναξιά επηρεάζεται από δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το φύλο και η ηλικία, καθώς οι ασθενείς που αισθάνονταν υψηλά επίπεδα μοναξιάς και οι σύζυγοί τους, ήταν νεότεροι από τους ασθενείς και τους συζύγους τους που δήλωσαν ότι δεν βιώνουν μοναξιά. Επιπλέον, και για τις δύο ομάδες, οι γυναίκες φάνηκε ότι είχαν περισσότερες πιθανότητες από τους

άνδρες να βιώσουν τη μοναξιά, διαφορά που αποτέλεσε σημαντική για τους ασθενείς, αλλά όχι και για τους συζύγους τους.

Εύρημα των Penninx et. al. (1999), αποτέλεσε το ότι η ηλικία, το φύλο, η κατάσταση του συντρόφου και τα έτη εκπαίδευσης σχετίζονταν σημαντικά τόσο με τις ασθένειες όσο και με συναισθηματικές μεταβλητές όπως η μοναξιά. Συγκεκριμένα οι μέσοι αριθμοί οικογενειακών και μη οικογενειακών σχέσεων, προσαρμοσμένοι ως προς το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση και την κατάσταση συντρόφου, δεν διέφεραν μεταξύ των ατόμων χωρίς χρόνια πάθηση και των ατόμων που έπασχαν από κάποια χρόνια πάθηση. Οι μόνες σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν για τους ασθενείς με διαβήτη, οι οποίοι βίωναν μεγαλύτερα επίπεδα μοναξιάς εξαιτίας της λιγότερης συναισθηματικής υποστήριξης που λάμβαναν από το περιβάλλον τους και στους ασθενείς με αρθρίτιδα οι οποίοι βίωναν χαμηλότερα επίπεδα μοναξιάς εξαιτίας της περισσότερης συναισθηματικής υποστήριξης που λάμβαναν από τα άτομα του περιβάλλοντός τους.

Οι Alpass et. al. (2003), στη μελέτη τους εξέτασαν τα αισθήματα μοναξιάς σε συνδυασμό με την κατάθλιψη που βιώνουν οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ενήλικες ασθενείς. Συγκεκριμένα, φάνηκε ότι όσοι είχαν καλύτερο επίπεδο υγείας, υψηλότερο εισόδημα και ακαδημαϊκή εκπαίδευση, ανέφεραν ότι δεν αισθάνονται μοναξιά, παρουσιάζοντας παράλληλα λιγότερο καταθλιπτική συμπτωματολογία. Αντίθετα, οι ασθενείς με πιο χαμηλό επίπεδο υγείας φάνηκε να παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα μοναξιάς και υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Οι Rokack et. al. (2006), εξέτασαν τα αισθήματα μοναξιάς που βιώνουν άτομα με κινητικές δυσκολίες εξαιτίας χρόνιων νοσημάτων, συγκριτικά με υγιή άτομα του γενικού πληθυσμού. Τα αποτελέσματα έδειξαν, ότι η ομάδα του τυπικού (υγιούς) πληθυσμού είχε σημαντικές διαφορές στα αισθήματα μοναξιάς τα οποία νιώθει, συγκριτικά με την ομάδα των χρόνια πασχόντων, με τους πρώτους να είναι ξεκάθαρο ότι βιώνουν πολύ χαμηλά επίπεδα συγκριτικά με τους τελευταίους. Επιπλέον, οι ασθενείς ξεκαθάρισαν ότι εξαιτίας της μοναξιάς δεν βρήκαν ευκαιρίες ανάπτυξης της αυτογνωσίας και των θετικών γενικότερα πτυχών της ζωής τους, πέρα από εκείνες τις οποίες η ασθένειά τους μπορεί να τους παράσχει.

Η έρευνα των Theeke et. al. (2012) για την επιρροή της μοναξιάς στην ποιότητα ζωής των ατόμων με χρόνια νοσήματα, έδειξε το αξιοσημείωτο εύρημα ότι η μοναξιά δεν συσχετίζεται με συγκεκριμένες μεταβλητές όπως η κατάθλιψη, η προσωπική κατάσταση και η κοινωνική υποστήριξη, παρά το γεγονός ότι σε άλλες μελέτες παράγοντες όπως η οικογενειακή κατάσταση, η φτώχεια, ο υψηλός αριθμός χρόνιων ασθενειών, η εξασθενημένη λειτουργικότητα και η κατάσταση της υγείας φάνηκε να έχουν συσχετίσει τη μοναξιά με την κακή ποιότητα ζωής.

Οι Barlow et. al. (2014), εξέτασαν τα αισθήματα μοναξιάς μεγαλύτερων σε ηλικία (64 έως 83 ετών) χρόνια πασχόντων. Φάνηκε ότι περισσότερο μόνοι αισθάνονταν όσοι ηλικιωμένοι έπασχαν από κάποιο αρκετά σοβαρό χρόνιο νόσημα. Επιπλέον, όσοι από το δείγμα είχαν αναπτύξει στρατηγικές αυτοπροστασίας και αυτοδιαχείρισης για να αντιμετωπίσουν τις απειλές για την υγεία τους, βίωναν χαμηλότερα επίπεδα μοναξιάς.

Η μελέτη των Fanakidou et. al. (2017), για την επιρροή της μοναξιάς σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού έδειξε ότι το χρόνιο νόσημα δεν επηρεάζει τα επίπεδα μοναξιάς των παθουσών. Συγκεκριμένα, από τις απαντήσεις έγινε ξεκάθαρο πως οι γυναίκες χωρίς καρκίνο του μαστού ανέφεραν ότι τα επίπεδα της μοναξιάς που βιώνουν είναι μεγαλύτερα από ότι εκείνων με καρκίνο.

Εύρημα της έρευνας των Greene et. al. (2017) στα άτομα με HIV, έδειξε ότι οι ασθενείς που βιώνουν περισσότερη μοναξιά, έχουν και χαμηλότερη ποιότητα ζωής καθώς είτε ήταν καπνιστές ή / και χρήστες ναρκωτικών ουσιών, είτε είχαν χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη από τον περίγυρό τους, γεγονότα που λειτουργούσαν συνδυαστικά στην εμφάνιση κατάθλιψης.

Η μελέτη των Theeke et. al. (2019), ασχολήθηκε με τις διαφορές του φύλου όσον αφορά τη μοναξιά, τον θυμό, την κατάθλιψη, την ικανότητα αυτοδιαχείρισης των χρόνιων ασθενειών σε ασθενείς μέσης ηλικίας. Από τα πορίσματα φάνηκε ότι οι κοινωνικές σχέσεις απαιτούνται για την καλή ψυχική και τη σωματική υγεία. Ακόμη, φάνηκε ότι όσοι αντιμετώπιζαν δυσκολίες στη δημιουργία και τη διατήρηση αμοιβαίων σχέσεων με τους άλλους είναι πιθανό να βιώσουν τη μοναξιά, τον θυμό, την κατάθλιψη και το άγχος.

Οι Warner et. al. (2019), εξέτασαν την μοναξιά και την κατάθλιψη σε γυναίκες τρίτης ηλικίας που έπασχαν από κάποιο χρόνιο νόσημα. Εύρημα της συγκεκριμένης μελέτης έδειξε ότι η κοινωνική στήριξη (όπως την αντιλαμβάνονται οι νοσούσες), συσχετίζεται άμεσα μεταξύ της σωματικής τους υγείας και της μοναξιάς την οποία βιώνουν. Επιπλέον, οι γυναίκες με περισσότερο άγχος για την υγεία τους, έτειναν να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, αλλά όχι και μοναξιάς. Ακόμη, οι έγχρωμες γυναίκες του δείγματος ανέφεραν ότι έχουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ οι άγαμες γυναίκες ανέφεραν ότι βιώνουν περισσότερη μοναξιά.

Οι Soleimani et. al. (2020), διερεύνησαν τους προβλεπτικούς για την ποιότητα ζωής παράγοντες σε άτομα με καρδιοπάθεια. Ύστερα από πολυπαραγοντικές αναλύσεις, διαπιστώθηκαν ως σημαντικοί παράγοντες επιρροής της ποιότητας ζωής, τα επίπεδα εκπαίδευσης, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η κύρια πηγή εισοδήματος, η ηλικία, η κοινωνική υποστήριξη που μειώνει τα επίπεδα μοναξιάς, καθώς και η συνολική πνευματική ευεξία του δείγματος.

3.3 Έρευνες που εξέτασαν τις κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων με χρόνια νοσήματα

Η ανασκόπηση στη διεθνή βιβλιογραφία παρέχει μία ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των ψυχοκοινωνικών και των συμπεριφορικών πτυχών του ασθενούς, που συνθέτουν την ποιότητα της ζωής του. Συγκεκριμένα, παράγοντες όπως η συναισθηματική υποστήριξη, η οικειότητα, οι συγκρούσεις, η κριτική και γενικότερα όλες εκείνες οι συμπεριφορές που είναι απόρροια των κοινωνικών δεξιοτήτων, έχουν συνδεθεί με την αλλαγή ποικίλων αποτελεσμάτων τόσο της σωματικής, όσο και της ψυχικής υγείας των ασθενών, σε τομείς όπως η ψυχολογική ευεξία, η σωματική λειτουργικότητα, η διάθεση κλπ.

Οι πρώτες έρευνες που έδωσαν έμφαση στην ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα μέσα από την κοινωνική συμμετοχή, ξεκίνησαν συστηματικά τη δεκαετία του 1990.

Από την μελέτη των Ormel et. al. (1997), φάνηκε ότι ο νευρωτισμός ο οποίος σε πολλές περιπτώσεις βιώνουν οι χρόνια πάσχοντες, έχει ισχυρή συσχέτιση με την γενική τους ευημερία, γεγονός που θα μπορούσε να ερμηνευτεί από τη μειωμένη ικανότητα επιλογής οικονομικά αποδοτικών δραστηριοτήτων εξαιτίας της κατάστασης της υγείας τους και από τη χαμηλή υποστήριξή τους από τα κοινωνικά δίκτυα εξαιτίας της έλλειψης κοινωνικών δεξιοτήτων.

Η Gallant (2003) ασχολήθηκε με την επιρροή των κοινωνικών συναναστροφών στην αυτοδιαχείριση των χρόνιων νοσημάτων από τους ασθενείς. Εύρημά της ήταν η ύπαρξη μιας σημαντικά θετικής σχέσης ανάμεσα στην κοινωνική υποστήριξη και στις συμπεριφορές αυτοδιαχείρισης που αναπτύσσουν οι πάσχοντες. Ειδικότερα, εκείνοι που έπασχαν από διαβήτη και καρδιαγγειακά νοσήματα, φάνηκε ότι τα υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης που δέχονταν, συνδέονταν με την ανάπτυξη καλύτερων συμπεριφορών αυτοδιαχείρισης.

Οι Friedmann et. al. (2006), ασχολήθηκαν με τη σχέση της κατάθλιψης, του άγχους και της κοινωνικής απομόνωσης των ατόμων με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια. Τα πορίσματα της εν λόγω έρευνας έδειξαν ότι η κατάθλιψη και η κοινωνική απομόνωση προέβλεπαν θνησιμότητα ανεξάρτητα από τη δημογραφική και την κλινική κατάσταση του δείγματος. Φάνηκε επίσης ότι ο αριθμός των ανθρώπων που οι ασθενείς μπορούσαν να ζητήσουν υποστήριξη σε αγχωτικές καταστάσεις ήταν ένας προγνωστικός παράγοντας επιβίωσης σε εξωτερικούς ασθενείς ανεξάρτητα από τη δημογραφική και κλινική κατάσταση.

Οι Vassilev et. al. (2011), ασχολήθηκαν με τον τρόπο με τον οποίο τα κοινωνικά δίκτυα των ασθενών με χρόνιες παθήσεις, επηρεάζουν την αυτοδιαχείριση της κατάστασης της υγείας τους. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, έκαναν ξεκάθαρο ότι τα κοινωνικά δίκτυα εμπλέκονται ευρέως στη μακροπρόθεσμη διαχείριση των συνθηκών της εκάστοτε ασθένειας μέσω της διαμόρφωσης και της κατανόησής της από τους ασθενείς, από τη γνώση σε ζητήματα που την αφορούν, από την ατομική ευθύνη που έχουν οι πάσχοντες, από την παραπομπή τους σε φορείς της υγείας και γενικότερα από τρόπο της αντιμετώπισης της ασθένειας και του πάσχοντα από τα κοινωνικά του δίκτυα.

Οι Kroenke et. al. (2013), διενήργησαν έρευνα σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, εξετάζοντας κατά πόσο οι μηχανισμοί κοινωνική υποστήριξης επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής τους, ύστερα από τη λήψη της διάγνωσης. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι γυναίκες με μεγαλύτερα κοινωνικά δίκτυα είχαν υψηλότερη εκπαίδευση και εισόδημα, καθώς και πιο υγιεινό τρόπο ζωής, αφού τα επίπεδα φυσικής τους δραστηριότητας ήταν υψηλά, ο δείκτη μάζας σώματος τους ήταν χαμηλός, ενώ οι περισσότερες δεν ήταν καπνίστριες. Ωστόσο, έγινε ξεκάθαρο ότι το μέγεθος του κοινωνικού δικτύου δεν σχετίζεται με παράγοντες όπως το στάδιο του καρκίνου ή θεραπεία που ακολουθείται. Όπως αναμενόταν, οι γυναίκες με μεγαλύτερα κοινωνικά δίκτυα ήταν πιο πιθανό να είναι παντρεμένες, να έχουν τουλάχιστον τον έναν από τους

δύο γονείς ζωντανό, να έχουν περισσότερα παιδιά και να συμμετέχουν σε θρησκευτικές / κοινωνικές δραστηριότητες.

Τα πορίσματα της έρευνας των McDougall et. al., (2016) για την ποιότητα ζωής νέων ενηλίκων με χρόνια νοσήματα, έδειξαν από τις απαντήσεις του δείγματος ότι η αλληλεπίδραση με την οικογένεια, τους φίλους, καθώς και η ύπαρξη συντρόφου στη ζωή τους, συνεισφέρει αφενός στην μεγαλύτερη αποδοχή της ιδιαίτερης κατάστασης της υγείας τους και αφετέρου στην μείωση του στιγματισμού τους.

Οι Marroquín et. al. (2016), εξέτασαν τα επίπεδα μοναξιάς, τη συναισθηματική λειτουργία, καθώς και τα συμπτώματα της κατάθλιψης σε γυναίκες που επέζησαν από τον καρκίνο του μαστού. Τα πορίσματα της συγκεκριμένης έρευνας έδειξαν ότι οι διαδικασίες της ρύθμισης των συναισθημάτων όπως η κοινωνική αλληλεπίδραση των γυναικών με καρκίνο του μαστού, συνδέονται με την κατάθλιψη, η οποία με τη σειρά της προάγει συναισθήματα όπως εκείνο της μοναξιάς.

Οι Ofir-Eyal et. al. (2014), μελέτησαν την επιρροή της ενσυναίσθησης στην κοινωνική πτυχή της ποιότητας ζωής ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Από τα πορίσματα, φάνηκε ότι η νόσος επηρεάζει τα επίπεδα ενσυναίσθησης των ατόμων, ενώ το μοναδικό δημογραφικό στοιχείο με το οποίο φάνηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο δείγμα, ήταν εκείνο της ηλικίας. Αποδείχθηκε επιπλέον, πως η ενσυναίσθηση, αποτελεί προβλεπτικό δείκτη για την κοινωνική πτυχή της ποιότητας ζωής.

Η έρευνα της Calrman (2017) σε νέους με επιληψία, έδειξε ότι η ύπαρξή της επηρεάζει τις κοινωνικές τους δεξιότητες, συγκριτικά με νέους που δεν έχουν επιληψία. Φάνηκε επιπλέον, ότι η επιρροή της είχε βιολογικές βάσεις όσον αφορά, ιδίως στη γλωσσική επικοινωνία του δείγματος, καθώς η λεκτική, αλλά και η μη λεκτική επικοινωνία των ατόμων με επιληψία ήταν χαμηλότερη από ότι εκείνη του τυπικού πληθυσμού.

Ο Segrin (2017) ασχολήθηκε με τις έμμεσες επιπτώσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων στην υγεία και συγκεκριμένα στα αισθήματα τους άγχους και της μοναξιάς. Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, έγινε ξεκάθαρο ότι οι κοινωνικές δεξιότητες επηρεάζουν την παράμετρο της μοναξιάς, ενώ συλλογικά φάνηκε ότι τα άτομα με ελλείψεις κοινωνικές δεξιότητες, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να βιώσουν αισθήματα όπως το άγχος και τη μοναξιά, καθένα από τα οποία σχετίζεται αρνητικά με την ψυχική υγεία.

Η μελέτη της Lotfi (2020) επικεντρώθηκε στην αποτελεσματικότητα της δεξιότητας ρύθμισης συναισθημάτων, σχετικά με τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και της ποιότητας ζωής των ασθενών με υπέρταση. Τα αποτελέσματα, έδειξαν ότι δημογραφικά στοιχεία όπως το μορφωτικό επίπεδο, δεν επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ακόμη, οι ασθενείς με αυξημένη ικανότητα συναισθηματικής ρύθμισης, φάνηκε να έχουν καλύτερο επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή τους. Τέλος, τα πορίσματα έδειξαν ότι η γνώση, η μάθηση, οι συναισθηματικές καταστάσεις, η προσπάθεια μείωσης αρνητικών συναισθημάτων όπως εκείνο της μοναξιάς και της διαταραχής του άγχους, οδηγούν τους ασθενείς στο να σταματήσουν τις άσχημες σκέψεις, οι οποίες λειτουργούν με ανασταλτικό πρόσημο στην ποιότητα της ζωής τους.

Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ

4.1 Σκοπός της έρευνας-Ερευνητικά ερωτήματα

Από τα ευρήματα των ερευνών που παρουσιάστηκαν στις προηγούμενες ενότητες, καθίσταται φανερό, ότι μέχρι σήμερα δε φαίνεται να υπάρχουν πολλές έρευνες στον ελληνικό χώρο, που να έχουν μελετήσει την ποιότητα ζωής των ατόμων με χρόνια νοσήματα, εξετάζοντας ταυτόχρονα την επιρροή που ασκούν σε αυτή οι κοινωνικές δεξιότητες και η μοναξιά. Οι παραπάνω μελέτες, σε μεγάλο βαθμό, διερεύνησαν κάποιες από τις παραπάνω μεταβλητές κυρίως αποσπασματικά.

Οι ελλείψεις επομένως που εντοπίστηκαν από την βιβλιογραφία, αποτέλεσαν τον βασικό λόγο για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας. Παρακάτω, περιγράφονται οι σκοποί βάσει των οποίων διαμορφώθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα. Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στο δείγμα και στα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων καθώς και μια περιγραφή των ερωτηματολογίων που αξιοποιήθηκαν στο πλαίσιο της έρευνας. Ακόμη, γίνεται λόγος για τη διαδικασία συλλογής των ερευνητικών δεδομένων και τέλος, γίνεται περιγραφή των ερευνητικών αποτελεσμάτων.

Κεντρικός σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει εάν η ποιότητα ζωής των ατόμων με χρόνια νοσήματα επηρεάζεται από τις κοινωνικές τους δεξιότητες και από τα επίπεδα μοναξιάς που βιώνουν. Οι επιμέρους σκοποί της παρούσας έρευνας ήταν, η σύγκριση των παραπάνω παραγόντων ως προς τον πληθυσμό που δεν πάσχει από κάποια χρόνια νόσο, αλλά και η διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ ποιότητα ζωής και κοινωνικών δεξιοτήτων, ποιότητας ζωής και μοναξιάς, καθώς και μοναξιάς και κοινωνικών δεξιοτήτων. Με βάση τα παραπάνω, διαμορφώθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα ως εξής:

1^ο ερευνητικό ερώτημα: Επηρεάζουν τα ατομικά στοιχεία των ερωτώμενων (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, εισόδημα, είδος απασχόλησης) τις κοινωνικές τους δεξιότητες;

2^ο ερευνητικό ερώτημα: Επηρεάζει και επιδρά το χρόνιο νόσημα στις παραμέτρους των κοινωνικών δεξιοτήτων, της μοναξιάς και της ποιότητας ζωής;

3^ο ερευνητικό ερώτημα: Επηρεάζουν τα ατομικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, προσωπική κατάσταση, είδος απασχόλησης, εισόδημα, μορφωτικό επίπεδο) την ποιότητα ζωής του δείγματος;

4^ο ερευνητικό ερώτημα: Επηρεάζουν οι παράμετροι της μοναξιάς και των κοινωνικών δεξιοτήτων την ποιότητα ζωής του δείγματος;

5^ο ερευνητικό ερώτημα: Επηρεάζουν τα ατομικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, προσωπική κατάσταση, είδος απασχόλησης, εισόδημα, κατοικία, μορφωτικό επίπεδο) την παράμετρο της μοναξιάς;

6^ο ερευνητικό ερώτημα: Επιδρούν οι κοινωνικές δεξιότητες στην παράμετρο της μοναξιάς;

7^ο ερευνητικό ερώτημα: Επιδρούν οι κοινωνικές δεξιότητες στην ποιότητα ζωής του δείγματος;

8^ο ερευνητικό ερώτημα: Προβλέπουν οι παράμετροι των κοινωνικών δεξιοτήτων και της μοναξιάς την ποιότητα ζωής του δείγματος;

4.2 Δείγμα - Χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος συνολικά 213 άτομα, από τα οποία οι 105 είχαν χρόνια νοσήματα (Ομάδα Α΄) και οι 108 ανήκαν στον τυπικό (υγιή) πληθυσμό (Ομάδα Σύγκρισης). Η δομή του δείγματος, όσον αφορά τα χαρακτηριστικά τους, όπως παρουσιάζεται αναλυτικά στο Παράρτημα ΙΙ, περιλαμβάνει το φύλο, την ηλικία, την προσωπική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το μηνιαίο εισόδημα, την λήψη επιδόματος, τον τόπο κατοικίας, την ύπαρξη παιδιών και την ύπαρξη κάποιου προβλήματος υγείας ή όχι. Αναφορικά με το φύλο των ερωτηθέντων, οι άντρες ήταν 61 (ποσοστό 28,6 %) και οι γυναίκες ήταν 152 (ποσοστό 71,4%). Χρόνια νοσήματα είχαν 105 άτομα (ποσοστό 49,3 %), ενώ τα υπόλοιπα 108 (ποσοστό 50,7 %) δήλωσαν ότι δεν πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα.

Όσον αφορά την ηλικία για όλο το δείγμα (υγιή άτομα και άτομα με χρόνια νοσήματα), 60 άτομα δήλωσαν ότι είναι κάτω των 25 ετών (ποσοστό 28,2 %), 33 άτομα δήλωσαν ότι είναι 26 – 35 ετών (ποσοστό 15,5%), 58 άτομα δήλωσαν ότι είναι 36 - 45 ετών (ποσοστό 27,2%), 45 άτομα δήλωσαν ότι είναι 46 – 55 ετών (ποσοστό 21,1 %), ενώ άνω των 55 ετών δήλωσαν ότι είναι 17 άτομα (ποσοστό 8%). Ειδικότερα, στην ομάδα των χρονίως πασχόντων ατόμων (105) κάτω των 25 δήλωσαν ότι είναι 10 άτομα (ποσοστό 9,5%), 26 έως 35 δήλωσαν ότι είναι 14 άτομα (ποσοστό 13,3 %), 36 έως 45 δήλωσαν ότι είναι 34 άτομα (ποσοστό 32,4%), 32 άτομα δήλωσαν ότι είναι 46 έως 55 ετών (ποσοστό 34,4 %), ενώ 14 άτομα με χρόνια νοσήματα δήλωσαν ότι είναι άνω των 55 ετών (ποσοστό 13,3 %). Από την ομάδα σύγκρισης (108 άτομα), οι 50 δήλωσαν ότι είναι κάτω των 25 ετών (ποσοστό 46,3 %), 19 άτομα δήλωσαν ότι η ηλικία τους κυμαίνεται από 26 έως 35 έτη (ποσοστό 17,5 %), 24 άτομα δήλωσαν ότι είναι 36 έως 45 ετών (ποσοστό 22,2 %), 13 άτομα δήλωσαν ότι είναι από 46 έως 55 ετών (ποσοστό 12 %), ενώ μόνο 1 άτομο δήλωσε ότι είναι άνω των 55 ετών από τον υγιή πληθυσμό (ποσοστό 1 %).

Όσον αφορά την προσωπική κατάσταση των ερωτώμενων, από τους 213 οι 99 ήταν παντρεμένοι (ποσοστό 46,5 %), οι 96 ήταν ελεύθεροι (45,1 %), ενώ οι χωρισμένοι μόνο 18 (ποσοστό 8,5%). Αναλυτικότερα, από τα άτομα που έπασχαν από χρόνια

νοσήματα (105) παντρεμένοι δήλωσαν ότι είναι οι 59 (ποσοστό 56,2 %), ελεύθεροι δήλωσαν ότι είναι οι 35 (ποσοστό 33,3 %), ενώ διαζευγμένα ήταν 11 άτομα (ποσοστό 10,5 %). Από τα άτομα του τυπικού (υγιούς) πληθυσμού, παντρεμένα δήλωσαν ότι είναι τα 40 (ποσοστό 38,1 %), ελεύθερα δήλωσαν ότι είναι τα 61 (ποσοστό 58,1 %), ενώ διαζευγμένα δήλωσαν ότι είναι 7 μόνο άτομα (ποσοστό 6,6 %).

Ακόμη, οι 92 από τους ερωτώμενους δήλωσαν ότι έχουν παιδιά (ποσοστό 43,2%), ενώ οι υπόλοιποι 121 δήλωσαν ότι δεν έχουν (ποσοστό 56,8 %). Συγκεκριμένα, από τα άτομα με χρόνια νοσήματα (105), παιδιά δήλωσαν ότι έχουν οι 58 (ποσοστό 55,2 %), ενώ οι υπόλοιποι 47 (ποσοστό 44,8 %) δήλωσαν ότι δεν έχουν. Από τον τυπικό (υγιή) πληθυσμό (108 άτομα), παιδιά δήλωσαν ότι έχουν οι 34 (ποσοστό 31,5 %), ενώ οι υπόλοιποι 74 (ποσοστό 68,5 %) δήλωσαν ότι δεν έχουν.

Το μορφωτικό τους επίπεδο διαμορφώθηκε ως εξής, οι 39 δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου (ποσοστό 18,3%), οι 31 δήλωσαν ότι είναι Απόφοιτοι Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (π.χ. Ι.Ε.Κ) (ποσοστό 14,6%), οι 83 δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι Α.Ε.Ι/Τ.Ε.Ι (ποσοστό 39%), ενώ οι 60 δήλωσαν ότι είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου (ποσοστό 28,2%). Πιο αναλυτικά, από την Ομάδα Α' (105 άτομα), οι 25 δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου (ποσοστό 23,8 %), οι 20 δήλωσαν ότι είναι Απόφοιτοι Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (π.χ. Ι.Ε.Κ) (ποσοστό 19 %), οι 33 δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι Α.Ε.Ι/Τ.Ε.Ι (ποσοστό 31,4 %), ενώ οι 27 ότι είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου (ποσοστό 25,7 %). Από την Ομάδα Σύγκρισης (108 άτομα), οι 14 δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου (ποσοστό 13%), οι 11 δήλωσαν ότι είναι Απόφοιτοι Μεταλυκειακής εκπαίδευσης (π.χ. Ι.Ε.Κ) (ποσοστό 10,2 %), οι 50 δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι Α.Ε.Ι/Τ.Ε.Ι (ποσοστό 46,3 %), ενώ 33 άτομα δήλωσαν ότι κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών (ποσοστό 30,6 %).

Σχετικά με το είδος απασχόλησης, οι 37 δήλωσαν ότι είναι δημόσιοι υπάλληλοι (ποσοστό 17,4%), οι 36 δήλωσαν ότι είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι (ποσοστό 16,9%), οι 14 δήλωσαν ότι είναι ελεύθεροι επαγγελματίες (ποσοστό 6,6 %), φοιτητές δήλωσαν ότι είναι 54 άτομα (ποσοστό 25,4%), συνταξιούχοι δήλωσαν ότι είναι 31 άτομα (ποσοστό 14,6%), ενώ άνεργοι δήλωσαν ότι είναι 41 άτομα (ποσοστό 19,2%). Συγκεκριμένα, από τα άτομα με χρόνια νοσήματα (105), οι 19 δήλωσαν ότι είναι δημόσιοι υπάλληλοι (ποσοστό 18,1%), οι 14 δήλωσαν ότι είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι (ποσοστό 13,3 %), οι 3 δήλωσαν ότι είναι ελεύθεροι επαγγελματίες (ποσοστό 2,9 %), φοιτητές δήλωσαν ότι είναι 14 άτομα (ποσοστό 13,3 %), συνταξιούχοι δήλωσαν ότι είναι 30 άτομα (ποσοστό 28,6 %), ενώ άνεργοι δήλωσαν ότι είναι 25 άτομα (ποσοστό 23,8 %). Από τα 108 άτομα του τυπικού (υγιούς) πληθυσμού, οι 18 δήλωσαν ότι είναι δημόσιοι υπάλληλοι (ποσοστό 16,7 %), οι 14 δήλωσαν ότι εργάζονται ως ιδιωτικοί υπάλληλοι (ποσοστό 12,3 %), οι 3 ως ελεύθεροι επαγγελματίες (ποσοστό 2,8 %), οι 40 δήλωσαν ότι είναι φοιτητές (ποσοστό 37,1 %), συνταξιούχος δήλωσε ότι είναι 1 άτομο (ποσοστό 0,9 %), ενώ 16 άτομα δήλωσαν ότι είναι άνεργα (ποσοστό 14,8 %).

Για το εισόδημα, οι 86 δήλωσαν ότι λαμβάνουν κάτω από 500 ευρώ (ποσοστό 40,4%), οι 60 δήλωσαν ότι λαμβάνουν 500-1.000 ευρώ (ποσοστό 28,2%), οι 48 δήλωσαν ότι λαμβάνουν 1.001 – 1.500 ευρώ (ποσοστό 22,5 %) και 19 άτομα δήλωσαν ότι λαμβάνουν άνω των 1.500 ευρώ (ποσοστό 8,9%). Πιο συγκεκριμένα, από τα 105 άτομα που έπασχαν από χρόνια νοσήματα, οι 36 δήλωσαν ότι λαμβάνουν κάτω από

500 ευρώ (ποσοστό 33,3 %), οι 28 δήλωσαν ότι λαμβάνουν από 500 έως 1.000 ευρώ (ποσοστό 25,9 %), οι 34 δήλωσαν ότι λαμβάνουν 1.001 – 1.500 ευρώ (ποσοστό 31,5 %), οι 7 δήλωσαν ότι λαμβάνουν άνω των 1.500 ευρώ (ποσοστό 6,5 %). Από τα 108 άτομα του υγειούς πληθυσμού, οι 50 δήλωσαν ότι λαμβάνουν 500-1.000 ευρώ (ποσοστό 46,3 %), οι 32 δήλωσαν ότι λαμβάνουν 500-1.000 ευρώ (ποσοστό 29,6 %), οι 14 δήλωσαν ότι λαμβάνουν 1.001 – 1.500 ευρώ (ποσοστό 13%), ενώ άνω των 1.500 ευρώ δήλωσαν ότι λαμβάνουν οι 12 (ποσοστό 11,1 %).

Ακόμη, από τους 213 ερωτηθέντες, οι 70 δήλωσαν ότι παίρνουν κάποιο επίδομα (ποσοστό 32,9%) και οι υπόλοιποι 143 δήλωσαν ότι δεν παίρνουν (ποσοστό 67,1%). Ειδικότερα, από την Ομάδα Α' (105 άτομα), οι 44 δήλωσαν ότι λαμβάνουν κάποιο επίδομα (ποσοστό 41,9 %), ενώ οι 61 δήλωσαν ότι δεν λάμβαναν κάποιο επίδομα (ποσοστό 48,1 %). Από την Ομάδα Σύγκρισης (108 άτομα), οι 26 δήλωσαν ότι λάμβαναν επίδομα (ποσοστό 24 %), ενώ οι υπόλοιποι 82 (ποσοστό 76 %) δήλωσαν ότι δεν λάμβαναν.

Τέλος, όσον αφορά τον τόπο κατοικίας οι 180 δήλωσαν ότι κατοικούν σε πόλη (ποσοστό 84,5%), ενώ οι υπόλοιποι 33 δήλωσαν ότι κατοικούν σε χωριό (ποσοστό 15,5%). Αναλυτικότερα, από τα 105 άτομα με χρόνια νοσήματα, στην πόλη δήλωσαν ότι ζουν οι 88 (ποσοστό 83,9 %), ενώ σε χωριό δήλωσαν ότι μένουν οι 17 (ποσοστό 16,1 %). Από τα 108 άτομα του υγειούς πληθυσμού, σε πόλη δήλωσαν ότι διαμένουν οι 92 (ποσοστό 85,2), ενώ οι υπόλοιποι 16 δήλωσαν ότι η κατοικία τους βρίσκεται σε χωριό (ποσοστό 14,8 %).

4.3 Ερευνητικά εργαλεία

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας συγκροτήθηκε ερωτηματολόγιο, στην αρχή του οποίου παρουσιάζονται γενικές πληροφορίες και παρέχονται τα στοιχεία επικοινωνίας (Παράρτημα Ι).

Ερωτηματολόγιο Ατομικών Στοιχείων:

Αρχικά χορηγήθηκε στους συμμετέχοντες ένα ερωτηματολόγιο ατομικών στοιχείων, προκειμένου να προσδιοριστούν τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλάμβανε στο σύνολο 10 ερωτήσεις που αφορούσαν πληροφορίες όπως: το φύλο, την ηλικία τους, την προσωπική τους κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, το μορφωτικό τους επίπεδο, το επάγγελμά τους, το μηνιαίο εισόδημά τους, τη λήψη επιδόματος, τον τόπο κατοικίας και την ύπαρξη κάποιου χρόνιου νοσήματος.

Στη συνέχεια, ακολουθούν τρία ερωτηματολόγια, συνολικά με 111 ερωτήσεις στον αριθμό τους, καθένα από τα οποία μελετά τις μεταβλητές/τους παράγοντες της έρευνας. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's Alpha και για τα τρία ερωτηματολόγια

συνολικά ισούται με $\alpha = 0,924$ τιμή που «μαρτυρά» υψηλή εσωτερική αξιοπιστία (Πίνακας 1).

Αποτελέσματα του δείκτη Cronbach και για τα τρία ερωτηματολόγια		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.924	.931	111

Η πολυδιάστατη κλίμακα κοινωνικής επάρκειας για ενήλικες (Multidimensional Social Competence Scale for adults):

Η κλίμακα MSCS, συγκρίνει με ακρίβεια τα επίπεδα κοινωνικής λειτουργικότητας μεταξύ διαφόρων πληθυσμών και είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για τη διάκριση κοινών και ξεκάθαρων κοινωνικών ικανοτήτων, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς που μπορεί ενδεχομένως να χαρακτηρίζονται από κοινωνικό έλλειμμα (Sassonet. al., 2011). Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο είναι 75 και μετράνε το βαθμό στον οποίο οι ερωτώμενοι παρουσιάζουν προτροπή για κοινωνική επαφή, ενδιαφέρον για φιλίες και άλλες σχέσεις, επιθυμία να γίνουν αποδεκτοί από τους άλλους και εάν απολαμβάνουν τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις. Χωρίζεται σε 7 κατηγορίες (Yager & Iarocci, 2013): Το *Κοινωνικό κίνητρο*, το οποίο σχετίζεται με την θέληση που έχει το άτομο, προκειμένου να αλληλεπιδράσει κοινωνικά (11 ερωτήσεις). Η *Κοινωνική κατανόηση*, αντιπροσωπεύει την ικανότητα ανίχνευσης των κοινωνικών δεικτών, ιδίως όσον αφορά την ορθή εκτίμηση των νοητικών καταστάσεων των άλλων και την «ανάγνωση» των κοινωνικών καταστάσεων κατά τρόπο που να καθοδηγεί την επακόλουθη εκδήλωση κατάλληλης συμπεριφοράς (10 ερωτήσεις). Η *Ενσυναίσθηση*, αντιπροσωπεύει την ικανότητα ανταπόκρισης με τον κατάλληλο τρόπο στις συναισθηματικές καταστάσεις των άλλων (11 ερωτήσεις). Η *Κοινωνική νοημοσύνη*, αναφέρεται στην ικανότητα κατανόησης των «κανόνων» των κοινωνικών καταστάσεων και στην τροποποίηση της κοινωνικής συμπεριφοράς του ατόμου ανάλογα με τις απαιτήσεις και τα χαρακτηριστικά τέτοιων καταστάσεων (11 ερωτήσεις). Οι *Δεξιότητες λεκτικής επικοινωνίας*, αναφέρονται στην ικανότητα συμμετοχής του ατόμου σε συνομιλία (10 δηλώσεις). Οι *Δεξιότητες μη λεκτικής επικοινωνίας*, αντικατοπτρίζουν την ικανότητα χρήσης της γλώσσας του σώματος για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας (π.χ. βλεμματική επαφή, εκφράσεις του προσώπου, χειρονομίες) (11 δηλώσεις). Η *Ρύθμιση συναισθημάτων*, αναφέρεται στις διαδικασίες που σχετίζονται με την παρακολούθηση, την αξιολόγηση και τον έλεγχο της έντασης των εσωτερικών συναισθηματικών εμπειριών και της συμπεριφοράς που σχετίζεται με την επίτευξη επιθυμητών συναισθηματικών καταστάσεων (11 ερωτήσεις). Το εν λόγω ψυχομετρικό εργαλείο βρισκόταν στην Αγγλική γλώσσα και χρησιμοποιήθηκε η

μέθοδος της διπλής μετάφρασης προκειμένου να μεταφερθεί στα Ελληνικά. Οι απαντήσεις των ερωτώμενων αναλύθηκαν σε πενταβάθμια κλίμακα Likert (Συμφωνώ πολύ, Συμφωνώ, Ούτε Συμφωνώ-Ούτε Διαφωνώ, Διαφωνώ, Διαφωνώ πολύ). Όσον αφορά την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, προκύπτει από τον δείκτη αξιοπιστίας Cronbach ότι $\alpha = 0,913$ τιμή που δείχνει υψηλή εσωτερική αξιοπιστία.

Αποτελέσματα του δείκτη Cronbach για την Πολυδιάστατη Κλίμακα Κοινωνικής Επάρκειας (MSCS)		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.913	.920	75

Κλίμακα μοναξιάς UCLA (UCLA loneliness scale)

Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα μοναξιάς UCLA (UCLA Alone linessscale). Η προσαρμογή της σε ελληνικό δείγμα αποτελείται από 20 ερωτήσεις (76-95) οι οποίες αναλύονται σε πενταβάθμια κλίμα Likert (Συμφωνώ πολύ, Συμφωνώ, Ούτε Συμφωνώ-Ούτε Διαφωνώ, Διαφωνώ, Διαφωνώ πολύ). Ο σχεδιασμός της αφορά στη μέτρηση των υποκειμενικών συναισθημάτων της μοναξιάς καθώς και των αισθημάτων κοινωνικής απομόνωσης (Russell, Peplau & Ferguson, 1978). Κατά τον υπολογισμό του δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's Alpha, φάνηκε ότι $\alpha = 0,689$, τιμή ικανοποιητική αφού είναι κοντά στο 0,7.

Αποτελέσματα του δείκτη Cronbach για την Κλίμακα Μοναξιάς UCLA		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.689	.682	20

Εργαλείο μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (WHOQOL-100&WHOQOL-BREF)

Για την μέτρηση της ποιότητας ζωής των ερωτώμενων στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF (αποτελεί σύντομη μορφή του WHOQOL-100) που αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Η δημιουργία της ελληνικής μορφής του ερωτηματολογίου WHOQOL-100

και της σύντομης μορφής του WHOQOL-BREF έχει διεκπεραιωθεί από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Βασικοί συντελεστές του έργου αυτού είναι δύο κλινικοί ψυχολόγοι (Μ.Τζινιέρη - Κοκκώση, Β. Αντωνοπούλου) και ένας κοινωνιολόγος (Ε. Τριανταφύλλου). Για της ανάγκες της εν λόγω μελέτης χρησιμοποιήθηκαν 16 ερωτήσεις (96-111) από το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου οι οποίες σχετίζονται με την *Ποιότητα ζωής συνολικά και την υγεία*, με το *Επίπεδο ανεξαρτησίας*, με τις *Κοινωνικές σχέσεις* και με το *Περιβάλλον* (WHOQOL-100 2003). Η εσωτερική αξιοπιστία των ερωτήσεων είναι αρκετά υψηλή όπως φάνηκε από την μέτρηση του Cronbach, αφού $\alpha = ,835$.

Αποτελέσματα του δείκτη Cronbach για το Εργαλείο μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (WHOQOL-100 & WHOQOL-BRE)		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.835	.859	16

4.4 Διαδικασία συλλογής ερευνητικών δεδομένων

Η επιλογή του δείγματος για την διεκπεραίωση της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκε με τυχαία δειγματοληψία, τόσο σε άτομα με χρόνια νοσήματα, όσο και σε άτομα του γενικού (υγιούς) πληθυσμού. Χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια μέσω ταχυδρομείου στο Σύλλογο Ατόμων με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας (ΣΑμΣΚΠ), αλλά και διαδικτυακά με τη μορφή ηλεκτρονικής φόρμας (google forms) σε συλλόγους ατόμων με χρόνια νοσήματα σε μέσα κοινωνικής δικτύωσης όπως το Facebook. Η διαδικασία συγκέντρωσης των ερωτηματολογίων διήρκησε από τον Οκτώβριο του 2019 έως τον Φεβρουάριο του 2020.

4.5 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο IBM SPSS version 26.0 (Statistical Package for Social Sciences- Στατιστικό πακέτο εφαρμογών για τις Κοινωνικές Επιστήμες).

Για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν πλήθη και ποσοστά ενώ για τις ποσοτικές η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση. Η ύπαρξη συνοχής μεταξύ των κλιμάκων, όπως αναφέρθηκε παραπάνω στο 4.4, υπολογίστηκε μέσω του δείκτη Cronbach α , ο οποίος είναι ένας από τους πιο διαδεδομένους δείκτες αξιοπιστίας. Από θεωρητικής άποψης ο δείκτης Cronbach α , μπορεί να κυμαίνεται από το μείον άπειρο έως το 1 (μόνο οι θετικές τιμές είναι σημαντικές). Κάποιες τιμές αξιοπιστίας είναι οι ακόλουθες: α) < 0.6 η κλίμακα είναι αναξιόπιστη, β) 0.6 ελάχιστο αποδεκτό όριο, γ) 0.7 επαρκές, δ) 0.8 καλύτερο, ε) 0.9 πολύ υψηλή αξιοπιστία (σπάνιο).

Για τη διερεύνηση των ερωτημάτων, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι με το δείκτη ανεξαρτησίας Chi Square μεταξύ των συνεχών μεταβλητών σε συνδυασμό με τον

έλεγχο Phi&Cramer, ο οποίος δείχνει πόσο ισχυρή είναι η συνάφεια (αν υπάρχει) ανάμεσα στις μεταβλητές. Χρησιμοποιήθηκε έλεγχος one - way ANOVA για να φανεί η επίδραση ενός παράγοντα σε μία ποσοτική μεταβλητή, καθώς και Πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης (MANOVA), προκειμένου να εξεταστεί η επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής πάνω στο γραμμικό συνδυασμό όλων των εξαρτημένων μεταβλητών ταυτόχρονα. Τα αριθμητικά δεδομένα της παρούσας έρευνας, ακολουθούν κανονική κατανομή. Τέλος, έγινε χρήση της μεθόδου της γραμμικής παλινδρόμησης προκειμένου να βρεθεί η μαθηματική σχέση που συνδέει δύο μεγέθη.

Σε κάθε περίπτωση το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο 0.05 ή 5 %. Οι τιμές στατιστικού ελέγχου οι οποίες αντιστοιχούν στο επίπεδο σημαντικότητας p ονομάζονται κρίσιμες τιμές και καθορίζουν την ύπαρξη συσχέτισης ή όχι μεταξύ των μεταβλητών. Επίπεδο σημαντικότητας p μικρότερο των κρίσιμων τιμών μεταφράζεται ως στατιστικά σημαντική σχέση ή διαφορά μεταξύ των μεταβλητών. Πιο αναλυτικά, όσο μικρότερη είναι η κρίσιμη τιμή τόσο πιο στατιστικά σημαντική συσχέτιση ή διαφορά υπάρχει.

4.6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.6.1 Επιρροή ατομικών στοιχείων των ερωτώμενων (π.χ.: φύλο, ηλικία, προσωπική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, εισόδημα, είδος απασχόλησης) αναφορικά με το κοινωνικό κίνητρο και την κοινωνική κατανόηση (διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων)

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο φύλο των ερωτώμενων και το κοινωνικό τους κίνητρο. Από τον παρακάτω πίνακα (Βλ. Πίνακας 1) γίνεται ξεκάθαρο ότι δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στο φύλο και το κοινωνικό κίνητρο των ερωτώμενων, επομένως δεν απορρίπτεται η H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,196 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, φάνηκε ότι το φύλο δεν επηρεάζει το κοινωνικό κίνητρο του δείγματος.

Πίνακας 1: Συνάφεια φύλου και κοινωνικού κινήτρου			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	31.924 ^a	26	0.196
Likelihood Ratio	37.602	26	0.066
Linear-by-Linear Association	4.662	1	0.031
N of Valid Cases	213		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square(x2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτώμενων και το κοινωνικό τους κίνητρο. Από τον παρακάτω πίνακα (Βλ. Πίνακας 2) φαίνεται ότι δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ηλικία και το κοινωνικό κίνητρο των ερωτώμενων, επομένως δεν απορρίπτεται η H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,233 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Επομένως, φάνηκε ότι η ηλικία δεν επηρεάζει το κοινωνικό κίνητρο του δείγματος.

Πίνακας 2 : Συνάφεια ηλικίας και κοινωνικού κινήτρου			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
PearsonChi-Square	141.389 ^a	130	0.233
LikelihoodRatio	122.575	130	0.666
Linear-by-Linear Association	.000	1	0.986
N of ValidCases	213		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square(x2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην προσωπική κατάσταση των ερωτώμενων και το κοινωνικό τους κίνητρο. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 3), δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην προσωπική κατάσταση και το κοινωνικό κίνητρο των ερωτώμενων, επομένως δεν απορρίπτεται H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,086 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Επομένως, η προσωπική κατάσταση του δείγματος δε φάνηκε να επηρεάζει το κοινωνικό τους κίνητρο.

Πίνακας 3 : Συνάφεια προσωπικής κατάστασης και κοινωνικού κινήτρου			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
PearsonChi-Square	66.443 ^a	52	0.086
LikelihoodRatio	57.334	52	0.284
Linear-by-Linear Association	5.262	1	0.022
N of ValidCases	213		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο του δείγματος και στο κοινωνικό τους κίνητρο. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 4), δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και στο κοινωνικό κίνητρο του δείγματος, επομένως δεν απορρίπτεται H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,090 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Επομένως, φάνηκε ότι το κοινωνικό κίνητρο του δείγματος δεν επηρεάζεται από το μορφωτικό του επίπεδο.

Πίνακας 4: Συνάφεια μορφωτικού επιπέδου και κοινωνικού κινήτρου			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
PearsonChi-Square	95.237 ^a	78	0.090
LikelihoodRatio	100.956	78	0.041
Linear-by-Linear Association	1.680	1	0.195
N of ValidCases	213		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο εισόδημα του δείγματος και στο κοινωνικό τους κίνητρο. Κοιτώντας τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 5), προκύπτει ότι δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στο εισόδημα και στο κοινωνικό κίνητρο του δείγματος, επομένως δεν απορρίπτεται H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,074 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, το κοινωνικό κίνητρο των ερωτηθέντων δεν επηρεάζεται από το εισόδημά τους.

Πίνακας 5: Συνάφεια εισοδήματος και κοινωνικού κινήτρου			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
PearsonChi-Square	96.713 ^a	78	0.074
LikelihoodRatio	96.223	78	0.079
Linear-by-Linear Association	12.652	1	0.000
N of ValidCases	213		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο είδος απασχόλησης του δείγματος και στο κοινωνικό τους κίνητρο. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 6), δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στο είδος απασχόλησης και στο κοινωνικό κίνητρο του δείγματος, επομένως δεν απορρίπτεται H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,077 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα το κοινωνικό κίνητρο του δείγματος δεν επηρεάζεται από το επάγγελμα που ασκεί.

Πίνακας 6: Συνάφεια είδους απασχόλησης και κοινωνικού κινήτρου			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
PearsonChi-Square	153.631 ^a	130	0.077
LikelihoodRatio	151.802	130	0.093
Linear-by-Linear Association	.982	1	0.322
N of ValidCases	213		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων και στην κοινωνική τους κατανόηση. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 7), δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα μορφωτικό επίπεδο και στην κοινωνική κατανόηση του δείγματος, επομένως δεν απορρίπτεται H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,073 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Επομένως, η κοινωνική κατανόηση του δείγματος δεν επηρεάζεται από το μορφωτικό επίπεδο.

Πίνακας 7: Συνάφεια μορφωτικού επιπέδου και κοινωνικής κατανόησης			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
PearsonChi-Square	93.450 ^a	75	0.073
LikelihoodRatio	89.766	75	0.117
Linear-by-Linear Association	.068	1	0.795
N of ValidCases	213		

4.6.2 Επιρροή κι επίδραση του χρόνιου νοσήματος στις παραμέτρους των κοινωνικών δεξιοτήτων, της μοναξιάς και της ποιότητας ζωής

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και στις κοινωνικές δεξιότητες του δείγματος, ειδικότερα με το κοινωνικό τους κίνητρο. Κοιτώντας τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 8), προκύπτει ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στο χρόνιο νόσημα και στο κοινωνικό κίνητρο του δείγματος, επομένως απορρίπτεται η H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,002 < 0,05$. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, η ύπαρξη του χρόνιου νοσήματος επηρεάζει το κοινωνικό κίνητρο του δείγματος.

Πίνακας 8: Συνάφεια χρόνιου νοσήματος και κοινωνικού κινήτρου			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
PearsonChi-Square	1627.078 ^a	26	0.002
LikelihoodRatio	532.606	26	1.074
Linear-by-Linear Association	7.031	1	0.860
N of ValidCases	213		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και στις κοινωνικές δεξιότητες του δείγματος, ειδικότερα με την κοινωνική τους κατανόηση. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 9), δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και στην κοινωνική κατανόηση του δείγματος, επομένως δεν απορρίπτεται H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,810 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, το χρόνιο νόσημα δεν επηρεάζει την κοινωνική κατανόηση του δείγματος.

Πίνακας 9: Συνάφεια χρόνιου νοσήματος και κοινωνικής κατανόησης			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
PearsonChi-Square	18.738 ^a	25	0.810
LikelihoodRatio	22.425	25	0.611
Linear-by-Linear Association	1.321	1	0.250
N of ValidCases	213		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και στις κοινωνικές δεξιότητες του δείγματος, ειδικότερα με την ενσυναίσθηση των ερωτώμενων. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 10), δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και στην ενσυναίσθηση των ερωτώμενων του δείγματος, επομένως δεν απορρίπτεται H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,186 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Επομένως, η ενσυναίσθηση του δείγματος δεν επηρεάζεται από το χρόνιο νόσημα.

Πίνακας 10: Συνάφεια χρόνιου νοσήματος και ενσυναίσθησης			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	35.596 ^a	29	0.186
LikelihoodRatio	44.457	29	0.033
Linear-by-Linear Association	.555	1	0.456
N of ValidCases	213		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και στις κοινωνικές δεξιότητες του δείγματος, ειδικότερα με την κοινωνική τους νοημοσύνη. Από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 11), προκύπτει πως δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και στην κοινωνική νοημοσύνη των ερωτώμενων του δείγματος, επομένως δεν απορρίπτεται H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,080 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, το χρόνιο νόσημα δεν επηρεάζει την κοινωνική νοημοσύνη του δείγματος.

Πίνακας 11: Συνάφεια χρόνιου νοσήματος και κοινωνικής νοημοσύνης			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	39.047 ^a	28	0.080
LikelihoodRatio	44.638	28	0.024
Linear-by-Linear Association	.367	1	0.545
N of ValidCases	213		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και στις κοινωνικές δεξιότητες του δείγματος, ειδικότερα με την ικανότητα λεκτικής επικοινωνίας των ερωτώμενων. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 12), δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και στην ικανότητα λεκτικής επικοινωνίας των ερωτώμενων του δείγματος, επομένως δεν απορρίπτεται H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,124 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Επομένως, η λεκτική επικοινωνία του δείγματος δεν επηρεάζεται από το χρόνιο νόσημα.

Πίνακας 12: Συνάφεια χρόνιου νοσήματος και λεκτικής επικοινωνίας			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
PearsonChi-Square	37.912 ^a	29	0.124
LikelihoodRatio	44.833	29	0.031
Linear-by-Linear Association	1.125	1	0.289
N of ValidCases	213		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και στις κοινωνικές δεξιότητες του δείγματος, ειδικότερα με την ικανότητα μη λεκτικής επικοινωνίας των ερωτώμενων. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 13), δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και στην ικανότητα μη λεκτικής επικοινωνίας των ερωτώμενων του δείγματος, επομένως δεν απορρίπτεται H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,659 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, το χρόνιο νόσημα δε φάνηκε να επηρεάζει τη μη λεκτική επικοινωνία του δείγματος.

Πίνακας 13: Συνάφεια χρόνιου νοσήματος και μη λεκτικής επικοινωνίας

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
PearsonChi-Square	26.319 ^a	30	0.659
LikelihoodRatio	33.909	30	0.284
Linear-by-Linear Association	1.728	1	0.189
N of ValidCases	213		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και στις κοινωνικές δεξιότητες του δείγματος, ειδικότερα με την ικανότητα ρύθμισης

συναισθημάτων των ερωτώμενων. Από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 14), προκύπτει ότι δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και στην ικανότητα ρύθμισης συναισθημάτων των ερωτώμενων του δείγματος, επομένως δεν απορρίπτεται H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,167 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, η συναισθηματική λειτουργία του δείγματος δεν επηρεάζεται από το χρόνιο νόσημα.

Πίνακας 14: Συνάφεια χρόνιου νοσήματος και ικανότητας ρύθμισης συναισθημάτων			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	36.218 ^a	29	0.167
Likelihood Ratio	45.057	29	0.029
Linear-by-Linear Association	1.890	1	0.169
N of Valid Cases	213		

Στη συνέχεια, ερευνήθηκε η επίδραση του χρόνιου νοσήματος στις διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων του δείγματος με έλεγχο one – way ANOVA . Από τον παρακάτω πίνακα (Βλ. Πίνακας 15) φάνηκε ότι η μόνη διάσταση των κοινωνικών δεξιοτήτων η οποία επηρεάζεται από το χρόνιο νόσημα είναι το κοινωνικό κίνητρο, καθώς προκύπτει πως $p = 0,000 < 0,05$, αποτέλεσμα στατιστικά σημαντικό. Επιπλέον, βλέποντας και τον μέσο όρο φαίνεται ότι το κοινωνικό κίνητρο των ατόμων που δεν πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα (Μ.Ο.: 35,48), είναι υψηλότερο από ότι των ατόμων που πάσχουν (Μ.Ο.:31,60).

Πίνακας 15: Επίδραση του χρόνιου νοσήματος στις Κοινωνικές Δεξιότητες

Ομάδες Σύγκρισης	Κοινωνικές Δεξιότητες	M.O	T.A	F	Sig.
Χρόνια Νοσήματα Χωρίς Χρόνια Νοσήματα	Κοινωνικό Κίνητρο	31.60 35.48	5.300	2.272	0.000
	Κοινωνική Κατανόηση	25.74 26.47	4.513	1.323	0.251
	Ενσυναίσθηση	24.92 25.52	5.062	.554	0.458
	Κοινωνική Νοημοσύνη	21.27 20.74	6.116	.366	0.546
	Λεκτική Επικοινωνία	30.76 31.67	6.604	1.126	0.290
	Μη Λεκτική Επικοινωνία	27.58 28.59	5.677	1.734	0.189
	Ρύθμιση Συναισθημάτων	29.86 31.03	5.754	1.898	0.170

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και στα επίπεδα μοναξιάς που βιώνουν οι ερωτώμενοι. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 16), υπάρχει σχέση ανάμεσα στο χρόνιο νόσημα και στα επίπεδα μοναξιάς που βιώνουν οι ερωτώμενοι, επομένως απορρίπτεται η H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,001 < 0,05$. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα το χρόνιο νόσημα επηρεάζει τα επίπεδα μοναξιάς του δείγματος.

Πίνακας 16: Συνάφεια χρόνιου νοσήματος και μοναξιάς			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1533.312 ^a	35	0.001
Likelihood Ratio	642.195	35	1.000
Linear-by-Linear Association	7.529	1	0.019
N of Valid Cases	213		

Έπειτα, πραγματοποιήθηκε έλεγχος one – way ANOVA, προκειμένου να φανεί η επίδραση του χρόνιου νοσήματος στην παράμετρο της μοναξιάς. Από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 17), γίνεται ξεκάθαρο ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές, καθώς $p = 0,018 < 0,05$ που σημαίνει ότι το χρόνιο νόσημα επιδρά στην παράμετρο της μοναξιάς. Τέλος, κοιτώντας τον μέσο όρο των δειγμάτων, φαίνεται ότι μεγαλύτερα επίπεδα μοναξιάς βιώνουν τα άτομα που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα (Μ.Ο.: 59,02), έναντι του τυπικού (υγιούς) πληθυσμού (Μ.Ο.: 56,40).

Πίνακας 17: Επίδραση του χρόνιου νοσήματος στην παράμετρο της μοναξιάς				
Ομάδες Σύγκρισης	Μ.Ο	T.A.	F	Sig.
Χρόνια Νοσήματα	59.02	7.332	5.651	.018
Χωρίς Χρόνια Νοσήματα	56.40	8.713		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και στην ποιότητα ζωής των ερωτηθέντων. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 18), υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και στην ποιότητα ζωής των ερωτηθέντων, επομένως απορρίπτεται H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,000 < 0,05$. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Επομένως, η ποιότητα ζωής του δείγματος φάνηκε ότι επηρεάζεται από την ύπαρξη του χρόνιου νοσήματος.

Πίνακας 18: Συνάφεια χρόνιου νοσήματος και ποιότητας ζωής			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1743.286 ^a	1339	0.000
Likelihood Ratio	752.463	1339	1.000
Linear-by-Linear Association	8.490	1	0.004
N of Valid Cases	212		

Ακολούθως, πραγματοποιήθηκε έλεγχος one – way ANOVA, προκειμένου να φανεί η επίδραση του χρόνιου νοσήματος στην ποιότητα ζωής των δύο ομάδων του δείγματος. Από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 19), γίνεται ξεκάθαρο ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές, καθώς $p = 0,003 < 0,05$. Επομένως, το χρόνιο νόσημα επιδρά στην ποιότητα ζωής. Εξετάζοντας του μέσους όρους των δύο ομάδων, φαίνεται ότι καλύτερη ποιότητα ζωής έχει ο τυπικός (υγιής) πληθυσμός (Μ.Ο.: 39,22), έναντι του πληθυσμού που πάσχει από κάποια χρόνια νόσο (Μ.Ο.: 34.52).

Ομάδες Σύγκρισης	Μ.Ο	Τ.Α.	F	Sig.
Χρόνια Νοσήματα	34.52	9.019	8.804	0.003
Χωρίς Χρόνια Νοσήματα	39.23	9.190		

4.6.3 Επιρροή των ατομικών στοιχείων (φύλο, ηλικία, προσωπική κατάσταση, είδος απασχόλησης, εισόδημα, μορφωτικό επίπεδο) στην ποιότητα ζωής

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο φύλο του δείγματος και στην ποιότητα της ζωής τους. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 20), δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στο φύλο του δείγματος και στην ποιότητα της ζωής τους, επομένως δεν απορρίπτεται η H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,078 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Φάνηκε επομένως ότι η ποιότητα ζωής του δείγματος δεν επηρεάζεται από το φύλο.

Πίνακας 20: Συνάφεια φύλου και ποιότητας ζωής			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
PearsonChi-Square	52.119 ^a	39	0.078
LikelihoodRatio	57.826	39	0.027
Linear-by-Linear Association	2.279	1	0.131
N of ValidCases	212		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ηλικία του δείγματος και στην ποιότητα της ζωής τους. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 21), δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ηλικία του δείγματος και στην ποιότητα της ζωής τους, επομένως δεν απορρίπτεται η H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,366 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, η ποιότητα ζωής του δείγματος δεν επηρεάζεται από την ηλικία του.

Πίνακας 21: Συνάφεια ηλικίας και ποιότητα ζωής			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
PearsonChi-Square	201.164 ^a	195	0.366
LikelihoodRatio	179.857	195	0.774
Linear-by-Linear Association	1.358	1	0.244
N of ValidCases	212		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην προσωπική κατάσταση των ερωτώμενων και στην ποιότητα της ζωής τους. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 22), δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην προσωπική κατάσταση των ερωτώμενων και στην ποιότητα της ζωής τους, επομένως δεν απορρίπτεται η H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,421 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Επομένως, η προσωπική κατάσταση των ερωτηθέντων δεν ασκεί επιρροή στην ποιότητα της ζωής τους.

Πίνακας 22: Συνάφεια προσωπικής κατάστασης και ποιότητας ζωής			
	Value	df	AsymptoticSignificance (2-sided)
PearsonChi-Square	79.840 ^a	78	0.421
LikelihoodRatio	80.272	78	0.408
Linear-by-Linear Association	.383	1	0.536
N of ValidCases	212		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο είδος απασχόλησης των ερωτώμενων και στην ποιότητα της ζωής τους. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 23), δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στο είδος απασχόλησης των ερωτώμενων και στην ποιότητα της ζωής τους, επομένως δεν απορρίπτεται η H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,799 > 0,05$. Τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά. Άρα, το είδος απασχόλησης του δείγματος δεν ασκεί επιρροή στην ποιότητα της ζωής του.

Πίνακας 23: Συνάφεια είδους απασχόλησης και ποιότητας ζωής			
	Value	df	AsymptoticSignificance (2-sided)
PearsonChi-Square	178.258 ^a	195	0.799
LikelihoodRatio	196.389	195	0.459
Linear-by-Linear Association	2.844	1	0.092
N of ValidCases	212		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο εισόδημα των ερωτώμενων και στην ποιότητα της ζωής τους. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 24), δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στο εισόδημα των ερωτώμενων και στην ποιότητα της ζωής τους, επομένως δεν απορρίπτεται η H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,193 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Επομένως, το εισόδημα δεν επηρεάζει την ποιότητα ζωής του δείγματος.

Πίνακας 24: Συνάφεια εισοδήματος και ποιότητας ζωής			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	130.065 ^a	117	0.193
Likelihood Ratio	133.022	117	0.148
Linear-by-Linear Association	.341	1	0.559
N of Valid Cases	212		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην προσωπική κατάσταση των ερωτώμενων και στο αίσθημα μοναξιάς. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 25), δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην προσωπική κατάσταση των ερωτώμενων και στο αίσθημα μοναξιάς, επομένως δεν απορρίπτεται η H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,320 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων δεν επηρεάζει την ποιότητα της ζωής τους.

Πίνακας 25: Συνάφεια μορφωτικού επιπέδου και ποιότητας ζωής			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	123.612 ^a	117	0.320
Likelihood Ratio	136.172	117	0.109
Linear-by-Linear Association	7.830	1	0.005
N of Valid Cases	212		

4.6.4 Επιρροή των παραμέτρων της μοναξιάς και των κοινωνικών δεξιοτήτων στην ποιότητα ζωής

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην μοναξιά και στην ποιότητα ζωής του δείγματος. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 26), υπάρχει συνάφεια ανάμεσα στην μοναξιά και στην ποιότητα ζωής των ερωτώμενων του δείγματος, επομένως η H_0 απορρίπτεται, καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,000 < 0,05$. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Φάνηκε επομένως, ότι η παράμετρος της μοναξιάς επηρεάζει την ποιότητα ζωής του δείγματος.

Πίνακας 26: Συνάφεια ποιότητας ζωής και μοναξιάς			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
PearsonChi-Square	1823.267 ^a	1365	0.000
LikelihoodRatio	624.789	1365	1.000
Linear-by-Linear Association	8.487	1	0.004
N of ValidCases	212		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο κοινωνικό κίνητρο του δείγματος και στην ποιότητα ζωής τους. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 27), υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο κοινωνικό κίνητρο του δείγματος και στην ποιότητα ζωής τους, επομένως η H_0 απορρίπτεται, καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,000 < 0,05$. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Φάνηκε άρα, ότι το κοινωνικό κίνητρο του δείγματος επηρεάζει την ποιότητα της ζωής τους.

Πίνακας 27: Συνάφεια κοινωνικού κινήτρου και ποιότητας ζωής			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
PearsonChi-Square	1380.033 ^a	1014	0.000
LikelihoodRatio	586.062	1014	1.000
Linear-by-Linear Association	3.274	1	.070
N of ValidCases	212		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση των ερωτώμενων και στην ποιότητα ζωής τους. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 28), υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ενσυναίσθηση των ερωτώμενων και στην ποιότητα ζωής τους, επομένως η H_0 απορρίπτεται, καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,000 < 0,05$. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Η ενσυναίσθηση επομένως, επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ερωτώμενων.

Πίνακας 28: Συνάφεια ενσυναίσθησης και ποιότητας ζωής			
	Value	df	AsymptoticSignificance (2-sided)
PearsonChi-Square	1638.300 ^a	1131	0.000
LikelihoodRatio	611.355	1131	1.000
Linear-by-Linear Association	16.789	1	0.000
N of ValidCases	212		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην κοινωνική νοημοσύνη των ερωτώμενων και στην ποιότητα ζωής τους. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 29), υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην κοινωνική νοημοσύνη των ερωτώμενων και στην ποιότητα ζωής τους, επομένως η H_0 απορρίπτεται, καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,000 < 0,05$. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Η κοινωνική νοημοσύνη επομένως, επηρεάζει την ποιότητα ζωής.

Πίνακας 29: Συνάφεια κοινωνικής νοημοσύνης και ποιότητας ζωής			
	Value	df	AsymptoticSignificance (2-sided)
PearsonChi-Square	1544.034 ^a	1092	0.000
LikelihoodRatio	625.760	1092	1.000
Linear-by-Linear Association	56.890	1	0.000
N of ValidCases	212		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην συναισθηματική λειτουργία των ερωτώμενων και στην ποιότητα ζωής τους. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 30), υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην συναισθηματική λειτουργία των ερωτώμενων και στην ποιότητα ζωής τους, επομένως η H_0 απορρίπτεται, καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,000 < 0,05$. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, η ρύθμιση συναισθημάτων επηρεάζει την ποιότητα ζωής του δείγματος.

Πίνακας 30: Συνάφεια ρύθμισης συναισθημάτων και ποιότητας ζωής			
	Value	df	AsymptoticSignificance (2-sided)
PearsonChi-Square	1471.569 ^a	1092	0.000
LikelihoodRatio	584.195	1092	1.000
Linear-by-Linear Association	.216	1	0.642
N of ValidCases	212		

4.6.5 Επιρροή των δημογραφικών στοιχείων (φύλο, ηλικία, προσωπική κατάσταση, είδος απασχόλησης, εισόδημα, παιδιά, μορφωτικό επίπεδο) την παράμετρο της μοναξιάς

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο φύλο των ερωτώμενων και στο αίσθημα μοναξιάς. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 31), δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στο φύλο των ερωτώμενων και στο αίσθημα μοναξιάς, επομένως δεν απορρίπτεται η H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,644 > 0,05$. Άρα, φαίνεται ότι η παράμετρος της μοναξιάς δεν επηρεάζεται από το φύλο.

Πίνακας 31: Συνάφεια φύλου και μοναξιάς

	Value	df	AsymptoticSignificance (2-sided)
PearsonChi-Square	31,381 ^a	35	0,644
LikelihoodRatio	34,775	35	0,479
Linear-by-Linear Association	1,937	1	0,164
N of ValidCases	213		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτώμενων και στο αίσθημα μοναξιάς. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 32), δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτώμενων και στο αίσθημα μοναξιάς, επομένως δεν απορρίπτεται η H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,000 < 0,05$. Επομένως, η ηλικία φάνηκε να επηρεάζει την παράμετρο της μοναξιάς.

Πίνακας 32: Συνάφεια ηλικίας και μοναξιάς			
	Value	df	AsymptoticSignificance (2-sided)
PearsonChi-Square	1483,276 ^a	175	0,000
LikelihoodRatio	459,609	175	1.000
Linear-by-Linear Association	,745	1	0,388
N of ValidCases	213		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην προσωπική κατάσταση των ερωτώμενων και στο αίσθημα μοναξιάς. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 33), δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην προσωπική κατάσταση των ερωτώμενων και στο αίσθημα μοναξιάς, επομένως δεν απορρίπτεται η H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,000 < 0,05$. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Επομένως, έγινε ξεκάθαρο ότι η παράμετρος της μοναξιάς, επηρεάζεται από την ύπαρξη συντρόφου.

Πίνακας 33: Συνάφεια προσωπικής κατάστασης και μοναξιάς			
	Value	df	AsymptoticSignificance (2-sided)
PearsonChi-Square	1571.400 ^a	70	0.000
LikelihoodRatio	569.401	70	1.000
Linear-by-Linear Association	2.613	1	0.106
N of ValidCases	213		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (x2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη παιδιών και στο αίσθημα μοναξιάς. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 34), δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη παιδιών και στο αίσθημα μοναξιάς, επομένως δεν απορρίπτεται η H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,284 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, η ύπαρξη παιδιών φάνηκε ότι δεν επηρεάζει τα επίπεδα μοναξιάς του δείγματος.

Πίνακας 34: Συνάφεια ύπαρξης παιδιών και μοναξιάς			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	39,292 ^a	35	0,284
Likelihood Ratio	49,592	35	0,052
Linear-by-Linear Association	1,500	1	0,221
N of Valid Cases	213		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (x2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο είδος απασχόλησης και στο αίσθημα μοναξιάς. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 35), δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην είδος απασχόλησης και στο αίσθημα μοναξιάς, επομένως δεν απορρίπτεται η H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,287 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, το είδος απασχόλησης του δείγματος, δε φάνηκε να επηρεάζει τα επίπεδα μοναξιάς του.

Πίνακας 35: Συνάφεια είδους απασχόλησης και μοναξιάς			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	185,028 ^a	175	0,287
Likelihood Ratio	170,735	175	0,577
Linear-by-Linear Association	,918	1	0,338
N of Valid Cases	213		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (x2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και στο αίσθημα μοναξιάς. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 36), δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και στο αίσθημα μοναξιάς, επομένως δεν απορρίπτεται η H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,119 > 0,05$. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος, δε φάνηκε να επηρεάζει τα επίπεδα μοναξιάς του.

Πίνακας 36: Συνάφεια μορφωτικού επιπέδου και μοναξιάς			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	137,256 ^a	105	0,119
Likelihood Ratio	133,422	105	0,032
Linear-by-Linear Association	3,129	1	0,077
N of Valid Cases	213		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (x2), προκειμένου να βρεθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο εισόδημα και στο αίσθημα μοναξιάς. Όπως προκύπτει από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 37), υπάρχει σχέση ανάμεσα στο εισόδημα και στο αίσθημα μοναξιάς, επομένως απορρίπτεται η H_0 , καθώς προκύπτει ότι το $p = 0,000 < 0,05$. Το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Άρα, εισόδημα του δείγματος, φάνηκε να επηρεάζει τα επίπεδα μοναξιάς του.

Πίνακας 37: Συνάφεια εισοδήματος και μοναξιάς			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1513,762 ^a	105	0,000
Likelihood Ratio	617,142	105	1,000
Linear-by-Linear Association	2,943	1	0,086
N of Valid Cases	213		

4.6.6 Επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην παράμετρο της μοναξιάς

Ερευνήθηκε η επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα αισθήματα μοναξιάς που βιώνει το δείγμα. Από τον παρακάτω πίνακα (Βλ Πίνακας 38) προέκυψε ότι η τιμή $p = 0,000 < 0,05$, επομένως απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0), που σημαίνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις μεταβλητές. Φάνηκε δηλαδή, ότι οι κοινωνικές δεξιότητες επιδρούν στην παράμετρο της μοναξιάς.

Πίνακας 38: Επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην παράμετρο της μοναξιάς						
Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Μοναξιά	Pillai's Trace	1.809	1.762	245.000	1239.000	.000
	Wilks' Lambda	.085	2.094	245.000	1188.634	.000
	Hotelling's Trace	3.830	2.646	245.000	1185.000	.000
	Roy's Largest Root	2.441	12.343 ^c	35.000	177.000	.000

Αναλυτικότερα, όσον αφορά την σχέση της μοναξιάς με κάθε μία από τις διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων (κοινωνικό κίνητρο, κοινωνική κατανόηση, ενσυναίσθηση, κοινωνική νοημοσύνη, λεκτική επικοινωνία, μη λεκτική επικοινωνία και συναισθηματική ρύθμιση), φαίνεται ξεκάθαρα από τον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 39) πως η τιμή p για όλες τις μεταβλητές ισούται με 0,00 που σημαίνει ότι το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Επομένως, όλες οι διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων, επηρεάζουν την παράμετρο της μοναξιάς. Κοιτώντας τους μέσους όρους, γίνεται ξεκάθαρο ότι μεγαλύτερα επίπεδα μοναξιάς νιώθουν τα άτομα με υψηλότερο Κοινωνικό Κίνητρο (Μ.Ο.:31,54), Ενσυναίσθηση (Μ.Ο.:31,22) και Συναισθηματική Ρύθμιση (Μ.Ο.:30,45).

Πίνακας 38: Επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην παράμετρο της μοναξιάς					
Μοναξιά	Κοινωνικές Δεξιότητες	Μ.Ο.	T.A.	F	Sig.
	Κοινωνικό Κίνητρο	31.54	5.199	3.944	.000
	Κοινωνική Κατανόηση	26.11	4.630	5.066	.000
	Ενσυναίσθηση	31.22	5.825	3.584	.000
	Κοινωνική Νοημοσύνη	21.00	6.335	2.451	.000
	Λεκτική Επικοινωνία	25.23	6.224	3.015	.000
	Μη Λεκτική Επικοινωνία	28.09	5.615	4.241	.000
	Συναισθηματική Ρύθμιση	30.45	6.213	3.961	.000

4.6.7 Επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην ποιότητα ζωής

Ερευνήθηκε η επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων του δείγματος στην ποιότητα της ζωής του. Από τον παρακάτω πίνακα (Βλ. Πίνακας 40) προέκυψε ότι η τιμή $p = 0,00 < 0,05$, επομένως απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση (H_0), που σημαίνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις μεταβλητές. Η ποιότητα ζωής δηλαδή, επηρεάζεται από τις κοινωνικές δεξιότητες.

Πίνακας 40: Επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην ποιότητα ζωής						
Effect		Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig.
Ποιότητα Ζωής	Pillai's Trace	1.844	1.578	273.000	1204.000	.000
	Wilks' Lambda	.101	1.671	273.000	1158.383	.000
	Hotelling's Trace	2.954	1.778	273.000	1150.000	.000
	Roy's Largest Root	1.165	5.136 ^c	39.000	172.000	.000

Ειδικότερα, όσον αφορά ποιες από τις διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων του δείγματος, επιδρούν στην ποιότητα της ζωής του, φαίνεται πως η τιμή p διαφοροποιείται στον ακόλουθο πίνακα (Βλ. Πίνακας 41) για κάθε μία από αυτές. Συγκεκριμένα, για το κοινωνικό κίνητρο προέκυψε ότι $p = 0,002 < 0,05$. Για την Κοινωνική Κατανόηση, για την Ενσυναίσθηση, για την Κοινωνική Νοημοσύνη, για τη Λεκτική Επικοινωνία προέκυψε ότι το $p = 0,0023 < 0,05$, για τη Μη Λεκτική Επικοινωνία προέκυψε ότι το $p = 0,000 < 0,05$, ενώ για τη Συναισθηματική Ρύθμιση προέκυψε ότι το $p = 0,001 < 0,05$. Επομένως προκύπτει ότι η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από όλες τις διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων. Τέλος, κοιτώντας τους μέσους όρους φαίνεται ότι τα άτομα με αυξημένη Κοινωνική Κατανόηση (Μ.Ο.:31,54), Λεκτική Επικοινωνία (Μ.Ο.:31,23) και Κοινωνική Νοημοσύνη (Μ.Ο.:30,40), έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Ποιότητα Ζωής	Κοινωνικές Δεξιότητες	Μ.Ο.	Τ.Α.	F	Sig.
	Κοινωνικό Κίνητρο	26.13	5.211	3.128	0.002
	Κοινωνική Κατανόηση	31.54	4.636	1.943	0.000
	Ενσυναίσθηση	25.23	5.838	2.436	0.000
	Κοινωνική Νοημοσύνη	30.40	6.344	2.081	0.000
	Λεκτική Επικοινωνία	31.23	6.237	1.593	0.023
	Μη Λεκτική Επικοινωνία	28.07	5.614	2.272	0.000
	Συναισθηματική Ρύθμιση	21.02	6.177	4.221	0.001

4.6.8 Γραμμική παλινδρόμηση για την πρόβλεψη της ποιότητας ζωής από τις παραμέτρους της μοναξιάς και των κοινωνικών δεξιοτήτων

Αναζητήθηκε εάν οι παράμετροι των κοινωνικών δεξιοτήτων και της μοναξιάς, μπορούν να προβλέψουν την ποιότητα ζωής του δείγματος. Το ποσοστό εξήγησης των διακυμάνσεων του συγκεκριμένου μοντέλου (R square), όπως φαίνεται από τον ακόλουθο πίνακα (Πίνακας 42), ισούται με 32,4%.

Πίνακας 42: Πρόβλεψη της ποιότητας ζωής από τις παραμέτρους των κοινωνικών δεξιοτήτων και της μοναξιάς				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0,569 ^a	0,324	0,297	7,775

Από την ανάλυση της γραμμικής παλινδρόμησης φάνηκε ότι οι μεταβλητές που είναι σημαντικές για την πρόβλεψη της ποιότητας ζωής, είναι το κοινωνικό κίνητρο ($p = 0,000 < 0,005$), η κοινωνική νοημοσύνη ($p = 0,000 < 0,05$) και η μοναξιά ($p = 0,000 < 0,05$). Αναλυτικότερα, για τις διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων και συγκεκριμένα για το κοινωνικό κίνητρο ο συντελεστής $B = 0,193$. Επομένως, προκύπτει ότι το κοινωνικό κίνητρο είναι ανάλογο της ποιότητας ζωής, καθώς για μία μοναδιαία αύξησή του, η ποιότητα ζωής θα μεταβληθεί κατά 0,193%. Για την κοινωνική νοημοσύνη, ο συντελεστής $B = 0,653$ % που σημαίνει ότι για μία μοναδιαία αύξησή της, η ποιότητα ζωής θα μεταβληθεί κατά 0,653%. Για την Λεκτική επικοινωνία, ο συντελεστής $B = 0,222$ % που σημαίνει ότι για μία μοναδιαία αύξησή της, η ποιότητα ζωής θα μεταβληθεί κατά 0,222%. Τέλος, για την παράμετρο της μοναξιάς, ο συντελεστής $B = -0,141$ %. Δηλαδή για μία μοναδιαία αύξησή της, η ποιότητα ζωής θα μεταβληθεί προς την αντίθετη κατεύθυνση κατά 0,141%.

Πίνακας 43: Πρόβλεψη της ποιότητας ζωής από τις παραμέτρους των κοινωνικών δεξιοτήτων και της μοναξιάς					
	B	T.A.	Beta	t	Sig.
Κοινωνικό Κίνητρο	0,193	0,130	0,108	4,479	0,000
Κοινωνική Κατανόηση	0,306	0,166	0,153	1,848	0,066
Ενσυναίσθηση	0,011	0,125	0,007	0,089	0,929
Κοινωνική Νοημοσύνη	0,653	0,110	0,447	5,953	0,000
Λεκτική Επικοινωνία	0,222	0,109	0,149	2,036	0,043
Μη Λεκτική Επικοινωνία	0,132	0,134	0,080	0,987	0,325
Ρύθμιση Συναισθημάτων	0,208	0,120	0,139	1,738	0,084
Μοναξιά	-0,141	0,092	-0,124	-5,534	0,000

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα ερευνητική προσπάθεια επιχείρησε να διερευνήσει την επίδραση των παραμέτρων της μοναξιάς και των κοινωνικών δεξιοτήτων στην ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, έχοντας ως ομάδα σύγκρισης τυπικό (υγιή) πληθυσμό. Για την επίτευξη των στόχων που προέκυψαν μέσα από την παρούσα μελέτη, διερευνήθηκε εάν η ύπαρξη του χρόνιου νοσήματος σχετίζεται με την ποιότητα ζωής του δείγματος, τα αισθήματα μοναξιάς και τις κοινωνικές τους δεξιότητες. Διερευνήθηκε ακόμη, η ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των τριών προαναφερόμενων μεταβλητών της έρευνας: της ποιότητας ζωής, της μοναξιάς και των κοινωνικών δεξιοτήτων. Τέλος, εξετάστηκε κατά πόσο οι παραπάνω μεταβλητές διαφοροποιούνται ως προς διάφορα περιγραφικά στοιχεία του δείγματος, για όλο το δείγμα συνολικά, αλλά και για τη κάθε ομάδα ξεχωριστά. Αναφορικά με τα διάφορα περιγραφικά στοιχεία όπως: (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο κ.λπ.) συμπεριλήφθηκαν και ατομικά στοιχεία τα οποία σχετίζονται με τους ίδιους τους πάσχοντες (προσωπική κατάσταση, είδος απασχόλησης κ.λπ.).

Από την στατιστική ανάλυση προέκυψαν στατιστικά σημαντικά και μη αποτελέσματα, τα οποία αναλύονται παρακάτω και ταυτόχρονα γίνεται αναφορά σε αιτίες που πιθανόν θα συνέβαλαν στην δημιουργία τους.

Ένας από τους βασικούς στόχους της έρευνας, ο οποίος αποτελεί και το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, αφορούσε τη σχέση ατομικών στοιχείων των ερωτώμενων (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, εισόδημα, είδος απασχόλησης) με τις κοινωνικές τους δεξιότητες. Από τις συσχετίσεις ατομικών στοιχείων όπως το φύλο, η ηλικία, η προσωπική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα, και το είδος απασχόλησης, με τις διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων του δείγματος, δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, αφού φάνηκε ότι κανένα από τα παραπάνω δημογραφικά στοιχεία δεν επηρεάζει το κοινωνικό κίνητρο και την κοινωνική κατανόηση των ερωτώμενων. Το παραπάνω αποτέλεσμα, αποτελεί εύρημα της παρούσας έρευνας, ενώ έρχεται σε άμεση αντιδιαστολή με άλλες διεθνείς έρευνες από τις οποίες προκύπτει ότι τα δημογραφικά στοιχεία ασκούν επιρροή στις κοινωνικές δεξιότητες και κατ' επέκταση στην κοινωνική υποστήριξη που επιδέχονται οι χρόνια πάσχοντες από τα κοινωνικά τους δίκτυα (Penninx, 1999; Vassilev et. al., 2011; Kroenke et. al., 2013).

Στη συνέχεια, όσον αφορά το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, για το αν επηρεάζει κι επιδρά δηλαδή το χρόνιο νόσημα στις παραμέτρους των κοινωνικών δεξιοτήτων, της μοναξιάς και της ποιότητας ζωής, βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ χρόνιου νοσήματος και ποιότητας ζωής, αποτέλεσμα εύλογο, καθώς οι χρόνια πάσχοντες από τη στιγμή που λαμβάνουν τη διάγνωση και έπειτα, βιώνουν μία σειρά από αρνητικά συναισθήματα τα οποία οφείλονται σε αλλαγές στην καθημερινότητά τους και στην σωματική τους λειτουργικότητα, αλλά και στο ότι αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους εντελώς διαφορετικά από τους υπόλοιπους υγιείς ανθρώπους. Με το εν λόγω εύρημα συμφωνούν οι έρευνες των Soni et. al., (2010), της Θεοφίλου (2011), των Caruso et. al. (2014), των Jannoo et. al. (2017) και των Møller et. al. (2020).

Βρέθηκε ακόμη, ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο χρόνιο νόσημα και στα αισθήματα μοναξιάς που βιώνει το δείγμα, μιας και μερικά από τα κυριότερα χαρακτηριστικά των χρόνιων παθήσεων όπως ο πόνος, και η αδυναμία εκτέλεσης συνηθισμένων δραστηριοτήτων της καθημερινής διαβίωσης, έχουν ως βασική συνέπεια την παρεμπόδιση του ατόμου από την εκπλήρωση ρόλων σε τομείς βασικούς όπως η οικογένεια, η εργασία και η κοινωνική ζωή με αποτέλεσμα την αυξανόμενη τάση τους να απομονώνονται. Με το συγκεκριμένο πόρισμα συμφωνούν οι ξενόγλωσσες έρευνες των Alpass et. al. (2003), των Rokack et. al. (2006), των Theeke et. al. (2012), των Warner et. al. (2019), καθώς και των Soleimani et. al. (2020).

Επίσης, φάνηκε ότι υπάρχει συνάφεια ανάμεσα στις κοινωνικές δεξιότητες και στην ύπαρξη χρόνιου νοσήματος. Ειδικότερα, προέκυψε ότι το χρόνιο νόσημα ασκεί επιρροή κι επίδραση μόνο στο κοινωνικό κίνητρο από τις διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων του δείγματος. Το προαναφερθέν εύρημα, οφείλεται στο γεγονός ότι οι χρόνια πάσχοντες, εξαιτίας της ασθένειάς τους, συχνά αντιλαμβάνονται διαφορετικά τον εαυτό τους από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο με αποτέλεσμα να μη θέλουν να αλληλοεπιδράσουν κοινωνικά και σε πολλές περιπτώσεις να απομονώνονται. Εξαιτίας της νόσου δηλαδή, η όρεξη τους για κοινωνική συνδιαλλαγή κι επικοινωνία που είναι υπεύθυνες για την προβολή των σκέψεων και των συναισθημάτων τους, υποβαθμίζεται (Bendarski, 2016, όπ. αναφ. στο Σούλη, 2020 σελ.207). Απόρροια του προαναφερθέντος είναι η απουσία κοινωνικών αναστολών, η μειωμένη οικειότητα, το κοινωνικό άγχος, η κοινωνική απόσυρση, η συναισθηματική ευματεβλητότητα η οποία εντείνεται και από την «εύθραυστη» κατάσταση της υγείας, οι έντονες εκρήξεις θυμού κ.ά., αποτελώντας ενδεικτικά αποτελέσματα της έλλειψης του κοινωνικού κινήτρου (Theunissen, 2016; Sarimaski, 2008b, όπ. αναφ. στο Σούλη, 2020 σελ.208). Με αυτό το εύρημα συμφωνεί η έρευνα των Friedmann et. al. (2006) και της Caplan (2017) και των Theeke et. al. (2019). Αντίθετα οι υπόλοιπες πτυχές των κοινωνικών δεξιοτήτων όπως η κοινωνική κατανόηση, η λεκτική επικοινωνία, η ρύθμιση των συναισθημάτων τους κλπ., μένουν ανεπηρέαστες, πόρισμα το οποίο έρχεται αντίθετο με τις έρευνες της Caplan (2017) και των Theeke et. al. (2019), ενώ συμφωνεί με τις μελέτες των Ormel et. al. (1997), της Gallant (2003), των Vassilev et. al. (2011), των Kroenke et. al. (2013) και των Mcdougall et. al. (2016).

Σύμφωνα με το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, δηλαδή αν επηρεάζουν τα περιγραφικά - ατομικά δεδομένα (φύλο, ηλικία, προσωπική κατάσταση, είδος απασχόλησης, εισόδημα, μορφωτικό επίπεδο) την ποιότητα ζωής του δείγματος, βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής, μένει ανεπηρέαστη από στοιχεία όπως το φύλο, η προσωπική κατάσταση, το είδος απασχόλησης, το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο, αφού από τα αποτελέσματα δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις προαναφερόμενες μεταβλητές. Από την πλευρά της βιβλιογραφίας, το παραπάνω εύρημα έρχεται σε άμεση αντίθεση με τα πορίσματα άλλων ελληνικών και ξένων μελετών όπως των Kimmel et. al. (1995), των Fortin et., al. (2004), των Taylor et. al. (2008), της Θεοφίλου (2011), των Κωνσταντοπούλου και συν. (2018) και των Φαλακίδου και συν. (2018). Σύμφωνα με αυτές, θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ατόμων φάνηκε ότι έχει η ηλικία, η συναναστροφή με φίλους και πρόσωπα της

οικογένειας, η ύπαρξη συντρόφου, αλλά και το είδος απασχόλησης και το εισόδημα που λαμβάνουν από αυτή.

Αναφορικά με το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα, για το εάν οι παράμετροι της μοναξιάς και των κοινωνικών δεξιοτήτων, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του δείγματος, από τον έλεγχο συνάφειας προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην παράμετρο της μοναξιάς και στην ποιότητα ζωής του δείγματος, με την πρώτη να επηρεάζει άμεσα τη δεύτερη. Η μοναξιά άλλωστε, αποτελεί προβλεπτικό δείκτη αρνητικών για την υγεία αποτελεσμάτων σε ενήλικες που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα. Με το συγκεκριμένο πόρισμα εντοπίζονται αντίστοιχα παλαιότερες αλλά και σύγχρονες μελέτες που συμφωνούν με αυτό όπως εκείνες των Foxall & Ekberg, (1989), των Penninx et. al. (1999), των Alpass et. al. (2003), των Rokack et. al. (2006), των Theeke et. al. (2012), των Greene et. al. (2017), των Theeke et. al. (2019), Warner et. al. (2019) και των Soleimani et. al. (2020). Πόρισμα της παρούσας μελέτης αποτελεί το ότι όλες οι διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων του δείγματος (κοινωνικό κίνητρο, κοινωνική νοημοσύνη, κοινωνική κατανόηση, ενσυναίσθηση, λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, καθώς και ρύθμιση συναισθημάτων), επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής τους, αφού υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τους. Το παρών εύρημα είναι εύλογο, καθώς όταν οι κοινωνικές δεξιότητες δεν είναι ανεπτυγμένες σε επαρκή βαθμό, καθιστούν δύσκολη την προσαρμογή και την ανταπόκριση του ατόμου προς τις κοινωνικές επιταγές (Theunissen, 2016; Sarimaski, 2008b, όπ. αναφ. στο Σούλη, 2020 σελ.208). Για τον λόγο αυτό, η ποιότητα ζωής των ατόμων επηρεάζεται άμεσα, αφού παράγοντες όπως η κοινωνική συμμετοχή, οι κοινωνικές σχέσεις και το κοινωνικό περιβάλλον, μέσω της συνδεσιμότητας που έχουν μεταξύ τους, επιδρούν στη γενικότερη ικανοποίησή που αντλεί το άτομο από τη ζωή του. Η υποστήριξη και η βοήθεια από τα κοινωνικά δίκτυα άλλωστε, θεωρείται ένα ιδιαίτερα σημαντικό χαρακτηριστικό το οποίο εξασφαλίζει μια καλή ποιότητα ζωής (McDougall, Baldwin, Evans et al., 2016). Με το παραπάνω συμφωνούν οι ξενόγλωσσες έρευνες των Ormel et. al. (1997), Gallant (2003), Kroenke et. al., (2013) και των Møller et. al. (2020).

Ακολούθως, όσον αφορά την επιρροή που ασκούν δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, προσωπική κατάσταση, είδος απασχόλησης, εισόδημα, μορφωτικό επίπεδο) στα επίπεδα της μοναξιάς που βιώνει το δείγμα, βρέθηκε ότι η ηλικία, η προσωπική κατάσταση και το εισόδημα, επηρεάζουν την παράμετρο της μοναξιάς, αφού προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσά τους. Ανατρέχοντας στη διεθνή βιβλιογραφία, το εν λόγω πόρισμα έρχεται σε άμεση συμφωνία με την παλαιότερη έρευνα των Penninx et. al. (1999), σύμφωνα με την οποία η ύπαρξη συντρόφου σε συνδυασμό με το υψηλό εισόδημα, λειτουργούν με θετικό πρόσημο τόσο ως προς την ίδια την ασθένεια, όσο ως προς συναισθηματικούς παραμέτρους όπως εκείνη της μοναξιάς. Μια πιο σύγχρονη έρευνα αντίθετα, όπως εκείνη των Theeke et. al. (2012), συμφωνεί με το συγκεκριμένο πόρισμα αφού κατέδειξε πως η επιρροή της μοναξιάς στην ποιότητα ζωής των ατόμων με χρόνια νοσήματα, φάνηκε ότι επηρεάζεται μόνο από την ηλικία και όχι από άλλα δημογραφικά στοιχεία όπως το φύλο, το είδος απασχόλησης και το μορφωτικό επίπεδο των πασχόντων.

Εν συνεχεία, διερευνώντας εάν οι κοινωνικές δεξιότητες επιδρούν στην παράμετρο της μοναξιάς, από το στατιστικό έλεγχο που έγινε, φάνηκε ότι την επηρεάζουν άμεσα. Η σημαντικότητά τους, έγκειται στο γεγονός πως η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη η οποία είναι απόρροιά των κοινωνικών δεξιοτήτων, έχει βρεθεί ότι αποτελεί έναν σημαντικό καθοριστικό παράγοντα για την ποιότητα της υγείας των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, ενώ παράλληλα αυξάνει την ικανότητά τους για την αντιμετώπιση αρνητικών συναισθημάτων όπως εκείνο της μοναξιάς (Karatas & Bostanoglu, 2017). Ειδικότερα, εφόσον γίνεται λόγος για χρόνιες παθήσεις, οι ασθενείς, ύστερα από τη λήψη της διάγνωσής τους περνάνε από διάφορα ψυχολογικά στάδια, αυξάνοντας την πιθανότητα εμφάνισης αρνητικών συναισθημάτων σαν την κατάθλιψη, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει πολλούς τομείς λειτουργίας όπως αυτός της κοινωνικότητας, στερώντας τους τη δυνατότητα λειτουργικής αλληλεπίδρασης με το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο περιλαμβάνονται η οικογένεια, οι φίλοι, οι σύντροφοι κ.λπ. (Sarimski, 2011 όπ. αναφ. στο Σούλη, 2020 σελ.300). Το προαναφερθέν έχει σαν αποτέλεσμα την ανοδική τάση να βιώνουν επιπρόσθετα αρνητικά αισθήματα όπως αυτό της μοναξιάς, καθώς σε πολλές περιπτώσεις οδηγούνται στην κοινωνική απομόνωση. Με το παρών εύρημα συμφωνούν οι διεθνείς έρευνες των Alpass & Neville (2010), των Marroquín et. al. (2016), των Fanakidou et. al. (2017) και του Sergin (2017).

Όσον αφορά το έβδομο ερευνητικό ερώτημα, για το ποιες πτυχές των κοινωνικών δεξιοτήτων επιδρούν στην ποιότητα ζωής του δείγματος, προέκυψε ότι άμεση επίδραση είχαν το κοινωνικό κίνητρο, η κοινωνική κατανόηση, η ενσυναίσθηση, η κοινωνική νοημοσύνη, η λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και η συναισθηματική ρύθμιση. Η επίτευξη αρμονικών κοινωνικών σχέσεων ανάμεσα στο άτομο που πάσχει από κάποια χρόνια πάθηση και στο άμεσο περιβάλλον του, θα το οδηγήσει στην αποδοχή της ιδιαίτερης κατάστασης της υγείας του με πιο ομαλό τρόπο. Ιδανικά όπως η εμπιστοσύνη και η ρύθμιση των συναισθημάτων του, συμβάλλουν στην διεύρυνση των σχέσεων αυτών. Από όλες τις διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων επομένως, πηγάζει μια ποιότητα που εδράζεται στην αναγνώριση από τον χρόνο πάσχοντα, ότι η κατάσταση της υγείας του δεν πρέπει να λειτουργεί ως εμπόδιο για να απολαύσει μια καλή ζωή (Σούλης, 2020). Με το παραπάνω συμφωνούν οι διεθνείς έρευνες των Caplan (2017), της Lotfi (2020) και των Ofir-Eyal et. al. (2014).

Καταλήγοντας, στο όγδοο και τελευταίο ερευνητικό ερώτημα, για το εάν οι παράμετροι των κοινωνικών δεξιοτήτων και της μοναξιάς μπορούν να προβλέψουν την ποιότητα ζωής, εκείνο που προέκυψε από την γραμμική παλινδρόμηση, είναι ότι και οι δύο μεταβλητές είναι σημαντικές για την ποιότητα της ζωής. Ειδικότερα, φάνηκε ότι η μοναξιά είναι αντίστροφος ανάλογή της, που σημαίνει ότι για μια μεταβολή της, η ποιότητα ζωής θα μεταφερθεί προς την αντίθετη κατεύθυνση. Δηλαδή, όσο μεγαλύτερα είναι τα επίπεδα της μοναξιάς, τόσο περισσότερο υποβαθμίζεται η ποιότητα ζωής και το αντίστροφο. Η μοναξιά άλλωστε, ορίζεται ως η διαταραχή που υπάρχει ανάμεσα στις πραγματικές και τις επιθυμητές σχέσεις - και που είναι ξεχωριστή από την έννοια της μονιμότητας, ενώ συσχετίζεται άμεσα με τα αρνητικά αποτελέσματα της υγείας τα οποία απειλούν την ποιότητα ζωής των

ατόμων. Με το παραπάνω πόρισμα συμφωνούν οι διεθνείς έρευνες των Theeke et. al. (2012) και των Greene et. al. (2017).

Για τις κοινωνικές δεξιότητες από την άλλη, προέκυψε ότι μόνο τρεις από τις διαστάσεις τους, εκείνη του κοινωνικού κινήτρου, της κοινωνικής νοημοσύνης και της λεκτικής επικοινωνίας αποτελούν σημαντικοί παράγοντες μέσω των οποίων μπορεί να εκτιμηθεί η ποιότητα της ζωής. Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι εάν μεταβληθεί το κοινωνικό κίνητρο, η κοινωνική νοημοσύνη και η λεκτική επικοινωνία, τότε αυτό έχει ως συνέπεια τη διαταραχή της ποιότητας της ζωής. Το παρών εύρημα οφείλεται στο γεγονός ότι οι προαναφερθέντες διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων, είναι περισσότερο υπεύθυνες για τη συμμετοχή του ατόμου σε δραστηριότητες κοινωνικής συνύπαρξης, οι οποίες με τη σειρά τους θα λειτουργήσουν ανασταλτικά σε αρνητικά συναισθήματα όπως αυτό της μοναξιάς, δημιουργώντας ένα αίσθημα του «ανήκειν» στο άτομο (Γκατζόγια, Ζάραγκας, Κούτρας, & Κουτσούκη, 2018; Sarimski, 2008b, όπ. αναφ. στο Σούλη, 2020, σελ.301). Αξιοσημείωτο είναι ότι στις κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, περιλαμβάνονται δύο πλευρές: Η πρώτη πλευρά αφορά το ίδιο το άτομο ως υπόσταση, ενώ η άλλη πλευρά σχετίζεται με το κοινωνικό του δίκτυο. Συγκεκριμένα,, με βάση τη διάσταση που αφορά τον ίδιο τον πάσχοντα, οι κοινωνικές δεξιότητες αναφέρονται στην έναρξη της κοινωνικής αλληλοεπίδρασης του με το περιβάλλον, στη διατήρησή της και στον προσδιορισμό των ορίων ανάμεσα στο ίδιο και τον κοινωνικό του περίγυρο. Αντίθετα, η διάσταση των κοινωνικών δεξιοτήτων που αφορά στους άλλους παραπέμπει στην παρεχόμενη υποστήριξη, στη συνδιαλλαγή και τα οφέλη που προκύπτουν από την κοινωνική αλληλοεπίδραση με τον πάσχοντα (Garrote, 2017, όπ. αναφ. στο Σούλη, 2020, σελ. 298). Με το παρών εύρημα συμφωνούν οι έρευνες των Ormel et. al. (1997), Gallant (2003), Kroenke et. al., (2013), του Sergin (2017), καθώς και της Lotfi (2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Αρχικά, θα πρέπει να αναφερθεί ότι τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για να εξετάσουμε την ποιότητα ζωής, την μοναξιά και τις κοινωνικές δεξιότητες του δείγματος, ήταν αξιόπιστα. Ωστόσο, υπάρχουν και άλλα παρόμοια εργαλεία που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν, όπως για παράδειγμα η κλίμακα κοινωνικών δεξιοτήτων (Social Skills Inventory) του Riggio (SSI; Riggio, 1989), η σύντομη μορφή της κλίμακας μέτρησης της συναισθηματικής και κοινωνικής μοναξιάς για ενήλικες (The Social and Emotional Loneliness Scale for Adults-Short Form) (SELSA-S; DiTommaso & Brannen-McNulty, submitted for publication), η οποία μετρά τομείς που σχετίζονται με την οικογένεια, την ύπαρξη συντρόφου και την κοινωνικότητα, καθώς και η Σύντομη Φόρμα Έρευνας της Υγείας 36 (Short Form Health Survey 36) (SF-36), ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Brazier, Harper, et al., 1992; Ware and Sherbourne, 1992).

Επιπροσθέτως, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η ύπαρξη μικρού δείγματος από την πλευρά των ανδρών (ποσοστό 28,6 %), καθώς και η αδυναμία ελέγχου του ιστορικού των ατόμων με χρόνια νοσήματα, στην περίπτωση ύπαρξης και άλλων δευτερογενών συνεπειών - αναπηριών, συνιστούν πιθανά εμπόδια τα οποία θα μπορούσαν να απειλήσουν την εξαγωγή ασφαλών αποτελεσμάτων. Επιπλέον, δεν εντοπίστηκαν όλοι οι πιθανοί παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του δείγματος. Τέλος, η συγκεκριμένη έρευνα επιβαρύνεται με τους περιορισμούς που συνεπάγεται η χρήση εργαλείων αυτοαναφοράς, όπως είναι για παράδειγμα οι μη ειλικρινείς απαντήσεις από την πλευρά των συμμετεχόντων.

Σύμφωνα με τα παραπάνω μπορούμε να προτείνουμε κάποιες μελλοντικές προτάσεις για εξέλιξη της υπάρχουσας έρευνας αλλά και για την δημιουργία νέων ερευνών. Σε μελλοντική έρευνα, θα ήταν χρήσιμη μια πιο ενδελεχή διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με χρόνια νοσήματα και των άλλων μεταβλητών της (κοινωνικές δεξιότητες, μοναξιά), μέσω της χρήσης συνεντεύξεων ημι-δομημένου χαρακτήρα. Επιπλέον, σημαντική καθίσταται η χρήση άλλων ερευνητικών εργαλείων, ώστε να συγκριθούν τα αποτελέσματα, καθώς και να ερευνηθούν και άλλοι παράγοντες (π.χ. η κατάθλιψη, το stress, οι στρατηγικές αυτοδιαχείρισης κ.λπ.). Ο φορέας υγείας του κράτους, ακόμη, μέσω κατάλληλων προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, μπορεί να συμβάλλει στην βελτιστοποίηση της ποιότητας της ζωής τους. Καταληκτικά, θα πρέπει να γίνει αναφορά σε έναν ακόμη βασικό φορέα, την κοινωνία, ο οποίος, μέσω των προγραμμάτων, μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με χρόνια νοσήματα στο να αναλάβουν ενεργότερους κοινωνικούς ρόλους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ:

ADAMAKIDOU T. & KALOKERINOY A. (2011). Quality of life and cancer patient (part I): meaning and concept. *Balkan Military Medical Review*, 14(4): 289-302

ALBRECHT TL., & ADELMAN MB. (1987). Communicating social support. A theoretical perspective. In: T.L Albrecht & M.B Adelman. (Eds) *Communicating social support* 18-39. Newbury Park CA: Sage.

ALPASS, F. M., & NEVILLE, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging & mental health*, 7(3), 212-216.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, *Diabetes Care*. (2009). 32 [supl.1], s62-s67

ANDERSON G. (2010). *Chronic care: making the case for ongoing care*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation

ANSSEAU, M., DIERICK, M., BUNTINKX, F. et al. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 50-56.

ANTONUCCI, T. C., & ISRAEL, B. A. (1986). Validity of social support: A comparison of principal and network members' responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 432-437.

ASMUNDSON, G., NORTCOMB, P., & NORTCOMB, G. (1999). The role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical Psychology Review*, 19, 98-120.

BANK, O. (2008). *Economic Implications of Chronic Illness and Disability*.

BARON-COHEN S, WHEELWRIGHT S. (2004). The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *J Autism Devel Disord*. 34: 163–75.

BAUM, A., PERRY JR, N. W., & TARBELL, S. (2004). *The Development of Psychology as a Health Science*.

BATSON CD. (1991). *The altruism question: Toward a social-psychological answer*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

BAUMEISTER RF, LEARY MR. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol Bull.*; 117:497–529.

BAYSAL, H. Y., & POLAT, H. (2012). Determination of the breast cancer risk levels and health beliefs of women with and without previous mammography in the eastern part of Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(10), 5213-5217.

- BILGILI N, KITIŞ Y & AYAZ S. (2012). Assessment of loneliness, quality of sleep and affecting factors in elders. *Journal of Geriatrics* 15, 81-88.
- BLOOM, J. R., STEWART, S. L., D'ONOFRIO, C. N., LUCE, J., & BANKS, P. J. (2008). Addressing the needs of young breast cancer survivors at the five-year milestone: Can a short-term, low-intensity intervention produce change? *Journal of Cancer Survivorship*, 2, 190–204. <https://doi.org/10.1007/s11764-008-0058-x>
- BOSS L, KANG D & BRANSON S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: A systematic review. *Int Psychogeriatr.* 27 : 541 - 553. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002749> PMID: 25554219
- BRAZIER, J. E., HARPER, R., JONES, N.M., O'CATHAIN, A., THOMAS, K.J., USHERWOOD, T., & WESTLAKE, L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *British Medical Journal*, 305, 160-164.
- BROADBENT, E., PETRIE, K. J., MAIN, J., & WEINMAN, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(6), 631–637.
- BURCKHARDT CS, ANDERSON KL. (2003). The Quality of Life Scale (QOLS): reliability, validity, and utilization. *Health Qual Life Outcomes*;1:60.
- BURCKHARDT, C. S., WOODS, S. L., SCHULTZ, A. A., & ZIEBARTH, D. M. (1989). Quality of life of adults with chronic illness: a psychometric study. *Research in nursing & health*, 12(6), 347-354.
- CACIOPPO, J.T., HAWKLEY, L.C. & THISTED, R.A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: Five-year cross-lagged analysis of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations study. *Psychol Aging*, 25: 453–463.
- CACIOPPO JT, HUGHES ME, WAITE LJ, ET AL. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychol Aging* 21: 140–151.
- CAMPBELL, M.S., FLEENOR, B.S. (2017). The emerging role of curcumin for improving vascular dysfunction: a review. *Crit. Rev. Food Sci. Nutr.* 1–10.
- CAPLAN, R. (2017). Epilepsy, language, and social skills. *Brain and Language*. doi:10.1016/j.bandl.2017.08.007
- CARR AJ. & HIGGINSON IJ. (2001). Measuring quality of life. Are quality of life measures patient centered? *BMJ*, 322: 1357-1360
- CARR AJ, GIBSON B. & ROBINSON PG. (2001). Measuring quality of life. Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ*, 322: 1240-1243

CARUSO, V., GIAMMANCO, M. D., & GITTO, L. (2014). Quality of life and uncertainty in illness for chronic patients. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 2(2).

CENTRE FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION & CONTROL (2006). What are chronic and non-communicable diseases? Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada.

CHALDER, T., WALLACE, P., & WESSELY, S. (1997). Self-help treatment of chronic fatigue in the community: A randomized controlled trial. *British Journal of Health Psychology*, 2, 189-197

COCKERHAM, W. C., HAMBY, B. W., & OATES, G. R. (2017). The social determinants of chronic disease.

CONNELL J, BRAZIER J, O'CATHAIN A, ET AL. (2012). Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health Qual Life Outcomes*. ;10:138.

COLVER A. (2009). Quality of life and participation. *Dev Med Child Neurol.*;51:656–659.

CRUCES, J., VENERO, C., PEREDA-PEEEZ, I., & DE LA FUENTE, M. (2014). The effect of psychological stress and social isolation on neuroimmunoendocrine communication. *Current pharmaceutical design*, 20(29), 4608-4628.

CUTRONA, C. E., RUSSELL, D. W., & GARDNER, K. A. (2005). The relationship enhancement model of social support. In T. A. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.), *Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 73–95). Washington, DC: American Psychological Association.

DANILUK, B., & BORKOWSKA, A. R. (2020). Pragmatic aspects of verbal communication in elderly people: A study of Polish seniors. *International Journal of Language & Communication Disorders*.

DE HEER, E. W., PALACIOS, J. E., ADÈR, H. J., VAN MARWIJK, H. W., TYLEE, A., & VAN DER FELTZ-CORNELIS, C. M. (2020). Chest pain, depression and anxiety in coronary heart disease: Consequence or cause? A prospective clinical study in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 129, 109891.

DE JONG GIERVELD, J., & TESCH-ROMER, C. (2012). Loneliness in old age in Eastern and Western European societies: theoretical perspectives. *European Journal of Ageing*, 9(4), 285-295.

DE JONG GIERVELD J, VAN TILBURG TG & DYKSTRA PA. (2006). Loneliness and social isolation. In: Perlman D, Vangelisti A, editors. *The Cambridge handbook of personal relationships*. Cambridge: Cambridge University Press. Pp. 485–500.

DICKENS, C., CHERRINGTON, A., & MCGOWAN, L. (2012). Depression and health-related quality of life in people with coronary heart disease: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11, 265–275.

DIENER, E., SUH, E. M., LUCAS, R. E., & SMITH, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. doi:10.1037/0033-2909.125.2.276

DITOMMASO, E. & BRANNEN-MCNULTY, C. Validation of the social and emotional loneliness scale for adults short form. Submitted for publication

DOUSDAMPANIS, P., TRIGKA, K, & FOURTOUNAS, C. (2012) Diagnosis and management of chronic kidney disease in the elderly: a field of ongoing debate, *Aging and disease*, 3(5), pp. 360–72.

EISENBERGER, N. I., & COLE, S. W. (2012). Social neuroscience and health: neurophysiological mechanisms linking social ties with physical health. *Nature neuroscience*, 15(5), 669.

FALCON-RODRIGUEZ, CI & OSORNIO VARGAS, ALVARO & SADA-OVALLE, ISABEL & SEGURA-MEDINA, PATRICIA. (2016). Aeroparticles, Composition, and Lung Diseases. *Frontiers in Immunology*. 7. 10.3389/fimmu.2016.00003.

FANAKIDOU, I., ZYGA, S., ALIKARI, V., TSIRONI, M., STATHOULIS, J., & THEOFILOU, P. (2017). Mental health, loneliness, and illness perception outcomes in quality of life among young breast cancer patients after mastectomy: the role of breast reconstruction. *Quality of Life Research*, 27(2), 539–543. doi:10.1007/s11136-017-1735-x

FABBRI LM, RABE KF. (2007). From COPD to chronic systemic inflammatory syndrome? *Lancet*; 370:797-99.

FARHOLM, A., SØRENSEN, M., & HALVARI, H. (2016). Motivational factors associated with physical activity and quality of life in people with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), 914–921. doi:10.1111/scs.12413

FERRANS CE, ZERWIC JJ, WILBUR JE, ET AL. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholarsh.* ;37: 336–342.

FORTIN, M., LAPOINTE, L., HUDON, C., VANASSE, A., NTETU, A. L., & MALTAIS, D. (2004). Health and Quality of Life Outcomes, 2(1), 51. doi:10.1186/1477-7525-2-51

FRANKS HM, CRONAN TA, & OLIVER K. (2004). Social support in women with fibromyalgia: Is quality more important than quantity? *Journal of Community Psychology* 32(4): 425–438.

- FRIEDMANN, E., THOMAS, S. A., LIU, F., MORTON, P. G., & CHAPA, D., GOTTLIEB, S. S. Sudden Cardiac Death in Heart Failure Trial (SCD-HeFT) Investigators. (2006). Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. *American heart journal*, 152(5), 940-e1.
- GALLANT, M. P. (2003). The Influence of Social Support on Chronic Illness Self-Management: A Review and Directions for Research. *Health Education & Behavior*, 30(2), 170–195. doi:10.1177/1090198102251030
- GARDNER, K A., & CUTRONA, C. E. (2004). Social support communication in families. In A. Vangelisti (Ed.), *Handbook of Family Communication* (pp. 495-512). Mahwah, NJ: L. Erlbaum Associates.
- GERMINO, B. B., MISHEL, M.H., CRANDELL, J., PORTER, L., BLYLER, D., JENERETTE, C., & GILL, K. M. (2013). Outcomes of an uncertainty management intervention in younger African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 40(1), 82–92. <https://doi.org/10.1188/13.ONF.82-92/>
- GOTTLIEB B. (2000). Selecting and Planning support interventions. In. S Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds) *Social support measurement and intervention* n :199-220. London: Oxford University Press.
- GREGERSEN, T., & MACINTYRE, P. D. (2019). Teaching And Researching Nonverbal Communication Skills. *Driven Pedagogy: Implications of L2A Theory and Research for the Teaching of Language Skills*.
- HADI, M. A., MCHUGH, G. A., & CLOSS, S. J. (2019). Impact of chronic pain on patients' quality of life: A comparative mixed-methods study. *Journal of Patient Experience*, 6(2), 133-141.
- HAGGER, M. S., KOCH, S., CHATZISARANTIS, N. L. D., & ORBELL, S. (2017). The common sense model of self-regulation: Meta-analysis and test of a process model. *Psychological Bulletin*, 143(11), 1117–1154.
- HAZER A & BOYLU AA. (2010). The examination of the factors affecting the feeling of loneliness of the elderly. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 9,2083–2089.
- HECKHAUSEN J, WROSCH C & SCHULZ R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological Review* 117, 32–60.
- HOLT-LUNSTAD J, SMITH TB, BAKER M, HARRIS T, STEPHENSON D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*.10(2): 227- 37. doi: 10.1177/1745691614568352.
- HOWARD C, HALLAS CN, WRAY J & CARBY M. (2009). The relationship between illness perceptions and panic in chronic obstructive pulmonary disease. *Behaviour Research and Therapy* 47, 71–76.

HUANG, C. Y., HSU, M. C., HSU, S. P., CHENG, P. C., LIN, S. F., & CHUANG, C. H. (2010). Mediating roles of social support on poststroke depression and quality of life in patients with ischemic stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2752–2762.

HU, M. (2009). Will online chat help alleviate mood loneliness?. *Cyber Psychology & Behavior*, 12(2), 219-223.

HURT, C.S., CLEANHOUS, S., & NEWMAN, S.P. (2017). Further explorations of illness uncertainty: Carers' experiences of Parkinson's disease. *Psychology & Health*, 32(5), 549–566. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1283041>

JANNOO, Z., WAH, Y. B., LAZIM, A. M., & HASSALI, M. A. (2017). Examining diabetes distress, medication adherence, diabetes self-care activities, diabetes-specific quality of life and health-related quality of life among type 2 diabetes mellitus patients. *Journal of clinical & translational endocrinology*, 9, 48-54.

JASON LA, ROESNER N, PORTER N. (2010b). Provision of social support to individuals with chronic fatigue syndrome. *Journal of Clinical Psychology* 66(3): 249–258.

JASON LA, WITTER E, & TORRES-HARDING S. (2003) Chronic fatigue syndrome, coping, optimism and social support. *Journal Of Mental Health* 12(2): 109–118.

JEPPESEN, L. E. (2018). The Importance of Social Relationships for Mental and Physical Health. Social-Epidemiological Studies using Life Course and Machine Learning Approaches (Doctoral dissertation, Aalborg Universitets for lag).

JOCHAM H, DASSEN T, WIDDERSHOVEN G & HALFENS R (2006). Quality of life in palliative care cancer patients: literature review. *J Clin Nurs.*, 15(9): 1188-1195

JONSBU E, MARTINSEN EW, MORKEN G, MOUM T & DAMMEN T. (2012). Illness perception among patients with chest pain and palpitations before and after negative cardiac evaluation. *Bio Psycho Social Medicine* 6,19-22.

KARABULUTLU EY.& OKANLI A. (2011).The Evaluation of Illness Perceptions in Hemodialysis Patients. *Journal of Anatolia Nursing and Health* 14, 25-31

KARATAS, T., & BOSTANOGLU, H. (2017). Perceived social support and psychosocial adjustment in patients with coronary heart disease. *The International Journal of Nursing Practice*, 23, 4.

KAYIŞ A. (2009). İllness perception and hopelessness levels in cancer patients, Master thesis. Institute of Medical Sciences, Haliç University, İstanbul, Turkey.

KIMMEL, P. L., PETERSON, R. A., WEIHS, K. L., SIMMENS, S. J., BOYLE, D. H., CRUZ, I., ... & VEIS, J. H. (1995). Aspects of quality of life in hemodialysis patients. *Journal of the American society of Nephrology*, 6(5), 1418-1426.

KOBAYASHI L, STEPTOE A. (2018). Social isolation, loneliness, and health behaviors at older ages: Longitudinal cohort study. *Ann Behav Med.* 52: 582–593. <https://doi.org/10.1093/abm/kax033> PMID: 29860361

KOÇ, Z., & SAGLAM, Z. (2013). Determining the correlation between sexual satisfaction and loneliness levels in patients with hemodialysis in a Muslim community. *Sexuality & Disability*, 31, 13–29. doi:10.1007/s11195-011-9252-2

KOOL MB, GEENEN R. (2012). Loneliness in patients with rheumatic diseases: the significance of invalidation and lack of social support. *J Psychol.* 146(1–2):229–241. [PubMed: 22303622]

KOOL MB, VAN MIDDENDORP H, BOEIJE HR. (2009) Understanding the lack of understanding: Invalidation from the perspective of the patient with fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism–Arthritis Care and Research* 61: 1650–1656.

KOOL MB, VAN MIDDENDORP H, LUMLEY MA. (2012) Social support and invalidation by others contribute uniquely to the understanding of physical and mental health of patients with rheumatic diseases. *Journal of Health Psychology* 18: 86–95.

KORNBLITH, A. B., POWELL, M., REGAN, M. M., BENNETT, S., KRASNER, C., MOY, B., YOUNGER, J., GOODMAN, A., BERKOWITZ, R., & WINER, E. (2007). Long-term psychosocial adjustment of older versus younger survivors of breast and endometrial cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 895–903. <https://doi.org/10.1002/pon.1146>

KROENKE, C. H., KWAN, M. L., NEUGUT, A. I., ERGAS, I. J., WRIGHT, J. D., CAAN, B. J., & KUSHI, L. H. (2013). Social networks, social support mechanisms, and quality of life after breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Research and Treatment*, 139(2), 515–527. doi:10.1007/s10549-013-2477-2

KUIPER, J. S., ZUIDERSMA, M., VOSHAAR, R. C. O., ZUIDEMA, S. U., VAN DEN HEUVEL, E. R., STOLK, R. P., & SMIDT, N. (2015). Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing research reviews*, 22, 39–57.

KURITA, K., GARON, E. B., STANTON, A. L., & MEYEROWITZ, B. E., (2013). Uncertainty and psychological adjustment in patients with lung cancer, *Psycho-Oncology*, 22, 1396–1401. <https://doi.org/10.1002/pon.3155>

LACKNER JM, BRASEL AM, QUIGLEY BM, ET AL. (2010). The ties that bind: Perceived social support, stress, and IBS in severely affected patients. *Neuro gastroenterology and Motility* 22: 893–900.

LAUMANN, E. O., NICOLOSI, A., GLASSER, D. B., PAIK, A., GINGELL C., & MOREIRA, E. (2005). Sexual problems among women and men aged 40–80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17, 39–57.

- LEIGH-HUNT, N., BAGGULEY, D., BASH, K., TURNER, V., TURNBULL, S., VALTORTA, N., & CAAN, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157-171.
- LEUNG, J., PACHANA, N. A., & MCLAUGHLIN, D. (2014). Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: A longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 23, 1014–1020.
- LINDORFF, M. (2000). Is it better to perceive than receive? Social support, stress and strain for managers. *Psychology, Health and Medicine*., 5 (3), 271-286.
- LIVNEH, H. (2015). Quality of Life and Coping With Chronic Illness and Disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 59(2), 67–83. doi:10.1177/0034355215575180
- LOCKE, J., ISHIJIMA, E. H., KASARI, C., & LONDON, N. (2010). Loneliness, friendship quality and the social networks of adolescents with high-functioning autism in an inclusive school setting. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 10(2), 74-81
- LUANAIGH C & LAWLOR BA. (2008). Loneliness and the health of older people. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 23, 1212–1221.
- LOCKE, J., ISHIJIMA, E. H., KASARI, C., & LONDON, N. (2010). Loneliness, friendship quality and the social networks of adolescents with high-functioning autism in an inclusive school setting. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 10(2), 74-81.
- LOTFI, S., & AMINIPOZVEH, Z. (2020). The effectiveness of emotion-regulation skills training on blood pressure control and quality of life in patients with hypertension. *Chronic Diseases Journal*, 8(1), 8-13.
- LOUKUSA, S., & MOILANEN, I. (2009). Pragmatic inference abilities in individuals with Asperger syndrome or high-functioning autism: A review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(4), 890-904. doi: 10.1016/j.rasd.2009.05.002
- MARROQUÍN, B., CZAMANSKI-COHEN, J., WEIHS, K. L., & STANTON, A. L. (2016). Implicit loneliness, emotion regulation, and depressive symptoms in breast cancer survivors. *Journal of behavioral medicine*, 39(5), 832-844.
- MARTINEZ-MARCOS, M., & DE LA CUESTA-BENJAMEA, C. (2015). Women's self-management of chronic illnesses in the context of caregiving: A grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11/12), 1557–1566. <https://doi.org/10.1111/jocn.12746>
- MASLOW, A.H., (1954), *Motivation and Personality*. Harper and Row Publishers, Inc, Third Edition

MATTSON. (2011). Mattson's Health as Communication nexus. Kendall Hunt Publishing Company. 980-0-7575-5987-7.

MCCABE, M., & TALEPOROS, G. (2003). Sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual behavior among people with physical disability. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 359–369.

MCDUGALL J, BALDWIN P, & EVANS J. (2016). Quality of life and self-determination: youth with chronic health conditions make the connection. *Appl Res Qual Life*;11:571–599.

MCVILLY, K. R., STANCLIFFE, R. J., PARMENTER, T. R., & BURTON-SMITH, R. M. (2006). 'I Get by with a Little Help from my Friends': Adults with Intellectual Disability Discuss Loneliness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(2), 191-203

MERRELL, K. W., & GIMPEL, P. G. (2014). *Social skills of children and adolescents: Conceptualization, assessment, treatment*. Mahwah, N.J: L. Erlbaum Associates.

MISHEL, M. H. (2014). Theories of uncertainty in illness. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds), *Middle range theory for nursing* (3rd ed., pp. 53–86). Springer.

M. J. FOXALL & J. K. EKBERG (1989) Loneliness of Chronically Ill Adults and their Spouses, *Issues in Mental Health Nursing*, 10:2, 149-167, DOI: 10.3109/01612848909140840

MERRELL, K. W., & GIMPEL, G. (2014). *Social skills of children and adolescents: Conceptualization, assessment, treatment*. Psychology Press.

MØLLER, A., BISSENBAKKER, K. H., ARRESKOV, A. B., & BRODERSEN, J. (2020). Specific Measures of Quality of Life in Patients with Multimorbidity in PRIMARY HEALTHCARE: A Systematic Review on Patient-Reported Outcome Measures' Adequacy of Measurement. *Patient Related Outcome Measures*, Volume 11, 1–10. doi:10.2147/prom.s226576

MORRISON, V., & BENNETT, P. (2009). *An introduction to health psychology*. Pearson Education.

NEWCOMBE AF, BUKOWSKI WM, & PATTEE L. (1993). Children's peer relations: a meta-analytic review of popular, rejected, neglected, controversial, and average sociometric status. *Psychological Bull.* 113: 99–128.

OFIR-EYAL, S., HASSON-OHAYON, I., & KRAVETZ, S. (2014). Affective and cognitive empathy and social quality of life in schizophrenia: A comparison between a parallel process model and an integrative meditation model. *Psychiatry Research*, 220(1-2), 51–57. doi:10.1016/j.psychres.2014.06.049

O'LUANAIGH C, LAWLOR BA. (2008). Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry* 23: 1213–1221.

- ORMEL, J., LINDENBERG, S., STEVERINK, N., & VONKORFF, M. (1997). Quality of life and social production functions: A framework for understanding health effects. *Social Science & Medicine*, 45(7), 1051–1063. doi:10.1016/s0277-9536(97)00032-4
- OVAYOLU N, PEHLIVAN S, UÇAN Ö & ÇUHADAR D. (2007). Relationship between loneliness and depression levels in hemodialysis patients. *Anatolian Journal of Psychiatry* 8, 293-296.
- OZOUGWU, J. C., OBIMBA, K. C., BELONWU, C. D., & UNAKALAMBA, C. B., (2013) . The pathogenesis and pathophysiology of type 1 and type 2 diabetes mellitus. *Journal of Physiology and Pathophysiology*, 4(4), pp. 46-57.
- PEHLIVAN S, OVAYOLU O, OVAYOLU N, SEVINC A & CAMCI C. (2012). Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Support Care Cancer* 20, 733–739.
- PENNINX, B. W., VAN TILBURG, T., KRIEGSMAN, D. M., BOEKE, A. J. P., DEEG, D. J., & VAN EIJK, J. T. M. (1999). Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. *Journal of Aging and Health*, 11(2), 151-168.
- PETITTE T, MALLOW J, BARNES E, PETRONE A, BARR T, & THEEKE L. (2015). A Systematic Review of Loneliness and Common Chronic Physical Conditions in Adults. *The Open Psychology Journal* 8, 113-132.
- PICKARD AS & KNIGHT SJ (2005). Proxy evaluation of health related quality of life: a conceptual framework of understanding multiple proxy perspectives. *Med Care*, 43: 493-499
- PINQUART M, DUBERSTEIN PR. (2011). Associations of social networks with cancer mortality: a meta-analysis. *Crit Rev Oncol Hematol* 75(2):122–137
- POLONSKY, W. H., FISHER, L., HESSLER, D., & EDELMAN, S. V. (2015). Development of a new measure for assessing glucose monitoring device-related treatment satisfaction and quality of life. *Diabetes technology & therapeutics*, 17(9), 657-663.
- PSYCHOSOCIAL STAGES OF DEVELOPMENT. (N.D.). In Alleydog.com's online glossary. Retrieved from: <https://www.alleydog.com/glossary/definition-cit.php?term=Psychosocial+Stages+of+Development>
- RABE KF, HURD S, ANZUETO A. (2007). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*; 176:532-555.
- REID, G., HOLT, M., BOWMAN, C., ESPELAGE, D., & GREEN, J. (2016). Perceived social support and mental health among first-year college students with histories of bullying victimization. *Journal of Child & Family Studies*, 25, 3331–3341. doi:10.1007/s10826-016-0477-7

RIGGIO, R. (1989). Social skills inventory manual (research ed.). Palo Alta, CA: Consulting Psychology Press.

ROKACH, A., LECHCIER-KIMEL, R., & SAFAROV, A. (2006). Loneliness of people with physical disabilities. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 34(6), 681–700. doi:10.2224/sbp.2006.34.6.681

RUSSELL, D , PEPLAU, L. A.. & FERGUSON, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.

SADLIER, M., PHIL, D., EVANS, J. R., PHILLIPS, C, & BROAD, A. (2000).A preliminary study into the effectiveness of multiconvergen therapy in the treatment of heterogeneous patients with chronic fatigue syndrome. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 7.93-101.

SASSON NJ, PINKHAM AE, CARPENTER KL, BELGER A. (2011). The benefit of directly comparing autism and schizophrenia for revealing mechanisms of social cognitive impairment. *J Neurodevel Disord*. 3:87–100.

SCHALOCK RL, BONHAM GS, & VERDUGO MA.(2008). The conceptualization and measurement of quality of life: implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Eval Program Plann.*;31:181–190.

SCHIARITI V, M[^]ASSE LC, CIEZA A. (2014). Toward the development of the international classification of functioning core sets for children with cerebral palsy. *J Child Neurol*. ;29:582–591.

SCHOOFS N, BAMBINI D, RONNING P. (2004) Death of a lifestyle: The effects of social support and healthcare support on the quality of life of persons with fibromyalgia and/or chronic fatigue syndrome. *Orthopaedic Nursing* 23(6): 364–374.

SEGRIN, C., NEVAREZ, N., ARROYO, A., & HARWOOD, J. (2012). Family of origin environment and adolescent bullying predict young adult loneliness. *Journal of Psychology*, 146, 119–134. doi:10.1080/00223980.2011.555791

SEGRIN, C. (2017). Indirect Effects of Social Skills on Health Through Stress and Loneliness, *Health Communication*, DOI: 10.1080/10410236.2017.1384434

SHAHIDI S. (2017), «Psycho-oncology: The relationship Between Psychology, Personality and Cancer» in *Cancer Genetics and Psychotherapy* Springer International Publishing, Parvin Mehdipour Department of Medical Genetics, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran .

SODERBERG, S., & EVENGARD, B. (2001). Short-term group therapy for patients with chronic fatigue syndrome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 108-111.

SHERMAN, D. W., NORMAN, R., & MCSHERRY, C. B. (2010). A comparison of death anxiety and quality of life of patients with advanced cancer or AIDS and their family caregivers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 21, 99–112.

SHIUE, I., & SAND, M. (2016). Quality of life in caregivers with and without chronic disease: Welsh Health Survey, 2013. *Journal of Public Health*, 39(1), 34-44.

SOCIAL KNOWLEDGE. (N.D.). Retrieved from:
<https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/oi/authority.20110810105901812>

SOLEIMANI, M. A., LEHTO, R. H., NEGARANDEH, R., BAHRAMI, N., & NIA, H. S. (2016). Relationships between death anxiety and quality of life in Iranian patients with cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3, 183.

SOLEIMANI, M. A., ZARABADI-POUR, S., MOTALEBI, S. A., & ALLEN, K. A. (2020). Predictors of Quality of Life in Patients with Heart Disease. *Journal of Religion and Health*, 1-14.

SONI, R. K., WEISBORD, S. D., & UNRUH, M. L. (2010). Health-related quality of life outcomes in chronic kidney disease. *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 19(2), 153–159. doi:10.1097/mnh.0b013e328335f939

SPRANGERS MAG, DE REGT EB, ANDRIES F. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol.*;53:895–907.

SPRANGERS MA (2002). Quality of life assessment in oncology. Achievements and challenges. *Acta Oncol*, 41(3): 229-237

STEK ML, VINKERS DJ, GUSSEKLOO J. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *Am J Psychiatry* 162: 178–180.

STOCKS E, LISHNER DA, & DECKER SK. (2009). Altruism or psychological escape: Why does empathy promote prosocial behavior? *European Journal of Social Psychology*. 39(5):649–665. doi: 10.1002/ejsp.561

TALEPOROS, G., & MCCABE, M. P. (2001). The impact of physical disability on body esteem. *Sexuality and Disability*, 19, 293–308.

TAYLOR SE. (2011). Social support: A review. In: Friedman HS, ed. *The Oxford Handbook of Health Psychology*. Oxford University Press

THEEKE, L. A., GOINS, R. T., MOORE, J., & CAMPBELL, H. (2012). Loneliness, depression, social support, and quality of life in older chronically ill Appalachians. *The Journal of psychology*, 146(1-2), 155-171.

THEEKE, L., CARPENTER, R. D., MALLOW, J., & THEEKE, E. (2019). Gender differences in loneliness, anger, depression, self-management ability and biomarkers of chronic illness in chronically ill mid-life adults in Appalachia. *Applied Nursing Research*, 45, 55–62. doi:10.1016/j.apnr.2018.12.001

TREVISAN DA, TAFRESHI D, SLANEY KL, YAGER J, & IAROCCI G. (2018). A psychometric evaluation of the Multidimensional Social Competence Scale (MSCS) for young adults. *PLoS ONE* 13(11): e0206800.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206800>

UYSAL Y & AKPINAR E. (2013). Illness Perception and Depression of Type 2 Diabetic Patients *Cukurova Medical Journal* 38, 31-40.

VALTORTA, N. K., KANAAN, M., GILBODY, S., RONZI, S., & HANRATTY, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), 1009-1016.

VASSILEV, I., ROGERS, A., SANDERS, C., KENNEDY, A., BLICKEM, C., PROTHEROE, J., ... & MORRIS, R. (2011). Social networks, social capital and chronic illness self-management: a realist review. *Chronic illness*, 7(1), 60-86.

VEENHOVEN, R. (2005). Is life getting better? How long and happily do people live in modern society?. *European Psychologist*, 10(4), 330-343.

WALKER C. (2001). Recognising the changing boundaries of illness in defining terms of chronic illness: a prelude to understanding the changing needs of people with chronic illness. *Aust Health Rev* 2001; 24(2): 207-14.

WANG, W., LAU, Y., CHOW, A., THOMPSON, D. R., & HE, H.-G. (2014). Health-related quality of life and social support among Chinese patients with coronary heart disease in mainland China. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13, 48–54.

WARE, J.E., SHERBOURNE, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 30, 473-483.

WARNER, C. B., ROBERTS, A. R., JEANBLANC, A. B., & ADAMS, K. B. (2019). Coping resources, loneliness, and depressive symptoms of older women with chronic illness. *Journal of Applied Gerontology*, 38(3), 295-322.

WEISS, R. S. (1973/1985). Loneliness: The experience of emotional and social isolation, 5th Edition. Cambridge: MIT Press.

WERNER A., & MALTERUD K. (2003) It is hard work behaving as a credible patient: Encounters between women with chronic pain and their doctors. *Social Science & Medicine* 57: 1409 – 1419.

WETHINGTON, E., & KESSLER, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behaviour*, 27, 78-89.

WHITEHOUSE, A. J., DURKIN, K., JAQUET, E., & ZIATAS, K. (2008). Friendship, loneliness and 87 depression in adolescents with Asperger's Syndrome. *Journal of adolescence*, 32(2), 309-322.

WHO. (2014). Global Status Report on noncommunicable diseases. Geneva.

WHOQOL-100 (2003), Εγχειρίδιο Ποιότητας Ζωής με άξονα το ερωτηματολόγιο WHOQOL100, Αθήνα: Βήτα

WONG ST, WU A, GREGORICH S, & PÉREZ-STABLE EJ. (2014). What type of social support influences self-reported physical and mental health among older women? *J Aging Health*. 26(4):663- 78. doi: 10.1177/0898264314527478

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1998). *Life in the 21st century: a vision for all*. Geneva, Switzerland

WORLD HEALTH ORGANISATION. *Basic documents*. (1992). 39th ed. Geneva: WHO

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Available: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/

WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH. (2008). *Sexual health for the millennium*. Minneapolis: Author.

YAGER J, IAROCCI G. (2013). The development of the multidimensional social competence scale: A standardized measure of social competence in autism spectrum disorders. *Autism Res*. 6: 631–41. <https://doi.org/10.1002/aur.1331> PMID: 24108618

YEUNG P, TOWERS A. (2014). An exploratory study examining the relationships between the personal, environmental and activity participation variables and quality of life among young adults with disabilities. *Disabil Rehabil.*;36:63–73.

ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ:

ΓΑΛΑΝΑΚΗ. Ε. (2012). Η Μοναξιά των παιδιών και των εφήβων. Θέματα ανάπτυξης και προσαρμογής των παιδιών στην οικογένεια και στο σχολείο (σελ. 425-453). Αθήνα: Πεδίο.

ΓΑΛΑΝΑΚΗ, Ε. (2014). *Μοναξιά. Το παράδοξο της ανθρώπινης φύσης*. Αθήνα: Gutenberg.

ΔΗΜΟΛΙΑΤΗΣ, Ι., ΓΑΛΑΝΗΣ, Π., ΓΕΛΑΣΤΟΠΟΥΛΟΥ, Ε., ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ, Β., ΚΑΝΤΖΑΝΟΥ, Μ., ΛΑΓΙΟΥ, Α., ΝΕΝΑ, Ε., ΝΤΖΑΝΗ, Ε., ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ, Τ., ΡΑΧΙΩΤΗΣ, Γ., ΣΜΥΡΝΑΚΗΣ, Ε., ΧΑΙΔΙΤΣ, Α. (2015). *Λεξικό όρων υγιεινής και επιδημιολογίας*. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

ΘΕΟΦΙΛΟΥ, Π. (2011). Ποιότητα ζωής και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου: μια ποιοτική ανάλυση. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 3(2), 70-80.

ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ, Γ. (2009). Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου. Από τη σκοπιά του παθολόγου- ογκολόγου.. *Ελληνική Ογκολογία*, Ιανουάριος-Μάρτιος, Τόμος 45, σελ. 61-66

ΚΑΡΑΠΕΤΣΑ, Α. Α., ΚΑΡΑΠΕΤΣΑΣ, Α. Β., ΜΠΑΜΠΟΥ, Μ., ΛΑΣΚΑΡΑΚΗ, Ε. Ρ., ΣΕΓΡΕΔΟΥ, Ε., ΚΑΛΕΜΗ, Γ., ... & ΔΟΥΖΕΝΗΣ, Α. (2015). ΤΟΜΟΣ 52, ΤΕΥΧΟΣ 4, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ-ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2015.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ, Ε., ΛΥΜΠΕΡΙΔΟΥ, Μ., ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΠΟΥΛΟΣ, Η., ΡΟΒΙΘΗΣ, Μ., ΠΑΝΔΗΣ, Δ., & ΡΙΚΟΣ, Ν. (2018). Καταγραφή και διερεύνηση της ποιότητας ζωής ενηλίκων ασθενών με επιληψία. *Archives of Hellenic Medicine/ Arheia Ellenikes Iatrikes*, 35(4).

ΛΟΓΟΘΕΤΗ, Μ. (2013). Οι συναισθηματικές διακυμάνσεις που βιώνει ο ογκολογικός ασθενής σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο. *Cyprus Nursing Chronicles*, 14(1).

ΜΑΝΩΛΗΣ, Α. (2007). Στεφανιαία νόσος: σύγχρονη διάγνωση-θεραπευτική αντιμετώπιση.

ΝΙΚΟΛΑΟΥ, Σ. Μ., & ΖΙΩΓΑΣ, Η. (2016). Βιωματικές κοινωνικές παραστάσεις και αναπαραστάσεις-Αξιοποίηση της βιωματικής μάθησης στα προγράμματα της ΕΕ. Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης, 2015(2), 986-1000.

ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ, Δ., & ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, Φ. (2012). Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Papazisis Publishers.

ΠΕΤΑΛΙΔΟΥ, Κ. (2019). Αυτοεκτίμηση, αίσθημα μοναξιάς και ποιότητα των φιλικών σχέσεων ενηλίκων με νοητική αναπηρία: μια διερευνητική μελέτη.

ΠΟΝΤΙΣΙΔΗΣ, Γ., & ΜΠΕΛΛΑΛΗ, Θ. (2015). Η Έννοια της Κοινωνικής Υποστήριξης και η Επίδρασή της στη Διαχείριση των Χρόνιων Νόσων. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 8(4), 6-16.

ΣΙΔΕΡΑΚΗΣ, Ν. (2014). Ψυχολογία ασθενούς.

ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ (2008). Τόμος 7ος, Τεύχος 1ο, Ιανουάριος-Μάρτιος

ΦΑΛΑΚΙΔΟΥ, Σ., ΚΑΥΚΙΑ, Θ., ΚΟΥΡΑΚΟΣ, Μ., ΡΟΥΝΤΕΝΚΟ, Ι., ΣΠΑΪΑ, Σ., ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ, Α., & ΜΗΝΑΣΙΔΟΥ, Ε. (2018). Μελέτη της ποιότητας ζωής διαβητικών και μη ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 35(3).

ΧΑΤΖΗΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ, Σ. (2007). Μοναξιά και αυτοεκτίμηση στα παιδιά του δημοτικού σχολείου. (Μεταπτυχιακή Διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Ελλάδα). Ανακτήθηκε από: <http://ikee.lib.auth.gr/record/101165>

ΣΟΥΛΗΣ, Σ.Γ. (2020). Σπουδή στη Νοητική Αναπηρία. Αθήνα: GUTENBERG.

Παράρτημα Ι

Στα πλαίσια έρευνας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας σε συνεργασία με το Εργαστήριο Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, θα ήθελα να συμπληρώσετε το παρόν ερωτηματολόγιο ώστε οι απαντήσεις να αξιοποιηθούν για την ολοκλήρωση της έρευνας. Θα τηρηθεί αυστηρά η ανωνυμία των απαντήσεων καθώς θα χρησιμοποιηθεί μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Ευχαριστώ πολύ για τον πολύτιμο χρόνο και τη συνεργασία σας.

Για τυχόν απορίες και διευκρινήσεις δίνονται τα παρακάτω στοιχεία επικοινωνίας:

Μακρίδης Χρήστος

Στοιχεία Επικοινωνίας: xristos556@gmail.com

• ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ(1)

1. Φύλο:

Ανδρας ☐ Γυναίκα ☐

2. Ηλικία:

Κάτω των 25 ετών ☐ 26-35 ετών ☐

36-45 ετών ☐ 46-55 ετών ☐

Άνω των 55 ετών ☐

3. Προσωπική Κατάσταση:

Ελεύθερος/η ☐ Παντρεμένος/η ☐

Διαζευγμένος/η ☐

4. Παιδιά:

Ναι ☐ Όχι ☐

5. Είδος απασχόλησης:

Δημόσιος υπάλληλος ☐ Ιδιωτικός υπάλληλος ☐

Ελεύθερος επαγγελματίας ☐ Φοιτητής/τρια ☐

Συνταξιούχος ☐ Άνεργος/η ☐

6. Λαμβάνετε κάποιο επίδομα:

Ναι ☐ Όχι ☐

7. Μορφωτικό Επίπεδο:

Γυμνάσιο/ Λύκειο ☐ Απόφοιτος μεταλυκειακής εκπαίδευσης (IEK) ☐

Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι. ☐ Μεταπτυχιακό ☐

8. Μηνιαίο εισόδημα σε ευρώ:

Κάτω από 500 ☐ 500-1.000 ☐

1.000-1.500 ☐ Άνω των 1.500 ☐

9. Κατοικείτε σε:

Πόλη ☐ Χωριό ☐

10. Είδος αναπηρίας – κατάστασης στην οποία βρίσκεστε:

Χρόνια νοσήματα ☐

Καμία ☐

Ερωτηματολόγιο Κοινωνικών Δεξιοτήτων (MSCS)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Ακολουθεί μια σειρά δηλώσεων και ύστερα από κάθε δήλωση υπάρχουν πέντε στήλες: "Συμφωνώ πολύ", "Συμφωνώ", "Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ", "Διαφωνώ πολύ" και "Διαφωνώ". Στις στήλες αυτές καλείστε να σημειώσετε τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας βάζοντας X σε ΕΝΑ μόνο κουτάκι.

	Συμφωνώ πολύ 1	Συμφωνώ 2	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ 3	Διαφωνώ 4	Διαφωνώ πολύ 5
Είμαι πολύ πιο ικανοποιημένος/η όταν μένω μόνος/η μου, παρά όταν είμαι με φίλους.					
Χρειάζομαι προτροπή για να αλληλεπιδράσω με τους ανθρώπους.					
Παραμένω στο "παρασκήνιο" σε κοινωνικές καταστάσεις (π.χ. προτιμώ να είμαι «απαράτηρητος/η»).					
Δείχνω λίγο ενδιαφέρον για τους άλλους ανθρώπους.					
Αποφεύγω τους ανθρώπους όποτε είναι δυνατόν.					
Μού αρέσει να γνωρίζω καινούρια άτομα.					
Συστήνομαι εύκολα και ευχάριστα όταν γνωρίζω κάποιον.					
Ξεκινώ εύκολα φιλική κουβέντα με ανθρώπους (π.χ. ρωτάω για το τι νέο υπάρχει).					
Αναζητώ άτομα για να περάσω χρόνο μαζί τους (π.χ. φίλους).					
Κάνω την πρώτη κίνηση για συνάντηση με άλλα άτομα του περιβάλλοντός μου (π.χ., παίρνω τηλέφωνο ή στέλνω μήνυμα).					
Κάνω στους ανθρώπους ερωτήσεις σχετικά με τον εαυτό τους ή τη ζωή τους (π.χ. πώς είναι, τι έχουν κάνει).					
Αναγνωρίζω πότε οι άνθρωποι προσπαθούν να επωφεληθούν από μένα.					
Καταλαβαίνω πότε οι άνθρωποι είναι σαρκαστικοί.					
Δυσκολεύομαι να κρίνω ποιος είναι αξιόπιστος (π.χ. με ποιον θα μοιραστώ μυστικά ή προσωπικές μου πληροφορίες).					
Μαθαίνω εσφαλμένα τα κοινωνικά συνθήματα.					

	Συμφωνώ πολύ 1	Συμφωνώ 2	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ 3	Διαφωνώ 4	Διαφωνώ πολύ 5
Δεν αντιλαμβάνομαι τις «λεπτές αποχρώσεις» της κοινωνικής αλληλεπίδρασης.					
Μπορώ να δω τα πράγματα από την οπτική κάποιου άλλου.					
Εύκολα αναγνωρίζω εχθρικές ενέργειες. Για παράδειγμα, ξέρω πότε κάποιος κάνει πλάκα εις βάρος μου κακότροπα. Ή, αναγνωρίζω πότε ένας συνάνθρωπός μου με πιέζει να κάνω κάτι που δεν πρέπει ή δεν θέλω να κάνω.					
Μπορώ να καταλάβω τις μεταφορικές έννοιες όταν οι άλλοι μιλούν.					
Είμαι αφελής (πιστεύω ό, τι μου λένε).					
Μπορώ να καταλάβω όταν οι άνθρωποι αστειεύονται.					
Είμαι ευαίσθητος/η αναφορικά με τα αισθήματα και τις ανησυχίες των άλλων.					
Εκφράζω ανησυχία για τους άλλους όταν είναι αναστατωμένοι ή απογοητευμένοι.					
Προσφέρω συμπαράσταση στους ανθρώπους (π.χ. σε κάποιον που είναι αναστατωμένος, που δεν αισθάνεται καλά, είναι πληγωμένος κλπ.). Για παράδειγμα, μπορεί να προσπαθήσω να αγκαλιάσω το άτομο προκειμένου να αισθανθεί καλύτερα.					
Συγχαίρω τους ανθρώπους όταν τους συμβούν καλά πράγματα.					
Προσπαθώ να ευθυμίσω τους ανθρώπους (όταν είναι δεν είναι καλά).					
Ζητώ συγγνώμη αν πληγώσω κάποιον (χωρίς να μου ζητηθεί).					
Είμαι αδιάφορος/η απέναντι στους ανθρώπους που είναι αναστατωμένοι (ή βρίσκονται σε κίνδυνο).					
Ανησυχώ για τους ανθρώπους και τα προβλήματά τους.					
Αναστατώνομαι όταν βλέπω ανθρώπους που υποφέρουν (στην πραγματική ζωή ή στην τηλεόραση / κινηματογράφο).					

	Συμφωνώ πολύ 1	Συμφωνώ 2	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ 3	Διαφωνώ 4	Διαφωνώ πολύ 5
Κάνω φιλοφρονήσεις στους ανθρώπους.					
Δεν προσφέρομαι να βοηθήσω τους ανθρώπους (εκτός αν μου ζητηθεί).					
Γνωρίζω τις τελευταίες τάσεις για την ηλικία μου (π.χ. σε ρούχα, μουσική, τηλεοπτικές εκπομπές κλπ)					
Μπορώ και αλλάζω τη συμπεριφορά μου για να ταιριάζει στην περίπτωση.					
Ντύνομαι κατάλληλα για την ηλικία και την κοινωνική κατάσταση (π.χ. ντύνομαι για επίσημα γεγονότα, φοράω πιο καθημερινά ρούχα τα σαββατοκύριακα, φοράω ρούχα που γενικά θεωρούνται αποδεκτά από τους συνομηλίκους μου).					
Αλλάζω την ένταση της φωνής μου ανάλογα με το πού βρίσκομαι (π.χ. μιλάω χαμηλόφωνα στη βιβλιοθήκη, αλλά πιο δυνατά όταν βγαίνω έξω ή όταν είμαι σε αθλητική εκδήλωση).					
Κρύβω τα αληθινά συναισθήματά μου (όταν είναι απαραίτητο) (π.χ., θα μπορούσα να κρύψω τα συναισθήματα απογοήτευσης όταν μου δώσουν ένα δώρο που δεν μου αρέσει ή όταν κάποιος σπάσει κάτι δικό μου κατά λάθος).					
Κατανοώ την "κοινωνική ιεραρχία" στο σχολείο ή την εργασία, ή σε άλλα περιβάλλοντα (π.χ. καταλαβαίνω ότι οι καθηγητές ή οι επόπτες είναι σε θέση εξουσίας).					
Ακολουθώ τους κοινωνικούς "κανόνες" αναφορικά με την προστασία της ιδιωτικής ζωής.					
Κατανοώ ότι είναι σημαντικό να υπάρχει καλή προσωπική υγιεινή (π.χ., κάνω τακτικά μπάνιο).					
Καταλαβαίνω τα στοιχεία που κάνουν έναν φίλο «αληθινό».					
Λειτουργώ κατάλληλα για την ηλικία μου σε δημόσιους χώρους (π.χ. εστιατόρια, κινηματογράφους, βιβλιοθήκες, αίθουσες αναμονής γιατρού κ.λπ.).					

	Συμφωνώ πολύ 1	Συμφωνώ 2	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ 3	Διαφωνώ 4	Διαφωνώ πολύ 5
Οι προσδοκίες μου από τους φίλους είναι λογικές (π.χ., ξέρω ότι δεν είναι πάντα διαθέσιμοι).					
Τείνω να κυριαρχώ στις συνομιλίες. Για παράδειγμα, θα μπορούσα να επικεντρωθώ σε ένα αγαπημένο μου θέμα ενδιαφέροντος. Θα χρειαστώ επίσης υπενθυμίσεις / προτροπή για να αφήσω τους άλλους να μιλήσουν.					
Μετατοπίζω τις συνομιλίες προς το αγαπημένο μου θέμα ή ενδιαφέρον.					
Μιλάω για τα ίδια πράγματα ξανά και ξανά ("κολλάω" σε ορισμένα θέματα).					
Παρέχω πάρα πολλές λεπτομέρειες όταν μιλάω για ένα θέμα (π.χ., θα μπορούσα να αναφέρω μια δέσμη γεγονότων αντί να εκφράσω το κύριο μήνυμα ή να ανταλλάξω πληροφορίες).					
Διακόπτω πάνω σε συνομιλίες (π.χ., δεν περιμένω τους άλλους να τελειώσουν).					
Μιλάω πιο πολύ από όσο πρέπει.					
Δίνω σε άλλους ανθρώπους την ευκαιρία να μιλήσουν κατά τη διάρκεια συνομιλιών (π.χ., κάνω παύσεις, τούς κάνω ερωτήσεις κλπ).					
Έχω δυσκολία στο να συμμετάσχω κατάλληλα στις συνομιλίες (π.χ., μπορεί να διακόψω ή μπορεί να αρχίσω να μιλάω για ένα θέμα που μου ενδιαφέρει μόνο εμένα).					
Βγαίνω εκτός θέματος κατά τη διάρκεια συνομιλιών (π.χ., Αλλάζω θέμα ξαφνικά ή ή χάνω το αρχικό σημείο συζήτησης).					
Περιμένω τη σειρά μου για να μιλήσω σε μία συζήτηση.					
Οι εκφράσεις του προσώπου μου φαίνονται "επίπεδες" (π.χ. το πρόσωπό μου μπορεί να φαίνεται υπερβολικά σοβαρό σε όλες τις συζητήσεις).					

	Συμφωνώ πολύ 1	Συμφωνώ 2	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ 3	Διαφωνώ 4	Διαφωνώ πολύ 5
Ακούγομαι το ίδιο (έχω τον ίδιο τόνο) ανεξάρτητα από το πώς νιώθω. Με άλλα λόγια, είναι δύσκολο να καταλάβει κάποιος τι νιώθω με βάση τον τρόπο που ακούγεται η φωνή μου.					
Οι εκφράσεις του προσώπου μου είναι απόλυτα κατανοητές από τους γύρω μου.					
Κοιτάζω τους ανθρώπους στα μάτια όταν τους μιλάω.					
Το χαμόγελό μου φαίνεται πολλές φορές καταναγκαστικό ή αμήχανο.					
Επισημαίνω κάποια πράγματα όταν είναι σκόπιμο.					
Χρησιμοποιώ κατάλληλες χειρονομίες όταν επικοινωνώ με τους ανθρώπους (π.χ. κουνώντας το κεφάλι, κουνώντας το χέρι για να πω το αντίο, δείχνοντας κάτι ενδιαφέρον κλπ.).					
Παρουσιάζω μια σειρά εκφράσεων του προσώπου ανάλογα την περίπτωση (π.χ., για την αμηχανία, για την ενοχή, για την έκπληξη, για την αηδία, για την ευχαρίστηση).					
Μιλάω πολύ συχνά μονότονα.					
Χαμογελάω καταλλήλως σε κοινωνικές καταστάσεις (π.χ., εάν μου δοθεί μια φιλοφρόνηση, χαιρετώντας κάποιον κλπ.).					
Χρησιμοποιώ βλεμματική επαφή για να προσελκύσω την προσοχή των άλλων (π.χ. για να ξεκινήσω μια συζήτηση, για να κάνω μια ερώτηση).					
Έχω συχνά "εκρήξεις" (π.χ., νευρικές κρίσεις κλπ.).					
Απογοητεύομαι εύκολα.					
Είμαι υπομονετικός/η (π.χ. όταν περιμένω σε μία ουρά).					
Ξεσπάω έντονα όταν νευριάζω (π.χ. χρησιμοποιώ λεκτική ή σωματική βία).					
Οι συναισθηματικές αντιδράσεις μου, τείνουν να είναι ακραίες (π.χ., θυμώνω για ασήμαντα πράγματα).					

	Συμφωνώ πολύ 1	Συμφωνώ 2	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ 3	Διαφωνώ 4	Διαφωνώ πολύ 5
Αναστατώνομαι πολύ όταν τα πράγματα δεν γίνονται με το δικό μου τρόπο.					
Ξεπερνάω εύκολα τις αποτυχίες ή τις απογοητεύσεις.					
Αγχώνομαι εύκολα.					
Διαφωνώ με τους άλλους χωρίς να μαλώσω.					
Κυριεύομαι έντονα από το συναίσθημα του «όλα ή τίποτα».					
Διαχειρίζομαι με ηρεμία όποιο πρόβλημα προκύψει.					

Ερωτηματολόγιο Μοναξιάς (UCLA LONELINESS SCALE)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Ακολουθεί μια σειρά δηλώσεων και ύστερα από κάθε δήλωση υπάρχουν πέντε στήλες: "Συμφωνώ πολύ", "Συμφωνώ", "Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ", "Διαφωνώ πολύ" και "Διαφωνώ". Στις στήλες αυτές καλείστε να σημειώσετε τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας βάζοντας X σε ΕΝΑ μόνο κουτάκι.

	Συμφωνώ πολύ 1	Συμφωνώ 2	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ 3	Διαφωνώ 4	Διαφωνώ πολύ 5
Νοιώθω «ένα» με τους ανθρώπους γύρω μου.					
Μου λείπουν οι παρέες.					
Δεν υπάρχει κανένας στον οποίο μπορώ να στραφώ για βοήθεια.					
Δεν νοιώθω μόνος/η.					
Νοιώθω μέλος της παρέας των φίλων μου.					
Έχω πολλά κοινά στοιχεία με τους φίλους στην παρέα μου.					
Δεν είμαι κοντά με κανέναν πια.					

	Συμφωνώ πολύ 1	Συμφωνώ 2	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ 3	Διαφωνώ 4	Διαφωνώ πολύ 5
Οι φίλοι μου δεν μοιράζονται τα ενδιαφέροντα και τις ιδέες μου.					
Είμαι ένα εξωστρεφές άτομο.					
Υπάρχουν άτομα που τα νοιώθω κοντά μου.					
Νοιώθω απομονωμένος.					
Οι κοινωνικές μου σχέσεις είναι επιπόλαιες.					
Κανένας δεν με ξέρει πραγματικά καλά.					
Νοιώθω απομονωμένος/η από τους άλλους γύρω μου.					
Είμαι δυστυχισμένος/η που είμαι τόσο αποτραβηγμένος/η.					
Υπάρχουν άνθρωποι γύρω μου αλλά όχι κοντά μου.					
Κανένας δεν με ξέρει πραγματικά καλά.					
Μπορώ να βρω παρέα όταν το θελήσω.					
Υπάρχουν άτομα που με καταλαβαίνουν πραγματικά.					
Είμαι δυστυχισμένος/η που είμαι τόσο αποτραβηγμένος/η.					
Υπάρχουν άτομα με τα οποία μπορώ να μιλήσω.					
Υπάρχουν άτομα στα οποία μπορώ να στραφώ.					

Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής (WHOQOL-BREF)

ΟΔΗΓΙΕΣ: Ακολουθεί μια σειρά δηλώσεων και ύστερα από κάθε δήλωση υπάρχουν πέντε στήλες: "Συμφωνώ πολύ", "Συμφωνώ", "Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ", "Διαφωνώ πολύ" και "Διαφωνώ". Στις στήλες αυτές καλείστε να σημειώσετε τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας βάζοντας X σε ΕΝΑ μόνο κουτάκι.

	Συμφωνώ πολύ 1	Συμφωνώ 2	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ 3	Διαφωνώ 4	Διαφωνώ πολύ 5
Η ποιότητα ζωής μου είναι καλή.					
Είμαι ικανοποιημένος/η από την κατάσταση της υγείας μου.					
Απολαμβάνω την ζωή.					
Χρειάζομαι ιατρική θεραπεία για να είμαι λειτουργικός/ή στην καθημερινότητά μου (π.χ.: φάρμακα, αιμοκάθαρση, κλπ.).					
Έχω από τους άλλους την υποστήριξη που χρειάζομαι.					
Έχω την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.					
Μπορώ να κινούμαι εύκολα μέσα και έξω από το σπίτι.					
Νοιώθω ικανοποιημένος/η με την ικανότητά μου να τα βγάζω πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.					
Νοιώθω ικανοποιημένος/η με την ικανότητά μου να εργαστώ.					
Νοιώθω ικανοποιημένος/η με τις προσωπικές μου σχέσεις.					
Νοιώθω ικανοποιημένος/η από τη σεξουαλική μου ζωή.					
Νοιώθω ικανοποιημένος/η από την υποστήριξη που έχω από φίλους.					
Νοιώθω ικανοποιημένος/η από τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικώ.					

	Συμφωνώ πολύ 1	Συμφωνώ 2	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ 3	Διαφωνώ 4	Διαφωνώ πολύ 5
Συχνά νοιώθω αρνητικά συναισθήματα όπως: μελαγχολική διάθεση, απελπισία, μοναξιά κλπ.					
Νοιώθω ικανοποιημένος/η από τους κοινωνικούς ρόλους που έχω αναλάβει και τις δραστηριότητες που έχω αναπτύξει στον κοινωνικό τομέα.					

Παράρτημα II

Οι παρακάτω πίνακες αποτελούν τα περιγραφικά στοιχεία του δείγματος της παρούσας έρευνας:

Φύλο					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	άντρας	61	28,6	28,6	28,6
	γυναίκα	152	71,4	71,4	100,0
	Total	213	100,0	100,0	

Αναπηρία * φύλο				
Count				
		φύλο		Total
		άντρας	γυναίκα	
Αναπηρία	Χρόνια νοσήματα	29	76	105
	Χωρίς χρόνια νοσήματα	32	76	108
Total		61	152	213

Ηλικία					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	κάτω των 25	60	28,2	28,2	28,2
	26-35	33	15,5	15,5	43,7
	36-45	58	27,2	27,2	70,9
	46-55	45	21,1	21,1	92,0
	άνω των 55	16	7,5	7,5	99,5
	55	1	,5	,5	100,0
	Total	213	100,0	100,0	

Αναπηρία * ηλικία Crosstabulation								
Count								
		ηλικία						Total
		κάτω των 25	26-35	36-45	46-55	άνω των 55	55	
Αναπηρία	Χρόνια νοσήματα	10	14	34	32	14	1	105
	Χωρίς χρόνια νοσήματα	50	19	24	13	2	0	108
Total		60	33	58	45	16	1	213

Προσωπική Κατάσταση					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Παντρεμένος/η	99	46,5	46,5	46,5
	Ελεύθερος/η	96	45,1	45,1	91,5
	Διαζευγμένος/η	18	8,5	8,5	100,0
	Total	213	100,0	100,0	

Αναπηρία * προσωπική κατάσταση Crosstabulation					
Count					
		προσωπική κατάσταση			Total
		Παντρεμένος/η	Ελεύθερος/η	Διαζευγμένος/η	
Αναπηρία	Χρόνια νοσήματα	59	35	11	105
	Χωρίς χρόνια νοσήματα	40	61	7	108
Total		99	96	18	213

Παιδιά					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	92	43,2	43,2	43,2
	Όχι	121	56,8	56,8	100,0
	Total	213	100,0	100,0	

Αναπηρία * παιδιά Crosstabulation				
Count				
		παιδιά		Total
		Ναι	Όχι	
Αναπηρία	Χρόνια νοσήματα	58	47	105
	Χωρίς χρόνια νοσήματα	34	74	108
Total		92	121	213

Είδος_Απασχόλησης					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δημόσιος υπάλληλος	37	17,4	17,4	17,4
	Ιδιωτικός υπάλληλος	36	16,9	16,9	34,3
	Ελεύθερος επαγγελματίας	14	6,6	6,6	40,8
	Φοιτητής/τρια	54	25,4	25,4	66,2
	Συνταξιούχος	31	14,6	14,6	80,8
	Άνεργος	41	19,2	19,2	100,0
	Total	213	100,0	100,0	

Αναπηρία * Είδος_Απασχόλησης Crosstabulation

Count

		Είδος_Απασχόλησης						Total
		Δημόσιος υπάλληλος	Ιδιωτικός υπάλληλος	Ελεύθερος επαγγελματίας	Φοιτητής/τρια	Συνταξιούχος	Άνεργος	
Αναπηρία	Χρόνια νοσήματα	19	14	3	14	30	25	105
	Χωρίς χρόνια νοσήματα	18	22	11	40	1	16	108
Total		37	36	14	54	31	41	213

Επίδομα					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	70	32,9	32,9	32,9
	Όχι	143	67,1	67,1	100,0
	Total	213	100,0	100,0	

Αναπηρία * Επίδομα Crosstabulation				
Count				
		Επίδομα		Total
		Ναι	Όχι	
Αναπηρία	Χρόνια νοσήματα	44	61	105
	Χωρίς χρόνια νοσήματα	26	82	108
Total		70	143	213

Μορφωτικό επίπεδο					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Γυμνάσιο/Λύκειο	39	18,3	18,3	18,3
	Απόφοιτος μεταλυκειακής εκπαίδευσης (π.χ. ΙΕΚ)	31	14,6	14,6	32,9
	Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	83	39,0	39,0	71,8
	Μεταπτυχιακό	60	28,2	28,2	100,0
	Total	213	100,0	100,0	

Αναπηρία * Μορφωτικό_επίπεδο Crosstabulation						
		Count				
		Μορφωτικό_επίπεδο				Total
		Γυμνάσιο/Λύκειο	Απόφοιτος μεταλυκειακής εκπαίδευσης (π.χ. ΙΕΚ)	Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	Μεταπτυχιακό	
Αναπηρία	Χρόνια νοσήματα	25	20	33	27	105
	Χωρίς χρόνια νοσήματα	14	11	50	33	108
Total		39	31	83	60	213

Εισόδημα					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κάτω των 500	86	40,4	40,4	40,4
	500-1000	60	28,2	28,2	68,5
	1001-1500	48	22,5	22,5	91,1
	Άνω των 1500	19	8,9	8,9	100,0
	Total	213	100,0	100,0	

Αναπηρία * Εισόδημα Crosstabulation						
Count						
		Εισόδημα				Total
		Κάτω των 500	500-1000	1001-1500	Άνω των 1500	
Αναπηρία	Χρόνια νοσήματα	36	28	34	7	105
	Χωρίς χρόνια νοσήματα	50	32	14	12	108
Total		86	60	48	19	213

Κατοικία					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πόλη	180	84,5	84,5	84,5
	Χωριό	33	15,5	15,5	100,0
	Total	213	100,0	100,0	

Αναπηρία * Κατοικία Crosstabulation				
Count				
		Κατοικία		Total
		Πόλη	Χωριό	
Αναπηρία	χρόνια νοσήματα	88	17	105
	καμία	92	16	108
Total		180	33	213

Αναπηρία					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Χρόνια νοσήματα	105	49,3	49,3	49,3
	Χωρίς χρόνια νοσήματα	108	50,7	50,7	100,0
	Total	213	100,0	100,0	