

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:
ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ



«Η προσαρμογή στην αναπηρία ως παράμετρος της πρόκλησης
συναισθημάτων ντροπής και της δημιουργίας στενών διαπροσωπικών
σχέσεων»

Σάφη Ζωή

Ιωάννινα 2020

Διπλωματική Εργασία:

«Η προσαρμογή στην αναπηρία ως παράμετρος της πρόκλησης συναισθημάτων ντροπής και της δημιουργίας στενών διαπροσωπικών σχέσεων».

Σάφη Ζωή

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Επιβλέπων: Σπυρίδων- Γεώργιος Σούλης, Αναπληρωτής Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλος: Ελένη Μορφίδη, Επίκουρη Καθηγήτρια Π.Τ.Δ.Ε Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλος: Βασιλική Σιαφάκα, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήματος Λογοθεραπείας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ιωάννινα 2020

Η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη στον άνθρωπο που με έμαθε να παλεύω για το καλύτερο στη ζωή μου, που το βίωμά του ήταν η αφορμή για τη διερεύνηση αυτού του θέματος, σε σένα πατέρα που έφυγες νωρίς...

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | |
|--|----|
| Ευχαριστίες..... | 7 |
| Περίληψη..... | 8 |
| Abstract..... | 9 |
| Εισαγωγή..... | 10 |
| Α' ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ | |
| Λειτουργικοί Ορισμοί..... | 13 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΩΝ | |
| 1.1 Εννοιολογικός Προσδιορισμός της Αναπηρίας..... | 15 |
| 1.2 Οπτική Αναπηρία..... | 17 |
| 1.3 Σωματική Αναπηρία..... | 20 |
| 1.4 Χρόνιες Παθήσεις..... | 23 |
| 1.4.1 Σακχαρώδης Διαβήτης | 23 |
| 1.4.2 Μεσογειακή Αιμοσφαιμία..... | 25 |
| 1.4.3 Σκλήρυνση κατά πλάκας..... | 26 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Η ΑΠΟΔΟΧΗ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ | |
| 2.1 Προσδιορισμός της έννοιας της αποδοχής και της προσαρμογής..... | 29 |
| 2.2 Μοντέλα προσαρμογής στην αναπηρία..... | 31 |
| 2.3 Προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία και παράγοντες..... | 38 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ | |
| 3.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός του συναίσθηματος..... | 40 |
| 3.2 Εννοιολογική προσέγγιση της Ντροπής..... | 41 |
| 3.3 Διάκριση των εννοιών «Ντροπή» και «Ενοχή»..... | 43 |
| 3.4 Οι δύο διαστάσεις της ντροπής..... | 44 |
| 3.5 Το συναίσθημα της ντροπής και Αναπηρία..... | 46 |
| 3.6. Το συναίσθημα της ντροπής και ο δεσμός προσκόλλησης..... | 47 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΔΕΣΜΟΣ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ | |
| 4.1 Βασικές αρχές της θεωρίας της προσκόλλησης..... | 48 |
| 4.2 Βασικές αρχές της θεωρίας της προσκόλλησης κατά την ενήλικη ζωή..... | 51 |
| 4.3 Ταξινόμηση των τεσσάρων τύπων της προσκόλλησης κατά την ενήλικη ζωή..... | 53 |
| 4.4. Οι Διαστάσεις της Θεωρίας του Δεσμού Προσκόλλησης Ενηλίκων..... | 55 |
| 4.5. Ο δεσμός προσκόλλησης και Αναπηρία..... | 56 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ | |
| 5.1. Η προσαρμογή των ατόμων με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις..... | 58 |

| | |
|---|----|
| 5.2. Το συναίσθημα της ντροπής στα άτομα με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις..... | 64 |
| 5.3. Ο δεσμός προσκόλλησης σε ενήλικα άτομα με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις..... | 68 |

Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

| | |
|---|-----|
| 6.1. Σκοποί της έρευνας και Ερευνητικά Ερωτήματα..... | 73 |
| 6.2. Δείγμα- Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων..... | 75 |
| 6.3. Ερευνητικά εργαλεία..... | 81 |
| 6.4. Διαδικασία συλλογής ερευνητικών δεδομένων..... | 87 |
| 6.5. Στατιστική επεξεργασία των δεδομένων..... | 88 |
| 6.6. Αποτελέσματα..... | 89 |
| 6.6.1 Διερεύνηση της διαφοροποίησης της κλίμακας «Προσαρμογή στην αναπηρία και των υποκλιμάκων της ως προς το είδος της αναπηρίας..... | 88 |
| 6.6.2 Διερεύνηση της διαφοροποίησης της κλίμακας «Βίωμα της ντροπής» και των υποκλιμάκων της ως προς το είδος της αναπηρίας..... | 95 |
| 6.6.3 Διερεύνηση της διαφοροποίησης των υποκλιμάκων της κλίμακας «Αξιολόγηση των σχέσεων προσκόλλησης» ως προς το είδος της αναπηρίας..... | 99 |
| 6.6.4 Διερεύνηση της διαφοροποίησης των κλιμάκων Προσαρμογή στην αναπηρία, Βίωμα της ντροπής και Αξιολόγηση των σχέσεων προσκόλλησης ως προς τα δημογραφικά στοιχεία..... | 102 |
| 6.6.5 Συσχέτιση των υποκλιμάκων της κλίμακας «Προσαρμογή στην Αναπηρία με τις υποκλίμακες της κλίμακας «Βιώματος της ντροπής»..... | 119 |
| 6.6.6 Συσχέτιση των υποκλιμάκων της κλίμακας «Αξιολόγηση Σχέσεων Προσκόλλησης με τις υποκλίμακες της κλίμακας «Προσαρμογή στην Αναπηρία»..... | 123 |
| 6.6.7 Συσχέτιση των υποκλιμάκων της κλίμακας «Αξιολόγηση Σχέσεων Προσκόλλησης με τις υποκλίμακες κλίμακας «Βίωμα της ντροπής»..... | 125 |
| 6.6.8 Μοντέλο Παλινδρόμησης..... | 126 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....

| | |
|--|-----|
| Περιορισμοί της έρευνας - Προτάσεις για μελλοντική έρευνα..... | 143 |
|--|-----|

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....

| | |
|----------------------------|-----|
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 167 |
|----------------------------|-----|

| | |
|------------------|-----|
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1..... | 169 |
|------------------|-----|

| | |
|------------------|-----|
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2..... | 180 |
|------------------|-----|

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης, το οποίο υπάγεται στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Έπειτα από την ολοκλήρωση της μελέτης αυτής, κρίνεται σημαντικό να δοθούν ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλαν με την στήριξή τους προκειμένου να ολοκληρωθεί το δύσκολο αυτό έργο. Αρχικά, θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να δώσω σε όλους τους διδάσκοντες του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών. Αναλυτικότερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον επιβλέποντα καθηγητή Σπυρίδων-Γεώργιο Σούλη, αφού με την καθοδήγησή του, την υποστήριξή του και τις εύστοχες υποδείξεις του, συνέβαλε σημαντικά στη διεκπεραίωση της παρούσας μελέτης. Θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να δώσω στην καθηγήτρια Ελένη Μορφίδη, η οποία με την βοήθειά της και την καθοδήγησή της, συνέβαλε στην ολοκλήρωση σημαντικού μέρους της έρευνας. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτρια Σιαφάκα Βασιλική για την πολύτιμη συμβολή της στην εργασία. Δίχως την υποστήριξη και καθοδήγησή τους, δε θα ήταν δυνατό να πραγματοποιηθεί η παρούσα διπλωματική εργασία.

Επίσης, σημαντική αναφορά πρέπει να γίνει σε όλους τους συλλόγους των ατόμων με αναπηρία και ιδιαίτερα στον πρόεδρο του Συλλόγου Ατόμων με Αναπηρία Άρτας, κ. Σταύρο Κλεισούρη. Χάρη στην πολύτιμη βοήθεια και στήριξη του όλο αυτό το διάστημα κατάφερα να συγκεντρώσω επιτυχώς το δείγμα των ατόμων με οπτική αναπηρία. Θα ήθελα να απευθύνω ευχαριστίες στον Σωματείο Ατόμων με Αναπηρία Νομού Πρέβεζας «ΕΛΠΙΔΑ», για πολύτιμη βοήθειά τους στην διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων στον Νομό Πρέβεζας. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον πρώην πρόεδρο του Συλλόγου Ατόμων Θαλασσαιμίας Άρτας, κ. Ηλία Τσαντή, με τον οποίο συνεργάστηκα, καθώς η βοήθειά του ως προς τη διανομή και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων στον Νομό Άρτας, με σκοπό την ολοκλήρωση της έρευνας, ήταν σημαντική. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Σύλλογο Τυφλών Ιωαννίνων για την βοήθεια των μελών καθώς και τον πρόεδρο του Συλλόγου Θαλασσαιμίας Ιωαννίνων κ. Λεωνίδα Ρουμπάτη, για την ευγενική προθυμία του στην προώθηση των ερωτηματολογίων.

Καταλήγοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω μέσα από την καρδιά μου την μητέρα μου και την αδερφή μου, καθώς όλον αυτόν τον καιρό στάθηκαν στο πλευρό μου, στήριξαν την προσπάθειά μου, μου έδιναν δύναμη και κουράγιο προκειμένου να επιτύχω τους στόχους μου.

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της προσαρμογής στην αναπηρία στα άτομα με οπτική αναπηρία, σωματική αναπηρία, σακχαρώδη διαβήτη, σκλήρυνση κατά πλάκας καθώς και στα άτομα με μεσογειακή αναιμία/θαλασσαιμία. Παράλληλα, εξετάζονται το συναίσθημα της ντροπής και επιχειρείται, επίσης, η διερεύνηση του δεσμού προσκόλλησης ενηλίκων ατόμων με αναπηρία. Η μέτρηση των παραπάνω μεταβλητών επιχειρήθηκε με τρία ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, τα οποία χορηγήθηκαν σε 200 άτομα με αναπηρία (40 από κάθε κατηγορία αναπηρίας). Το πρώτο ερωτηματολόγιο εξέτασε την προσαρμογή στην αναπηρία, το δεύτερο εξέτασε το βίωμα της ντροπής και το τρίτο εξέτασε τις διαστάσεις του δεσμού προσκόλλησης ενηλίκων και συγκεκριμένα τη διάσταση του άγχους και τη διάσταση της αποφυγής. Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS. 25.0. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα με αναπηρία του δείγματος έχουν προσαρμοστεί στην αναπηρία. Βρέθηκε, επίσης, ότι τα άτομα με αναπηρία παρουσιάζουν σε χαμηλά προς μέτρια επίπεδα το συναίσθημα της ντροπής. Εντοπίστηκε ακόμα, ότι τέσσερις ομάδες αναπηρίας παρουσιάζουν κυρίως τη διάσταση της αποφυγής εκτός από τα άτομα με σωματική αναπηρία που παρουσιάζουν τη διάσταση του άγχους. Διερευνήθηκε η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών στις μεταβλητές και στις επιμέρους υποκλίμακες. Εντοπίστηκαν, επίσης, στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας. Τέλος, από το μοντέλο της παλινδρόμησης βρέθηκε ότι ο πιο σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της προσαρμογής στην αναπηρία, είναι το βίωμα της ντροπής.

Λέξεις κλειδιά: προσαρμογή στην αναπηρία, το βίωμα της ντροπής, δεσμός προσκόλλησης ενηλίκων, οπτική αναπηρία, σωματική αναπηρία, χρόνιες παθήσεις

The adjustment to disability as a mediating factor in the experience of shame and adult attachment

Abstract

The purpose of this research is to investigate the adjustment of people with disabilities, namely people with visual impairment, physical disabilities, diabetes mellitus, multiple sclerosis as well as people with thalassemia. At the same time, the experience of shame is considered and the attempt is being made to explore the adult attachment of people with disabilities. The measurement of the above variables was carried out with three self-referencing questionnaires, which were given to two hundred people with disabilities (40 people from each disability category). The first questionnaire looked at adaptation to disability, the second looked at the experience of shame, and the third looked at the dimensions of the adult attachment, specifically the anxious attachment and the avoidance attachment. The data was processed using the SPSS. statistical packet 25.0. The results showed that people with disabilities were adjusted to disability. It has also been found that people with disabilities have low to moderate levels of feelings of shame. It was also found that four disability groups mainly present the attachment avoidance, in addition to people with physical disabilities who present the attachment anxiety. The effect of demographic characteristics on variables and individual subscales was investigated. Significantly statistically significant correlations were also found between the research variables. Finally, the regression model found that the most important predictor of adaptation to disability, is the experience of shame.

Keywords: adjustment to disability, the experience of shame, adult attachment, visual impairment, physical disability, chronic illness

Εισαγωγή

Οι αναπηρίες φέρουν τα άτομα αντιμέτωπα με αρκετούς λειτουργικούς περιορισμούς, που επηρεάζουν τόσο τη σωματική (Fogarty et al., 2013, όπ. αναφ. στο Fogarty, Walsh, McGuigan, Tubridy, & Barry, 2014· Furner et al., 1995, όπ. αναφ. στο Brown & Barrett, 2011) όσο και την ψυχική τους υγεία (Rubin & Peyrot, 2001, όπ. αναφ. στο Bachmeier, et al., 2018· Santini et al., 2015, όπ. αναφ. στο Tough, Siegrist, & Fekete, 2017). Τα κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται στα άτομα με αναπηρία επιδρούν σημαντικά στο ψυχολογικό προφίλ τους και πιθανόν να επηρεάσουν τη διαδικασία της προσαρμογής τους σε μια κατάσταση αναπηρίας. Αναλυτικότερα, η προσαρμογή στην αναπηρία αποτελεί την τεκμηριωμένη τελική φάση της διαδικασίας της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής σε καταστάσεις κρίσης, συμπεριλαμβανομένης της εμφάνισης χρόνιων ασθενειών και αναπηριών. Γενικότερα, αναφέρεται στη συναισθηματική αποδοχή των λειτουργικών επιπτώσεων που προκύπτουν λόγω της αναπηρίας και την ενσωμάτωσή τους στην αυτοεικόνα του ατόμου (Livneh & Antonak, 2005). Η αποδοχή της αναπηρίας συμβάλλει στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, στην αντιμετώπιση του άγχους και στη βελτίωση της ψυχικής υγείας, της αυτοπεποίθησης του ατόμου που τη βιώνει (Smedema et al. 2010· Townend et al., 2010, όπ. αναφ. στο Kim, Kim, MaloneBeach, & Han, 2015). Από την άλλη πλευρά, η αρνητική αυτοεκτίμηση, η κατάθλιψη, ο θυμός, η κοινωνική απόσυρση χαρακτηρίζουν την μη επιτυχή προσαρμογή των ατόμων σε μια κατάσταση αναπηρίας (Smedema et al., 2010). Επομένως, τα άτομα με αναπηρία, τα οποία δεν καταφέρνουν να προσαρμοστούν στη κατάσταση της αναπηρίας τους διακατέχονται από πλήθος αρνητικών συναισθημάτων. Σε αυτά μπορεί να συμπεριληφθεί και το συναίσθημα της ντροπής, το οποίο αποτελεί ένα ιδιαίτερα έντονο, επώδυνο και αρνητικό συναίσθημα, που συνοδεύεται με αισθήματα κατωτερότητας, αδυναμίας και ταυτόχρονα αυτοσυνειδησίας, μαζί με την επιθυμία απόκρυψης ελλείψεων από την πλευρά του ατόμου (Gilbert, 1998, όπ. αναφ. στο Clapton et al., 2017). Τα άτομα με αναπηρία αισθάνονται ντροπή εξαιτίας της απώλειας της αυτονομίας και της ανεξαρτησίας, της αδυναμίας τους να εργαστούν και να προσφέρουν στην οικογένειά τους καθώς και λόγω της αρνητικής εικόνας που έχουν για το σώμα τους (Angulo et al., 2019· Peeters, 1992, όπ. αναφ. στο Ten Klooster, Christenhusz, Taal, Eggelmeijer, van Woerkom, & Rasker, 2014). Λόγω της διαφορετικότητάς τους αισθάνονται κατώτερα τους υπόλοιπους, νιώθουν ντροπή λόγω της αναπηρίας τους και δυσκολεύονται να δημιουργήσουν στενές διαπροσωπικές σχέσεις. Οι σχέσεις που διαμορφώνουν συνήθως, είναι με τους βασικούς φροντιστές τους και αποτελούν κυρίως σχέσεις εξάρτησης, λόγω των φυσικών περιορισμών που προκύπτουν εξαιτίας της αναπηρίας. Συγκεκριμένα, έχει διαπιστωθεί ότι η φροντίδα που παρέχεται από τους φροντιστές (συνήθως τους γονείς) στα παιδιά και στους εφήβους με αναπηρία διαμορφώνει το δεσμό προσκόλλησης. Το άγχος της φροντίδας ενός παιδιού με αναπηρία, οδηγεί πολλές φορές τον γονέα στο να μην είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στις ανάγκες του παιδιού και να μην του εκφράζει τα συναισθήματά του (Howe, 2006, όπ. αναφ. στο Abubakar et al., 2013). Αυτά τα πρότυπα συμπεριφοράς μπορεί να συμβάλλουν στη διαμόρφωση της ανασφαλούς προσκόλλησης σε παιδιά και εφήβους

με αναπηρία (Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 2009, όπ. αναφ. στο Abubakar et al., 2013). Υποστηρίζεται ότι οι πρώιμες εμπειρίες της παιδικής ηλικίας διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο για την υγιή ανάπτυξη των παιδιών, για τις σχέσεις καθώς και για τις μελλοντικές συμπεριφορές τους στην ενήλικη ζωή (Roa, & Madan, 2013, όπ. αναφ. στο Makkiyan, Malekitabar, & Farahbakhsh, 2016). Με άλλα λόγια η θεωρία του δεσμού υποστηρίζει ότι οι πρώιμες αλληλεπιδράσεις του ατόμου με τους βασικούς φροντιστές του (συνήθως τους γονείς του) καλλιεργούν νοητικές αναπαραστάσεις (mental representations) ή εσωτερικά ενεργά μοντέλα (internal working models) για τον εαυτό και τους άλλους ανθρώπους, τα οποία αποκρυσταλλώνονται αργότερα στα πρότυπα δεσμού ενηλίκων (adult attachment styles). Με βάση τις παραπάνω διαπιστώσεις οδηγούμαστε στον σκοπό της παρούσας μελέτης, ο οποίος είναι να διερευνήσει τα επίπεδα προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας, το βίωμα της ντροπής καθώς επίσης και το δεσμό προσκόλλησης ενηλίκων ατόμων με οπτική αναπηρία, σωματική αναπηρία, σακχαρώδη διαβήτη, θαλασσαιμία/μεσογειακή αναιμία, και σκλήρυνση κατά πλάκας. Αναλυτικότερα, το πρώτο μέρος της παρούσας μελέτης αποτελείται από τέσσερα (6) κεφάλαια: Το πρώτο κεφάλαιο επιχειρεί τον προσδιορισμό της αναπηρίας και στη συνέχεια παρουσιάζονται οι πέντε αναπηρίες/χρόνιες παθήσεις, που θα μας απασχολήσουν στην παρούσα μελέτη. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται λόγος για την οπτική αναπηρία, για την σωματική αναπηρία, για τον σακχαρώδη διαβήτη, τη μεσογειακή αναιμία/θαλασσαιμία και την σκλήρυνση κατά πλάκας. Στο δεύτερο κεφάλαιο προσδιορίζονται οι έννοιες ψυχοκοινωνική προσαρμογή, προσαρμογή και αποδοχή μιας αναπηρίας, περιγράφονται τα μοντέλα προσαρμογής στην αναπηρία καθώς και οι παράγοντες που επιδρούν στη διαδικασία της προσαρμογής. Στο επόμενο κεφάλαιο, το τρίτο, αρχικά προσδιορίζεται το συναίσθημα και στη συνέχεια του κεφαλαίου οριοθετείται το συναίσθημα της ντροπής, γίνεται διάκριση του συναισθήματος της ντροπής από την ενοχή, ακολουθούν οι διαστάσεις του συναισθήματος της ντροπής (εσωτερική ντροπή και εξωτερική ντροπή), δίνεται έμφαση στο συναίσθημα της ντροπής στα άτομα με αναπηρία και στο τέλος παρουσιάζεται το συναίσθημα της ντροπής και ο δεσμός προσκόλλησης. Ακολουθεί το τέταρτο κεφάλαιο, στο οποίο αρχικά παρουσιάζονται οι βασικές αρχές του δεσμού προσκόλλησης, ακολουθούν οι βασικές αρχές της θεωρίας προσκόλλησης κατά την ενήλικη ζωή, παρουσιάζεται η ταξινόμηση των τεσσάρων τύπων προσκόλλησης κατά την ενήλικη ζωή, στη συνέχεια περιγράφονται οι διαστάσεις της θεωρίας του δεσμού προσκόλλησης ενηλίκων και στο τέλος του κεφαλαίου περιγράφεται ο δεσμός προσκόλλησης στα άτομα με αναπηρία. Στο πέμπτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας επιχειρείται μια ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για την προσαρμογή των ατόμων με αναπηρία, το συναίσθημα της ντροπής και τον δεσμό προσκόλλησης ενηλίκων. Το δεύτερο μέρος της εργασίας, αποτελεί το ερευνητικό της κομμάτι, το οποίο διαρθρώνεται σε δύο κεφάλαια: Στο έκτο, κατά σειρά κεφάλαιο, περιγράφονται οι σκοποί της έρευνας, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν καθώς και τα χαρακτηριστικά του δείγματος, δίνονται πληροφορίες για τα βήματα που ακολουθήθηκαν κατά τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη διεξαγωγή της έρευνας. Στο τελευταίο

κεφάλαιο επιχειρείται μία ερμηνεία των αποτελεσμάτων, εξετάζεται η συνάφειά τους με προϋπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα, γίνεται αναφορά σε ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς της έρευνας και δίνονται κατευθύνσεις για μελλοντική διεξαγωγή ερευνών.

Α' ΜΕΡΟΣ:ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Λειτουργικοί Ορισμοί

Αναπηρία (“Disability”)

Η αναπηρία αποτελεί ένα πολυδιάστατο όρο, για τον οποίο διαμορφώθηκαν διάφορες προσεγγίσεις. Αναλυτικότερα, το ηθικό μοντέλο της αναπηρίας υποστηρίζει ότι η αναπηρία αποτελεί ένα ελάττωμα που προκαλείται ως συνέπεια ηθικών παραπτώματων ή αμαρτιών και προκαλεί ντροπή στο άτομο. Η ιατρική θεώρηση της αναπηρίας αντιμετωπίζει το άτομο με αναπηρία ως μη «υγιές» και ως μη «φυσιολογικό», το οποίο χρήζει ιατρικής αντιμετώπισης, η οποία οφείλει να στοχεύει στην αποκατάσταση από ειδικούς. Το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας κατανοεί την αναπηρία σε σχέση με το κοινωνικό σύνολο. Η αναπηρία, δηλαδή, προσδιορίζεται και διαμορφώνεται κοινωνικά. Δεν αποτελεί ειδοποιό ατομικό χαρακτηριστικό, αλλά μια προβληματική κατάσταση που κατά κανόνα δημιουργεί η κοινωνία. Επομένως, το κοινωνικό μοντέλο αντιλαμβάνεται την αναπηρία ως μια κοινωνική κατασκευή, σύμφωνα με την οποία, η ευθύνη για την αναπηρία βρίσκεται στην κοινωνία που τη δημιουργεί και όχι στο άτομο που τη φέρει (Florian, 1982, σ. 292, όπ. αναφ. στο Κλεφτάρας & Βλάχου,2019· Σούλης, 2020·Oliver, 1996· Oliver, 2013).

Χρόνιες Παθήσεις (“Chronic-Non communicable diseases”)

Χρόνιες παθήσεις/ασθένειες είναι οι παθήσεις/ασθένειες, οι οποίες δεν μεταβιβάζονται από τον ένα οργανισμό στον άλλο, τείνουν να είναι μακράς διάρκειας και οφείλονται σε συνδυασμό γενετικών, περιβαλλοντικών και συμπεριφορικών παραγόντων. Στα χαρακτηριστικά τους, επίσης, συμπεριλαμβάνεται η παρατεταταμένη κλινική πορεία της νόσου, που πιθανώς να οδηγήσει σε άλλες επιπλοκές υγείας καθώς και η σύνδεση της ασθένειας/πάθησης με λειτουργική ανεπάρκεια ή αναπηρία. Στις χρόνιες παθήσεις περιλαμβάνονται οι αιματολογικές παθήσεις (π.χ. μεσογειακή αναιμία), καρδιαγγειακές παθήσεις (π.χ. καρδιακές προσβολές και εγκεφαλικά επεισόδια), καρκίνοι, χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις (όπως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και άσθμα) και ο διαβήτης» (AIHW, 2011·WHO, 2018).

Προσαρμογή στην αναπηρία (“Adjustment to disability”)

Η «προσαρμογή στην αναπηρία» (“adjustment”) αποτελεί την τεκμηριωμένη τελική φάση της διαδικασίας της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής σε καταστάσεις κρίσης, συμπεριλαμβανομένης της εμφάνισης χρόνιων ασθενειών και αναπηριών. Εναλλακτικά, εκφράζεται με όρους όπως επίτευξη και διατήρηση της

ψυχοκοινωνικής ισορροπίας, επίτευξη μιας κατάστασης επανένταξης. Επίσης, συναντάται και ως θετική προσπάθεια για επίτευξη στόχων ζωής, επίδειξη θετικής αυτοεκτίμησης και αυτοσεβασμού καθώς και ως βίωμα θετικής στάσης απέναντι στον εαυτό του, στους άλλους και στην αναπηρία. Η προσαρμογή στην αναπηρία, επομένως, αναφέρεται στη συναισθηματική αποδοχή των λειτουργικών επιπτώσεων της αναπηρίας και στη ενσωμάτωσή τους στην αυτοεικόνα του ατόμου (Livneh & Antonak, 1997, όπ. αναφ. στο Marini & Stebnicki, 2018· Livneh & Antonak, 2005).

Ντροπή (“Shame”)

Η «ντροπή» αποτελεί ένα ιδιαίτερα έντονο και επώδυνο συναίσθημα, το οποίο κατατάσσεται στην ομάδα των συνειδητών συναισθημάτων. Συνοδεύεται από συναισθήματα κατωτερότητας, αδυναμίας, μαζί με την επιθυμία απόκρυψης των ελλείψεων από την πλευρά του ατόμου. Το άτομο που βιώνει το συναίσθημα της ντροπής εκδηλώνει ταυτόχρονα και σωματικές αντιδράσεις, όπως είναι η συστολή του σώματος, η αποστροφή του κεφαλιού, η αποφυγή της βλεμματικής επαφής, το ερύθημα και η στάση ταπείνωσης, κατωτερότητας, αποφυγής κι απόσυρσης. Η ντροπή μπορεί να χαρακτηριστεί και ως ένα ηθικό συναίσθημα, καθώς αποτελεί αντίδραση στην παραβίαση ηθικών κανόνων και αξιών, συμβάλλοντας στην καλλιέργεια ηθικής συμπεριφοράς. Τέλος το συναίσθημα της ντροπής είναι, επίσης, άρτια συνδεδεμένο με το κοινωνικό πλαίσιο, Επομένως, διαθέτει και κοινωνικό χαρακτήρα, καθώς συμβάλλει στη διαμόρφωση της προσωπικής και κοινωνικής ταυτότητας και του αισθήματος κοινωνικής αποδοχής (Gilbert, 1998, όπ. αναφ. στο McKendry, 2014· Gilbert, 1998, όπ. αναφ. στο Clapton et al., 2017· Grout, 2013· Tangney & Dearing, 2002, όπ. αναφ. στο Davidson et al., 2018).

Δεσμός Προσκόλλησης (“attachment theory”)

Η θεωρία του δεσμού προσκόλλησης αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα θεωρητικά πλαίσια μελέτης των στενών διαπροσωπικών σχέσεων. Κύριος εισηγητής της θεωρίας του δεσμού προσκόλλησης είναι ο John Bowlby (1969/1982). Συγκεκριμένα, ο όρος δεσμός (“attachment”) αναφέρεται σε συναισθηματικές σχέσεις που η δυναμική τους χαρακτηρίζεται από στενό συναισθηματικό δέσιμο με βασικά στοιχεία τη σταθερότητα, την ασφάλεια, την αλληλεξάρτηση και τη μοναδικότητα των ατόμων που εμπλέκονται, αλλά και την ασφάλεια και ανακούφιση που τα άτομα επιζητούν στα πλαίσια αυτών των σχέσεων. Η θεωρία της προσκόλλησης εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο διαμορφώνεται η σχέση γονέα-παιδιού από τη βρεφική κιόλας ηλικία. Υποστηρίζει ένα αναπτυξιακό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η ποιότητα της σχέσης με τους γονείς στα πρώτα χρόνια της ζωής επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα διαμορφώνουν τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις του στην ενήλικη ζωή (Ainsworth, 1989· Gillath et al., 2016).

Κεφάλαιο 1^ο : Εννοιολογικός Προσδιορισμός Αναπηριών

1. 1 Εννοιολογικός προσδιορισμός της Αναπηρίας

Επιχειρώντας την εννοιολογική προσέγγιση της έννοιας της αναπηρίας διαπιστώνεται ότι συνιστά μια δύσκολη διαδικασία, καθώς αποτελεί ένα πολύπλοκο φαινόμενο που διαφοροποιείται ανάλογα είτε με τις κοινωνικές και πολιτικές αντιλήψεις που ισχύουν είτε από το άτομο που τη φέρει (Σούλης, 2008). Με άλλα λόγια, το άτομο με αναπηρία προσδιορίζεται με διαφορετικό τρόπο σε κάθε εποχή και σε κάθε κοινωνική ομάδα, καθώς και αντιλαμβάνεται την κατάσταση που βιώνει (την αναπηρία) διαφορετικά ανάλογα με τους περιορισμούς που επιφέρει στη ζωή του. Εξαιτίας της μεγάλης διαφοροποίησης που επικρατεί, καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολη η διατύπωση ενός ευρέως αποδεκτού ορισμού για την έννοια της αναπηρίας, καθώς κατά καιρούς έχουν προταθεί πολλές διατυπώσεις του όρου. Από τα παραπάνω, προκύπτει ότι επιχειρήθηκαν και διαμορφώθηκαν διάφορες προσεγγίσεις για την αναπηρία, με τις κυριότερες να εστιάζουν είτε στην ίδια την κατάσταση του ατόμου, είτε στην κατάσταση που δημιουργεί η κοινωνία.

Αρχικά, το πρώτο και μακροβιότερο μοντέλο της αναπηρίας είναι το ηθικό μοντέλο. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η αναπηρία αντιμετωπίζεται ως ένα ελάττωμα που προκαλείται ως συνέπεια ηθικών παραπτώματων ή αμαρτιών και προκαλεί ντροπή στο άτομο. Σε πολιτισμικά συστήματα όπου η έμφαση δίνεται στην οικογένεια και την ομάδα έναντι του κάθε ατόμου, η ντροπή αποδίδεται στην ομάδα. Για την ύπαρξη της αναπηρίας ευθύνη φέρει το άτομο και/ή η οικογένεια του. Η αναπηρία εκλαμβάνεται ως «θεϊκή τιμωρία» για αμαρτωλές πράξεις (Florian, 1982, σ. 292, όπ. αναφ. στο Κλεφτάρας & Βλάχου, 2019). Επομένως, η αναπηρία αντιπροσωπεύει την πραγμάτωση της αμαρτίας ή ηθικού παραπτώματος. Σύμφωνα με το ηθικό μοντέλο η αναπηρία ισοδυναμεί με τη δοκιμασία της πίστης, υπό την έννοια ότι «ο Θεός μας στέλνει ότι μπορούμε να αντέξουμε». Με βάση αυτό, θεωρείται ότι η οικογένεια ενός ατόμου με αναπηρία έχει κατά κάποιον τρόπο επιλεγεί όσον αφορά ορισμένα χαρακτηριστικά της (πίστη ή δύναμη, ή μια δοκιμασία αυτών). Η αναπηρία θέτει σε μια δοκιμασία όχι μόνο το άτομο με αναπηρία αλλά και την οικογένειά του. Καταληκτικά, σύμφωνα με το ηθικό μοντέλο, οι γεννητικές διαταραχές, που συνδέονται με την εμφάνιση αναπηρίας στιγματίζουν την οικογένεια και δημιουργούν συναισθήματα φόβου, οίκτου και ενοχής, στην περίπτωση κληροδότησης ελαττώματος στους απογόνους (Shiloh, 1996, όπ. ανάφ. στο Κλεφτάρας & Βλάχου, 2019).

Ακολούθως, η δεύτερη προσέγγιση που διαμορφώθηκε για την έννοια της αναπηρίας, είναι το ιατρικό-βιολογικό μοντέλο. Αναλυτικότερα, στο χώρο της αναπηρίας μέχρι την δεκαετία του '80 επικρατούσε κυρίως το ιατρικό μοντέλο (Oliver, 1996). Σύμφωνα με την ιατρική θεώρηση της αναπηρίας είναι απαραίτητος ο προσδιορισμός των αιτιών και ο εντοπισμός των παραγόντων που προκαλούν την

εμφάνιση της. Το ιατρικό μοντέλο αντιμετωπίζει το άτομο με αναπηρία ως μη «υγιές», ως μη «φυσιολογικό». Επομένως, θεωρείται από τις επιστήμες της υγείας ως σημαντικός ο προσδιορισμός των παραγόντων που την προκαλούν, με σκοπό να παρέχεται στους «ασθενείς» - καθώς για το ιατρικό μοντέλο κατανόησης της αναπηρίας θεωρούνται ασθενείς τα άτομα με αναπηρία- η κατάλληλη θεραπεία, η οποία στοχεύει στην αποκατάσταση (Karam et al.,2016, όπ. ανάφ. στο Σούλης, 2020). Επομένως, το παραπάνω μοντέλο υποστηρίζει ότι το άτομο με αναπηρία θεωρείται ότι έχει ανάγκη από ιατρική αντιμετώπιση, η οποία οφείλει να στοχεύει στην αποκατάσταση από ειδικούς, να παρασχεθεί μόνο από τους ειδικούς, περιορίζοντας με αυτόν τον τρόπο τον ρόλο που διαδραματίζει η ίδια η κοινωνία στην κατασκευή της αναπηρίας (Oliver, 1996). Έχοντας ως βάση το ιατρικό μοντέλο, το 1980 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) πρόέβη σε ένα σύστημα ταξινόμησης της αναπηρίας. Το σύστημα ταξινόμησης επικεντρωνόταν στην αδυναμία των ατόμων με αναπηρία να λειτουργήσουν όπως κάθε «φυσιολογικός» άνθρωπος εξαιτίας των ελαττωμάτων τους και υποστήριξε ότι τα άτομα με αναπηρία αδυνατούν να επιτελέσουν έναν φυσιολογικό κοινωνικό ρόλο (Oliver, 2009·Reindal,2009, όπ. ανάφ. στο Ζώνιου-Σιδέρη, Ντεροπούλου-Ντέρου, Βλάχου, 2012). Με άλλα λόγια, από το ιατρικό μοντέλο αναδεικνύεται η στατική υπόσταση της αναπηρίας, ενώ αγνοούνται οι κοινωνικές της αιτίες και τα εμπόδια θεσμικής, συμπεριφορικής, υλικής και ιδεολογικής φύσης, τα οποία οδηγούν στην περιορισμένη λειτουργικότητα των αναπήρων (Reindal, 2010, όπ. αναφ. στο Ζώνιου-Σιδέρη, Ντεροπούλου-Ντέρου, Βλάχου, 2012).

Από την άλλη πλευρά, το κοινωνικό μοντέλο προσέγγισης της αναπηρίας που αναδείχθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1980, εστιάζει το ενδιαφέρον του στην κριτική του κυρίαρχου ως τότε ιατρικού μοντέλου (Καραγιάννη & Ζώνιου-Σιδέρη, 2006, όπ. αναφ. στη Ζώνιου-Σιδέρη, Ντεροπούλου-Ντέρου, Βλάχου, 2012). Το κοινωνικό μοντέλο κατανοεί την αναπηρία σε σχέση με το κοινωνικό σύνολο. Επιχειρείται η εννοιολογική προσέγγιση της αναπηρίας με κοινωνικούς όρους στο πλαίσιο που αναπτύσσεται μεταξύ ατόμου και κοινότητας. Συγκεκριμένα, κάποιο άτομο χαρακτηρίζεται ως άτομο με ή δίχως αναπηρία με κριτήριο την κοινωνική προσαρμοστικότητά του. Η κοινωνική προσαρμοστικότητα αποτελεί έναν όρο που περιλαμβάνει ένα σύνολο προϋποθέσεων, οι οποίες θεωρούνται απαραίτητες για κάθε άτομο, προκειμένου να την επιτυγχάνει. Με βάση το κοινωνικό μοντέλο, το άτομο με αναπηρία χαρακτηρίζεται από έλλειψη κοινωνικής προσαρμογής, καθώς και από απουσία αναμενόμενης κοινωνικής συμπεριφοράς (Schalock et al.,2007, όπ. αναφ. στο Σούλης, 2020). Αρχικά, το κοινωνικό μοντέλο κατανόησης της αναπηρίας, ανέδειξε την κοινωνική προσαρμογή ως προσδιοριστικό κριτήριο καθώς και μια ισχυρή αντίληψη ως προς την ατομική-προσωπική ευθύνη απαιτώντας από το άτομο με αναπηρία να αποποιηθεί τη δήθεν στρεβλή ταυτότητά του και να βρει τον τρόπο να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις του εκάστοτε περιβάλλοντος. Μετέπειτα, αναδείχθηκε η ευθύνη του κοινωνικού συνόλου για την κοινωνική προσαρμοστικότητά του ατόμου με αναπηρία στο κομμάτι των δυνατοτήτων που του παρέχει. Η αναπηρία, δηλαδή, προσδιορίζεται και διαμορφώνεται κοινωνικά και μια

προβληματική κατάσταση που κατά κανόνα δημιουργεί η κοινωνία (Σούλης, 2020). Επομένως, το κοινωνικό μοντέλο αντιλαμβάνεται την αναπηρία ως μια κοινωνική κατασκευή, σύμφωνα με την οποία, η ευθύνη για την αναπηρία βρίσκεται στην κοινωνία που τη δημιουργεί και όχι στο άτομο που τη φέρει (Oliver, 2013). Τα άτομα με αναπηρία βιώνουν περιορισμούς και περιθωριοποίηση εξαιτίας της αποτυχίας της κοινωνίας να ανταποκριθεί στις ανάγκες τους ώστε να τους παρέχει τις απαραίτητες κοινωνικές υπηρεσίες (Ζώνιου-Σιδέρη, Ντεροπούλου-Ντέρου, Βλάχου, 2012). Από το κοινωνικό μοντέλο προέκυψε και η αναθεώρηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2001. Σύμφωνα με το νέο σύστημα ταξινόμησης της αναπηρίας, η αναπηρία είναι αποτέλεσμα οργανικών ή περιβαλλοντικών αιτιών, που δημιουργούν ένα εμπόδιο και περιορισμούς σε σημαντικούς τομείς της ζωής όπως η αυτοεξυπηρέτηση, η εκπαίδευση, η απασχόληση, ψυχαγωγία και στην γενικότερη συμμετοχή στην κοινωνία (WHO, 2002).

Από την αποσαφήνιση των παραπάνω εννοιών, διαπιστώνεται ότι η αναπηρία αποτελεί έναν πολυδιάστατο όρο, εμπεριέχοντας βλάβες και περιορισμούς, όσον αφορά τη συμμετοχή σε δραστηριότητες (Blichfeldt & Nicolaisen, 2011). Εν ολίγοις η αναπηρία δεν συνιστά απλώς μια βλάβη του ανθρώπινου σώματος, αλλά αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο, το οποίο προκύπτει από την αλληλεπίδραση μεταξύ των χαρακτηριστικών του ατόμου με αναπηρία και των χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος της κοινωνίας. Παρακάτω ακολουθεί η παρουσίαση των πέντε αναπηριών/χρόνιων παθήσεων (οπτική αναπηρία, σωματική αναπηρία, σακχαρώδης διαβήτης, μεσογειακή αναιμία/θαλασσαιμία, σκλήρυνση κατά πλάκας), οι οποίες θα αποτελέσουν αντικείμενο διερεύνησης στην παρούσα εργασία. Ο λόγος για τον οποίο η παρούσα ερευνητική εργασία εστιάζει στις συγκεκριμένες αναπηρίες οφείλεται, όπως θα φάνει και στη συνέχεια, στους αρκετούς λειτουργικούς περιορισμούς που προκύπτουν εξαιτίας της φύσης των συγκεκριμένων αναπηριών, οι οποίοι επηρεάζουν τόσο τη σωματική (Fogarty et al., 2013, όπ. αναφ. στο Fogarty, Walsh, McGuigan, Tubridy, & Barry, 2014· Verbrugge & Patrick, 1995, όπ. αναφ. στο Brown & Barrett, 2011) όσο και την ψυχική υγεία των ατόμων (Rubin & Peyrot, 2001, όπ. αναφ. στο Bachmeier, et al., 2018· Santini et al., 2015, όπ. αναφ. στο Tough, Siegrist, & Fekete, 2017). Τα κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται στα άτομα με οπτική αναπηρία, με σωματική αναπηρία καθώς και στα άτομα με χρόνιες παθήσεις επιδρούν σημαντικά στο ψυχολογικό προφίλ τους, στη διαμόρφωση των σχέσεων τους με τους άλλους καθώς και στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή τους σε μια κατάσταση αναπηρίας.

1.2 Οπτική Αναπηρία

Η όραση είναι η κυριότερη από τις πέντε ανθρώπινες αισθήσεις και διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο σε κάθε πλευρά και στάδιο της ζωής του κάθε ατόμου (WHO, 2019). Υποστηρίζει την ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων για την ενθάρρυνση της φιλίας, την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και τη διατήρηση της

ευημερίας (Armstrong, Jovic, Vo-Phuoc, Thorpe, & Doolan, 2012), ενώ ταυτόχρονα ασκεί σημαντική επίδραση στη σωματική αλλά και ψυχική υγεία του ανθρώπου (Houwen, Hartman, & Visscher, 2009). Επομένως, η όραση αποτελεί το πολυτιμότερο αγαθό για τον άνθρωπο και η ενδεχόμενη απώλειά της έχει ως απόρροια τη δημιουργία σοβαρών προβλημάτων στη ζωή του ατόμου σε γνωστικό, κοινωνικό-συναισθηματικό και κινητικό επίπεδο. Συνεπώς, η απώλεια της όρασης οδηγεί σε μια κατάσταση που αναφέρεται ως οπτική αναπηρία.

Αναλυτικότερα, «η οπτική αναπηρία προκύπτει όταν η κατάσταση του ματιού επηρεάζει το οπτικό σύστημα και μία ή περισσότερες λειτουργίες όρασης. Έχει σοβαρές συνέπειες στο άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του, πολλές από τις οποίες μπορούν, ωστόσο, να μετριαστούν με την έγκαιρη παρέμβαση που έχει ως σκοπό την αποκατάσταση. Σε παγκόσμιο επίπεδο, εκτιμάται ότι τουλάχιστον 2,2 δισεκατομμύρια άνθρωποι έχουν μειωμένη όραση ή τύφλωση. Η πλειοψηφία των ατόμων με προβλήματα όρασης είναι άνω των 50 ετών» (WHO, 2019).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας υπάρχουν τέσσερις βαθμοί όρασης, οι οποίοι σχετίζονται με την οπτική λειτουργία: η «κανονική» όραση, η ήπια οπτική βλάβη, η σοβαρή οπτική βλάβη και η τύφλωση. Η ήπια και σοβαρή οπτική βλάβη αναφέρονται με τον όρο «μειωμένη όραση», ο οποίος μαζί με τον όρο «τύφλωση» συνιστούν την οπτική αναπηρία (WHO, 2019). Γενικότερα, τα προβλήματα όρασης ορίζονται με βάση την οπτική οξύτητα και το οπτικό πεδίο. Πιο συγκεκριμένα, «η οπτική οξύτητα, έχει να κάνει με την δυνατότητα του ατόμου να διακρίνει λεπτομέρειες και σχηματισμούς. Η οπτική οξύτητα μπορεί να αναγνωριστεί και να διακριθεί μέσα από διαδικασίες όπως είναι η ανάγνωση γραμμάτων, συλλαβών, ή άλλων συμβόλων από τον οπτότυπο Shellen Eye» (Heward, 2011, σ. 406). Η οπτική οξύτητα εκφράζεται με ένα κλάσμα, το οποίο έχει ως αριθμητή τη μέγιστη απόσταση (σε μέτρα ή πόδια) στην οποία μπορεί κάποιο άτομο να ξεχωρίσει δύο αντικείμενα, ενώ ο παρανομαστής αναφέρεται στη συνηθισμένη απόσταση, κατά την οποία το άτομο χωρίς προβλήματα όρασης μπορεί να διακρίνει τα ίδια αντικείμενα (Cattaneo & Vecchi, 2011). Με βάση την 11^η έκδοση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-11) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ένα άτομο έχει χαμηλή όραση εάν η οπτική του οξύτητα στο καλύτερο μάτι είναι από 0.3 έως 0.05 και έχει μια αντίστοιχη μείωση στο οπτικό του πεδίο σε λιγότερο από 20 βαθμούς. Η οπτική του οξύτητα 0.3 αναφέρεται στην ικανότητα του να διακρίνει ένα σύμβολο στα 6 μέτρα (20 πόδια). Αξίζει να αναφερθεί ότι «όσο αυξάνει ο παρανομαστής τόσο μειώνεται η οπτική οξύτητα» (Heward, 2011, σ. 406). Αναλογικά, στην «κανονική» όραση, μία οπτική οξύτητα 1 και αντιστοιχεί σε όραση 6/6 ή 20/20. Η τύφλωση αναφέρεται ως η οπτική οξύτητα που είναι λιγότερη από 0.05 (δηλαδή 6/120 ή 20/400 και/ή μια αντίστοιχη μείωση στο οπτικό πεδίο σε λιγότερο από 10 βαθμούς (WHO, 2010). Αντίστοιχα, η Ελληνική Νομοθεσία στο Άρθρο 1 του Ν.958/1979 ορίζει ως τυφλό: «το άτομο το οποίο στερείται παντελώς της αντιλήψεως του φωτός ή του οποίου η οπτική οξύτητα είναι μικρότερη του 1/20 της αντίστοιχης φυσιολογικής και του οποίου η οπτική

οξύτητα δε βελτιώνεται με διόρθωση, η δε θεραπεία του δε βελτιώνεται με χειρουργική επέμβαση». Γενικότερα, άτομα με μειωμένη όραση, αμβλύωπες ή άτομα χωρίς όραση, χαρακτηρίζονται τα άτομα με διαταραχές ή μειονεξίες στην οπτική λειτουργία, οι οποίες αφορούν την οπτική αντίληψη – προσαρμογή, την οξύτητα ή το οπτικό πεδίο και την ποιότητα της όρασης (Schurink, Cox, Cillessen, van Rens, & Boonstra, 2011).

Αναφορικά με τις κυριότερες αιτίες της μερικής όρασης και τύφλωσης παγκοσμίως, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αποτελούν: «το γλαύκωμα, ο καταρράκτης, το τράχωμα, η ηλιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας καθώς και η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια» (WHO, 2019). Παράλληλα, στα αίτια συμπεριλαμβάνονται και η ανεπαρκής οξυγόνωση κατά τη γέννηση του παιδιού, που ονομάζεται υποξία και η υδροκεφαλία κατά την οποία συγκεντρώνεται υπερβολικό υγρό στον εγκέφαλο, διαθλαστικές ανωμαλίες ή σφάλματα (Heward, 2011), ο στραβισμός, η αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς (Tang, Wang, Wang, Huang, Gao, Luo, & Lu, 2015). Η οπτική αναπηρία εμφανίζεται είτε εκ γενετής είτε το άτομο την αποκτά κατά τη διάρκεια της ζωής του (επίκτητη). Είναι γεγονός ότι μια επίκτητη οπτική αναπηρία, η εμφάνιση της οποίας μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε στιγμή στη ζωή του ατόμου, μπορεί να λειτουργήσει με τελείως διαφορετικό τρόπο στο άτομο. Συγκεκριμένα, το άτομο με οπτική ενδέχεται να παρουσιάσει πολύ μεγαλύτερες δυσκολίες κατά τη διάρκεια προσαρμογής σε σχέση με τα άτομα με αναπηρία, τα οποία γεννήθηκαν με αυτήν (Alford et al. 2014).

Επιπτώσεις της Οπτικής Αναπηρίας

Η οπτική αναπηρία επηρεάζει το άτομο που τη βιώνει έχοντας αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής του. Αναλυτικότερα, μπορεί να επηρεάσει τις βασικές καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου όπως το ντύσιμο, την κολύμβηση καθώς και λειτουργικές δραστηριότητες όπως τη φροντίδα του νοικοκυριού και την εκτέλεση καθηκόντων. Η αύξηση των φυσικών περιορισμών υπογραμμίζει την αρνητική επίδραση της απώλειας της όρασης στην ποιότητα ζωής των ατόμων με οπτική αναπηρία (Furner et al., 1995·Verbrugge & Patrick, 1995, όπ. αναφ. στο Brown & Barrett, 2011). Η οπτική αναπηρία επηρεάζει το ίδιο το άτομο, έχοντας οικονομικό, κοινωνικό και ψυχολογικό αντίκτυπο. Αυτό συνεπάγεται την απώλεια της αυτοεκτίμησης, της κοινωνικής θέσης του ατόμου καθώς και επαγγελματικούς περιορισμούς και στη μείωση του εισοδήματος (Araújo Filho, Salomão, & Berezovsky, 2008, όπ. αναφ. στο Silva, Arantes, Casaroli-Marano, Vaz, Belfort, & Muccioli, 2017). Τα άτομα με αυτή την αναπηρία αντιλαμβάνονται τον κόσμο διαφορετικά και συνεπώς τους δημιουργούνται κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα λόγω της έλλειψης δραστηριοτήτων, συναναστροφών και ενδιαφερόντων με άλλους (Makkiyan, Malekitabar, & Farahbakhsh, 2016). Έχει αποδεχθεί ότι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εκδηλώσουν καταθλιπτικά συμπτώματα και να νιώθουν λιγότερο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους (Brown & Barrett, 2011). Επίσης, είναι πολύ πιθανό

να υποφέρουν από κατάθλιψη και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Maleki Tabar, Khosh Konesh, & Khodabakhshi Koolaei, 2011, όπ. αναφ. στο Makkiyan, Malekitabar, & Farahbakhsh, 2016). Ενδέχεται ακόμη να εκδηλώσουν νευρικότητα εξαιτίας της ανασφάλειας και της αίσθησης του αγνώστου (Mirzaei & Saeedi, 2013). Κάποιοι ερευνητές έχουν αναφέρει ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης αισθάνονται μοναξιά και είναι περισσότερο απομονωμένα (Hadidi & Khateeb, 2013, όπ. αναφ. στο Makkiyan, Malekitabar, & Farahbakhsh, 2016), διότι η συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες είναι περιορισμένη (Engel-Yeger & Hamed-Dahe, 2013). Η απόκτηση μιας οπτικής δυσλειτουργίας μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένες κοινωνικές σχέσεις, διότι ενδέχεται να επηρεάσει τον τρόπο, με τον οποίο ένα άτομο αλληλεπιδρά με τους άλλους ανθρώπους. Για παράδειγμα, η απουσία της όρασης καθώς και η αδυναμία αντίληψης των άλλων ανθρώπων προσδιορίζονται από τα άτομα με προβλήματα όρασης ως παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στις σχέσεις τους (Wang & Broerner, 2008, όπ. αναφ. στο Basse, Ellison, & Walker, 2018). Η περιορισμένη κοινωνική συναναστροφή των ατόμων με οπτική αναπηρία οφείλεται εκτός των άλλων περιορισμών που υφίστανται, στα συναισθήματα ντροπής που βιώνουν λόγω της διαφορετικότητάς τους και της πεποίθησής τους ότι δεν είναι αποδεκτοί από την κοινωνία (Lourens & Swartz, 2016). Επομένως, η μη αποδοχή της αναπηρίας από την κοινωνία καθιστά ακόμη πιο δύσκολη τη διαδικασία της προσαρμογής των ατόμων με οπτική αναπηρία.

1.3 Σωματική Αναπηρία

Η σωματική αναπηρία αποτελεί μια μορφή αναπηρίας, η οποία περιλαμβάνει μια αρκετά ανομοιογενή ομάδα ατόμων και εμφανίζει μεγάλη συχνότητα. Το είδος και ο βαθμός των ελλειμμάτων που προκαλούνται στο άτομο ποικίλει ανάλογα με το είδος της σωματικής αναπηρίας, ενώ παρατηρούνται διαφορές και εντός των ίδιων κατηγοριών. Τα ελλείμματα αυτά επιδρούν αρνητικά σε αρκετούς τομείς της ζωής του ατόμου και μειώνουν αισθητά την ποιότητα της (Thomson, 2017).

Η σωματική αναπηρία συνδέεται με την ολική ή τη μερική απώλεια των σωματικών λειτουργιών, με αποτέλεσμα να περιορίζονται οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής που περιλαμβάνουν τους ρόλους, τα καθήκοντα, την αυτοεξυπηρέτηση και γενικά την αυτόνομη διαβίωση του ατόμου. Ενδέχεται να υπάρχει εκ γενετής ή να εμφανιστεί σε κάποια περίοδο της ζωής του ατόμου και μπορεί να είναι μόνιμη ή παροδική (Thomson, 2017).

Προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με σωματική αναπηρία, πρέπει πρωτίστως να γνωρίζουν τα είδη της. Η σωματική αναπηρία αποτελείται από μια ανομοιογενή ομάδα ατόμων, τα οποία διαθέτουν διαφορετικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Από ιατρικής πλευράς η σωματική αναπηρία ταξινομείται σε δύο μεγαλύτερες κατηγορίες:

A) *Μυοσκελετικά προβλήματα*: τα οποία χαρακτηρίζονται από αδυναμία του ατόμου να εκτελεί συγκεκριμένες δραστηριότητες που σχετίζονται με κινήσεις μερών του σώματος λόγω παραμορφώσεων των μυών ή των οστών, ασθενειών ή εκφυλισμού. Οι αναπηρίες που ομαδοποιούνται σε αυτή την κατηγορία είναι: ατελής οστεογένεση, απώλεια ή παραμόρφωση των άκρων μυϊκή δυστροφία (Handicaps Welfare Association, 2018).

B) *Νευρολογικές δυσλειτουργίες*: οι οποίες χαρακτηρίζονται από αδυναμία του ατόμου να εκτελεί ελεγχόμενες κινήσεις των επηρεαζόμενων μερών του σώματος λόγω διαταραχής του κεντρικού νευρικού συστήματος, ασθενειών ή εκφυλισμού. Οι αναπηρίες που σχετίζονται με νευρολογικές δυσλειτουργίες είναι: η εγκεφαλική παράλυση, η δισχιδής ράχη, πολιομελίτιδα, το εγκεφαλικό, οι κακώσεις της κεφαλής ή της σπονδυλικής στήλης (Handicaps Welfare Association, 2018).

Όπως έγινε λόγος και προηγουμένως, η ομάδα των σωματικών αναπηριών αποτελείται από μεγάλη ανομοιογένεια, επομένως τα αίτια που προκαλούν κάποια μορφή σωματικής αναπηρίας είναι ποικίλα και μπορεί να οφείλονται σε προγεννητικούς, περιγεννητικούς ή μεταγεννητικούς παράγοντες. Ακολούθως αναφέρονται κάποια παραδείγματα αιτιών, τα οποία προκαλούν σωματική αναπηρία.

- *Προγεννητικά αίτια*, όπως έρπης, ερυθρά, χρωμοσωμικές ανωμαλίες, ενδομήτρια αγγειακά επεισόδια, σύφιλη, ηπατίτιδα, συγγενής υδροκέφαλος, αναιμία, ενδομήτρια αιμορραγία λόγω τραυματισμών, κάπνισμα, ναρκωτικά, αλκοόλ, υπερβολική έκθεση σε ακτινοβολία (Thomson, 2017).
- *Περιγεννητικά αίτια*, όπως μηχανική κρανιακή κάκωση, ενδοκρινική αιμορραγία, επιπλοκές τοκετού, λοιμώξεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, τραύματα τοκετού (Thomson, 2017).
- *Μεταγεννητικά αίτια*, όπως εγκεφαλική κάκωση, νεογνικός ίκτερος, ακτινοβολία, ενδοκρανιακή αιμορραγία, επίκτητη εγκεφαλοπάθεια, δηλητηριάσεις (Thomson, 2017).

Συννοσηρότητα

Η σωματική αναπηρία συχνά συνοδεύεται και από άλλες αναπηρίες, όπως η νοητική αναπηρία. Ορισμένα άτομα παρουσιάζουν νοητική αναπηρία, στραβισμό (κατάσταση κατά την οποία τα μάτια δεν είναι «παράλληλα» και οι άξονες της όρασης δεν εστιάζουν στο ίδιο σημείο) επιληπτικές κρίσεις, ενώ παρατηρούνται σε κάποιες περιπτώσεις διαταραχές της όρασης, της ακοής ή συναισθηματικές διαταραχές. Παράλληλα, στα άτομα με σωματική αναπηρία παρατηρούνται και άλλα προβλήματα υγείας, όπως για παράδειγμα αναπνευστικά προβλήματα, σπασμοί, δυσκολίες σίτισης και σιελόρροια (υπερβολική παραγωγή σάλιου). Ενδέχεται, ακόμα, να εμφανίζονται ψυχικές διαταραχές καθώς και δυσκολίες μάθησης. Η συνύπαρξη της σωματικής αναπηρίας με άλλες αναπηρίες και διαταραχές δημιουργεί δυσκολίες στη διάγνωση και στην κατανόησή της (Barnes, 2016).

Επιπτώσεις της Σωματικής αναπηρίας

Η σωματική αναπηρία προέρχεται από την αλληλεπίδραση ατομικών και περιβαλλοντικών χαρακτηριστικών και έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου και επιδρά στην αυτόνομη διαβίωσή του. Κατά τη σωματική αναπηρία μειώνεται η λειτουργικότητα των μελών του σώματος, με αποτέλεσμα να μειώνεται και η ποιότητα της ζωής του ατόμου (Thomson, 2017). Αναλυτικότερα, έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα με σωματική αναπηρία συμμετέχουν λιγότερο στην εργασία και έχουν περιορισμένη κοινωνική ζωή, ενώ θα επιθυμούσαν να συμμετέχουν περισσότερο στα κοινά (van Campen & Cardol, 2009, όπ. αναφ. στο Meulenkaamp, Rijken, Cardol, Francke, & Rademakers, 2019). Είναι αναμφισβήτητο ότι τα κοινωνικά εμπόδια, όπως η ανεπαρκής προσβασιμότητα κτιρίων και δημόσιων συγκοινωνιών ή οι προκαταλήψεις των άλλων ανθρώπων, παρεμποδίζουν τη συμμετοχή τους (Goodley, 2011, όπ. αναφ. στο Meulenkaamp et al., 2019). Επομένως, δυσκολεύονται να συμμετέχουν στις δραστηριότητες του κοινωνικού συνόλου, αν δεν υπάρχουν οι απαραίτητες προσαρμογές στο περιβάλλον (π.χ. ράμπες, αναπηρικό αμαξίδιο). Η ύπαρξη αυτών των προσαρμογών καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την καθημερινή ζωή του ατόμου και μπορεί να την βελτιώσει αισθητά (Thomson, 2017). Εκτός από τους φυσικούς περιορισμούς που προκαλεί η σωματική αναπηρία, πιθανολογείται ότι μπορεί να προκαλέσει επίσης σημαντικά κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα. Συγκεκριμένα, η σωματική αναπηρία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την δυνατότητα των ατόμων να διατηρούν κοινωνικούς δεσμούς εξαιτίας της περιορισμένης συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες και κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Schafer, 2013, όπ. αναφ. στο Anderson, Falci, & Warner, 2016). Οι περιορισμένες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική υγεία (Santini, Koyanagi, Tyrovolas, Mason, Haro, 2015, όπ. αναφ. στο Tough, Siegrist, & Fekete, 2017). Εκτός από αυτό, τα άτομα με σωματική αναπηρία διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να κακοποιηθούν, να παρουσιάσουν χαμηλή αυτοεκτίμηση αλλά και κατάθλιψη. Η κατάθλιψη αποτελεί τη συνηθέστερη ψυχολογική κατάσταση που σχετίζεται με τη σωματική αναπηρία (Craig, Tran, & Middleton, 2009, όπ. αναφ. στο Munce, et al., 2016). Η κατάθλιψη σε αυτά τα άτομα συνδέεται με την παρατεταμένη περίοδο νοσηλείας, με δευτερεύοντα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν, με την περιορισμένη κοινωνική ένταξη καθώς και με το χαμηλό επίπεδο της ποιότητας της ζωής τους (Elliott & Kennedy, 2004, όπ. αναφ. στο Munce, et al., 2016). Η καταθλιπτική συμπτωματολογία των ατόμων με σωματική αναπηρία συνδέεται και με το συναίσθημα της ντροπής (Brown & Turner 2010). Αισθάνονται συχνά ντροπή εξαιτίας της αρνητικής κριτικής του κοινωνικού περιβάλλοντος λόγω της περιορισμένης λειτουργικότητάς τους (Kerstens et al., 2019). Καταλήγοντας, έχει αποδειχθεί ότι η κατάθλιψη, αρνητική αυτοεκτίμηση, ο θυμός, η κοινωνική απόσυρση χαρακτηρίζουν την μη επιτυχή προσαρμογή των ατόμων σε μια κατάσταση αναπηρίας (Smedema et al., 2010).

1.4 Χρόνιες Παθήσεις

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός υγείας ορίζει ως «χρόνιες παθήσεις/ασθένειες που δεν μεταβιβάζονται από τον ένα οργανισμό στον άλλο, που τείνουν να είναι μακράς διάρκειας και είναι αποτέλεσμα συνδυασμού γενετικών, περιβαλλοντικών και συμπεριφορικών παραγόντων. Στις χρόνιες παθήσεις περιλαμβάνονται οι αιματολογικές παθήσεις (π.χ. μεσογειακή αναιμία), καρδιαγγειακές παθήσεις (π.χ. καρδιακές προσβολές και εγκεφαλικά επεισόδια), καρκίνοι, χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις (όπως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και άσθμα) και ο διαβήτης» (WHO, 2018).

Οι χρόνιες παθήσεις αποτελούν την κυριότερη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Νεότερα στοιχεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αναφέρουν ότι από τους 57 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως το 71% (41 εκατομμύρια) οφειλόταν σε μη μεταδιδόμενα νοσήματα (Noncommunicable Diseases Country Profiles, 2018). Κάθε χρόνο, 15 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν από χρόνιες παθήσεις, ηλικίας μεταξύ 30 και 69 ετών· πάνω από το 85% αυτών των «πρόωρων» θανάτων συμβαίνουν σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα (WHO, 2018). Χαρακτηριστικά των χρόνιων ασθενειών αποτελούν: η πολυπαραγοντική αιτιολογία καθώς πολλαπλοί παράγοντες οδηγούν στην εμφάνισή τους, η μεγάλη περίοδος ανάπτυξης της νόσου, στην διάρκεια της οποίας μπορεί να μην υπάρχουν συμπτώματα, η παρατεταταμένη κλινική πορεία της νόσου, που πιθανώς να οδηγήσει σε άλλες επιπλοκές στην υγεία καθώς και η σύνδεση της νόσου με λειτουργική ανεπάρκεια ή αναπηρία (AIHW, 2011).

1.4.1 Σακχαρώδης Διαβήτης

«Ο Σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια ασθένεια που συμβαίνει είτε όταν το πάγκρεας δεν παράγει αρκετή ινσουλίνη ή όταν ο οργανισμός δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά την ινσουλίνη που παράγει. Η ινσουλίνη είναι μια ορμόνη που ρυθμίζει το σάκχαρο του αίματος. Η υπεργλυκαιμία ή η αύξηση του σακχάρου στο αίμα είναι μια κοινή επίδραση του μη ελεγχόμενου διαβήτη και με την πάροδο του χρόνου οδηγεί σε σοβαρή βλάβη σε πολλά από τα συστήματα του σώματος, ειδικά στα νεύρα και τα αιμοφόρα αγγεία» (WHO, 2019). Οι κυριότεροι τύποι Σακχαρώδη Διαβήτη είναι: ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου I (Ινσουλινοεξαρτώμενος ή νεανικός διαβήτης), ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου II (μη ινσουλινοεξαρτώμενος) και ο Σακχαρώδης Διαβήτης κύησης, ο οποίος εμφανίζεται για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της κύησης και υποχωρεί μετά τον τοκετό (American Diabetes Association, 2019).

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης αποτελεί σήμερα την έβδομη συχνότερη αιτία θανάτου (Centers for Disease Control and Prevention, 2014), ενώ διπλασιάζει τη θνητότητα με κύρια αιτία θανάτου τη στεφανιαία νόσο (Nwaneri, Cooper & Bowen-jones, 2013). Αξίζει να αναφερθεί ότι το 2014 το 8,5% των ενηλίκων ηλικίας 18 ετών

και άνω είχε διαβήτη. Το 2016 ο διαβήτης ήταν αιτία για 1,6 εκατομμύρια θανάτους και το 2012 η υψηλή γλυκόζη στο αίμα αποτέλεσε την αιτία για 2,2 εκατομμύρια θανάτους (WHO, 2019). Ο Σακχαρώδης Διαβήτης, ως χρόνια ασθένεια, έχει δυσμενείς συχνά επιπλοκές που οδηγούν σε σημαντική νοσηρότητα, αναπηρία και θανάτους, που ευθύνονται σαφώς για την κακή ποιότητα ζωής και τη μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης (International Diabetes Federation, 2015).

Επιπτώσεις του Σακχαρώδη Διαβήτη

Ο σακχαρώδης διαβήτης έχει σημαντικές επιπτώσεις στη σωματική αλλά και στην ψυχική υγεία του ατόμου. Αναλυτικότερα, «τα ενήλικα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη διατρέχουν διπλάσιο έως τριπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης καρδιακών προσβολών καθώς και εγκεφαλικών επεισοδίων» (Sarwar, Gao, Seshasai, Gobin, Kartoge, Di Angelantonio et al., 2010, όπ. αναφ. στο WHO, 2018). «Σε συνδυασμό με μειωμένη ροή αίματος, η νεφροπάθεια (βλάβη των νεύρων) στα πόδια αυξάνει την πιθανότητα ανοιχτών πληγών, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μόλυνση αλλά ακόμη χειρότερα σε ενδεχόμενη ανάγκη ακρωτηριασμού των άκρων. Εκτός αυτών, η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελεί μια από τις σημαντικότερες αιτίες τύφλωσης και οφείλεται στη μακροχρόνια συσσωρευμένη βλάβη στα μικρά αιμοφόρα αγγεία στον αμφιβληστροειδή. Συγκεκριμένα, το 2,6% της παγκόσμιας τύφλωσης μπορεί να αποδοθεί στον διαβήτη» (Bourne, Stevens, White, Smith, Flaxman, Price et al., 2013, όπ. αναφ. στο WHO, 2018). Ο διαβήτης αποτελεί ακόμη μια από τις κύριες αιτίες της νεφρικής ανεπάρκειας (Saran et al., 2015, όπ. αναφ. στο WHO, 2018). Εκτός των επιπτώσεων του στην σωματική υγεία του ατόμου, ο σακχαρώδης διαβήτης έχει αποδειχθεί πως επηρεάζει σταθερά διάφορες πτυχές της ζωής, όπως την παραγωγικότητα, την εργασία, την οδήγηση, τη σωματική άσκηση, τον ύπνο, τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Barnett, Cradock, Fisher, Hall, Hughes, Middleton, 2010, όπ. αναφ. στο Lopez, Annunziata, Bailey, Morisky, & Rupnow, 2014). Επίσης, τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ψυχολογικών διαταραχών, όπως κατάθλιψη, άγχος, διατροφικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς (Rubin & Peyrot, 2001, όπ. αναφ. στο Bachmeier et al., 2018). Έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη αισθάνονται ανασφάλεια, φόβο, ντροπή και ανησυχούν για τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της χρόνιας ασθένειάς τους. Συγκεκριμένα το συναίσθημα της ντροπής, η προκατάληψη και η απόρριψη που βιώνουν τους δυσκολεύουν αναπτύσσουν σχέσεις με τους συνομηλίκους καθώς και να βελτιώσουν το κοινωνικό τους δίκτυο (Sparapani et al., 2015). Καταλήγοντας, διαπιστώνεται πως αυτοί οι παράγοντες επιδρούν αρνητικά στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, δυσκολεύοντας πιθανόν ακόμη περισσότερο την διαδικασία της αποδοχής της χρόνιας πάθησής τους.

1.4.2 Μεσογειακή Αναιμία

Ο όρος μεσογειακή αναιμία ή θαλασσαιμία «αφορά μια ομάδα γενετικών νοσημάτων του αίματος που χαρακτηρίζονται από μειωμένη σύνθεση του ενός από τους δύο τύπους πολυπεπτιδικών αλύσων (α ή β) οι οποίες σχηματίζουν το κανονικό μόριο της αιμοσφαιρίνης ενηλίκου (HbA, $\alpha_2\beta_2$) με αποτέλεσμα την μείωση της πλήρωσης των ερυθρών κυττάρων με αιμοσφαιρίνη και αναιμία» (Κουτελέκος & Χαλιάσος, 2013, σ. 103). Πιο συγκεκριμένα, η μεσογειακή αναιμία είναι μια ομάδα κληρονομικών αιματολογικών διαταραχών που προκαλούνται από ελαττώματα στη σύνθεση ενός ή περισσοτέρων από τις αλυσίδες της αιμοσφαιρίνης (Muncie & Campbell, 2009).

«Ανάλογα με τα γονίδια που παραβλάπτονται και το αντίστοιχο αποτέλεσμα στην παραγωγή αλύσων σφαιρίνης, η μεσογειακή αναιμία χαρακτηρίζεται ως α-μεσογειακή αναιμία (υπεύθυνο για τη σύνθεση των αλύσων το χρωμόσωμα 16) και β-μεσογειακή αναιμία (υπεύθυνο το χρωμόσωμα 11), ενώ υπάρχουν και σπανιότερες μορφές οι οποίες είναι οι γ-, δ-, δβ-θαλασσαιμίες. Η μεσογειακή αναιμία ή νόσος του Cooley ή β-θαλασσαιμία είναι συχνότερη και έχει βαρύτερη κλινική εικόνα» (Κουτελέκος & Χαλιάσος, 2013, σ. 103). Η Θαλασσαιμία αποτελεί τη πιο κοινή μονογονιδιακή διαταραχή σε όλο τον κόσμο. Στην πραγματικότητα, μόνο το 1,7% του παγκόσμιου πληθυσμού έχει συμπτώματα από μεσογειακή αναιμία ως αποτέλεσμα των γονιδιακών μεταλλάξεων. Ωστόσο, συγκεκριμένες εθνοτικές ομάδες είναι πιο πιθανό να επηρεαστούν και 5-30% των ατόμων του πληθυσμού ενδέχεται να μην παρουσιάσουν συμπτώματα (Li, 2017).

Παρά την πρόοδο που σημειώνεται τα τελευταία χρόνια, οι επιπλοκές της νόσου αποτελούν βασική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας, ιδίως οι καρδιολογικές επιπλοκές. Η νόσος συνεπάγεται σημαντικές άμεσες επιπτώσεις όπως περίοδοι παρατεταμένης νοσηλείας αλλά και έμμεσες καθώς αναγκάζει τα άτομα να απέχουν από την εργασία ετησίως (Κουτελέκος & Χαλιάσος, 2013).

Επιπτώσεις της Θαλασσαιμίας/Μεσογειακής Αναιμίας

Η Θαλασσαιμία/Μεσογειακή αναιμία επηρεάζει το άτομο έχοντας σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής του. Αναλυτικότερα, στους παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στη ζωή των ατόμων με θαλασσαιμία μπορούν να συμπεριληφθούν η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της αναιμίας, η συχνότητα των μεταγίσεων αίματος, οι ανεπιθύμητες ενέργειες των θεραπειών για την χρόνια νόσο καθώς και τα συνωδά προβλήματα υγείας (Telfer, Constantinidou, Andreou, Christou, Modell, Angastiniotis, 2005, όπ. αναφ. στο Yengil, Acipayam, Kokacya, Kurhan, Oktay, & Ozer, 2014). Η Θαλασσαιμία επηρεάζει ακόμη και τις καθημερινές δραστηριότητες των ανθρώπων, την οικογένεια και τις επαγγελματικές ικανότητες των ασθενών και των φροντιστών τους, λόγω των περίπλοκων και κουραστικών θεραπειών που διεξάγονται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Επίσης, τα άτομα με

μεσογειακή αναιμία γίνονται αντικείμενο αρνητικών σχολίων λόγω του μικρού μεγέθους τους, του σκοτεινού χρώματος του σώματός τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αισθάνονται χαμηλή αυτοεκτίμηση, ένα διαρκές αίσθημα πίεσης αλλά και αγωνία (Wahab, Naznin, Nora, 2011, όπ. αναφ. στο Mansoor, Othman, Othman, Husain, 2018). Επομένως, παρουσιάζουν χαμηλή ποιότητα ζωής, καθώς αντιμετωπίζουν κατάθλιψη και άλλα προβλήματα συμπεριφοράς (Behdani et al. 2015, όπ. αναφ. στο Abu Shosha & Al-Kalaldeh, 2019). Συγκεκριμένα, εκδηλώνουν άγχος και καταθλιπτική διάθεση λόγω των κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν όπως οι περιορισμένες κοινωνικές δραστηριότητες, οι παραμορφώσεις του σώματος και του προσώπου (Pradhan, Shah, Rao, Ashturkar, Ghaisas, 2003, όπ. αναφ. στο Yengil, Acirayam, Kokacya, Kurhan, Oktay, & Ozer, 2014). Τα άτομα με θαλασσαιμία που αξιολογούν ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης καταφέρνουν να προσαρμοστούν στη χρόνια πάθηση και να βιώσουν λιγότερους φυσικούς περιορισμούς και ψυχοκοινωνικά προβλήματα (Skinner, Ellen, Zimmer-Gembeck, Melanie, 2016, όπ. αναφ. στο Ali, El-Bilsha, & Mohamed, 2018).

1.4.3 Σκλήρυνση κατά πλάκας

«Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας (ΣκΠ) ή Πολλαπλή Σκλήρυνση είναι μία επίκτητη, αυτοάνοση, φλεγμονώδης, απομυελινοτική νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος» (ΚΝΣ) (MS Multiple Sclerosis Society, 2018, σ. 1). Αποτελεί μία χρόνια νόσο που εκδηλώνεται στην πρώιμη ενήλικη ζωή (η μέση ηλικία εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων της ασθένειας είναι 29 ετών). Η φλεγμονή είναι δυνατόν να επέλθει σε οποιαδήποτε περιοχή του εγκεφάλου, του νωτιαίου μυελού και του οπτικού νεύρου (Kanavos et al., 2016). Μερικά τυπικά συμπτώματα της νόσου αποτελούν: η θόλωση της όρασης, η διπλωπία, η απώλεια της αίσθησης, οι δυσκολίες στη βάρδιση, η παράλυση της κίνησης κάποιου άκρου ή μέλους, οι διαταραχές ούρησης και αφόδευσης, οι σεξουαλικές διαταραχές και το αίσθημα ηλεκτρικού ρεύματος κατά μήκος της σπονδυλικής στήλης, ειδικά κατά την κάμψη του αυχένα (Brownlee, Hardy, Fazekas, & Miller, 2017, σ.1336-1337). Ανάλογα με τη θέση της φλεγμονής στο ΚΝΣ, η ΣκΠ μπορεί να παρουσιαστεί με μια σειρά από συμπτώματα, με μεταβλητότητα στη σοβαρότητα και στην πορεία της νόσου (Kanavos et al., 2016).

Η πορεία της νόσου ποικίλλει από ασθενή σε ασθενή και μπορεί να είναι με εξάρσεις και υφέσεις (υποτροπιάζουσα) ή προοδευτική (Brownlee, Hardy, Fazekas, & Miller, 2017). Υπάρχουν τρεις βασικοί τύποι ΣκΠ, καθένας από τους οποίους διαφέρει ως προς τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Οι τρεις αυτοί τύποι είναι: η Υποτροπιάζουσα-Διαλείπουσα ΣκΠ (Relapsing-Remitting MS, RRMS), η Πρωτοπαθώς Προοδευτική ή Προϊούσα ΣκΠ και η Δευτεροπαθής Προϊούσα ΣκΠ (Secondary Progressive MS, SPMS) (Brownlee, Hardy, Fazekas, & Miller, 2017).

Η παθοφυσιολογία της νόσου είναι γνωστή ωστόσο, τα αίτια που οδηγούν στην εκδήλωσή της παραμένουν άγνωστα. Η εμφάνιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας θεωρείται ότι είναι συνδυασμός γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Βοζίκης & Σωτηροπούλου, 2012). Από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου τόσο για την έναρξη όσο και για την υποτροπή της νόσου, το στρες αποτελεί επίσης έναν σημαντικό παράγοντα (Artemiadis, Anagnostouli, & Alexopoulos, 2011). Θεωρείται ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας μειώνει το προσδόκιμο ζωής κατά 5-10 χρόνια σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό (Moore et al., 2016). Περισσότερα από 2,3 εκατομμύρια άτομα επηρεάζονται από τη σκλήρυνση κατά πλάκας. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου σε γυναίκες είναι υψηλότερη σε σχέση με τους άνδρες και πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες αποτελούν τα 2/3 των ασθενών (Multiple Sclerosis Society, 2018).

Επιπτώσεις της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας είναι μια χρόνια, απρόβλεπτη ασθένεια, με ποικίλα συμπτώματα και ποικίλη πορεία, η οποία αλλάζει τη ζωή του ατόμου που την έχει, της οικογένειας του καθώς και των συγγενών του (Neustein & Rymaszewska, 2017). Η απρόβλεπτη πορεία ασθένειας μπορεί να περιλαμβάνει κλινικά χαρακτηριστικά, όπως πόνο και απώλεια της αίσθησης, κόπωση, μειωμένο μυϊκό έλεγχο, προβλήματα στην ισορροπία και την ορθοστασία, απώλεια της όρασης, γνωστικές διαταραχές, διαταραχές του εντέρου και της ουροδόχου κύστης (Fogarty, Walsh, Adams, McGuigan, Barry, & Tubridy, 2013, όπ. αναφ. στο Fogarty, Walsh, McGuigan, Tubridy, & Barry, 2014). Οι λειτουργικοί περιορισμοί που προκύπτουν από τη σκλήρυνση επιδρούν σοβαρά στη σωματική δραστηριότητα των ατόμων καθώς και στις ευκαιρίες απασχόλησής τους. Αυτοί οι περιορισμοί μπορούν συνάμα να οδηγήσουν σε απουσία από την εργασία, σε πρόωρη συνταξιοδότηση καθώς και σε σημαντικές απαιτήσεις περίθαλψης τόσο από επαγγελματίες φροντιστές όσο και από την οικογένεια και τους φίλους (Fogarty et al., 2014). Η διάγνωσή της οδηγεί συνήθως σε αρκετά περίπλοκα προβλήματα, σε πρακτικές και συναισθηματικές δυσκολίες, λόγω της αλλαγής στον τρόπο ζωής (Roubinon, Turner, & Williams, 2015, όπ. αναφ. στο Dehghani et al., 2017). Γενικότερα, τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζουν χαμηλή ποιότητα ζωής σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό (Hyphantis et al., 2007). Η σκλήρυνση κατά πλάκας έχει κοινωνικό και ψυχολογικό αντίκτυπο επηρεάζοντας τη συναισθηματική ισορροπία, την αυτοπεποίθηση, την αίσθηση της ικανότητας, την αυτοαποτελεσματικότητα καθώς και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις του ατόμου (Dehghani, Hojati, & Shamsizadeh, 2013, όπ. αναφ. στο Dehghani et al., 2017). Μετά τη διάγνωση, τα άτομα με σκλήρυνση συχνά παρουσιάζουν κατάθλιψη, άγχος, άρνηση και προσπαθούν να αποκρύψουν την αναπηρία τους (Irvine, Davidson, Hoy & Lowe-Strong, 2009, όπ. αναφ. στο Bogart, 2015). Συγκεκριμένα, έχει αποδειχθεί ότι η μεγαλύτερη διάρκεια της νόσου και η ανικανότητα των ατόμων να διαχειρίζονται το άγχος τους σχετίζονται με αυξημένα συμπτώματα γενικής ψυχολογικής δυσφορίας (Hyphantis et al., 2007). Επίσης, τα

άτομα με σκλήρυνση αισθάνονται ντροπή, η οποία σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τη σταδιακή απώλεια των λειτουργιών σχετικών με τον κοινωνικό τομέα, με το χαμηλό επίπεδο της ποιότητας της ζωής καθώς και με την αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία (Bonilla, Fedio, Johnson, Sexton, 2013). Ωστόσο, υποστηρίζεται ότι παρά τους φυσικούς περιορισμούς που προκαλεί η σκλήρυνση, τα άτομα προσαρμόζονται επιτυχώς στην αναπηρία (Lule', Ha'cker, Ludolph, Birbaumer, Kubler, 2008, όπ. αναφ. στο Lule' et al., 2011). Επομένως, συμβαίνει το «παράδοξο της αναπηρίας» που αναφέρεται στο γεγονός ότι οι άνθρωποι με μια σοβαρή και επίμονη αναπηρία, βιώνουν μιας καλής ποιότητας ζωή και καταφέρνουν να προσαρμοστούν σε μια κατάσταση αναπηρίας (Albrecht & Devlieger, 1999, όπ. αναφ. στο Lule' et al., 2011).

Συμπέρασμα

Από την προηγηθείσα παρουσίαση των αναπηριών συμπεραίνεται ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία, με σωματική αναπηρία καθώς και τα άτομα με χρόνιες παθήσεις αντιμετωπίζουν αρκετούς λειτουργικούς περιορισμούς. Οι λειτουργικοί περιορισμοί που προκύπτουν εξαιτίας της φύσης των συγκεκριμένων αναπηριών επηρεάζουν τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική τους υγεία. Επομένως, τα κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούνται στα άτομα με αναπηρία επιδρούν σημαντικά στο ψυχολογικό προφίλ τους, στη διαμόρφωση των σχέσεων τους με τους άλλους και πιθανόν να έχουν αντίκτυπο στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή τους σε μια κατάσταση αναπηρίας.

Κεφάλαιο 2^ο : Η αποδοχή και η προσαρμογή στην Αναπηρία

2.1 Προσδιορισμός της έννοιας της αποδοχής και της προσαρμογής

Οι αναπηρίες και οι χρόνιες παθήσεις αποτελούν αναπόσπαστα μέρη της ζωής και η πιθανότητα εμφάνισής τους αυξάνεται με το πέρασμα των χρόνων. Η εμπειρία της αναπηρίας απαιτεί την προσωπική προσαρμογή του εκάστοτε ατόμου τόσο στις μειωμένες λειτουργικές ικανότητές του όσο και στις αλληλεπιδράσεις με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον (Kennedy, 2012). Με άλλα λόγια, τα άτομα με αναπηρία προσπαθούν να αποδεχθούν, την αναπηρία, που αποτελεί κομμάτι τα ζωής τους, της αυτοεκτίμησης, αυτοεικόνας και ταυτότητας του εαυτού τους (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009). Γενικότερα, η προσαρμογή στην αναπηρία αποτελεί μια προσωπική αντίδραση του ατόμου στις αλλαγές που προκαλεί μια αναπηρία ή μια χρόνια ασθένεια σε ένα ευρύ φάσμα των τομέων της ζωής του. Οι αλλαγές αυτές ενδέχεται να παρατηρηθούν, στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην αλληλεπίδραση με το φυσικό περιβάλλον και στην ψυχική του υγεία (Kennedy, 2012).

Τα στάδια προσαρμογής στην Αναπηρία

Η έναρξη μιας χρόνιας ασθένειας ή αναπηρίας προκαλεί μια αλυσίδα ψυχολογικών αντιδράσεων, που αντιστοιχούν σε οκτώ στάδια αντιδράσεων στην αναπηρία. Τα πρώτα έξι στάδια (σοκ, άγχος, άρνηση, κατάθλιψη, εσωτερικευμένος θυμός, εξωτερικευμένη επιθετικότητα) αποτελούν τα αρχικά στάδια της προσαρμογής και αντιπροσωπεύουν την αρνητική προσαρμογή στην αναπηρία, όπου όταν το άτομο καταφέρνει να τα προσπελάσει επιτυχώς, φθάνει στο έβδομο ή/και στο όγδοο στάδιο (αποδοχή/acknowledgement), προσαρμογή/adjustment), τα οποία θεωρούνται τα τελικά για την προσαρμογή στάδια σε μια κατάσταση αναπηρίας (Livneh & Antonak, 1997, όπ. αναφ. στο Read, Hill, Jowett, & Astill, 2016).

Όσον αφορά το τελευταίο στάδιο την «προσαρμογή» (“adjustment”) ορίζεται από τους Livneh και Antonak (1997, σ. 8) ως «ένα συγκεκριμένο στάδιο (παραδείγματος χάρη ένα σύνολο εμπειριών και αντιδράσεων) της διαδικασίας ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Επομένως, η προσαρμογή είναι η κλινικά και φαινομενολογικά τεκμηριωμένη τελική φάση - αόριστη, όπως μπορεί να είναι - της εκτυλισσόμενης διαδικασίας προσαρμογής σε καταστάσεις κρίσης, συμπεριλαμβανομένης της εμφάνισης χρόνιων ασθενειών και αναπηριών. Εναλλακτικά, εκφράζεται, επίσης, με όρους όπως 1) επίτευξη και διατήρηση της ψυχοκοινωνικής ισορροπίας 2) επίτευξη μιας κατάστασης επανένταξης 3) θετική προσπάθεια για επίτευξη στόχων ζωής 4) επίδειξη θετικής αυτοεκτίμησης, αυτοδιάθεσης, αυτοσεβασμού και των συναφών 5) βίωμα θετικής στάσης απέναντι στον εαυτό του, στους άλλους και στην αναπηρία» (όπ. αναφ, στο Marini & Stebnicki, 2018, σ. 92).

Στην παρούσα εργασία, όταν γίνεται πλέον λόγος για την προσαρμογή εννοείται η «ψυχοκοινωνική προσαρμογή» (“psychosocial adaptation”), η οποία ορίζεται από τους Livneh και Antonak (1997, σ. 8) ως «μια εξελισσόμενη, δυναμική, γενική διαδικασία μέσω της οποίας προσεγγίζει προοδευτικά το άτομο μια βέλτιστη κατάσταση της ταυτότητας του ατόμου-περιβάλλοντος, η οποία εκφράζεται μέσω της ενεργούς συμμετοχής του σε κοινωνικές, επαγγελματικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, της επιτυχούς διαπραγμάτευσης με το φυσικό περιβάλλον και της συνειδητοποίησης των εναπομενόντων δυνάμεων και προσόντων, καθώς και των υφιστάμενων λειτουργικών περιορισμών» (όπ. αναφ, στο Marini & Stebnicki, 2018, σ. 91).

Σύμφωνα με τον παραπάνω όρο (ψυχοκοινωνική προσαρμογή στην αναπηρία), το άτομο επιτυγχάνει την επανένταξή του, επιτυγχάνει τους στόχους που θέτει στη ζωή του, επιδεικνύει θετική στάση απέναντι στον εαυτό του, τους άλλους και την αναπηρία (Psarra, & Kleftaras, 2013). Ωστόσο, εντοπίζονται κάποια άτομα, τα οποία δεν καταφέρουν να προσαρμοστούν επιτυχώς στην αναπηρία τους. Η μη επιτυχής προσαρμογή χαρακτηρίζεται από άγχος, κατάθλιψη, θυμό, αρνητική αυτοεκτίμηση, κοινωνική απόσυρση και άρνηση της αναπηρίας ενώ η επιτυχής συνοδεύεται κυρίως από αντιδράσεις ανεξαρτησίας του ατόμου και αλληλεξάρτησης, θετικής εκτίμησης, αισθήματα αυτοαποτελεσματικότητας, προσωπικής ικανότητας και προσαρμοστικής διαχείρισης (Smedema, & Ebener, 2010). Επομένως, η ψυχοκοινωνική προσαρμογή μπορεί να ιδωθεί ως ένα συνεχές, του οποίου το ένα άκρο αναπαριστά την ανεπιτυχή προσαρμογή στην αναπηρία και το άλλο την επιτυχή προσαρμογή (Chan et al., 2009).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω (τίτλος υποενότητας), επιχειρείται η διάκριση των εννοιών της «αποδοχής» και της «προσαρμογής» σε μια κατάσταση αναπηρίας. Αναλυτικότερα, αναφέρεται ότι η αποδοχή της αναπηρίας συνιστά τη γνωστική παραδοχή της, η οποία περιγράφεται ως μια κατάσταση αναδιοργάνωσης και αναπροσανατολισμού του ατόμου ως προς: α) την αυτοαναγνώρισή του ως άτομο με αναπηρία, β) την νέα του αυτοεικόνα, γ) την επανεκτίμηση των αξιών στη ζωή του, δ) την αναζήτηση νέων νοημάτων και σκοπών (Livneh & Antonak, 2005). Η «αποδοχή της αναπηρίας» (“acceptance of disability”) αντιπροσωπεύει, επομένως, μια διαδικασία αλλαγής αξιών, κατά την οποία είναι σημαντικό τα άτομα να αποδεχτούν πρόθυμα τους εαυτούς τους ως εξίσου ως σημαντικά όντα, γεγονός που αποτελεί που σημαντικό παράγοντα στην επίτευξη ψυχολογικής προσαρμογής (Li & Moore, 1998, όπ. αναφ. στο Zhang, Xiao, Yan, Sun, Wang, & Huang, 2019). Ένα άτομο με αναπηρία εμφανίζεται ότι έχει αποδεχθεί την αναπηρία του, όταν η αναπηρία δεν υποβαθμίζει ούτε την αξία του αλλά ούτε και το μέλλον του (Dunn, 2016). Συνεπώς, η αποδοχή της αναπηρίας συμβάλλει στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, στην αντιμετώπιση του άγχους και στη βελτίωση της ψυχικής υγείας, της αυτοπεποίθησης του ατόμου που τη βιώνει (Smedema et al. 2010· Townsend et al., 2010, όπ. αναφ. στο Kim, Kim, MaloneBeach, & Han, 2015).

Από την άλλη πλευρά υποστηρίζεται ότι η προσαρμογή (adjustment) στην αναπηρία προϋποθέτει ταυτόχρονα την συναισθηματική αποδοχή της και την κοινωνικόσυμπεριφορική επανένταξη του ατόμου ως προς: α) τη θετική του αυτοαξία, β) τη συνειδητοποίηση νέων δυνατοτήτων, γ) την ενεργό εμπλοκή του κατά την επίτευξη των κοινωνικών και επαγγελματικών του στόχων, δ) την υπέρβαση των εμποδίων και των δυσκολιών που συνεπάγεται η επίτευξη των προαναφερόμενων στόχων και σκοπών (Livneh & Antonak, 2012). Η προσαρμογή στην αναπηρία, επομένως, προσδιορίζεται ως η αποδοχή των λειτουργικών επιπτώσεων που προκύπτουν εξαιτίας της αναπηρίας και η ενσωμάτωσή τους στην αυτοεικόνα του ατόμου από κοινού με την συμπεριφορική προσαρμογή και την κοινωνική επανένταξή του ατόμου, με απώτερο σκοπό να ανακαλύψει νέες δυνατότητες για τη ζωή του. Επομένως, η «αποδοχή» (“acceptance”/ “acknowledgement”) και η «προσαρμογή» (“adjustment”) σε μια κατάσταση αναπηρίας αποτελούν τα τελικά στάδια της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής ενός ατόμου στην αναπηρία του (Livneh & Antonak, 2005).

2.2 Μοντέλα προσαρμογής στην αναπηρία

Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία του αποτελεί ένα πολύπλευρο φαινόμενο, ενώ κατά καιρούς έχουν προταθεί από τη ξενόγλωσση βιβλιογραφία διάφορα μοντέλα, τα οποία περιγράφουν αυτή τη διαδικασία, καθώς και τις αντιδράσεις των ατόμων με αναπηρία κατά τη διαδικασία της προσαρμογής. Αξίζει να αναφερθεί ότι τα μοντέλα προσαρμογής στην αναπηρία που παρουσιάζονται στη βιβλιογραφία εντάσσονται στο πεδίο της ψυχολογίας της επανένταξης (rehabilitation psychology). Προσεγγίζοντας αυτά τα μοντέλα διαπιστώνεται ότι παρουσιάζουν κοινές θεωρήσεις της προσαρμογής στην αναπηρία. Παρόλα αυτά, παρουσιάζουν ορισμένες διαφορές, όσον αφορά το εννοιολογικό πλαίσιο μέσα στο οποίο οριοθετούνται και την πολυπλοκότητα των σχέσεων που περιγράφουν. Στην παρούσα υποενότητα περιγράφονται ορισμένα από τα κυριότερα μοντέλα προσαρμογής, που έχουν προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών. Τα μοντέλα αυτά είναι: το μοντέλο της ψυχολογίας του σώματος (somatopsychology), τα μοντέλα των σταδίων (stage models) και τα οικολογικά μοντέλα προσαρμογής (ecological models).

Αναλυτικότερα, «το μοντέλο της ψυχολογίας του σώματος» (“somatopsychology”), επικεντρώνεται στην αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον, αναδεικνύοντας του ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι αναγνωρίζουν τον τρόπο με τον οποίο η αναπηρία γίνεται αντιληπτή από την κοινωνία και από τον εαυτό. Θεωρείται ότι η απόδοση προσωπικού νοήματος στην αναπηρία από το ίδιο το άτομο σε συνδυασμό με τις αντιδράσεις και την αξία που αποδίδεται στην αναπηρία από τους άλλους στη ζωή του ατόμου, αποτελούν δύο βασικά στοιχεία για την ψυχολογική προσαρμογή στην αναπηρία του (Dembo, Leviton, & Wright, 1975·Wright,1983). Παράλληλα, έννοιες όπως η έννοια της

αυτοαντίληψης και της εικόνας του σώματος, στηρίζονται στις αρχές της ψυχολογίας του σώματος, καθώς προκύπτουν από την παρουσία από την παρουσία και την επίδραση μιας κατάστασης αναπηρίας, στην ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία του (Chan et al., 2009). Για παράδειγμα η αυτοαντίληψη και η εικόνα του σώματος, αποτελούν νοητικές αναπαραστάσεις. Μέσω αυτών των αναπαραστάσεων οι άνθρωποι κατανοούν τους εαυτούς τους. Στις περιπτώσεις που οι αναπαραστάσεις κλονίζονται λόγω της ύπαρξης μιας αναπηρίας στη ζωή του ατόμου, το άτομο πρέπει να τις ανακατασκευάσει και να διαμορφώσει νέες. Αν το άτομο κατορθώσει να ενσωματώσει νέες αλλαγές στη ζωή του λόγω της αναπηρίας του, τότε θεωρείται ότι επιτυγχάνει το βέλτιστο επίπεδο προσαρμογής (Livneh & Antonak, 2005).

Αρχικά, το μοντέλο της ψυχολογίας του σώματος (somatopsychology) βασίζεται στη θεωρία του Kurt Lewin (1935, 1936), η οποία δίνει έμφαση στην επίδραση των κοινωνικών παραγόντων στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Η θεωρία της ψυχολογίας του Lewin διασαφηνίστηκε από διάφορους ερευνητές (όπως για παράδειγμα οι Meyerson, Dembo, Barker, Leviton και Wright), οι οποίοι εστίασαν στις ψυχολογικές αντιδράσεις που συνοδεύουν την εμφάνιση της αναπηρίας στο άτομο (Marini, Glover-Graf, & Millington, 2012). Αναλυτικότερα, το μοντέλο της ψυχολογίας του σώματος επικεντρώνεται στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι αναφέρονται στο πώς βλέπει την αναπηρία η κοινωνία και πώς τη βλέπει το ίδιο το άτομο που τη φέρει. Η Wright (1983, σ. 163) περιέγραψε τις «συνθήκες που βοηθούν στην αποδοχή της αναπηρίας ως μιας κατάστασης μη υποτιμητικής» (όπ. αναφ. Livneh & Martz, 2015, σ. 2). Σύμφωνα με τις θεωρήσεις των Dembo, Leviton και Wright (1975), τέσσερις (4) σημαντικές αλλαγές στο σύστημα αξιών του ατόμου εμφανίζονται να αφορούν στην προσαρμογή του στην αναπηρία είναι: η διεύρυνση πεδίου αξιών (enlargement of scope values), η υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (subordination of physique), περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (containment of disability effects) και η μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (transformation from comparative status values to asset values) (όπ. αναφ. στο Grooms & Linkowski, 2007· Marini, Glover-Graf, & Millington, 2012· Marini & Stebnicki, 2018) για τις οποίες δίνονται περισσότερες λεπτομέρειες ακολούθως. Πιο συγκεκριμένα:

A) «Διεύρυνση πεδίου αξιών (enlargement of scope values): «Αναφέρεται στην διεύρυνση των ενδιαφερόντων, των επιδιώξεων και των πεποιθήσεων για να συμπεριληφθούν αυτές που δεν επηρεάστηκαν από την ύπαρξη της αναπηρίας» (Wright, 1983, όπ. αναφ. Livneh & Martz, 2015, σ. 14). Αναλυτικότερα, κατά τη διάρκεια μιας περιόδου απώλειας, το άτομο βιώνει μια κατάσταση πένθους για αξίες οι οποίες νομίζει ότι έχουν χαθεί. Η περίοδος της απώλειας διαφαίνεται ως ένα συνεχές, όπου στο ένα άκρο εντοπίζεται ο πόνος, ενώ στο άλλο εμφανίζεται μια αίσθηση δυσφορίας από συγκεκριμένες απώλειες. Η απώλεια που βιώνει, κατά τη διάρκεια της πρώτης περιόδου, αποτελεί την πρώτη αλλαγή στο αξιακό του σύστημα, η οποία ορίζεται ως διεύρυνση πεδίου αξιών. Η διεύρυνση πεδίου αξιών αρχίζει από

τη στιγμή που το άτομο συνειδητοποιεί την αξία των ικανοτήτων οι οποίες δεν είχαν χαθεί, λόγω της αναπηρίας. Εν ολίγοις, το άτομο προσδιορίζει εκ νέου τις αξίες του, γεγονός που του δίνει τη δυνατότητα να βρίσκει νέο νόημα σε γεγονότα, δραστηριότητες, στόχους, καθώς και να εκτιμά τις δυνατότητές του και να αντλεί ικανοποίηση και από άλλες πηγές (Dembo, Leviton, & Wright, 1975).

Β) «Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (*subordination of physique*): «Αναφέρεται στον περιορισμό σημασίας που αποδίδεται στην εμφάνιση και τις φυσικές ικανότητες ενώ αντίθετα, δίνεται σημασία στην προσωπικότητα, τα κοινωνικά συμφέροντα, τις πνευματικές επιδιώξεις και τους τρόπους με τους οποίους μπορεί κανείς να συμβάλλει στην κοινωνία» (Wright, 1983, όπ. αναφ. Livneh & Martz, 2015, σ. 14). Η κοινωνία δίνει έμφαση στην εξωτερική τελειότητα, στην ύπαρξη ομορφιάς και στις ικανότητες. Κατά τη διάρκεια της απώλειας, η ιδιαίτερη σημασία που αποδίδεται στην εξωτερική εμφάνιση ενισχύεται, λόγω του γεγονότος της πιθανής απώλειας κάποιων εξωτερικών χαρακτηριστικών. Το παραπάνω γεγονός πιθανόν να οδηγήσει το άτομο στη παραγνώριση της σημασίας άλλων αξιών στη ζωή, όπως για παράδειγμα η φιλία, η εργασία και η δημιουργικότητα. Ωστόσο, η διεύρυνση του πεδίου αξιών, μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην απόδοση μικρότερης σημασίας στην εξωτερική του εμφάνιση και στον προσανατολισμό του σε πιο προσωπικά του χαρακτηριστικά και ικανότητες. Με λίγα λόγια, η συγκεκριμένη διάσταση συνιστά τον συμβιβασμό του ατόμου απέναντι στην αναπηρία του, ο οποίος αναφέρεται στην ικανότητά του να βάζει σε δεύτερη μοίρα τα φυσικά του χαρακτηριστικά, δίνοντας ταυτόχρονα μεγαλύτερη αξία στις αρετές. (Dembo, Leviton, & Wright, 1975)

Γ) «Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (*containment of disability effects*): «Αναφέρεται στον περιορισμό του αντίκτυπου των οποιωνδήποτε αρνητικών επιπτώσεων της αναπηρίας και στην καταπολέμηση του φαινομένου της «εξάπλωσης» (Wright, 1983, όπ. αναφ. Livneh & Martz, 2015, σ. 14). Παρόλο που η αναπηρία μπορεί να οδηγήσει σε πραγματικές λειτουργικές δυσκολίες, μπορεί να ξεπεράσει τις πραγματικές της επιδράσεις και οδηγώντας το άτομο να θεωρήσει ότι τον καταβάλλει εξ ολοκλήρου, επηρεάζοντας ταυτόχρονα και άλλες σωματικές λειτουργίες που αφορούν τη συναισθηματική και διανοητική του φύση, επιδρώντας ακόμα και στη συνολική αξία του ατόμου. Οι Dembo και συν. (1975) και Wright (1983) ονόμασαν ως επίδραση της εξάπλωσης (*spread effect*), μια δύναμη ενιαίων χαρακτηριστικών να προκαλούν επιδράσεις στο ίδιο το άτομο. Ο περιορισμός της εξάπλωσης εξαρτάται από τον παρατηρητή. Η εξάπλωση αυτή, δηλαδή, μπορεί να αποφευχθεί ή να ελαττωθεί, εάν η αναπηρία ειδωθεί από το άτομο ως «κτήση» παρά ως ένα ατομικό χαρακτηριστικό (Dembo et al, 1975). Με άλλα λόγια, αν η αναπηρία ιδωθεί ως ένα προσωπικό χαρακτηριστικό, το άτομο και το χαρακτηριστικό αυτομάτως αντιπροσωπεύουν μια στενά δεμένη έννοια: το ανάπηρο άτομο. Η εξάπλωση αυτή είναι πιθανόν να εμφανιστεί, καθώς τα συναισθήματα για την αναπηρία, όταν αυτή εκλαμβάνεται ως κεντρικό χαρακτηριστικό στοιχείο, μπορούν να επηρεάσουν και άλλες πτυχές του ατόμου, όπως συμβαίνει αντίστοιχα και με άλλα προσωπικά χαρακτηριστικά. Ωστόσο, όταν το άτομο αντιλαμβάνεται την αναπηρία

του ως μια κτήση του, τότε το άτομο και η αναπηρία που φέρει εκλαμβάνονται ξεχωριστά ως έννοιες: ένα άτομο με κάποια αναπηρία. Επομένως, ο περιορισμός των επιπτώσεων της αναπηρίας αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει την ίδια του την αναπηρία ως ένα ενιαίο χαρακτηριστικό του εαυτού και όχι ως ένα μοναδικό χαρακτηριστικό (Wright, 1983).

Δ) «Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (*transformation from comparative status values to asset values*). «Αναφέρεται στη σημασία που αποδίδεται στις υπόλοιπες ικανότητες ενός ατόμου παρά σε συγκρίσεις με άλλους ή πρότυπα που έχουν καθοριστεί πριν από την αναπηρία» (Wright, 1983, όπ. αναφ. Livneh & Martz, 2015, σ. 14). Όταν μια δεξιότητα συγκρίνεται με ένα ορισμένο εξωτερικό πρότυπο, ταυτόχρονα αποδίδεται σε αυτό το πρότυπο μια συγκριτική αξία. Αντιθέτως, σε κάθε ατομικό προσόν περιλαμβάνεται κάποια αξιολόγηση, η οποία στηρίζεται σε εγγενείς ποιότητες όπως είναι για παράδειγμα η αξία του, η χρησιμότητά του ή η ομορφιά του. Το άτομο πιθανόν να εκτιμήσει την αξία κάποιων προσόντων που υπό άλλες συνθήκες να υποτιμούσε, διότι θα βρίσκονταν σε χαμηλότερο επίπεδο μέσα σε ένα ορισμένο συγκριτικό πλαίσιο. Παρόλο που οι συγκριτικές αξιολογήσεις θεωρούνται αναγκαίες προκειμένου να διερευνηθεί πρόοδος στη διαδικασία της επανένταξης ή θεραπείας, στην περίπτωση που μια τοποθέτηση που έχει να κάνει με συγκριτικές αξίες περιλαμβάνει μια αρνητική κρίση όσον αφορά τη προσωπική αξία του ατόμου, μπορεί να γίνει επιζήμια ως προς τη διαδικασία της προσαρμογής στην αναπηρία. Μέσω της μετατροπής από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, δίνεται μια ιδιαίτερη έμφαση σε κύρια ατομικά προσόντα, δηλαδή στην ικανότητα αναγνώρισης της αξίας κάποιου ατόμου με βάση τον συνδυασμό των μοναδικών του προσωπικών χαρακτηριστικών και ικανοτήτων αντί της επιλογής των συγκρίσεων με εξωτερικά πρότυπα (Wright, 1983).

Οι προαναφερθείσες αλλαγές στο αξιακό σύστημα που ενδέχεται να συμβούν κατά τη διαδικασία προσαρμογής στην αναπηρία, αν και δεν είναι οι μοναδικές, πιθανόν μπορούν να συμβάλλουν σε μια θετική επαναπλαισίωση της έννοιας της αναπηρίας και να θέσουν τα άτομα ελεύθερα να δρουν με τρόπους που υπερνικούν τα δικά τους ατομικά χαρακτηριστικά, παρά εκείνα που αντιστοιχούν σε ένα ορισμένο ιδανικό πρότυπο (Wright, 1983).

Ένα δεύτερο μοντέλο προσαρμογής αποτελεί το λεγόμενο ‘‘τα μοντέλα των σταδίων’’ (*stage models*), τα οποία παρουσιάζουν την ψυχοκοινωνική προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας ως μια διαδικασία, κατά την οποία το άτομο διέρχεται από διαφορετικά στάδια. Πιο συγκεκριμένα, η ψυχοκοινωνική προσαρμογή περιγράφεται ως μια διεργασία που περιλαμβάνει ποικίλες πιθανές αντιδράσεις και συμπεριφορές του ατόμου απέναντι στην αναπηρία του, οι οποίες αφορούν κυρίως το συναισθηματικό, γνωστικό και συμπεριφοριστικό τομέα. Αρχικά, οι ψυχολογικές αντιδράσεις είναι αρνητικές αλλά εφόσον το άτομο διαχειριστεί καθεμιά από τις πιθανές αυτές αντιδράσεις, οδηγείται στην αναγνώριση, στην αποδοχή της κατάστασής του και στην προσαρμογή στην αναπηρία, ανεξάρτητα από τους περιορισμούς που του επιφέρει (Livneh & Antonak, 2012).

Αναλυτικότερα, η διαδικασία προσαρμογής περιλαμβάνει επτά (7) εμφανή στάδια, τα οποία είναι: α) το σοκ, β) η προσδοκία ανάρρωσης ή άρνηση, γ) ο θυμός και η οργή, δ) η διαπραγματεύση, ε) το πένθος και η κατάθλιψη, στ) η εποικοδομητική αμυντική στάση ή αντίθετα η προβληματική αμυντική στάση και τέλος ζ) η αναγνώριση-παραδοχή και προσαρμογή στην αναπηρία (Livneh & Antonak, 1997, όπ. αναφ. στο Read et al.,2016·Livneh & Antonak,1991, όπ. αναφ. στο Marini,Glover-Graf, & Millington, 2012· Livneh & Antonak,1991, όπ. αναφ. στο Marini & Stebnicki, 2012·Livneh & Antonak,1991, όπ. αναφ. στο Marini & Stebnicki, 2018). Ακολουθούν με περισσότερες λεπτομέρειες τα στάδια της προσαρμοστικής διαδικασίας:

Σοκ: αποτελεί μια αντίδραση σύντομης διάρκειας, που σηματοδοτεί την πρωταρχική εμπειρία που βιώνει το άτομο μετά τη διάγνωση της αναπηρίας. Η αντίδραση χαρακτηρίζεται από ψυχικό «μούδιασμα» και από αποδιοργάνωση της γνωστικής σκέψης. Παράλληλα, επηρεάζεται η κινητικότητα και ομιλία του ατόμου. Γενικότερα, το στάδιο του σοκ χαρακτηρίζεται από στοιχεία πανικού και αναφέρεται στη στιγμή που το άτομο αντιλαμβάνεται τη φύση και το μέγεθος της αναπηρίας (Livneh & Antonak, 2012).

Άρνηση: αυτή η αντίδραση κινητοποιείται για να αποτρέψει το άγχος και άλλα αρνητικά συναισθήματα, και θεωρείται ως «μηχανισμός άμυνας». Χρησιμοποιείται κυρίως για να «αποκρούσει» την αγωνία- σοκ και πλήθος άλλων συναισθημάτων που βιώνει το άτομο. Περιγράφονται μη ρεαλιστικές προσδοκίες που έχει το άτομο ως προς μια (πλήρη ή άμεση) ανάκαμψη, καθώς και απορρίψεις των ιατρικών συμβουλών, όπως και άλλων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Παρόλο που η άρνηση μπορεί να μετριάσει σε κάποιο βαθμό το άγχος και την κατάθλιψη, ιδιαίτερα όταν χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια των αρχικών φάσεων της προσαρμογής, ο μακροπρόθεσμος αντίκτυπος της θεωρείται συχνά ακατάλληλος και απειλητικός για τη ζωή (Livneh & Antonak, 2012).

Θυμός / Εχθρικότητα: η αντίδραση του θυμού ή της εχθρικότητας διακρίνεται στον εσωτερικευμένο θυμό (μνησικακία, πικρότητα, ενοχή και αυτοκατηγορία) και στην εξωτερικευμένη εχθρικότητα. Στις περιπτώσεις που ο θυμός κατευθύνεται από το εσωτερικό, το άτομο αποδίδει ευθύνες στον εαυτό του, οι οποίες αφορούν την έναρξη της αναπηρίας ή την αποτυχία του να επιφέρει επιτυχημένα αποτελέσματα. Αντιθέτως, όταν ο θυμός εξωτερικεύεται, η ευθύνη αποδίδεται και βαραίνει άλλα άτομα που βρίσκονται στο κοινωνικό περιβάλλον. Οι συμπεριφορές που εκδηλώνονται σε αυτή τη φάση στην πλειοψηφία τους χαρακτηρίζονται από επιθετικές αντιδράσεις και κατηγορίες, ανταγωνισμό, ενώ ταυτόχρονα το άτομο επιλέγει παθητικά και επιθετικά μοντέλα, ώστε να παρεμποδίσει τη θεραπεία που λαμβάνει (Livneh & Antonak, 2012).

Κατάθλιψη: η συγκεκριμένη αντίδραση σηματοδοτεί τη συνειδητοποίηση της μονιμότητας της κατάστασης, του μεγέθους της καθώς και των μελλοντικών επιπτώσεων σχετικά με την απώλεια της ακεραιότητας του σώματος και τη χρόνια

διάρκεια που τη χαρακτηρίζει. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου υποστηρίζεται ότι το άτομο βιώνει συναισθήματα απελπισίας, αδυναμίας, απομόνωσης και δυσφορίας (Livneh & Antonak, 2012).

Αποδοχή: η αποδοχή της αναπηρίας σηματοδοτεί το τελικό στάδιο της διαδικασίας της προσαρμογής. Αυτή η αντίδραση, αναφέρεται, επίσης, στη βιβλιογραφία ως αναδιοργάνωση, επανένταξη ή αναπροσαρμογή. Αναλυτικότερα, η αποδοχή περιλαμβάνει τα ακόλουθα στοιχεία (Livneh & Antonak, 2012):

- Μια προηγούμενη γνωστική συμφιλίωση του ατόμου με την κατάσταση της αναπηρίας, των επιπτώσεων που επιφέρει και του μόνιμου χαρακτήρα που συνεπάγεται (Livneh & Antonak, 2012).
- Μια συναισθηματική αποδοχή ή εσωτερίκευση της κατάστασης της αναπηρίας από το άτομο, όπου συμπεριλαμβάνεται μια νέα αίσθηση αποκατάστασης της αυτοαντίληψης, η οποία ανανεώνεται με τις αξίες της ζωής και μια συνεχής αναζήτηση για νέα νοήματα ζωής (Livneh & Antonak, 2012).
- Η ενεργητική επιδίωξη επίτευξης προσωπικών, κοινωνικών ή/και επαγγελματικών στόχων που θέτει το άτομο, συμπεριλαμβανομένης της επιτυχημένης διαχείρισης διάφορων εμποδίων που ενδέχεται να ανακύψουν κατά την επιδίωξη των συγκεκριμένων στόχων (Livneh & Antonak, 2012).

Αξίζει να αναφερθεί ότι η σειρά και ο χρόνος παραμονής σε κάποιο στάδιο δεν είναι ίδιος για όλα άτομα. Αυτό οφείλεται κυρίως στον πολύπλοκο χαρακτήρα της διαδικασίας προσαρμογής, όπως επίσης και στα προσωπικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου με αναπηρία. Επιπρόσθετα, η διαδικασία της προσαρμογής δε δέχεται επιδράσεις μόνο από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, αλλά και από ένα σύμπλεγμα βιωμάτων και εμπειριών, την κουλτούρα, την κοινωνική στήριξη που λαμβάνει το κάθε άτομο (Κλεφτάρας, 2007).

Μια σημαντική προσέγγιση αποτελούν, επίσης, και τα οικολογικά μοντέλα της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας, όπως έχουν προταθεί σε διάφορες μελέτες (Bishop, Smedema, & Lee, 2009). Τα οικολογικά μοντέλα προσπαθούν να εξηγήσουν την ασυμφωνία που χαρακτηρίζει τον τύπο των συμπτωμάτων, το επίπεδο σοβαρότητας της κατάστασης, τη διάρκεια και τις αντιδράσεις που ακολουθούν την εμφάνιση μιας αναπηρίας. Πιο συγκεκριμένα, τα μοντέλα αυτά επιδιώκουν να εξηγήσουν τους λόγους για τους οποίους τα άτομα που έχουν την ίδια ή παρόμοια αναπηρία παρουσιάζουν ποιοτικές και ποσοτικές διαφορές μεταξύ τους και κατά συνέπεια διαφορετικό βαθμό αποδοχής και προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009). Τα μοντέλα αυτού του είδους έχουν ταξινομηθεί σε τέσσερις (4) κατηγορίες χαρακτηριστικών μεταβλητών (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009):

- Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τους παράγοντες που έχουν να κάνουν με την αναπηρία, όπως για παράδειγμα η αιτία και το είδος της αναπηρίας, η

ηλικία διάγνωσής της, ο βαθμός του λειτουργικού περιορισμού, τα μέρη του σώματος τα οποία έχουν υποστεί βλάβη ή ακόμα και η σταθερότητα της κατάστασης (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009).

- Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει, κυρίως, παράγοντες που αφορούν κοινωνικοοικονομικά στοιχεία του ατόμου με αναπηρία, λόγω χάρη το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή και η επαγγελματική κατάσταση, η εθνικότητα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η γενική κατάσταση της υγείας, καθώς και το μορφωτικό επίπεδο (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009).
- Η τρίτη κατηγορία αναφέρεται σε μεταβλητές, οι οποίες σχετίζονται με την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά του ατόμου. Τέτοιου είδους μεταβλητές, είναι οι στρατηγικές άμυνας που υιοθετεί το άτομο και το βοηθούν να διαχειριστεί στο μέγιστο δυνατό βαθμό την αναπηρία του, το κέντρο ελέγχου, η βαρύτητα που δίνει το άτομο στην αναπηρία του, οι στάσεις που διατηρεί σχετικά με την αρρώστια και το θάνατο, οι αξίες της ζωής του, το σύστημα των πεποιθήσεών του, η εικόνα που έχει για το σώμα του και τέλος, οι γνωστικές και πνευματικές του ικανότητες (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009).
- Η τέταρτη κατηγορία περιλαμβάνει μεταβλητές, οι οποίες αναφέρονται στο εξωτερικό περιβάλλον. Σε αυτή την κατηγορία, εντάσσονται τα συστήματα κοινωνικής υποστήριξης, η οικονομική ενίσχυση, η ιατρική περίθαλψη και οι ειδικές προσαρμογές που πραγματοποιούνται στο περιβάλλον (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009).

Οι μεταβλητές που αναφέρθηκαν αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή ενός ατόμου στην αναπηρία του. Τα οικολογικά μοντέλα παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες και αποτελούν χρήσιμο εργαλείο στα χέρια κυρίως των ειδικών, οι οποίοι καλούνται να διαχειριστούν με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο το εκάστοτε άτομο με αναπηρία (Chan, da Silva Cardoso, & Chronister, 2009). Αυτά τα μοντέλα προσφέρουν ένα πιο ευρύ και τεκμηριωμένο πλαίσιο περιγραφής της προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας, ως προς τα προηγούμενα μοντέλα. Παρόλο που δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς την αξία των οικολογικών μοντέλων, την εμπειρική τους χρησιμότητα ή την κλινική τους ωφέλεια, αυτά μοιράζονται διάφορους παράγοντες που συμβάλλουν στην προσαρμογή στην αναπηρία (Livneh & Martz, 2012).

Από τα παραπάνω, διαπιστώνεται το έντονο ενδιαφέρον των ερευνητών να εξετάζουν ζητήματα επανένταξης των ατόμων με αναπηρία και παράλληλα εντοπίζονται σημαντικές προσπάθειες για τη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα με αναπηρία διαχειρίζονται τη διαδικασία της προσαρμογής μέσω της προσπάθειας τους για τη διαμόρφωση εννοιολογικών πλαισίων και μοντέλων ερμηνείας της. Ωστόσο, όμως, δεν φαίνεται να προκύπτει ομοφωνία αναφορικά με τη φύση της διαδικασίας της προσαρμογής στην αναπηρία και την κατάλληλη μέθοδο μέτρησης της (Frank, Rosenthal, Caplan, & Albright, 2010).

2.3 Προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία και παράγοντες

Όπως έγινε λόγος και παραπάνω (υποενότητα 2.1), η ψυχοκοινωνική προσαρμογή (“psychosocial adaptation”), αποτελεί μια εξελισσόμενη, δυναμική διαδικασία μέσω της οποίας το άτομο προσεγγίζει μια βέλτιστη κατάσταση της ταυτότητας του ατόμου-περιβάλλοντος από τη συμμετοχή του σε κοινωνικές, επαγγελματικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, την επιτυχή διαπραγμάτευση με το φυσικό περιβάλλον, καθώς και τη συνειδητοποίηση των εναπομενόντων δυνάμεων και προσόντων, παράλληλα με τους υφισταμένους λειτουργικούς περιορισμούς (Livneh και Antonak, 1997, όπ. αναφ, στο Marini & Stebnicki, 2018). Στο πλαίσιο αυτής της διαδικασίας, συντελούνται αλλαγές σε ένα μεγάλο φάσμα της ζωής του ατόμου με αναπηρία, προσπαθώντας να αντιδράσει σε αυτές (Kennedy, 2012). Όσον αφορά τη διαδικασία της προσαρμογής και το άτομο με αναπηρία, διαπιστώνονται παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν άμεσα ή έμμεσα την επιτυχία ολοκλήρωσής της. Οι παράγοντες που εντοπίζονται να επιδρούν στην επίτευξη της αποδοχής και της προσαρμογής στην αναπηρία, έχουν να κάνουν κατ’ αρχάς με το ίδιο το άτομο, όπως είναι για παράδειγμα, η ηλικία του (Wu & Chan, 2007), το φύλο του (Kennedy, Evans, & Sandhu, 2009· Woolrich, Kennedy, & Tasiemski, 2006), την οικογενειακή του κατάσταση (Pakenham & Fleming, 2011· Zhang et al., 2019), το μορφωτικό του επίπεδο (Chiang et al., 2015 · Richardson, Adner, & Nordstrom, 2001). Άλλοι παράγοντες έχουν να κάνουν με την ίδια την αναπηρία, την προέλευση της, με το γεγονός δηλαδή, εάν είναι εγγενής ή επίκτητη (Bogart, Tickle-Degnen, & Ambady, 2012), καθώς και με τη χρονική διάρκεια ύπαρξής της (Chao, Tsai, Livneh, Lee, & Hsieh, 2010· Chiu, Livneh, Tsao, & Tsai, 2013). Επιπρόσθετα, αναδεικνύεται και η ύπαρξη των άλλων, ως σημαντικός παράγοντας επίτευξης της προσαρμογής. Με άλλα λόγια, η κοινωνική υποστήριξη που μπορεί να λάβει το άτομο με αναπηρία από το στενότερο (οικογένεια, φίλοι), καθώς και από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να επιδράσει ευεργετικά στη διαδικασία αποδοχής και προσαρμογής του (Kostova, Caiata-Zufferey, & Schulz, 2014· You & Lu, 2013). Εκτός από αυτό οι πεποιθήσεις των ατόμων, τα συναισθήματα με αναπηρία μπορούν να επηρεάσουν τη διαδικασία της προσαρμογής. Πιο αναλυτικά, τα άτομα με αναπηρία που θεωρούν ότι είναι ικανά και άξια άτομα θα μπορούσαν να καταβάλουν όλη τους την προσπάθεια στη διαδικασία αποκατάστασης και να προσπαθήσουν να αντιμετωπίσουν προσαρμοστικά τις αλλαγές στη ζωή που ενδέχεται να προκύψουν από την κατάσταση αναπηρίας. Αντίθετως, τα άτομα που αισθάνονται μη ικανά ή θεωρούν πως δεν αξίζουν, μπορεί να υποκύψουν στην αναπηρία επειδή καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οποιαδήποτε προσπάθεια και να κάνουν για θετικές αλλαγές στη ζωή θα οδηγήσει τελικά σε αποτυχία (Smedema, 2014). Καταληκτικά, η προσαρμογή ενός ατόμου στην αναπηρία συνδέεται και με την ύπαρξη προβλημάτων ψυχικής υγείας, καθώς η μη επιτυχής προσαρμογή οδηγεί στην εμφάνιση κατάθλιψης (Livneh & Antonak, 2005· McDermott et al., 2007), θυμού, καθώς και αρνητικής αυτοεκτίμησης (Smedema et al., 2010). Οι παραπάνω συνέπειες συνδέονται, ακόμη, με το αρνητικό συναίσθημα της ντροπής (Iannaccone, D’Olimpio, Cella, & Cotrufo, 2016· Velotti, Garofalo, Bottazzi, & Caretti, 2016). Τα άτομα με αναπηρία

αισθάνονται ντροπή εξαιτίας της απώλειας της αυτονομίας και της ανεξαρτησίας καθώς και λόγω της αρνητικής εικόνας που έχουν για το σώμα τους (Angulo, Fleury, Péron, Penzenstadler, Zullino, & Krack, 2019·Peeters, 1992, όπ. αναφ. στο Ten Klooster et al., 2014). Το συναίσθημα της ντροπής θα αποτελέσει αντικείμενο διερεύνησης στην επόμενη ενότητα.

3^ο Κεφάλαιο: Το συναίσθημα της ντροπής

3.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός του συναισθήματος

Τα συναισθήματα αποτελούν ένα σύνθετο φαινόμενο, γεγονός που δυσκολεύει το έργο των ερευνητών ως προς τη διατύπωση ενός ευρέως αποδεκτού και περιεκτικού ορισμού. Ο Parrot (2001) υποστηρίζει ότι όλοι γνωρίζουν τι είναι το συναίσθημα, μέχρι να τους ζητηθεί να δώσουν έναν ορισμό. Στο σημείο αυτό αναδεικνύεται η αδυναμία τους να διατυπώσουν τον δύσκολο αυτό όρο. Η ρευστότητα αυτού του πεδίου έγκειται αναμφίβολα στη χρήση της ανακριβούς σχέσης του όρου συναίσθημα (emotion), καθώς και των συγγενών του όρων, όπως είναι η συγκινησιακή κατάσταση/συγκίνηση (affect) (όπ. αναφ. στο Καφέτσιος, 2005), συναισθηματικότητα (emotionality) και αίσθημα (feeling). Με λίγα λόγια, ο όρος συναίσθημα αποτελείται από: τα αισθήματα (“feelings”) αυτά που βιώνουμε, τα συναισθήματα (“emotions”) αισθήματα που εκφράζουμε και τις διαθέσεις (“moods”) αισθήματα που παραμένουν με το πέρασμα του χρόνου. Γενικότερα, το συναίσθημα μπορεί να θεωρηθεί ως ένας όρος ομπρέλα που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα συναισθημάτων που βιώνουν τα άτομα, συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικής κατάστασης (“feeling states”) που υπάρχει μια δεδομένη στιγμή, μικρής διάρκειας συναισθηματικές εμπειρίες, καθώς και συναισθηματικά γνωρίσματα (“feeling traits”), που είναι περισσότερο μόνιμα και ωθούν τα άτομα να ενεργούν με καθορισμένο τρόπο (Watson & Clark, 1984).

Τα συναισθήματα κατηγοριοποιούνται σε πρωτογενή (primary), βασικά (basic), ή θεμελιώδη (fundamental) και σε δευτερογενή (secondary). Πρωτογενή συναισθήματα θεωρούνται συνήθως η χαρά, η έκπληξη, ο φόβος, ο θυμός, η λύπη και η αηδία / αποστροφή (Ekman & Friesen, 1975· Chen 2016). Οι Ekman και Friesen (1986) υποστήριξαν αρχικά την ύπαρξη των παραπάνω έξι βασικών/πρωτογενών συναισθημάτων, ενώ αργότερα πρόσθεσε σε αυτά και την περιφρόνηση (Ekman & Friesen, 1986). Πρωτογενή ονομάζονται τα συναισθήματα που είναι εγγενή, καθολικά και οικουμενικά, καθώς και εκείνα που είναι εύκολα αναγνωρίσιμα από τις εκφράσεις του προσώπου. Από την άλλη, δευτερογενή χαρακτηρίζονται τα συναισθήματα που προκύπτουν από τη σύνθεση δύο ή περισσότερων πρωτογενών (Παππά, 2013). Η αγάπη, για παράδειγμα, συνοδεύεται ή εκφράζεται από τα δευτερογενή συναισθήματα της στοργής, του πόθου, της λαχτάρας, ή της καλής διάθεσης (Chen, 2016).

Τα δευτερογενή συναισθήματα είναι πολυάριθμα. Ο Goleman (1997) υποθέτει ότι ανέρχονται σε εκατοντάδες χιλιάδες. Επίσης, υπάρχουν πολλοί ερευνητές που ερίζουν σχετικά με το αν η απόγνωση, το ενδιαφέρον, η ενοχή, η ντροπή, η αγάπη και η ενόχληση αποτελούν πρωτογενή ή δευτερογενή συναισθήματα (όπ. αναφ. στο Lehalle & Mellier, 2010). Τα πραγματικά συναισθήματα εμφανίζονται μόνο μετά από το διαχωρισμό του «εαυτού» από τον περίγυρο, δηλαδή με την εμφάνιση της επίγνωσης του εαυτού, ή της στοιχειώδους αυτοσυναίσθησης. Οι αντιδράσεις των νεογέννητων μπορεί να αποτελούν τα πρότυπα των μετέπειτα

πραγματικών συναισθημάτων, ωστόσο οι ίδιες δε θεωρούνται συναισθήματα. Τα περισσότερα πρωτογενή συναισθήματα είναι διακριτά και εύκολα αναγνωρίσιμα ως τους εννέα μήνες. Κατά τη νηπιακή ηλικία, και συγκεκριμένα κατά το δεύτερο μισό του δεύτερου έτους, εμφανίζονται τα «συναισθήματα αυτοσυνειδησίας» (self-conscious emotions), που αποτελούν μια συγκεκριμένη κατηγορία των δευτερογενών συναισθημάτων και στα οποία συγκαταλέγονται: η ντροπή, η περηφάνια, η ενοχή, η ζήλια και η αμηχανία (Lewis, 2008).

Τα συναισθήματα αυτοσυνειδησίας ή αλλιώς αυτοσυνειδησιακά συναισθήματα αποτελούν μια ειδική κατηγορία συναισθημάτων που συνδέονται με τις αντιδράσεις του ατόμου πάνω στα χαρακτηριστικά του εαυτού του και τη συμπεριφορά του. Τα αυτοσυνειδησιακά συναισθήματα έχουν ως απώτερο στόχο να διευκολύνουν τις σχέσεις και την κοινωνική αλληλεπίδραση των ανθρώπων, δίνοντας κίνητρο στο άτομο να τηρήσει τους κοινωνικούς κανόνες και τις προσωπικές του αξίες, καθώς και να κατευνάσουν το άτομο, όταν βιώνει καταστάσεις που του προκαλούν πίεση. Τα αυτοσυνειδησιακά συναισθήματα προωθούν τη καλή λειτουργία του κοινωνικού περιβάλλοντος καθώς και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Αυτό συμβαίνει διότι τα αυτοσυνειδησιακά συναισθήματα αποτελούν τη βάση για την επίλυση προβλημάτων που σχετίζονται με τη συνεργασία, τη συμβίωση καθώς και τη διατήρηση κοινωνικών σχέσεων. Επομένως, το άτομο κατορθώνει να διορθώσει τις ηθικές και κοινωνικές του παραβάσεις και να διατηρήσει μια κοινώς αποδεκτή συμπεριφορά (Else-Quest, Higgins, Allison, & Morton, 2012·Kim, Thibodeau, & Jorgensen, 2011·Tangney & Tracy, 2012).

Επομένως, διαφέρουν από τα βασικά συναισθήματα, καθώς δεν είναι έμφυτα, αλλά αναπτύσσονται μεταγενέστερα στο άτομο, απαιτώντας από το άτομο να είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και να συνθέτει αυτοαναπαραστάσεις. Επίσης, είναι περισσότερο σύνθετα γνωστικά, σε σχέση με τα βασικά συναισθήματα, καθώς προάγουν την επίτευξη πιο εκλεπτυσμένων κοινωνικών στόχων και τέλος, εκφράζονται με τρόπους που διαφέρουν και από άτομο σε άτομο (Else-Quest et al., 2012· Tangney & Tracy, 2012). Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η ντροπή είναι ένα αυτοσυνειδησιακό συναίσθημα, της οποίας η μελέτη αποτελεί αντικείμενο της παρούσας εργασίας.

3.2 Εννοιολογική προσέγγιση της Ντροπής

Η ντροπή συνιστά μια σύνθετη ψυχοπαθολογική εμπειρία. Μπορεί να προσδιοριστεί στο πλαίσιο των συναισθημάτων (ως ένα πρωταρχικό συναίσθημα από μόνο του ή σε συνδυασμό με άλλα συναισθήματα όπως είναι ο φόβος, ο θυμός, το αίσθημα αποστροφής), των γνωστικών αντιλήψεων και πεποιθήσεων για τον εαυτό (για παράδειγμα ότι κάποιος είναι ή φαίνεται κατώτερος ή ανεπαρκής), καθώς και συμπεριφορικών πτυχών, όπως είναι η απόρριψη, η απόκρυψη ή η επίθεση σε άλλους (Gilbert & Andrews, 1998). Σύμφωνα με τον Gilbert (1997) «Η ντροπή είναι μια από

τις πιο ισχυρές, οδυνηρές και δυνητικά καταστροφικές εμπειρίες που είναι γνωστές στους ανθρώπους» (σ. 113). Γενικότερα, «η ντροπή θεωρείται ως ένα ιδιαίτερα έντονο, επώδυνο συναίσθημα, που συνοδεύεται από αισθήματα κατωτερότητας, αδυναμίας και ταυτόχρονα αυτοσυνειδησίας μαζί με την επιθυμία απόκρυψης ελλείψεων από την πλευρά του ατόμου» (Gilbert, 1998, όπ. αναφ. στο Clapton Williams, & Jones, 2017).

Επομένως, η ντροπή συγκροτείται από γνωστικές και συναισθηματικές συνιστώσες, καθώς και από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς, όπως είναι οι υποτακτικές εκφράσεις του προσώπου και της στάσης του σώματος, αλλά και η εμφάνιση μιας σειράς συμπεριφοράς κοινωνικής απόσυρσης (Shepard & Rabinowitz, 2013). Ο Blum (2008) κατά τη διάρκεια μιας ερευνητικής προσπάθειας αναφορικά με τα αισθητά φαινόμενα της ντροπής, επεδίωξε να την προσδιορίσει εννοιολογικά εντός ενός πλαισίου που αποτελείται από τρία μέρη: Στο πρώτο μέρος εντοπίζονται συμπεριφορές, όπου ο άνθρωπος που βιώνει έντονο πόνο συναισθηματικά, νιώθει θυμό ή ακόμη και οργή είτε ενάντια στον εαυτό του, είτε απέναντι σε άλλα άτομα, ενώ έχει τη δυνατότητα να εκφράσει τα παραπάνω, τόσο ως προς τον ίδιο, όσο και προς του άλλους ανθρώπους ταυτόχρονα. Στο δεύτερο μέρος βιώνει μια κατάσταση ή ένα αίσθημα που επιθυμεί το άτομο να κρύψει. Στο τρίτο μέρος, η ντροπή εκφράζεται ως μια εκδήλωση κατά την οποία το άτομο αυτοπροσδιορίζεται ως κακό, ανάξιο και ελλιπές (όπ. αναφ. στο Shepard & Rabinowitz, 2013).

Το άτομο το οποίο βιώνει το συναίσθημα της ντροπής αισθάνεται άμεση επιθυμία να κρύψει ή να ξεφύγει από την κατάσταση που προκαλεί αυτό το συναίσθημα, δυσκολεύεται στη διατήρηση των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, καθώς και να μιλάει με ευχέρεια και να σκέφτεται με συνέπεια (Tangney & Dearing, 2002). Κατά συνέπεια, αποτελεί μια αρκετά επώδυνη κατάσταση που προκαλεί σύγχυση στη σκέψη και αναστέλλει την ομιλία και τη δράση του εκάστοτε ατόμου που βιώνει αυτό το συναίσθημα. Παράλληλα, ωθεί κάποιον να κρυφτεί και να εξαφανιστεί, ενώ δημιουργεί ένα αίσθημα ανεπάρκειας και αναξιοσύνης, επηρεάζοντας τη συνολική εικόνα του εαυτού. Ταυτόχρονα, συνοδεύεται συνήθως από σωματικές αντιδράσεις, όπως είναι η συστολή του σώματος, η αποστροφή του κεφαλιού, η αποφυγή της βλεμματικής επαφής, το ερύθημα και η στάση ταπείνωσης, κατωτερότητας, αποφυγής κι απόσυρσης. (Gilbert, 1998, όπ. αναφ. στο McKendry, 2014). Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, όταν αυτό το συναίσθημα βιώνεται σε φυσιολογικά επίπεδα, οι εμπειρίες της ντροπής διευκολύνουν τις αλληλεπιδράσεις και τις καθημερινές δραστηριότητες, ενθαρρύνοντας τις κατάλληλες συμπεριφορές (Tangney & Dearing, 2002).

Η ντροπή, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, ανήκει στην ομάδα των «συνειδητών συναισθημάτων» (Gilbert, 1998, όπ. αναφ. στο Clapton et al., 2017). Απαραίτητη προϋπόθεση για την εκδήλωση του συναισθήματος της ντροπής, καθώς και των υπόλοιπων συνειδητών συναισθημάτων είναι η ανάπτυξη ορισμένων γνωστικών μηχανισμών, όπως οι αυτό-αναπαραστάσεις, η αυτογνωσία και η

αυτοαξιολόγηση, οι οποίες επηρεάζουν τη σκέψη, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του ατόμου (Tangney & Dearing, 2002, όπ. αναφ. στο Grout, 2013).

Τα συναισθήματα ντροπής υποστηρίζεται ότι συμβάλλουν στη διατήρηση τόσο των προσωπικών προτύπων όσο και των κοινωνικών κανόνων (Davidson, Hilvert, Misiunaite, & Giordano, 2018). Ειδικότερα, το αίσθημα της ντροπής ανάγεται στην θεώρηση της ηθικής, ως δείκτης αναφοράς, μεταξύ της ηθικής και μη-ηθικής συμπεριφοράς (Cohen et al., 2011). Επομένως, η ντροπή μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα ηθικό συναίσθημα, διότι αποτελεί αντίδραση στην παραβίαση ηθικών κανόνων και αξιών, συμβάλλοντας στην καλλιέργεια ηθικής συμπεριφοράς (Tangney & Dearing, 2002, όπ. αναφ. στο Davidson et al., 2018). Καταληκτικά, το συναίσθημα της ντροπής είναι, επίσης, άρτια συνδεδεμένο με το κοινωνικό πλαίσιο, σχετίζεται με την κουλτούρα και τη γλώσσα του εκάστοτε κοινωνικού πλαισίου και αποκτάται μέσω των προτύπων και των προσδοκιών του συγκεκριμένου περιβάλλοντος (Boiger, De Deyne, & Mesquita, 2013· Heidari, Hasanpour, & Fooladi, 2012). Επομένως, το συναίσθημα της ντροπής διαθέτει και κοινωνικό χαρακτήρα, καθώς συμβάλλει στη διαμόρφωση της προσωπικής και κοινωνικής ταυτότητας και του αισθήματος κοινωνικής αποδοχής (Grout, 2013).

3.3 Διάκριση των εννοιών «Ντροπή» και «Ενοχή»

Η ντροπή και η ενοχή κατατάσσονται, τόσο στα ηθικά, όσο και στα συνειδητά συναισθήματα. Ωστόσο, φαίνεται να αναδύονται μέσα σε διαφορετικά ψυχολογικά συστήματα και να αποτελούν δύο ξεχωριστά συναισθήματα. Όμως, συχνά οι δύο αυτοί όροι συγχέονται (Tracy & Robins, 2004, όπ. αναφ. στο Broekhof et al., 2017).

Μία από τις βασικότερες διαφορές τους είναι ο δημόσιος και ο ιδιωτικός χαρακτήρας μιας αποτυχίας ή μιας παράβασης, που συνοδεύει την ντροπή και την ενοχή αντίστοιχα. Ωστόσο, η ντροπή είναι ένα συναίσθημα το οποίο εκδηλώνεται, όταν το άτομο είναι μόνο του με ένα κατά φαντασία ακροατήριο (Cohen et al., 2011· Wolf et al., 2010). Αξίζει να επισημανθεί ότι η σημαντικότερη διαφορά μεταξύ της ντροπής και της ενοχής επικεντρώνεται στο ρόλο του εαυτού. Αναλυτικότερα, η ενοχή θεωρείται ως η αρνητική αξιολόγηση κάποιων συμπεριφορών και ντροπή θεωρείται ως η αρνητική αξιολόγηση ολόκληρου του εαυτού (Lewis, 1971, όπ. αναφ. στο Stuewig, Tangney, Heigel, Hart, & McCloskey, 2011). Η ντροπή ως συναίσθημα εστιάζει στο σύνολο του εαυτού και εκφράζεται μέσω της πεποίθησης, ότι ο εαυτός είναι ελλιπής ή κατώτερος (Stuewig et al., 2011). Το άτομο που βιώνει την ενοχή, επικεντρώνεται σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά ή ενέργεια (Tracy & Robins, 2006, όπ. αναφ. στο Broekhof, Kouwenberg, Oosterveld, Frijns, & Rieffe, 2017), ενώ ένα άτομο που βιώνει το συναίσθημα της ντροπής τείνει να επικεντρώνεται με έναν αρνητικό τρόπο, στην αυτοπεποίθηση, στην αυτό-εικόνα, και στον αυτοσεβασμό (Tangney, Stuewig & Hafez, 2011). Σε αντίθεση με την ντροπή, η ενοχή, δεν εστιάζει στο σύνολο του εαυτού, αλλά αποτελεί αντίδραση σε μία

συγκεκριμένη πράξη που παραβιάζει τα ηθικά πρότυπα και είναι το συναισθηματικό αποτέλεσμα της λανθασμένης αυτής συμπεριφοράς (Olthof, Schouten, Kuiper, Stegge, & Jennekens-Schinkel, 2010). Τα υψηλά επίπεδα ντροπής περιλαμβάνουν υποβάθμιση και υποτίμηση του εαυτού και δημιουργούν στο άτομο χαμηλή αυτοεκτίμηση (Tangney & Dearing, 2002·Tangney, Stuewig, Mashek, & Hastings, 2011, όπ. αναφ. στο Broekhof et al., 2017). Σε αντίθεση με την ντροπή, η ενοχή δεν σχετίζεται με την χαμηλή αίσθηση της αξίας του εαυτού (Rebblon, Manasse, Agnew, Van Gundy, & Cohn, 2016, όπ. αναφ. στο Broekhof et al., 2017).

Καταλήγοντας, αξίζει να αναφερθεί ότι η ντροπή είναι ένα πιο επώδυνο συναίσθημα που μπορεί να συνδεθεί με την ψυχοπαθολογία. Η ντροπή σχετίζεται με μια ποικιλία ψυχολογικών προβλημάτων, όπως το μετατραυματικό στρες, τις ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές, την ψύχωση, αλλά και την κατάθλιψη (Orth, Berking, & Burkhardt, 2006, όπ. αναφ. στο Stuewig et al., 2011). Η ενοχή ως συναίσθημα προωθεί και ενισχύει τις επανορθωτικές συμπεριφορές, λόγω της ενίσχυσης των συναισθημάτων ευθύνης, καθώς συνεπάγεται μετάνοια, ομολογία του σφάλματος (Tangney & Dearing, 2002, όπ. αναφ. Broekhof et al., 2017).

3.4 Οι δύο διαστάσεις της ντροπής

Η ντροπή θεωρείται ως ένα ιδιαίτερα έντονο, επώδυνο συναίσθημα (Gilbert, 1998, όπ. αναφ. στο Clapton et al., 2017) που συνοδεύεται με την αντίληψη ότι προσωπικά στοιχεία είτε εξωτερικά (π.χ. μέγεθος του σώματος) είτε στοιχεία προσωπικότητας, καθώς και μη αποδεκτές συμπεριφορές εκλαμβάνονται από τους άλλους ως μη ελκυστικά ή μη αποδεκτά και συνεπάγονται απορριπτική στάση ή κάποια μορφή υποβιβασμού (Dearing, Stuewig, & Tangney, 2005), μέσω συμπεριφορών υποτίμησης, χλευασμού ή αποδυνάμωσης (Hartling, Rosen, Walker, & Jordan, 2000). Η αντιληπτή απόρριψη συνεπάγεται το βίωμα του συναισθήματος της ντροπής. Το βίωμα του συναισθήματος της ντροπής περιλαμβάνει συνήθως μια αλληλεπίδραση μεταξύ εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής (Gilbert & Procter, 2006, όπ. αναφ. στο Martins et al., 2016). Συγκεκριμένα, η εσωτερική ντροπή προέρχεται από την εξωτερική ντροπή (Gilbert, 2010, όπ. αναφ. στο Martins, Canavarro, & Moreira, 2016).

Αναλυτικότερα, η εξωτερική ντροπή λαμβάνει χώρα, όταν το άτομο θεωρεί πως είναι υπεύθυνο για τις αντιλήψεις των άλλων γύρω από την ύπαρξή του, ιδιαίτερα όταν οι άλλοι την κρίνουν ως μη ελκυστική, ανεπιθύμητη ή ανεπαρκή, ενώ υπάρχει η άποψη ότι το κοινωνικό περιβάλλον την απορρίπτει, σε πειρπτώσεις που το άτομο εκφράσει κάποια ανεπιθύμητη πτυχή του εαυτού (Gilbert, 2011). Αποτελεί ένα επώδυνο συναίσθημα, καθώς σχετίζεται με τον κοινωνικό αποκλεισμό, τη μη ελκυστική εικόνα του εαυτού και την επακόλουθη εκδήλωση συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας (Gouva et al., 2016·Matos, Pinto-Gouveia, Gilbert, & Duarte 2015·McKendry, 2014·Saggino et al., 2017· Thibodeau, Kim, Randall, & Jorgensen,

2011). Συνεπώς, η εξωτερική ντροπή σηματοδοτεί τον τρόπο που βλέπει ο καθένας τον εαυτό του, μέσα από τα μάτια των άλλων (Kim, Thibodeau, & Jorgensen, 2011).

Από την άλλη πλευρά, η εσωτερική ντροπή αναφέρεται στον τρόπο που βλέπει και κρίνει κάποιος τον εαυτό του μέσα από τα δικά του μάτια (Gilbert, 1998, 2003, όπ. αναφ. στο Clapton et al., 2017). Επομένως, σχετίζεται με αρνητικές διαδικασίες αξιολόγησης του εαυτού (όπως αυτοκριτική, υποτίμηση του εαυτού και αρνητικές κοινωνικές συγκρίσεις) και αυτοκατευθυνόμενες επιδράσεις (π.χ. θυμός και περιφρόνηση για τον εαυτό, μίσος και αηδία για τον εαυτό) και ο εαυτός θεωρείται ως μη ελκυστικός, ανεπαρκής, κακός ή και ελαττωματικός (Gilbert, 1998, όπ. αναφ. στο Clapton et al., 2017). Οι άνθρωποι που τείνουν να παρατηρούν στενά τους εαυτούς του είναι πιο πιθανό να βιώσουν το συναίσθημα της ντροπής (Tangney & Dearing, 2002). Συνεπώς, η εσωτερική ντροπή αντιπροσωπεύει το βίωμα του συναισθήματος ντροπής.

Η εσωτερική ντροπή δεν αντιπροσωπεύει μια μονοδιάστατη έννοια, αλλά αναφέρεται σε διαφορετικές πτυχές του εαυτού, όπως συμπεριφορές, χαρακτηριστικά του σώματος, καθώς και σε μια ευρύτερη ταυτότητα του ατόμου (Hejdenberg & Andrews, 2011, όπ. αναφ. στο Velotti, Garofalo, Bottazzia, & Caretti, 2016). Συγκεκριμένα, έχει προταθεί μια πολυδιάστατη αντίληψη της εσωτερικής ντροπής για να προσδιοριστούν: (α) οι εμπειρίες της χαρακτηρισολογικής ντροπής (οι οποίες σχετίζονται με τις προσωπικές συνήθειες και δεξιότητες του κάθε ατόμου), (β) οι εμπειρίες συμπεριφορικής ντροπής (οι οποίες αναφέρονται στο συναίσθημα της ντροπής που νιώθει κάποιος όταν κάνει κάτι λάθος ή όταν εκφράζει κάτι ανόητο και αποτυχημένο, δηλαδή στη ντροπή που νιώθει κάποιος για τη συμπεριφορά του) και γ) η σωματική ντροπή (η οποία αναφέρεται στο να νιώθει κάποιος ντροπή για το σώμα του και γενικότερα για τη φυσική του εμφάνιση) (Andrews et al., 2002, όπ. αναφ. στο Velotti et al., 2016).

Γενικότερα, το βίωμα του συναισθήματος της ντροπής δημιουργεί στο άτομο το αίσθημα εσωτερικής ανεπάρκειας, ακύρωσης, απογοήτευσης, η οποία εκδηλώνεται μέσω της απόσυρσης (Lamia, 2011). Συνεπώς, διαδραματίζει καίριο ρόλο στην κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου καθώς και στην ψυχική και σωματική του υγεία (Gilbert, 2007). Ωστόσο, πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, φαίνεται να αμφισβητούν την τάση για απομόνωση, υποστηρίζοντας πως τα άτομα που βιώνουν το συναίσθημα της ντροπής τείνουν να επιλέγουν την προσέγγιση και όχι την απόσυρση. Επομένως, αναδεικνύεται η θετική επίδραση του συναισθήματος της ντροπής στις διαπροσωπικές σχέσεις (de Hooge, Breugelmans, Wagemans, & Zeelenberg, 2018). Καταληκτικά, όσον αφορά τα άτομα με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις, έχει αποδειχθεί, από τη βιβλιογραφία (όπως θα φανεί και στα επόμενα κεφάλαια), ότι βιώνουν το συναίσθημα της ντροπής. Γι' αυτόν τον λόγο η εσωτερική ντροπή που αναφέρεται στο βίωμα του συναισθήματος ντροπής θα αποτελέσει αντικείμενο διερεύνησης της παρούσας έρευνας.

3.5 Το συναίσθημα της ντροπής στα άτομα με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενη υποενότητα (3.1), η ντροπή αποτελεί ένα ιδιαίτερα έντονο και αρνητικό συναίσθημα, που συνοδεύεται με αισθήματα κατωτερότητας, αδυναμίας και ταυτόχρονα αυτοσυνειδησίας, μαζί με την επιθυμία απόκρυψης ελλείψεων από την πλευρά του ατόμου (Gilbert, 1998, όπ. αναφ. στο Clapton et al., 2017). Έχει αποδειχθεί ότι το συναίσθημα της ντροπής εμφανίζεται και στα άτομα με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις. Αρχικά, τα άτομα με αναπηρία/χρόνια πάθηση αισθάνονται ντροπή λόγω της διάγνωσης της αναπηρίας (Easler, Roper, Freeborn, & Dyches, 2018·Stotz, Charron-Prochownik, Terry, Gonzales, & Moore, 2019). Επομένως, η διάγνωση μιας αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης έχει σημαντικό συναισθηματικό αντίκτυπο στο άτομο που τη βιώνει. Η αναπηρία δημιουργεί στα άτομα φυσικούς περιορισμούς, δυσκολεύοντας την καθημερινή τους ζωή. Ενδεικτικά, έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα με αναπηρία αισθάνονται ντροπή λόγω της εξάρτησής τους από τους φροντιστές. Επιδιώκουν την ιδιαίτερη προσοχή τους στις καθημερινές δραστηριότητες, λόγω των φυσικών περιορισμών που προκύπτουν εξαιτίας της αναπηρίας. Αυτό έχει ως συνέπεια να χάνουν την αυτονομία τους και την ανεξαρτησία τους και να μην θεωρούν τους εαυτούς τους ως ικανούς και αξιούς σεβασμού. Εκτός αυτού, τα άτομα με αναπηρία αισθάνονται ντροπή λόγω της εικόνας τους σώματος τους. Ειδικότερα, τα άτομα που αποκτούν την αναπηρία/χρόνια πάθηση κατά τη διάρκεια της ζωής τους, ντρέπονται για το σώμα τους, νιώθουν αποκομμένοι από τον εαυτό τους, λόγω της νέας μη επιθυμητής εικόνας του εαυτού. Επίσης, αισθάνονται ντροπή διότι δεν μπορούν να εργαστούν και να προσφέρουν στην οικογένειά τους ένα ικανοποιητικό εισόδημα (Angulo et al., 2019). Επομένως, η εμπειρία της απώλειας, η απώλεια της ανεξαρτησίας, η αδυναμία τους να εργαστούν καθώς και η εικόνα που έχουν για το σώμα τους, δημιουργούν στα άτομα με αναπηρίες και χρόνιες παθήσεις το συναίσθημα της ντροπής (Peeters, 1992, όπ. αναφ. στο Ten Klooster et al., 2014). Το συναίσθημα της ντροπής αποτελεί, ακόμη, σημαντικό εμπόδιο για την ένταξη των ατόμων με αναπηρία και επηρεάζει αρνητικά την ψυχική τους υγεία (Marriot, Parish, Griffiths, & Fish, 2019). Αντιμετωπίζουν διακρίσεις που επηρεάζουν αρνητικά την ταυτότητά τους, οδηγώντας τους να βιώσουν το συναίσθημα της ντροπής, της απελπισίας και κοινωνικής απομόνωσης, επηρεάζοντας αρνητικά την ψυχική και σωματική τους υγεία και ευημερία (Saffer, Nolte, & Duffy, 2018). Έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα με αναπηρία αισθάνονται ντροπή, εξαιτίας της αρνητικής κριτικής που βιώνουν από το περιβάλλον τους, οδηγούνται σε κοινωνική απομόνωση (Angulo et al., 2019). Επομένως, λόγω της διαφορετικότητάς τους, τα άτομα με αναπηρία αισθάνονται κατώτερα τους υπόλοιπους, νιώθουν ντροπή λόγω της αναπηρίας τους και δυσκολεύονται να δημιουργήσουν στενές διαπροσωπικές σχέσεις.

3.6 Το συναίσθημα της ντροπής και ο δεσμός προσκόλλησης

Όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενη υποενότητα, η ντροπή αποτελεί ένα αυτοσυνειδησιακό συναίσθημα που διαμορφώνεται στις πρώιμες αλληλεπιδράσεις με τους πρωταρχικούς φροντιστές (Pinto-Gouveia & Matos, 2011, όπ. αναφ. στο Martins et al., 2016). Αποτελεί ουσιαστικά ένα κοινωνικό συναίσθημα και αναμένεται ότι θα επηρεάσει τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις (Martins et al., 2016). Ο Lewis (1971) υποστήριξε ότι η ντροπή δημιουργείται από την ανάγκη για προσκόλληση σε άλλους και ότι η απόρριψη από τους σημαντικούς άλλους, η οποία συνήθως θεωρείται ως ανεξέλεγκτη απόρριψη ενός μη επιθυμητού εαυτού, πρέπει να θεωρείται ως μια χαρακτηριστική εμπειρία που προκαλεί ντροπή. Ο Baldwin (1992, 1997, 2005) υποστηρίζει ότι τα ενεργά μοντέλα προσκόλλησης όχι μόνο επηρεάζουν τις προβλέψεις για τις συμπεριφορές του εαυτού και των άλλων στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, αλλά επίσης διαμορφώνουν την αξιολόγηση του εαυτού και τις εμπειρίες του εαυτού, που μπορούν να προκαλέσουν ντροπή (όπ. αναφ. στο Martins et al., 2016). Ο Schore (1994, 1996), υποστηρίζει ότι στις περιπτώσεις που τα πρόσωπα προσκόλλησης δεν είναι σταθερά διαθέσιμα και δεν υποστηρίζουν τη ρύθμιση του συναισθήματος του ατόμου, το άτομο χρησιμοποιεί ντροπή ως μέσο ρύθμισης του εαυτού μέσω της αποστασιοποίησης και της απόσυρσης. Κατά συνέπεια, μπορεί να ελαχιστοποιήσει και να μην εκφράσει τα συναισθήματα όσον αφορά την προσκόλληση και πιθανολογείται να εκδηλώσει άγχος, αμηχανία και τάση για ντροπή (όπ. αναφ. στο Martins et al., 2016). Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι οι αναμνήσεις ντροπής μπορεί να διαμορφώσουν τα ενεργά μοντέλα προσκόλλησης του εαυτού (ο οποίος θεωρείται ανάξιος και μη επιθυμητός) και των άλλων (που θεωρούνται απειλητικοί, σκληροί, ισχυροί, απορριπτικοί και εχθρικοί) (Matos, Pinto-Gouveia, & Costa, 2013, όπ. αναφ. στο Martins et al., 2016). Καταλήγοντας, αξίζει να αναφερθεί ότι το συναίσθημα της ντροπής μπορεί να ωθήσει τη συμπεριφορά στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, να επηρεάσει τα συναισθήματα κάποιου για τον εαυτό του και να διαμορφώσει την αίσθηση της ταυτότητας του και τα συναισθήματα κοινωνικής επιθυμίας και αποδοχής (Tangney & Dearing, 2002, όπ. αναφ. στο Martins et al., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΔΕΣΜΟΣ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

4.1 Βασικές αρχές της θεωρίας της προσκόλλησης

Η θεωρία του δεσμού ή θεωρία της προσκόλλησης (attachment theory) εισηγείται ένα αναπτυξιακό μοντέλο ψυχολογικής λειτουργίας και ρύθμισης του συναισθήματος, το οποίο αναδύεται από την ανάγκη των ανθρώπων να διαμορφώνουν συναισθηματικούς δεσμούς στα πλαίσια των στενών σχέσεων (Bowlby, 1982, όπ. αναφ. στο Obegi & Berant, 2010). Ο όρος “attachment”, όπως ορίζεται από τον Bowlby (1969/1982), αναφέρεται σε συναισθηματικές σχέσεις που η δυναμική τους χαρακτηρίζεται από στενό συναισθηματικό δέσιμο με βασικά στοιχεία τη σταθερότητα, την ασφάλεια, την αλληλεξάρτηση και τη μοναδικότητα των ατόμων που εμπλέκονται, αλλά και την ασφάλεια και ανακούφιση που τα άτομα επιζητούν στα πλαίσια αυτών των σχέσεων (Ainsworth, 1989). Γενικότερα, η θεωρία του δεσμού προσκόλλησης αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα θεωρητικά πλαίσια μελέτης των στενών διαπροσωπικών σχέσεων (Bowlby, 1982, όπ. αναφ. στο Mikulincer & Shaver, 2007). Πιο συγκεκριμένα, η κλασική τριλογία του Bowlby (1969/1982, 1973, 1980), η οποία αναφέρεται στην προσκόλληση, τον αποχωρισμό και την απώλεια, διαμόρφωσε τις βασικές πτυχές της θεωρίας του δεσμού, ενώ αντίστοιχα, οι έρευνες της Ainsworth (1978) πρόσφεραν την εμπειρική της τεκμηρίωση (όπ. αναφ. στο Gillath, Karantzas, & Fraley, 2016).

Η θεωρία της προσκόλλησης τονίζει ότι η φυσιολογική ανθρώπινη ανάπτυξη εξαρτάται από τη δημιουργία αμοιβαίων ικανοποιητικών διαπροσωπικών σχέσεων, και εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο διαμορφώνεται η σχέση γονέα-παιδιού από τη βρεφική κιόλας ηλικία (Gillath et al., 2016). Υποστηρίζει ότι η ποιότητα της σχέσης με τους γονείς στα πρώτα χρόνια της ζωής επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα διαμορφώνουν τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις του στην ενήλικη ζωή (Gillath et al., 2016).

Ειδικότερα, ο Bowlby (1969/1982) υποστήριξε ότι τα βρέφη γεννιούνται έχοντας ένα ρεπερτόριο συμπεριφορών (συμπεριφορές προσκόλλησης), που αποβλέπουν στην αναζήτηση και διατήρηση εγγύτητας προς τους σημαντικούς άλλους (συνήθως τους γονείς), οι οποίοι τους παρέχουν φροντίδα (πρόσωπα προσκόλλησης). Με αυτή τη θεώρηση, η αναζήτηση εγγύτητας είναι μια εγγενής λειτουργία ρύθμισης των συναισθημάτων (πρωτογενής/στρατηγική προσκόλλησης) επιδιώκοντας την προστασία του ατόμου από φυσικές και ψυχολογικές απειλές και κινδύνους και ταυτόχρονα μειώνει την ψυχολογική του δυσφορία και βοηθά το άτομο να διαχειρίζεται αποτελεσματικά το συναίσθημα (Shaver & Mikulincer, 2010).

Ο Bowlby (1969/1982) υποστήριξε ότι η επιτυχημένη επίτευξη αυτών των λειτουργιών ρύθμισης των συναισθημάτων οδηγεί στην αίσθηση της ασφαλούς προσκόλλησης. Το άτομο διακατέχεται από την αίσθηση ότι ο κόσμος είναι ένα ασφαλές μέρος, στο οποίο μπορεί να βασιστεί στους άλλους, και κατά συνέπεια

μπορεί να διερευνήσει το περιβάλλον του και να αλληλεπιδράσει αποτελεσματικά με τους άλλους ανθρώπους (όπ. αναφ. στο Shaver & Mikulincer, 2010).

Ωστόσο, εκτός από την περιγραφή των βασικών αρχών της θεωρίας του δεσμού προσκόλλησης, ο Bowlby (1969/1982) καθόρισε και τις ατομικές διαφοροποιήσεις της λειτουργίας αυτού του συστήματος. Αναλυτικότερα, οι αλληλεπιδράσεις με τους σημαντικούς άλλους, οι οποίοι είναι διαθέσιμοι στις περιπτώσεις ανάγκης, δείχνοντας ανταπόκριση και προσφέροντας εγγύτητα, διευκολύνει την λειτουργία του συστήματος προσκόλλησης ενισχύοντας ταυτόχρονα τη διαμόρφωση της αίσθησης της ασφαλούς προσκόλλησης. Επομένως, διαμορφώνονται θετικές προσδοκίες για τη διαθεσιμότητα των άλλων. Το άτομο ταυτοχρόνως αισθάνεται ικανό και άξιο προσοχής και βοήθειας, και γύρω από αυτές τις θετικές πεποιθήσεις οργανώνονται οι στρατηγικές ρύθμισης των συναισθημάτων (όπ. αναφ. στο Shaver & Mikulincer, 2010).

Στην περίπτωση, όμως, κατά την οποία οι σημαντικοί άλλοι δεν είναι διαθέσιμοι και δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες του ατόμου, τότε η αναζήτηση εγγύτητας αποτυχαίνει να εκπληρώσει το στόχο της, δηλαδή να ανακουφίσει το άγχος και τη δυσφορία. Κατά συνέπεια, δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί το αίσθημα της ασφαλούς προσκόλλησης. Διαμορφώνονται αρνητικές αναπαραστάσεις του εαυτού και των άλλων (ανησυχίες σχετικά με την καλή θέληση των άλλων και αμφιβολίες σχετικά με την αίσθηση αυταξίας) καθώς και κατά ανάλογο τρόπο αναπτύσσονται στρατηγικές ρύθμισης συναισθημάτων και αναζήτησης εγγύτητας (δευτερογενείς στρατηγικές προσκόλλησης) (Bowlby, 1973/1988, όπ. αναφ. στο Shaver & Mikulincer, 2010). Οι δευτερογενείς στρατηγικές προσκόλλησης διακρίνονται σε στρατηγικές υπέρ-ενεργοποίησης και σε στρατηγικές απενεργοποίησης. Αναλυτικότερα, οι στρατηγικές υπέρ-ενεργοποίησης χαρακτηρίζονται από ενεργητικές προσπάθειες για την απόσπαση υποστήριξης από άλλους, μέσω συμπεριφορών προσκόλλησης και ελέγχου (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003, όπ. αναφ. στο Read et al., 2018). Οι στρατηγικές απενεργοποίησης που κινητοποιεί το άτομο και που σχετίζονται με τη διάσταση της αποφυγής, χαρακτηρίζονται από την καταστολή των σκέψεων και των αναμνήσεων, που προκαλούν τα συναισθήματα δυσφορίας, από κοινωνική απόσυρση και από την επιθυμία για τη διατήρηση της ανεξαρτησίας και συναισθηματικής απόστασης από τους άλλους (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003, όπ. αναφ. στο Read et al., 2018). Επομένως, φαίνεται ότι η διαθεσιμότητα του προσώπου προσκόλλησης αποτελεί μία από τις πρωταρχικές αιτίες διαφοροποίησης των στρατηγικών ρύθμισης των συναισθημάτων.

Η Ainsworth και συν. (1978) επιδίωξαν να αποδείξουν πειραματικά τη θεωρία του δεσμού με την εφαρμογή μιας εργαστηριακής δοκιμασίας που αποκαλείται μέθοδος ή συνθήκη του ξένου (“strange situation”) (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978, όπ. αναφ. στο Gillath et al., 2016). Η δοκιμασία αυτή στηρίζεται στην παρατήρηση των συμπεριφορών προσκόλλησης ενός νηπίου (ηλικίας 12 μηνών) προς έναν από τους δύο γονείς, όταν διεγείρεται το σύστημα του δεσμού (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978, όπ. αναφ. στο Gillath et al., 2016). Αποτελείται από

επτά διαδοχικά επεισόδια, τα οποία ξεκινούν με την είσοδο και εξοικείωση του γονέα και του νηπίου σε ένα δωμάτιο με δύο καρέκλες και παιχνίδια. Ακολουθούν επαναλαμβανόμενοι αποχωρισμοί του παιδιού από τη μητέρα (η οποία εγκαταλείπει το δωμάτιο και επιστρέφει μετά από ορισμένο χρονικό διάστημα), ενώ υπάρχει και η παράλληλη διαλείπουσα παρουσία του ξένου στο δωμάτιο, δηλαδή ενός αγνώστου ατόμου, αρχικά μαζί με τη μητέρα και αργότερα χωρίς αυτήν. Οι απρόβλεπτοι αποχωρισμοί από τη μητέρα και η περιστασιακή παρουσία του ξένου στο δωμάτιο διεγείρουν το σύστημα του δεσμού στο παιδί και του προκαλούν δυσφορία. Το βασικότερο σημείο της δοκιμασίας είναι το 7^ο επεισόδιο, κατά το οποίο η μητέρα επιστρέφει για τελευταία φορά στο δωμάτιο, οπότε παρατηρούνται τρεις διακριτοί τύποι συμπεριφοράς του νηπίου προς τη μητέρα, οι οποίοι αντιστοιχούν στους τρεις τύπους δεσμού: ο ασφαλής, ο αγχώδης – αποφευκτικός και ο αγχώδης – αμφίθυμος (Lamb, Thomson, Gardner, & Charnov, 2013). Συγκεκριμένα, τα παιδιά που προκαλείται αναστάτωση κατά τον αποχωρισμό τους από το πρόσωπο προσκόλλησης (μητέρα) και στη συνέχεια εκφράζουν ανακούφιση, όταν το άτομο αυτό επιστρέφει στο δωμάτιο, εμφανίζουν ασφαλή δεσμό (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978, όπ. αναφ. στο Gillath et al., 2016). Τα παιδιά που εκδηλώνουν συμπεριφορές φυσικής και συναισθηματικής απομάκρυνσης από τους γονείς (αδιαφορούν κατά την επιστροφή της μητέρας στο δωμάτιο) παρουσιάζουν αγχώδη – αποφευκτικό δεσμό (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978, όπ. αναφ. στο Gillath et al., 2016). Τα παιδιά που εκδηλώνουν συμπεριφορές, οι οποίες συνοδεύονται από παρατεταμένη διαμαρτυρία και εκφράσεις θυμού κατά την επιστροφή του προσώπου προσκόλλησης (μητέρα) στο δωμάτιο δείχνουν να θέλουν να το προσεγγίσουν, αλλά την ίδια στιγμή το αποφεύγουν, εμφανίζουν αγχώδη – αμφίθυμο δεσμό (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978, όπ. αναφ. στο Gillath et al., 2016). Οι δύο τελευταίοι, ο αγχώδης – αποφευκτικός και ο αγχώδης – αμφίθυμος, αντιπροσωπεύουν τους τύπους του ανασφαλούς δεσμού.

Οι Main και Solomon (1990) υποστήριξαν ακολούθως την ύπαρξη ενός τέταρτου τύπου δεσμού, ο οποίος ονομάστηκε αποδιοργανωμένος/αποπροσανατολισμένος δεσμός (Main & Solomon, 1990, όπ. αναφ. στο Gillath et al., 2016). Τα παιδιά που εμφανίζουν αυτόν τον τύπο δεσμού εκδηλώνουν αντικρουόμενες συμπεριφορές (Main & Hesse, 1990, όπ. αναφ. στο Gillath et al., 2016). Ο αποδιοργανωμένος δεσμός παρατηρείται συνήθως σε παιδιά των οποίων οι γονείς έχουν βιώσει συναισθηματικά μεγάλες απώλειες ιδίως λίγο πριν ή λίγο μετά τη γέννηση του παιδιού ή πρώιμες τραυματικές εμπειρίες που προκάλεσαν διάρρηξη του δεσμού (Main & Hesse, 1990, όπ. αναφ. στο Gillath et al., 2016).

Γενικότερα, η θεωρία του Bowlby και η εμπειρική της τεκμηρίωση από την Ainsworth αποτυπώνουν τον τρόπο με τον οποίο, οι πρώιμες αλληλεπιδράσεις του παιδιού με τους κύριους φροντιστές του σχηματοποιούνται στα εσωτερικά ενεργά μοντέλα για τον εαυτό του και τους άλλους, και οδηγούν σε διακριτούς τύπους δεσμού. Στις περιπτώσεις τις οποίες ο κύριος φροντιστής βιώνεται ως προσιτός,

αξιόπιστος και συνεχώς διαθέσιμος, το παιδί μαθαίνει ότι αυτός/αυτή αξίζει την αγάπη του και ότι οι άλλοι μπορούν να βασίζονται σε αυτόν όταν χρειάζεται. Συνεπώς, είναι πολύ πιθανό το παιδί να εξερευνήσει τον κόσμο με αυτοπεποίθηση, να δημιουργήσει φιλικές σχέσεις με τους άλλους, να νιώσει ασφαλής εφόσον γνωρίζει ότι ο φροντιστής του είναι διαθέσιμος, όταν τον χρειάζεται. Οικοδομείται, δηλαδή, ένα θετικό εσωτερικό ενεργό μοντέλο που οδηγεί στην εγκατάσταση ασφαλούς δεσμού (secure attachment). Τέλος, στις περιπτώσεις που ο κύριος φροντιστής βιώνεται ως απρόβλεπτος, αναισθητός, μη αποκριτικός και αδιάφορος, το παιδί μαθαίνει ότι αυτός/αυτή δεν αξίζει την αγάπη του και δεν μπορεί να βασίζεται σε αυτόν όταν χρειάζεται υποστήριξη. Επομένως, οικοδομείται ένα αρνητικό εσωτερικό ενεργό μοντέλο που ευνοεί την εγκατάσταση ανασφαλούς δεσμού (insecure attachment) (DeWolff & vanIJzendoorn, 1997, όπ. αναφ. στο Gillath et al., 2016).

4.2 Βασικές αρχές της θεωρίας της προσκόλλησης κατά την ενήλικη ζωή

Η θεωρία του δεσμού υποστηρίζει ότι οι πρώιμες αλληλεπιδράσεις του ατόμου με τους βασικούς φροντιστές του (συνήθως τους γονείς του), με άλλα λόγια η ποιότητα της σχέσης τους, καλλιεργούν νοητικές αναπαραστάσεις (mental representations) ή εσωτερικά ενεργά μοντέλα (internal working models) για τον εαυτό και τους άλλους ανθρώπους, τα οποία αποκρυσταλλώνονται αργότερα στα πρότυπα δεσμού ενηλίκων (adult attachment styles). Με άλλα λόγια η θεωρία της προσκόλλησης δεν είναι απλώς μια θεωρία για τις σχέσεις των παιδιών, που αρχίζει και τελειώνει στην παιδική ηλικία. Αντιθέτως αποτελεί μια θεωρία σχετικά με το πως οι εμπειρίες που συνδέονται με την προσκόλληση διαμορφώνουν τη διαπροσωπική λειτουργία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής (Gillath et al., 2016). Επομένως, η θεωρία της προσκόλλησης συνεχίζει να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο και κατά την ενήλικη ζωή (Gillath et al., 2016). Επομένως, ο τύπος δεσμού προσκόλλησης αποτελεί μια δυναμική, παρά μια στατική δομή, παρόλο που παρουσιάζει σχετική σταθερότητα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι παραμένει ανοικτός σε αναπροσαρμογές και αναθεωρήσεις σε όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, ανάλογα με τις εμπειρίες από τις σημαντικότερες σχέσεις του και με τα σημαντικά γεγονότα της ζωής του (Mathews, Onwumere, Bissoli, Ruggeri, Kuipers, Valmaggia, 2014).

Η κατηγοριοποίηση των συμπεριφορών δεσμού από την Ainsworth σε τρεις τύπους διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στην επέκταση της θεωρίας για τις σχέσεις των ενηλίκων. Με βάσει αυτή την κατηγοριοποίηση, η σκέψη των ερευνητών εστίασε στη μελέτη των τύπων δεσμού στους ενήλικους και της επίδρασης που πιθανόν να έχουν στην ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Το μοντέλο του Bowlby και της Ainsworth βρήκε γόνιμο έδαφος για εφαρμογή στην περιοχή της κοινωνικής ψυχολογίας που ασχολείται με τις διαπροσωπικές σχέσεις. Συγκεκριμένα, οι Hazan και Shaver (1987), ήταν εκείνοι που εισήγαγαν την έννοια

των «τύπων δεσμού» στους ενήλικους (όπ. ανάφ. στο Shevlin, Boyda, Elklit, & Murphy, 2014). Αναλυτικότερα, διερεύνησαν την ισχύ και εφαρμογή της θεωρίας του δεσμού προσκόλλησης στο πλαίσιο των ερωτικών σχέσεων (romantic relationships) και διαπίστωσαν ότι ο δεσμός που αναπτύσσεται μεταξύ των ερωτικών συντρόφων πηγάζει εν μέρει από τη λειτουργία του ίδιου συστήματος κινήτρων (motivational system), του συμπεριφορικού συστήματος του δεσμού, που προωθεί και το σχηματισμό του δεσμού μεταξύ των νηπίων και των φροντιστών τους (Hazan & Shaver, 1987, όπ. αναφ. στο Gillath et al., 2016). Ειδικότερα, η μελέτη τους έδειξε ότι: «(α) Η κατανομή των τριών τύπων δεσμού ενηλίκων είναι περίπου ίδια όπως στη βρεφική ηλικία, (β) οι τρεις τύποι ενηλίκων διαφέρουν στον τρόπο που βιώνουν την ερωτική σχέση και (γ) οι τύποι δεσμού συσχετίζονται με θεωρητικά αναμενόμενους τρόπους με τα νοητικά μοντέλα για τον εαυτό και τις διαπροσωπικές σχέσεις και με εμπειρίες σε σχέση με τους γονείς» (Hazan & Shaver, 1994, σ. 511). Συγκεκριμένα, οι Hazan και Shaver (1987) υποστήριξαν ότι οι ενήλικες με ασφαλή δεσμό προσκόλλησης αισθάνονται άνεση από την εξάρτησή τους από άλλους και τους είναι εύκολο να τους πλησιάζουν (όπ. ανάφ. στο Shevlin, Boyda, Elklit, & Murphy, 2014). Αντιθέτως, οι ενήλικες που έχουν τον τύπο αποφυγής δεν αισθάνονται άνετα να βρίσκονται κοντά στους άλλους και να τους εμπιστευτούν, ενώ οι ενήλικες με αγχώδη τύπο προσκόλλησης βλέπουν τους άλλους ως απρόθυμους να τους πλησιάσουν και συχνά θεωρούνται υπερβολικά εξαρτημένοι από αυτούς (Mickelson, Kessler & Shaver, 1997, όπ. ανάφ. στο Shevlin, Boyda, Elklit, & Murphy, 2014)

Καταλήγοντας, χρειάζεται να επισημανθεί ότι οι ερωτικές σχέσεις των ενηλίκων δεν ερμηνεύονται πλήρως από το συμπεριφορικό σύστημα του δεσμού, καθώς υπεισέρχονται σε αυτές και δύο άλλα συμπεριφορικά συστήματα κινήτρων: το σύστημα της παροχής φροντίδας (caregiving) και το σύστημα της σεξουαλικής ικανοποίησης και αναπαραγωγής (Hazan & Shaver, 1994, όπ. αναφ. στο Gillath et al., 2016). Ωστόσο, από τις έρευνες που επακολούθησαν ο δεσμός προσκόλλησης ενηλίκων εξηγείται από ένα άλλο μοντέλο που πρότειναν Bartholomew και Horowitz, (1991). Το εν λόγω μοντέλο υποστηρίζει ότι υπάρχουν όχι τρεις αλλά τέσσερις τύποι προσκόλλησης κατά την ενήλικη ζωή: ο ασφαλής, ο αγχώδης-έμμονος, ο απορριπτικός-αποφευκτικός και ο φοβικός-απορριπτικός. Ο ασφαλής και ο αγχώδης-έμμονος αντιστοιχούν στον ασφαλή και στον αγχώδη-αμφίθυμο των Hazan & Shaver, ενώ ο απορριπτικός-αποφευκτικός και ο φοβικός-απορριπτικός αντιστοιχούν στον τύπο αποφυγής των Hazan & Shaver (Gillath et al., 2016). Ακολούθως, παρουσιάζεται το εναλλακτικό μοντέλο τύπων δεσμού που πρότεινε η Kim Bartholomew, το οποίο διακρίνει ανάμεσα σε τέσσερις τύπους δεσμού προσκόλλησης ενηλίκων.

4.3 Ταξινόμηση των τεσσάρων τύπων της προσκόλλησης κατά την ενήλικη ζωή

Η έρευνα της προσκόλλησης, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, βασίστηκε στην τυπολογία προσκόλλησης, ασφαλούς, αγχώδους και αποφυγής, κατά τη βρεφική ηλικία, η οποία είχε προταθεί από την Ainsworth και τους συνεργάτες της (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978, όπ. αναφ. στο Gillath et al., 2016), και τη θεώρηση παράλληλων τύπων προσκόλλησης κατά την ενήλικη ζωή προς τους/τις ερωτικούς/ές συντρόφους, που είχε προταθεί από τους Hazan και Shaver (Hazan & Shaver, 1987, όπ. αναφ. στο Gillath et al., 2016). Ωστόσο, ένα εναλλακτικό μοντέλο τύπων δεσμού ενηλίκων προτάθηκε από την Kim Bartholomew και διακρίνει ανάμεσα σε τέσσερις τύπους δεσμού (Bartholomew & Horowitz, 1991, όπ. αναφ. στο Gillath et al., 2016).

Ειδικότερα, η Bartholomew (1990) υποστήριξε ότι οι άνθρωποι διατηρούν ξεχωριστά αντιπροσωπευτικά μοντέλα του εαυτού τους (μοντέλο του εαυτού) και του κοινωνικού τους κόσμου (μοντέλο άλλων) και ότι αυτά μοντέλα που έχουν ξεχωριστές συνέπειες στον τρόπο με τον οποίο οργανώνεται η συμπεριφορά προσκόλλησης. Αναλυτικότερα, το μοντέλο του εαυτού αντικατοπτρίζει την άποψη των ανθρώπων για τον εαυτό τους. Τα άτομα με θετικό μοντέλο του εαυτού θεωρούν τους εαυτούς ως ικανούς και άξιους, ενώ τα άτομα με αρνητικό μοντέλο του εαυτού δεν έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, τον αμφισβητούν και είναι συναισθηματικά ευάλωτοι. Από την άλλη πλευρά, το μοντέλο των άλλων αντικατοπτρίζει τις προσδοκίες και τις πεποιθήσεις που οι άνθρωποι έχουν όσον αφορά τους στενούς άλλους γενικά και τα πρόσωπα προσκόλλησης συγκεκριμένα. Τα άτομα με θετικό μοντέλο άλλων βλέπουν τα πρόσωπα προσκόλλησης ως αξιόπιστα, φερέγγυα και ως άτομα στα οποία μπορούν να βασιστούν. Τα άτομα με αρνητικό μοντέλο των άλλων δεν έχουν εμπιστοσύνη στους άλλους, ούτε μπορούν να βασιστούν σε αυτούς (όπ. αναφ. στο Gillath et al., 2016).

Βασισμένοι στα θετικά και αρνητικά δομικά μοντέλα του εαυτού και του άλλου, οι Bartholomew και Horowitz (1991) έχουν προτείνει τέσσερις τύπους συναισθηματικών σχέσεων προσκόλλησης: ο ασφαλής δεσμός, ο αγχώδης – έμμονος δεσμός, απορριπτικός – αποφευκτικός δεσμός και φοβικός – αποφευκτικός δεσμός (όπ. αναφ. στο Schmidt, 2016). Αναλυτικότερα:

Ασφαλής δεσμός: Τα άτομα με ασφαλή τύπο εμφανίζουν θετικές αναπαραστάσεις για τον εαυτό τους και για τους άλλους. Νιώθουν ότι αξίζουν και εκτιμούν ότι οι άλλοι άνθρωποι είναι αξιόπιστοι και ότι πρόκειται να ανταποκριθούν σε αυτούς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να νιώθουν άνεση, όταν έρχονται σε επαφή με άλλα άτομα αλλά και όταν βρίσκονται μακριά από αυτά. Επομένως, τα άτομα με ασφαλή δεσμό παρουσιάζουν χαμηλό άγχος δεσμού και χαμηλή αποφυγή δεσμού (όπ. αναφ. στο Schmidt, 2016).

Αγχώδης – έμμονος δεσμός (anxious-preoccupied): Τα άτομα αυτά διατηρούν αρνητικές νοητικές αναπαραστάσεις για τον εαυτό τους και θετικές αναπαραστάσεις για τους άλλους. Παρουσιάζουν υψηλό άγχος δεσμού και χαμηλή αποφυγή δεσμού. Ο αγχώδης – έμμονος τύπος χαρακτηρίζεται από έλλειψη ασφαλούς προσκόλλησης, καθώς και από ισχυρή ανάγκη για πολύ στενές διαπροσωπικές σχέσεις σε συνδυασμό με ανησυχία και φόβο απόρριψης (όπ. αναφ. στο Schmidt, 2016).

Απορριπτικός – αποφευκτικός δεσμός (dismissing-avoidant): Τα άτομα αυτά διατηρούν θετικές νοητικές αναπαραστάσεις για τον εαυτό τους και αρνητικές αναπαραστάσεις για τους άλλους. Διατηρούν την αίσθηση της αξιοπρέπειας και της ανεξαρτησίας σε συνδυασμό με μια αρνητική προδιάθεση απέναντι σε άλλους ανθρώπους. Παρουσιάζουν χαμηλό άγχος δεσμού και υψηλή αποφυγή δεσμού. Επομένως, εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα εξάρτησης και προσπαθούν να διατηρήσουν την ανεξαρτησία τους (όπ. αναφ. στο Schmidt, 2016).

Φοβικός – αποφευκτικός δεσμός (fearful-avoidant): Τα άτομα αυτά διατηρούν αρνητικές νοητικές αναπαραστάσεις τόσο για τον εαυτό τους όσο και για τους άλλους. Διακρίνονται από την αίσθηση της αναξιοτήτας συνδυαστικά με την πεποίθηση ότι οι άλλοι είναι γενικά αναξιόπιστοι και απορριπτικοί. Παρουσιάζουν υψηλό άγχος δεσμού και υψηλή αποφυγή δεσμού. Επομένως, προσπαθούν συχνά να αποφύγουν την αλληλεπίδραση με τους άλλους προκειμένου να προστατευτούν από την απόρριψη και την απογοήτευση (όπ. αναφ. στο Schmidt, 2016).

Η κατηγοριοποίηση αυτή ταυτίζεται ουσιαστικά με τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξαν οι Bartholomew και Horowitz (1991), σχετικά με τους τέσσερις τύπους δεσμού ενηλίκων. Από την αρχή των ερευνητικών προσπαθειών για τους τύπους προσκόλλησης ενηλίκων, υπήρχε διχογνωμία για το αν οι τύποι είναι τρεις (ασφαλής, αγχώδης-αμφυθυμικός, αποφυγής, (Hazan & Shaver, 1987, όπ. αναφ. στο Gillath et al., 2016) ή τέσσερις (ασφαλής, αγχώδης-εμμονής, φοβικός-αποφυγής, απορριπτικός-αποφυγής (Bartholomew, 1990, όπ. αναφ. στο Gillath et al., 2016). Η διαφορετική μεθοδολογική προσέγγιση του δεσμού προσκόλλησης δυσκολεύει τη διαδικασία σύγκρισης των ερευνητικών δεδομένων που προκύπτουν από τις διαφορετικές ταξινομήσεις. Ωστόσο, οι πιο πρόσφατες μελέτες και απόψεις ερευνητών πάνω στο θέμα της ταξινόμησης της προσκόλλησης συναινούν στο ότι οι τρεις και οι τέσσερις τύποι προσκόλλησης ενηλίκων, εξηγούνται από τις δύο διαστάσεις, της αποφυγής (θετικό-αρνητικό μοντέλο του άλλου) και του άγχους (θετικό - αρνητικό μοντέλο του εαυτού) (Brennan, Clark & Shaver, 1998, όπ. αναφ. στο Gillath et al., 2016). Το μοντέλο των δύο διαστάσεων παρέχει ένα ικανοποιητικό θεωρητικό πλαίσιο που μπορεί να οργανώνει τις ταξινομήσεις πολλών ερευνητών, διευκολύνοντας, παράλληλα, τη διαδικασία σύγκρισης των ερευνητικών δεδομένων.

4.4. Οι Διαστάσεις της Θεωρίας του Δεσμού Προσκόλλησης Ενηλίκων

Καθώς η έρευνα στο ερευνητικό πεδίο της Θεωρίας Δεσμού εξελίσσεται, υπήρξε μια μετατόπιση του ενδιαφέροντος από τους Τύπους Σύνναψης Δεσμού, στις Διαστάσεις Άγχους/Αποφυγής Από έρευνες, διαφαίνεται ότι οι τέσσερις τύποι προσκόλλησης της ενήλικης ζωής που προτάθηκαν από τις Bartholomew και Horowitz (1991), θεωρητικά τοποθετούνται στις δύο διαστάσεις, του άγχους προσκόλλησης (attachment anxiety) και της αποφυγής προσκόλλησης (attachment avoidance) και με συναίνεση προς τη θεωρία του Bowlby (1969), συνδέονται στενά με τη λειτουργία των στενών διαπροσωπικών σχέσεων και τη ρύθμιση των συναισθημάτων (Bartholomew & Horowitz, 1991, όπ. αναφ. στο Mosley, Lancaster, Parker, & Campbell, 2020).

«Η διάσταση του άγχους δεσμού αναφέρεται στα αρνητικά μοντέλα του εαυτού και αντανακλά τον βαθμό στον οποίο ένα άτομο προσπαθεί να ελαχιστοποιήσει την απόστασή του από άλλους, εξαιτίας του φόβου της απόρριψης ή των ανησυχιών του σχετικά με τη διαθεσιμότητα και την ανταπόκριση των άλλων» (Shaver & Mikulincer, 2002, όπ. αναφ. στο Read, Clark, Rock, Coventry, 2018, σ. 3). Οι στρατηγικές υπέρ-ενεργοποίησης που κινητοποιεί το άτομο και που σχετίζονται με τη διάσταση του άγχους δεσμού, χαρακτηρίζονται από ενεργητικές προσπάθειες για την απόσπαση υποστήριξης από άλλους, μέσω συμπεριφορών προσκόλλησης και ελέγχου (Shaver & Mikulincer, 2002, όπ. αναφ. στο Read et al., 2018). Η διάσταση του άγχους σχετίζεται και με στρατηγικές υπερ-ενεργοποίησης σε σχέση με τις απειλές, τις υπερβολικές εκτιμήσεις της απειλής, αυξημένη και παρατεταμένη συναισθηματική δυσφορία και κακές στρατηγικές αντιμετώπισης (Mikulincer & Shaver, 2003, όπ. αναφ. στο Porter, Davis, & Keefe, 2008). Οι άνθρωποι που παρουσιάζουν σε υψηλά επίπεδα τη διάσταση του άγχους εμφανίζονται συχνά ως άτομα που επιδιώκουν να λάβουν υποστήριξη και αγάπη (Mikulincer & Shaver, 2017, όπ. αναφ. στο Mosley et al., 2020). Τείνουν να φανερώνουν τον εαυτό τους νωρίτερα σε μια σχέση, δίνοντας πιο προσωπικές πληροφορίες προκειμένου να επιτύχουν έναν ισχυρό δεσμό και να ανακουφίσουν το άγχος τους. Τα άτομα με υψηλή τη διάσταση του άγχους είναι επίσης, επιρρεπή σε έντονες συναισθηματικές εμπειρίες, όπως ζήλια και φόβο, λόγω της τάσης τους να διατηρούν τις προηγούμενες εμπειρίες απόρριψης διαθέσιμες στην εργαζόμενη μνήμη (Mikulincer & Shaver, 2017, όπ. αναφ. στο Mosley et al., 2020).

«Η διάσταση της αποφυγής αναφέρεται σε αρνητικά μοντέλα άλλων και αντικατοπτρίζει το βαθμό στον οποίο ένα άτομο αποφεύγει να εξαρτάται από άλλους και να βλέπει τους άλλους ως αναξιόπιστους» (Brennan, Clark, & Shaver, 1998, όπ. αναφ. στο αναφ. στο Read et al., 2018, σ. 3). Οι στρατηγικές απενεργοποίησης που κινητοποιεί το άτομο και που σχετίζονται με τη διάσταση της αποφυγής, χαρακτηρίζονται από την καταστολή των σκέψεων και των αναμνήσεων, που προκαλούν τα συναισθήματα δυσφορίας στο άτομο, από κοινωνική απόσυρση καθώς και από την επιθυμία για τη διατήρηση της ανεξαρτησίας και συναισθηματικής αποστασιοποίησης από τους άλλους (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003, όπ. αναφ.

στο Read et al., 2018). Τα άτομα που παρουσιάζουν σε υψηλά επίπεδα τη διάσταση της αποφυγής επιδιώκουν να είναι αυτάρκη και ανεξάρτητα και ανταποκρίνονται στη συναισθηματική δυσφορία με αποδέσμευση (Mikulincer & Shaver, 2017, όπ. αναφ. στο Mosley et al., 2020). Παρουσιάζονται απρόθυμοι να φανερώσουν τον εαυτό τους στους άλλους, λόγω των προσδοκιών τους για τα αρνητικά αποτελέσματα που μπορούν να προκύψουν από μια σχέση (Cameron, Holmes, & Vorauer, 2009, όπ. αναφ. στο Mosley et al., 2020). Τέλος, δεν ενδιαφέρονται να χρησιμοποιήσουν τους άλλους ως πηγή συναισθηματικής υποστήριξης, εξαιτίας της δυσκολίας και της απροθυμίας τους να εκφράσουν την τρυφερότητά τους ή συναναστραφούν μαζί τους (Dillow, Goodboy, & Bolkan, 2014, όπ. αναφ. στο Mosley et al., 2020).

Καταλήγοντας, το μοντέλο των δύο διαστάσεων δεσμού, του άγχους δεσμού και της αποφυγής δεσμού παρέχει ένα επαρκές θεωρητικό πλαίσιο και οργανώνει τις ταξινομήσεις πολλών ερευνητών. Ωστόσο, ο δεσμός προσκόλλησης ενηλίκων έχει μελετηθεί κυρίως σε τυπικό πληθυσμό. Στην παρούσα εργασία, το μοντέλο των δυο διαστάσεων του δεσμού προσκόλλησης θα μελετηθεί σε ενήλικα άτομα με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις.

4. 5. Δεσμός προσκόλλησης και Αναπηρία

Όπως ειπώθηκε και σε προηγούμενη υποενότητα, η θεωρία της προσκόλλησης επισημαίνει ότι οι πρώιμες αλληλεπιδράσεις του ατόμου με τους βασικούς φροντιστές του (συνήθως με τη μητέρα), οι οποίοι είναι διαθέσιμοι στις περιπτώσεις ανάγκης, δείχνοντας ανταπόκριση και προσφέροντας εγγύτητα, διευκολύνει την λειτουργία του συστήματος προσκόλλησης και ενισχύει τη διαμόρφωση της αίσθησης της ασφαλούς προσκόλλησης. Η αίσθηση της ασφαλούς προσκόλλησης συμβάλλει στη συναισθηματική και στη κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών. Γενικότερα, οι πρώιμες εμπειρίες της παιδικής ηλικίας διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο για την υγιή ανάπτυξη των παιδιών, για τις σχέσεις καθώς και για τις μελλοντικές συμπεριφορές τους στην ενήλικη ζωή (Roa, & Madan, 2013, όπ. αναφ. στο Makkiyan, Malekitabar, & Farahbakhsh, 2016).

Συγκεκριμένα, η φροντίδα που παρέχουν φροντιστές (συνήθως οι γονείς) στα παιδιά και εφήβους με αναπηρία διαμορφώνει το δεσμό προσκόλλησης. Το άγχος της φροντίδας ενός παιδιού με αναπηρία, οδηγεί πολλές φορές τον γονέα στο να μην είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στις ανάγκες του παιδιού και να μην του εκφράζει τα συναισθήματά του (Howe, 2006, όπ. αναφ. στο Abubakar et al., 2013). Αυτά τα πρότυπα συμπεριφοράς μπορεί να συμβάλλουν στη διαμόρφωση της ανασφαλούς προσκόλλησης σε παιδιά και εφήβους με αναπηρία (Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 2009, όπ. αναφ. στο Abubakar et al., 2013). Εκτός από αυτό, έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας δυσκολεύονται να εκφράσουν τα συναισθήματά τους στον κύριο φροντιστή τους (στη μητέρα τους). Υποστηρίζεται ότι η οπτική επαφή της μητέρας και του παιδιού θα διευκόλυνε τον δεσμό προσκόλλησης. Με άλλα λόγια, τα παιδιά με οπτικές

δυσλειτουργίες, εξαιτίας της έλλειψης της οπτικής επαφής και της χαμηλής όρασης, αντιμετωπίζουν προβλήματα στην επικοινωνία με τον κύριο φροντιστή τους (συνήθως τη μητέρα) (Schore, 1994, όπ. αναφ. στο Makkiyan, Malekitabar, & Farahbakhsh, 2016). Αυτό έχει ως συνέπεια να παρουσιάζουν κυρίως ανασφαλή δεσμό προσκόλλησης και συγκεκριμένα αγχώδη τύπο προσκόλλησης, σε σύγκριση με τα τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά (Mirhashemi, & Nikgkoo, 2008, όπ. αναφ. στο Makkiyan, Malekitabar, & Farahbakhsh, 2016). Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία ή κώφωση έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν ανασφαλή δεσμό προσκόλλησης σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό (Momeni, Malekpor, Molavi, & Amiri, 2010).

Αντίστοιχα, στα άτομα με σωματική αναπηρία, η κινητικότητα, η επικοινωνία, η νόηση, η αλληλεπίδραση, δηλαδή η φύση της ίδιας της αναπηρίας επιδρά στη διαμόρφωση του δεσμού προσκόλλησης (Zeanah et al., 2011). Έχει αποδειχθεί ότι άτομα με επίκτητη σωματική αναπηρία είχαν διαμορφώσει ασφαλή τύπο δεσμού (Hwang, Johnston, & Smith, 2007· Hwang, Johnston, & Smith, 2009). Ωστόσο, στα άτομα με εκ γενετής σωματική αναπηρία αναδείχθηκε ότι είχαν κυρίως τον αγχώδη τύπο δεσμού (Hwang et al., 2007· Hwang et al., 2009). Με άλλα λόγια, η διάγνωση μιας αναπηρίας κατά τη διάρκεια της ζωής σε άτομα που έχουν διαμορφώσει ασφαλή δεσμό προσκόλλησης έχει ως αποτέλεσμα να θεωρούν ότι θα λάβουν και την απαραίτητη κοινωνική υποστήριξη. Επομένως, βιώνουν λιγότερο άγχος από τα άτομα που έχουν διαμορφώσει ανασφαλή δεσμό προσκόλλησης (Hunter & Maunder, 2001, όπ. αναφ. στο Fazekas, Khalil, Enzinger, Matzer, Fuchs, & Fazekas, 2012).

Όσον αφορά τα άτομα με χρόνιες παθήσεις, έχει διαπιστωθεί ότι εμφανίζουν κυρίως τον ανασφαλή δεσμό προσκόλλησης (Davies, Macfarlane, McBeth, Morriss, & Dickens 2009· Kowal, McWilliams, Péloquin, Wilson, Henderson, & Fergusson, 2015). Συγκεκριμένα, τα άτομα που αντιμετωπίζουν χρόνιο πόνο παρουσιάζουν κυρίως ανασφαλή δεσμό προσκόλλησης, που σχετίζεται με τη λειτουργικότητα και το βαθμό αναπηρίας τους (Davies et al., 2009, όπ. αναφ. στο Andrews et al., 2014). Αναδεικνύεται ότι τα ενήλικα άτομα με αναπηρία που δεν έχουν ένα βασικό φροντιστή, που να είναι διαθέσιμος στις περιπτώσεις ανάγκης, δεν διαθέτουν τις κατάλληλες στρατηγικές για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που προκύπτουν εξαιτίας της αναπηρίας. Επομένως, είναι πιθανόν να εμφανίσουν ανασφαλή δεσμό προσκόλλησης λόγω της απουσίας υποστήριξης από κάποιο πρόσωπο προσκόλλησης (Schuengel & Janssen 2006, όπ. αναφ. στο Schuengel et al., 2010).

Γενικότερα, η αυξημένη εξάρτηση των ατόμων με αναπηρία από τους βασικούς φροντιστές καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει στην ανάπτυξη σχέσεων προσκόλλησης με αμειβόμενους φροντιστές. Καταλήγοντας, επισημαίνεται ότι τα άτομα με ανασφαλή δεσμό προσκόλλησης είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν συμπεριφορές προσκόλλησης με αυτά τα άτομα σε περιόδους έντονου άγχους (Janssen et al., 2002, όπ. αναφ. στο Weiss et al., 2011).

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

5.1 Η προσαρμογή των ατόμων με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις

Η εμφάνιση κάποιου είδους αναπηρίας μπορεί να προκαλέσει αλλαγές σε όλες τις πτυχές της ζωής του ατόμου. Ειδικότερα, όταν το άτομο αποκτά μια αναπηρία, έρχεται αντιμέτωπο με την απώλεια αρκετών στοιχείων της ταυτότητάς του, όπως για παράδειγμα η απώλεια της ανεξαρτησίας, η απώλεια της σωματικής ακεραιότητας και η απώλεια των προηγούμενων κοινωνικών ρόλων που επιτελούσε, καταλήγοντας με τον τρόπο αυτό σε μια ολική λειτουργική έκπτωση. Επομένως, τα άτομα με αναπηρία καλούνται να αντιμετωπίσουν και να διαχειριστούν μια καινούρια, απειλητική και αγχογόνα κατάσταση, η οποία αναπόφευκτα επιφέρει ψυχοκοινωνική κρίση στη ζωή τους, προερχόμενη από διάφορες σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικοοικονομικές και επαγγελματικές αλλαγές (Psarra & Klefтарas, 2013). Συνεπώς, το άτομο με αναπηρία καλείται να αποδεχτεί και να προσαρμοστεί σε μια κατάσταση αναπηρίας.

Όσον αφορά την προσαρμογή στην αναπηρία, με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία, διαπιστώνεται πως έχουν διεξαχθεί αρκετές μελέτες σε άτομα με αναπηρίες και χρόνιες παθήσεις. Συγκεκριμένα, οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί, διερευνούν την προσαρμογή σε άτομα με σωματική αναπηρία (Byra, 2018· Dorsett Geraghty, Sinnott, & Acland 2017· Jiao, Heyne, Lam, 2012· Kennedy et al., 2009· Kim et al., 2015· Livneh & Martz, 2014· Nicholls, Lehan, Plaza, Deng, Romero, Pizarro, & Carlos Arango-Lasprilla, 2011· Psarra & Klefтарas, 2013· Wu & Chan, 2007), με σκλήρυνση κατά πλάκας (Ghafari, Fallahi-Khoshknab, Nourozi, & Mohammadi, 2015· Madan & Pakenham, 2013· Pakenham, & Fleming, 2011), με οπτική αναπηρία (Bergeron & Wanet-Defalque, 2013· Hernandez Trillo & Dickinson, 2012· Tabrett & Latham, 2012· Tunde-Ayinmode, Akande, & Ademola-Popoola, 2011), με σακχαρώδη διαβήτη (Richardson, Adner, & Nordstrom, 2001· Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007), σε άτομα με καρκίνο (Chao et al., 2010· Jun, Kim, Chang, Oh, Kang, & Kang, 2011· You & Lu, 2013· Zhang et al., 2019) καθώς και σε άλλα χρόνια νοσήματα (Chiu et al., 2013· Chai et al., 2016· Kostova et al., 2014· McCracken & Zhao-O'Brien, 2010).

Αναλυτικότερα, όσον αφορά την ομάδα των ατόμων με σωματική αναπηρία διαπιστώθηκε ότι παρουσιάζουν χαμηλά και μέτρια επίπεδα προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας (Borδώνη, 2017· Jiao et al., 2012· Nicholls et al., 2011). Ωστόσο, από άλλες μελέτες αναδείχθηκε ότι τα άτομα με σωματική παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα προσαρμογής και αποδοχής της αναπηρίας τους (Byra, 2018· Noor et al., 2016). Όσον αφορά την ομάδα των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας αναδείχθηκε ότι παρουσιάζουν δυσκολία και εν τέλει δεν προσαρμόζονται επιτυχώς στην αναπηρία τους (Ghafari et al., 2015· Okanlı et al., 2016). Ωστόσο, από άλλες

έρευνες βρέθηκε ότι τα άτομα με σκλήρυνση παρουσιάζουν καλή ψυχοκοινωνική προσαρμογή και προσαρμόζονται στην αναπηρία τους (Lulé et al., 2011). Στην ομάδα ατόμων με οπτική αναπηρία, αντίστοιχα, εντοπίζεται μια μελέτη, στην οποία αναδεικνύεται ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία προσαρμόζονται από τα πρώτα στάδια διάγνωσης της αναπηρίας (Bergeron & Wanet-Defalque, 2013). Ωστόσο, από δύο άλλες μελέτες βρέθηκε ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία δεν έχουν προσαρμοστεί επιτυχώς στην αναπηρία τους (Tabrett & Latham, 2012·Tunde-Ayınmode et al., 2011). Όσον αφορά τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, εντοπίζονται δύο παλαιότερες μελέτες που μελετούν την προσαρμογή. Συγκεκριμένα η έρευνα των Richardson και συν. (2001), έδειξε ότι τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας (Richardson et al., 2001). Αντίστοιχα, από τη μελέτη των Gregg και συν. (2007) διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη προσαρμόζονται στην αναπηρία τους (Gregg et al., 2007).

Η προσαρμογή στην αναπηρία ως σημαντική συνιστώσα της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής αποτελεί μια μακρόχρονη και δυναμική διαδικασία που επηρεάζεται τόσο από ενδογενείς όσο και από εξωγενείς παράγοντες (Chan, Cardoso, Chronister, & Hiatt, 2013). Οι έρευνες που μελετούν την προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία δίνουν ιδιαίτερη προσοχή σε παράγοντες όπως: α) δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας), β) καταστάσεις που συνδέονται με την αναπηρία αυτή καθαυτή (π.χ. βαθμός αναπηρίας, μέγεθος λειτουργικών περιορισμών, χρονική διάρκεια αναπηρίας), γ) στοιχεία της προσωπικότητας του ατόμου (στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, αυτοαποτελεσματικότητα, ελπίδα, αισιοδοξία, αντιλαμβανόμενο επίπεδο ελέγχου). Αξίζει να επισημανθεί ότι ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία του είναι η κοινωνική υποστήριξη, η οποία μπορεί να ιδωθεί μέσα από διαφορετικές οπτικές: α) ως στρατηγική αντιμετώπισης (π.χ. όταν το άτομο αναζητά κοινωνική υποστήριξη), β) ως στοιχείο της προσωπικότητας (π.χ. όταν το άτομο εκδηλώνει κοινωνικό ενδιαφέρον για τους άλλους), γ) ως περιβαλλοντικός παράγοντας (π.χ. κοινωνικό δίκτυο σχέσεων και υποστήριξης. Προφανώς, η σημασία των παραγόντων που προαναφέρθηκαν ποικίλει ανάλογα με τη σοβαρότητα της κλινικής εικόνας του ατόμου, την προέλευση της αναπηρίας, τους τομείς της ζωής που επηρεάζονται από την αναπηρία, την προσωπική αντίληψη που διαμορφώνει το άτομο για την αναπηρία του, καθώς και το βαθμό που μπορεί να απειλείται η ζωή του (Livneh & Martz, 2012).

Αναλυτικότερα, όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία, ορισμένες έρευνες έχουν αποδείξει ότι αυτά δεν διαδραματίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της προσαρμογής, ωστόσο άλλες έχουν δείξει στατιστικά σημαντικές σχέσεις. Αρχικά, η ηλικία του ατόμου με αναπηρία/χρόνιες δεν φαίνεται να παρουσιάζει ιδιαίτερα σημαντική επίδραση στην προσαρμογή του (Jiao et al., 2012·Kennedy et al., 2009· Madan & Pakenham, 2013·Nicholls et al., 2011·Tabrett & Latham, 2012) αν και ορισμένοι ερευνητές έχουν τονίσει ότι όσο πιο νέο είναι το άτομο, τόσο πιο εύκολα προσαρμόζεται στην αναπηρία του (Wu & Chan, 2007).

Ωστόσο, μια άλλη έρευνα έδειξε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του ατόμου, τόσο αυτή συμβάλλει στη μείωση της δυσκολίας του να προσαρμοστεί στην αναπηρία (Navarta-Sánchez et al., 2016). Όσον αφορά το φύλο και την επίδραση του στην προσαρμογή στην αναπηρία, τα αποτελέσματα είναι ασαφή. Έρευνες έχουν δείξει ότι το φύλο δεν φαίνεται να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία (Chalk, 2007·Jiao et al., 2012·Nicholls et al., 2011·Wu & Chan, 2007), ενώ άλλες έχουν αποδείξει την ύπαρξη σχέσης μεταξύ των δύο μεταβλητών (Kennedy et al., 2009·Woolrich et al., 2006). Επίσης, η οικογενειακή κατάσταση του ατόμου με αναπηρία παρουσιάζεται να μην ασκεί σημαντική επίδραση στη διαδικασία της προσαρμογής (Jiao et al., 2012·Madan & Pakenham, 2013·Nicholls et al., 2011). Ωστόσο, πορίσματα άλλων ερευνών αναφέρουν ότι οικογενειακή κατάσταση είναι ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμογή στην αναπηρία/χρόνια πάθηση (Pakenham & Fleming, 2011·Zhang et al., 2019). Πιο συγκεκριμένα, πιο πρόσφατη έρευνα απέδειξε ότι τα παντρεμένα άτομα εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά αποδοχής της αναπηρίας σε σχέση με άγαμα ή διαζευγμένα άτομα (Zhang et al., 2019). Η συναισθηματική υποστήριξη που λαμβάνουν τα έγγαμα άτομα με αναπηρία/χρόνιες παθήσεις από τους συζύγους αντισταθμίζει το αρνητικό συναίσθημα που προκαλείται εξαιτίας της αναπηρίας (Jun et al., 2011). Ταυτόχρονα, η συντροφικότητα ενθαρρύνει τα άτομα με αναπηρία/χρόνιες παθήσεις να προσαρμοστούν καλύτερα στην τρέχουσα κατάσταση. Ως εκ τούτου, η συζυγική σχέση θα πρέπει να θεωρείται προστατευτικός παράγοντας που αποτρέπει τις δυσμενείς επιπτώσεις της αναπηρίας (Zhang et al., 2019).

Επιπρόσθετα, το μορφωτικό επίπεδο έχει αποδειχθεί ως ένας σημαντικός παράγοντας που συνδέεται με την αποδοχή της αναπηρίας. Πιο συγκεκριμένα, όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο ενός ατόμου, τόσο πιο εύκολα το άτομο μπορεί να αποδεχθεί την αναπηρία/χρόνια πάθησή του (Chao et al., 2010·Jiao et al., 2012). Παράλληλα, άλλη έρευνα αποδεικνύει ότι τα άτομα με χρόνιες παθήσεις που παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα προσαρμογής στην αναπηρία τους θεωρούν ότι αυτό σχετίζεται με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των ατόμων με χρόνιες παθήσεις (Chiang et al., 2015). Ταυτόχρονα, η έρευνα των Richardson και συνεργατών (2001) απέδειξε ότι τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη που είχαν υψηλό μορφωτικό επίπεδο και ήταν απόφοιτοι λυκείου ή πανεπιστημίου παρουσίαζαν υψηλότερο επίπεδο αποδοχής της χρόνιας πάθησής τους από εκείνους είχαν τελειώσει μόνο το δημοτικό (Richardson et al., 2001). Ως εκ τούτου, τα λιγότερο μορφωμένα άτομα ενδέχεται να χρειάζονται βοήθεια για την επίτευξη υψηλότερου επιπέδου αποδοχής της αναπηρίας/χρόνιας πάθησής τους (Richardson et al., 2001). Ωστόσο, όπως αποδεικνύεται από έρευνα σε ενήλικα άτομα με οπτική αναπηρία ότι το μορφωτικό επίπεδο δεν επηρεάζει την προσαρμογή ενός ατόμου στην οπτική αναπηρία (Tabrett & Latham, 2012). Από την άλλη πλευρά, έρευνες έχουν αποδείξει ότι η επαγγελματική κατάσταση και το ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα δεν αποτελούν σημαντικούς παράγοντες προσαρμογής στην αναπηρία (Jiao et al., 2012· Madan & Pakenham, 2013·Nicholls et al., 2011). Παρόλα αυτά η έρευνα των Richardson και συνεργατών (2001) απέδειξε ότι τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη που βρίσκονταν σε

αναρρωτική άδεια ή έπαιρναν σύνταξη λόγω της αναπηρίας ή ήταν άνεργα παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα προσαρμογής στην αναπηρία σε σχέση με άτομα που εργαζόνταν κανονικά ή είχαν πάρει συντάξεις λόγω γήρατος (Richardson et al., 2001).

Ένας ακόμη παράγοντας, η χρονική διάρκεια της αναπηρίας ως προς τη προσαρμογή, εμφανίζουν πορίσματα, τα οποία δεν παρουσιάζουν ομοφωνία. Αναλυτικότερα, η διάρκεια της αναπηρίας έχει συνδεθεί με τα μοντέλα των σταδίων αναφορικά με την προσαρμογή στην αναπηρία. Οι Livneh και Martz (2012), επισημαίνουν την αποτυχία των ερευνητών να αποδείξουν μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας της αναπηρίας και της προσαρμογής, γεγονός που έχει οδηγήσει σε αμφισβήτηση των υφιστάμενων μοντέλων. Αρκετές μελέτες, ωστόσο, έχουν αποδείξει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώνεται ότι όσο αυξάνονται τα έτη της αναπηρίας τόσο πιο εύκολα το άτομο προσαρμόζεται και εν τέλει αποδέχεται την αναπηρία/χρόνια πάθησή του, γεγονός που έχει αποδειχθεί και από έρευνες σε άτομα με χρόνιες παθήσεις (καρκίνο, εγκεφαλικό επεισόδιο) (Chao et al., 2010·Chiu et al., 2013). Συγκεκριμένα, έρευνα των Bergeron και Wanet-Defalque (2013) που πραγματοποιήθηκε σε άτομα με οπτική αναπηρία έδειξε ότι το διάστημα της αναπηρίας επηρεάζει σημαντικά στην αποδοχή της αναπηρίας. Άτομα που απέκτησαν οπτική αναπηρία τα τελευταία δύο (2) έτη παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα προσαρμογής και αποδοχής της αναπηρίας τους αλλά και άρνηση αποδοχής της αναπηρίας σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν την αναπηρία για διάστημα μεγαλύτερο των δύο (2) ετών (Bergeron & Wanet-Defalque, 2013). Αντιθέτως, η έρευνα των Tabrett και Latham (2012) σε άτομα με οπτική αναπηρία έδειξε ότι το διάστημα της αναπηρίας δεν σχετίζεται με την προσαρμογή στην οπτική αναπηρία (Tabrett & Latham, 2012). Αντιθέτως άλλες έρευνες σε άτομα με σωματική αναπηρία δεν έχουν επισημάνει την ύπαρξη κάποιας σημαντικής συσχέτισης μεταξύ του χρονικού διαστήματος και της προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας (DeRoos-Cassini et al., 2009·Kennedy et al., 2009).

Όσον αφορά τον παράγοντα της προέλευσης της αναπηρίας, πορίσματα ερευνών παρουσιάζουν αντιφατικά αποτελέσματα. Λίγες είναι οι έρευνες, οι οποίες έχουν μελετήσει την προσαρμογή στην αναπηρία σε σχέση με την προέλευση της. Οι συγκεκριμένες έρευνες έδειξαν ότι τα άτομα με εγγενείς αναπηρίες προσαρμόζονται καλύτερα από ότι τα άτομα που απέκτησαν την αναπηρία κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Bogart, Tickle-Degnen, & Ambady, 2012·Li & Moore, 1998). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα με εγγενή αναπηρία δεν γνώρισαν ποτέ τους εαυτούς τους διαφορετικά, είχαν πάντα τις ίδιες ικανότητες και δεν βίωσαν ποτέ την εμπειρία του ψυχολογικού τραύματος και της αλλοιωμένης εικόνας του σώματος που βιώνουν τα άτομα με επίκτητη αναπηρία (Κλεφτάρας, 2006).

Στους παράγοντες που συμβάλλουν στην προσαρμογή στην αναπηρία πρέπει να προστεθεί και η κοινωνική υποστήριξη. Έχει αποδεχθεί από πολλές μελέτες ότι η συναισθηματική και κοινωνική στήριξη που λαμβάνει το άτομο με αναπηρία, συνιστά έναν πολύ σημαντικό παράγοντα που μπορεί να συμβάλλει στην

προσαρμογή του στην αναπηρία. Η συναισθηματική και κοινωνική στήριξη που παρέχεται κυρίως από το οικογενειακό, κοινωνικό και φιλικό περιβάλλον συμβάλλει θετικά στη προσαρμογή του στην αναπηρία του/χρόνια πάθησή του (Chai et al., 2016·Kostova et al., 2014· Zhang et al., 2019). Η κοινωνική στήριξη που δέχεται το άτομο από το περιβάλλον του καθώς και από τα άτομα με τα οποία συναναστρέφεται, διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της αποδοχής και της προσαρμογής στην αναπηρία του (Jiao et al., 2012· Kostova et al., 2014· You & Lu, 2013). Πιο συγκεκριμένα, έρευνα των Ghafari και συνεργατών (2015) έδειξε ότι τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στον ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης για την προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας (Ghafari et al., 2015). Γενικότερα, οι αντιδράσεις, οι εντυπώσεις, οι προσδοκίες που δέχεται το άτομο από το κοινωνικό σύνολο καθώς και οι δυνατότητες ένταξης σε αυτό επιδρούν στον τρόπο που το άτομο προσαρμόζεται στην αναπηρία του. Παράλληλα, ένας ακόμη παράγοντας, ο ρόλος της θρησκευτικότητας όπως αποδεικνύεται από πορίσματα ερευνών συνδέεται με την προσαρμογή του ατόμου σε μια αναπηρία/χρόνια πάθηση (Chiu et al., 2013·Ghafari et al., 2015· Kim et al., 2015). Συγκεκριμένα, η έρευνα Chiu και συν. (2013) έδειξε ότι άτομα με χρόνιες παθήσεις εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά προσαρμογής στην αναπηρία για τα οποία σημαντικός παράγοντας ήταν οι θρησκευτικές τους πεποιθήσεις, σε αντίθεση με άτομα για τα οποία ο ρόλος της θρησκευτικότητας δεν ήταν σημαντικός για τη ζωή τους (Chiu et al., 2013). Ακόμη, η έρευνα των Ghafari και συν. (2015) έδειξε ότι η θρησκευτική πίστη συνέβαλε ευεργετικά στην αποδοχή της αναπηρίας για τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας (Ghafari et al., 2015), αναδεικνύοντας τον ρόλο της θρησκευτικότητας ως σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στην προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης.

Σχετικά με το είδος και τη βαρύτητα της αναπηρίας έχει εντοπιστεί ότι επηρεάζουν την διαδικασία αποδοχής και προσαρμογής της αναπηρίας (Κλεφτάρας, 2006). Έρευνες στον ελλαδικό χώρο έχουν αναδείξει αντιφατικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα η έρευνα της Βορδώνη (2017) σε άτομα με οπτική αναπηρία, με ακουστική, με σωματική αναπηρία και χρόνιες παθήσεις (σκλήρυνση κατά πλάκας, θαλασσαιμία, σακχαρώδη διαβήτη) έδειξε ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία παρουσίασαν υψηλότερη προσαρμογή, ακολουθούν τα άτομα με χρόνιες παθήσεις, έπειτα τα άτομα με σωματική αναπηρία και τέλος τα άτομα με ακουστική αναπηρία που παρουσίασαν μέτρια επίπεδα προσαρμογής στην αναπηρία (Βορδώνη, 2017). Αντιθέτως, η έρευνα της Προβατά (2018) που πραγματοποιήθηκε σε άτομα που είχαν τις ίδιες αναπηρίες, έδειξε ότι τα άτομα με σωματική αναπηρία παρουσίασαν τα υψηλότερα ποσοστά προσαρμογής στην αναπηρία τους, ακολούθησαν τα άτομα με χρόνιες παθήσεις, έπειτα τα άτομα με οπτική αναπηρία και τέλος τα άτομα με ακουστική αναπηρία. Γενικότερα, όλες οι ομάδες του δείγματος παρουσίασαν υψηλά επίπεδα προσαρμογής (Προβατά, 2018). Παράλληλα, πορίσματα ερευνών αναφέρουν ότι ο βαθμός βαρύτητας της αναπηρίας δεν μπορεί να ασκήσει σημαντική επίδραση στην αντιμετώπιση της αναπηρίας από το άτομο (Chalk, 2007·Kennedy et al., 2009). Αξίζει να επισημανθεί ότι η αντιφατικότητα που παρατηρείται στην έρευνα

ενδεχομένως οφείλεται στον διαφορετικό τρόπο θέασης της κατάστασης από το ίδιο το άτομο που τη βιώνει. Επομένως, από ψυχολογικής άποψης τον καθοριστικό ρόλο στην αποδοχή και στην προσαρμογή στην αναπηρία διαδραματίζει η υποκειμενική αντίληψη και η αξιολόγηση αυτής της κατάστασης από το ίδιο το άτομο. Σε περιπτώσεις, όμως, που η αναπηρία συνοδεύεται και με άλλα προβλήματα υγείας όπως για παράδειγμα έναν χρόνιο πόνο, τότε η διαδικασία της προσαρμογής γίνεται ολοένα και δυσκολότερη καθώς το άτομο καλείται να αποδεχθεί εκτός από την αναπηρία και τον χρόνιο πόνο. Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες το άτομο με αναπηρία βιώνει τον πόνο αρνητικά, γεγονός που επιδρά αρνητικά στην προσαρμογή του σε μια κατάσταση αναπηρίας (McCracken & Zhao-O'Brien, 2010). Πρέπει να αναφερθεί ότι η αντίληψη του πόνου αποτελεί μια υποκειμενική ψυχολογική διεργασία, η οποία επηρεάζεται τόσο από εσωτερικούς όσο και από εξωτερικούς παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η κουλτούρα, ο πολιτισμός, το κέντρο ελέγχου, οι προσδοκίες και τα «θέλω», το άγχος, ο φόβος, η πληροφόρηση, η παραπληροφόρηση, το νόημα και η σημασία που αποδίδεται στον πόνο και στις καταστάσεις που τον προκαλούν. Αυτοί οι παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν την αντίληψη και τον βαθμό αποδοχής του ατόμου στο χρόνιο πόνο που υφίσταται (Κλεφτάρας, 2006).

Έχει αποδειχθεί, επίσης ότι τα άτομα που καταφέρνουν να προσαρμοστούν στην αναπηρία τους επιτυγχάνουν υψηλά ποσοστά σωματικής και ψυχικής υγείας (Livneh & Antonak, 2004·Snead & Davis,2002). Ωστόσο, η δυσκολία προσαρμογής σε μια επίκτητη αναπηρία εγκυμονεί άλλους κινδύνους, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται και ψυχοπαθολογικά συμπτώματα όπως κατάθλιψη (Livneh & Antonak, 2005·McDermott et al., 2007·Kleftaras & Psarra, 2013). Γενικότερα, έχει αποδειχθεί ότι το συναίσθημα, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της προσαρμογής στην αναπηρία. Η προσαρμογή σχετίζεται με την αναγνώριση και την προθυμία αντιμετώπισης των αρνητικών σκέψεων, συναισθημάτων και εμπειριών (Wright, 1983). Η επιτυχής προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας χαρακτηρίζεται από συναισθηματική ισορροπία, από απουσία ψυχολογικών διαταραχών, από την επικράτηση του θετικού συναισθήματος, από απουσία των αρνητικών συναισθημάτων (De Ridder, Geenen, Kuijer, & van Middendorp, 2008). Πιο συγκεκριμένα, μια παλαιότερη μελέτη έδειξε ότι το θετικό συναίσθημα επιδρά θετικά στην προσαρμογή στην αναπηρία. Αντιθέτως, το αρνητικό συναίσθημα σχετίζεται αρνητικά με την προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας (Hansdottir et al., 2004). Η μελετη Taleroos και McCabe (2002), ανέδειξε ότι η αναπηρία επιδρά αρνητικά στις εμπειρίες, στα συναισθήματα και στην εικόνα που έχουν τα άτομα με αναπηρία για το σώμα τους. Η αρνητική εικόνα που διαμορφώνουν τα άτομα με αναπηρία για το σώμα τους, δυσκολεύει τη διαδικασία της προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας (Taleroos & McCabe, 2002). Επιπρόσθετα, έχει αποδειχθεί ότι κι άλλοι παράγοντες όπως οι προσδοκίες της αυτοαποτελεσματικότητας (Bogart, 2014·Smedema, 2014), η ελπίδα (Byra, 2018·Dorsett et al., 2017·Smedema et al.,2010· Soundy, Roskell, Elder, Collett, Dawes, 2016), η αντίληψη του ατόμου περί εσωτερικού πεδίου ελέγχου (internal locus of control) (Dean & Kennedy,

2009·Smedema,2014) και γενικότερα οι θετικές πεποιθήσεις φαίνεται ότι έχουν άμεση σχέση με τον τρόπο που το άτομο αντιλαμβάνεται την αναπηρία του και συμβάλλουν στην προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία. Αντιθέτως, άτομα τα οποία διακατέχονται από αρνητικές πεποιθήσεις για τον εαυτό τους δεν επιτυγχάνουν στο μέγιστο την προσαρμογή τους σε μια κατάσταση αναπηρίας ή χρόνια πάθησης. Καταλήγοντας, πρέπει να αναφερθεί όπως έχει αποδειχθεί από έρευνες ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση συνδέεται με το συναίσθημα της ντροπής (Iannaccone, D'Olimpio, Cella, & Cotrufo, 2016·Velotti et al., 2016). Εάν ένα άτομο αποτύχει να επιτύχει σημαντικούς στόχους στην επιδίωξη της αυτοεκτίμησης, βιώνει συναισθήματα αποτυχίας, ντροπής και θλίψης (Miller Smedema, Catalano, & Ebener, 2010). Η αρνητική αυτοεκτίμηση, η κατάθλιψη, ο θυμός, η κοινωνική απόσυρση χαρακτηρίζουν την μη επιτυχή προσαρμογή των ατόμων σε μια κατάσταση αναπηρίας (Smedema et al., 2010).

5.2 Το συναίσθημα της ντροπής στα άτομα με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις

Όπως αναδείχθηκε από τη βιβλιογραφία, το συναίσθημα της ντροπής θεωρείται ως ένα ιδιαίτερα έντονο και αρνητικό συναίσθημα (Tangney, Miller, Flicker, & Barlow, 1996). Επίσης, όπως έγινε λόγος και σε προηγούμενη υποενότητα (5.1) τα άτομα που δεν προσαρμόζονται επιτυχώς σε μια κατάσταση αναπηρίας/χρόνιας πάθησης, χαρακτηρίζονται από αρνητική αυτοεκτίμηση και πλήθος αρνητικών συναισθημάτων (Smedema et al., 2010). Όσον αφορά το συναίσθημα της ντροπής, με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία, διαπιστώνεται πως δεν έχει μελετηθεί σε μεγάλο βαθμό σε άτομα με αναπηρίες και χρόνιες παθήσεις. Συγκεκριμένα, οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί, διερευνούν το συναίσθημα της ντροπής σε άτομα με σωματική αναπηρία (Kerstens et al., 2019·Lewis Brown & Turner, 2010), σκλήρυνση κατά πλάκας (Bonilla et al., 2013), οπτική αναπηρία (Lourens & Swartz, 2016·Saur et al., 2016) καθώς και σε χρόνιες παθήσεις όπως σακχαρώδη διαβήτη (Sparapani et al., 2015·Stotz et al., 2019·Turland, 2016), ρευματοειδή αρθρίτιδα (Hiba, et al., 2019·Ten Klooster et al., 2014), σε άτομα με χρόνιο πόνο (Turner-Cobb et al., 2015), σε άτομα με νοητική αναπηρία (Clapton et al.,2017·Jahoda & Wilson,2010·Marriott et al., 2019), καθώς και σε άτομα με ψυχικές διαταραχές (Michail & Birchwood, 2012·Scheel et al., 2014·Weingarden et al., 2016).

Αναλυτικότερα, όσον αφορά την ομάδα των ατόμων με σωματική αναπηρία διαπιστώθηκε σε υψηλά επίπεδα το συναίσθημα της ντροπής (Kerstens et al., 2019· Lewis Brown & Turner, 2010). Επίσης, σε μελέτη με άτομα που είχαν σκλήρυνση κατά πλάκας (9 ενήλικες), αναδείχθηκε ότι το συναίσθημα της ντροπής κυμαίνονταν αντίστοιχα, σε υψηλά επίπεδα (Bonilla et al., 2013). Όσον αφορά την ομάδα ατόμων με οπτική αναπηρία, εντοπίζεται η έρευνα των Lourens & Swartz (2016), της οποίας το δείγμα ήταν δεκαπέντε (15) μαθητές με προβλήματα όρασης, στους οποίους αναδείχθηκε η ντροπή ως ένα έντονο συναίσθημα, εξαιτίας της διαφορετικότητας τους και των περιορισμένων αλληλεπιδράσεων με τους συνομηλίκους τους (Lourens

& Swartz, 2016). Η ποιοτική μελέτη των Saur και συνεργατών (2016) με 17 ενήλικες με οπτική αναπηρία, ανέδειξε, επίσης, το συναίσθημα της ντροπής, το οποίο προέκυψε λόγω της αδυναμίας τους να αντιμετωπίζουν επικίνδυνες καταστάσεις της καθημερινότητάς τους (Saur et al., 2016). Στην ομάδα των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη, αντίστοιχα, συναντώνται δύο μελέτες που ανήκουν στο χώρο της ποιοτικής προσέγγισης καθώς και μια ποσοτική μελέτη. Συγκεκριμένα, στη μελέτη των Sparapani και συνεργατών (2015) καθώς και στην πρόσφατη έρευνα των Stotz και συνεργατών (2019), μεταξύ άλλων θεμάτων, αναδείχθηκε και το συναίσθημα της ντροπής (Sparapani et al., 2015·Stotz et al., 2019) ως κυρίαρχο. Αντίστοιχα, στην ποσοτική μελέτη της Turland (2016), με άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, τα επίπεδα της ντροπής κυμάνθηκαν γενικότερα σε χαμηλά επίπεδα, με τη σωματική ντροπή να παρουσιάζεται σε υψηλότερα επίπεδα μεταξύ των συμμετεχόντων ενώ η χαρακτηριστική ντροπή να σημειώνει τη χαμηλότερη βαθμολογία μεταξύ των τριών διαστάσεων του βιώματος της ντροπής. Όσον αφορά στην ομάδα των ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα, συναντώνται δύο μελέτες που ανήκουν στο χώρο της ποσοτικής προσέγγισης. Αναλυτικότερα, η έρευνα των Ten Klooster και συν. (2014), έδειξε οι ασθενείς με μακροχρόνια ρευματοειδή αρθρίτιδα δεν εμφανίζουν γενικότερα συναισθήματα ντροπής ή προδιάθεση για ντροπή σε σχέση με τους συνομηλικούς χωρίς χρόνια πάθηση. Προέκυψε ότι οι γυναίκες με το χρόνιο νόσημα παρουσίασαν σε υψηλότερο βαθμό το συναίσθημα της σωματικής ντροπής, ενώ για τους νεότερους ασθενείς αναδείχθηκε ότι βίωσαν περισσότερο τη χαρακτηριστική και τη σωματική ντροπή (Ten Klooster et al., 2014). Επίσης, η έρευνα Hiba και συν. (2019), σε μικρότερο δείγμα ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα ανέδειξε ανάλογα αποτελέσματα, με τα άτομα να βιώνουν γενικότερα το συναίσθημα της ντροπής, χωρίς ωστόσο να σημειώνουν υψηλές βαθμολογίες στις επιμέρους διαστάσεις της, αλλά ούτε και στο συνολικό βίωμα της ντροπής (Hiba et al., 2019). Επιπρόσθετα, η έρευνα των Turner-Cobb και συν. (2015) που πραγματοποιήθηκε σε άτομα με χρόνιο πόνο έδειξε σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα ντροπής, ενοχής, φόβου, αρνητικής αξιολόγησης, ως προς την υγιή ομάδα ελέγχου (Turner-Cobb et al., 2015). Σχετικά με την ομάδα των ατόμων με νοητική αναπηρία, εντοπίζεται η μετανάλυση των Clapton και συν. (2017), η οποία αναδεικνύει τα άτομα με ήπια έως μέτρια νοητική αναπηρία να αντιμετωπίζουν δυσκολίες και στις δύο διαστάσεις του συναισθήματος της ντροπής, τόσο της εξωτερικής ντροπής όσο και της εσωτερικής ντροπής (Clapton et al., 2017). Οι ποιοτικές μελέτες των Marriott και συν. (2019) καθώς και των Jahoda και Wilson (2010) για τα άτομα με νοητική αναπηρία, αναδεικνύουν το συναίσθημα της ντροπής (Jahoda & Wilson, 2010·Marriott et al., 2019). Το συναίσθημα της ντροπής εντοπίζεται ακόμα και στην ομάδα των ατόμων με ψυχικές ασθένειες. Ενδεικτικά, η έρευνα Michail και Birchwood (2012) σε άτομα με διαταραχή κοινωνικού άγχους (με ή χωρίς ψύχωση), με άτομα με ψύχωση και με υγιή πληθυσμό, έδειξε ότι τα άτομα διαταραχή κοινωνικού άγχους παρουσιάζουν σε υψηλά επίπεδα το συναίσθημα της ντροπής σε σύγκριση με τις άλλες ομάδες του δείγματος (Michail & Birchwood, 2012). Επιπλέον, η έρευνα των Scheel και συν. (2014) σε γυναίκες με οριακή διαταραχή της προσωπικότητας, σε γυναίκες με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα, σε γυναίκες με μείζων καταθλιπτική διαταραχή και

σε γυναίκες με διαταραχή κοινωνικού άγχους, καθώς και τυπικό πληθυσμό έδειξε ότι οι γυναίκες με οριακή διαταραχή της προσωπικότητας ανέφεραν το υψηλότερο επίπεδο υπαρξιακής ντροπής, σε σύγκριση με όλες τις άλλες ομάδες του δείγματος. Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, οι γυναίκες με διαταραχή κοινωνικού άγχους εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα σωματικής και γνωστικής ντροπής. Παράλληλα, τα άτομα με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα παρουσίασαν χαμηλά επίπεδα σωματικής ντροπής, σε σύγκριση με τον τυπικό πληθυσμό (Scheel et al., 2014). Καταληκτικά, η έρευνα των Weingarden και συν. (2016) σε άτομα με σωματική δυσμορφική διαταραχή, σε άτομα με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και σε υγιή πληθυσμό, έδειξε ότι οι ψυχικά υγιείς συμμετέχοντες παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ντροπής, ως προς τα άτομα που έχουν ψυχικές διαταραχές, με τα άτομα με ψυχικές διαταραχές να παρουσιάζουν σε παρόμοια επίπεδα το συναίσθημα της ντροπής (Weingarden et al., 2016).

Οι έρευνες που μελετούν το συναίσθημα της ντροπής σε άτομα με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις δίνουν προσοχή σε παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η κοινωνική υποστήριξη καθώς και σε παράγοντες που συνδέονται με την ψυχική υγεία των ατόμων με αναπηρία όπως το άγχος, την κατάθλιψη, και το στίγμα. Αναλυτικότερα, όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία, ορισμένες έρευνες έχουν αποδείξει ότι αυτά δεν διαδραματίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στο συναίσθημα της ντροπής, ωστόσο άλλες έχουν δείξει στατιστικά σημαντικές σχέσεις. Αρχικά, διαπιστώνεται ότι το συναίσθημα της ντροπής σχετίζεται με το φύλο (Hiba et al., 2019· Ten Klooster et al., 2014). Συγκεκριμένα, από την έρευνα των Ten Klooster και συν. (2014) προκύπτει ότι οι γυναίκες του δείγματος παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα σωματικής ντροπής (Ten Klooster et al., 2014). Ωστόσο, έρευνα σε άτομα με χρόνια σωματικό πόνο έδειξε ότι το συναίσθημα της ντροπής δεν επηρεάζεται από το φύλο (Turner-Cobb et al., 2015). Όσον αφορά την ηλικία των συμμετεχόντων, προέκυψαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με το συναίσθημα της ντροπής (Hiba et al., 2019· Ten Klooster et al., 2014). Διαπιστώθηκε ότι τα άτομα νεότερης ηλικίας παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα χαρακτηριστικής και σωματικής ντροπής (Ten Klooster et al., 2014). Ωστόσο, άλλες έρευνες δεν αναδεικνύουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ της ηλικίας και του συναισθήματος της ντροπής (Scheel et al., 2014·Turner-Cobb et al.,2015). Το συναίσθημα της ντροπής φαίνεται να επηρεάζεται και από την υποστήριξη από το περιβάλλον (οικογενειακή, φιλική). Ενδεικτικά, στην έρευνα Lewis Brown και Turner (2010) καθώς και σε άλλες ποιοτικές μελέτες, το συναίσθημα της ντροπής αναδεικνύεται ως ένας αρνητικός παράγοντας για την ανάπτυξη σχέσεων σε οικογενειακό, φιλικό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (Kerstens et al.,2019· Lourens & Swartz, 2016·Sparapani et al., 2015). Ένας ακόμη παράγοντας που συνδέεται με το συναίσθημα της ντροπής, είναι η ύπαρξη και άλλων συνοδών προβλημάτων, τα οποία σχετίζονται με την αναπηρία. Ενδεικτικά, η έρευνα των Ten Klooster και συν. (2014), αναδεικνύει την παραπάνω σχέση, χωρίς ωστόσο να προκύπτουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Καταληκτικά, με βάση τα δημογραφικά στοιχεία εντοπίζεται και η μελέτη των Sparapani και συν. (2015), της

οποίας το δείγμα απέκτησε την αναπηρία κατά τη διάρκεια της ζωής τους (σακχαρώδη διαβήτη). Σε αυτή διαπιστώθηκε ότι η έναρξη του συναισθήματος της ντροπής σηματοδοτείται με την διάγνωση της ύπαρξης της αναπηρίας τους.

Άλλοι παράγοντες που εντοπίζονται στη βιβλιογραφία (ορισμένοι δεν εξετάζονται στην παρούσα έρευνα) και συνδέονται με το συναίσθημα της ντροπής σε άτομα με αναπηρία είναι το άγχος, η κατάθλιψη, την ποιότητα ζωής, η αποδοχή της αναπηρίας και την αυτοεκτίμηση. Αρχικά, η ποιοτική μελέτη των Saffer και συν. (2018) εντοπίζουν το συναίσθημα της ντροπής να επιδρά αρνητικά στην ψυχική υγεία των ατόμων με αναπηρία (Saffer et al., 2018). Γενικότερα, τα συναίσθημα της ντροπής μπορεί να επηρεάσουν το άγχος, τις στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους καθώς την καταθλιπτική συμπτωματολογία των ατόμων με σωματική αναπηρία. Το συναίσθημα της ντροπής θεωρείται ο πιο σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας για την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Bonilla et al., 2013·Lewis Brown & Turner, 2010·Ten Klooster et al., 2014). Επίσης στην έρευνα της Turland (2016) σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη αναδείχθηκε ότι όλες οι διαστάσεις της ντροπής (συμπεριφορική, χαρακτηριστική, σωματική) σχετίζονται με την κατάθλιψη με εξαίρεση τη σωματική ντροπή όπου διαπιστώθηκε μέτρια επίδραση. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το βίωμα του συναισθήματος της ντροπής επηρεάζει τη συναισθηματική ευημερία του ατόμου, αποτελώντας καθοριστικό παράγοντα που συμβάλλει στην εμφάνιση και στη διατήρηση της ψυχολογικής δυσφορίας και των επακόλουθων ζητημάτων ψυχικής υγείας (Clapton et. al., 2017). Εκτός από το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία, το συναίσθημα της ντροπής επιδρά αρνητικά και στην ποιότητα ζωής, επηρεάζοντας τομείς της σωματικής, νοητικής και ψυχοκοινωνικής λειτουργίας (Bonilla et al., 2013). Αντίστοιχα, μια ποιοτική μελέτη σε άτομα με αναπηρία αναδεικνύει ότι το συναίσθημα της ντροπής επηρεάζει την ποιότητα της ζωής και τη συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία (Jóhannsdóttir et al., 2020). Αξίζει να αναφερθεί πως στην ερευνητική βιβλιογραφία το συναίσθημα της ντροπής μελετάται μαζί με το συναίσθημα της ενοχής. Η ενοχή αποτελεί, επίσης, ένα αρνητικό και αυτοσυνειδησιακό συναίσθημα, όπως και η ντροπή. Η μελέτη των αναδεικνύει ότι το συναίσθημα της ενοχής επιδρά αρνητικά στην αποδοχή της αναπηρίας (Serbic & Pincus, 2017) Έχει διαπιστωθεί, επίσης, πως το συναίσθημα της ντροπής επιδρά αρνητικά και στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία (Lewis Brown & Turner, 2010). Καταληκτικά, μια έρευνα (Passanisi, Gervasi, Madonia, Guzzo, & Greco, 2014) έχει αναδείξει τη σχέση μεταξύ της αυτοεκτίμησης, του συναισθήματος της ντροπής και του δεσμού προσκόλλησης. Διαπιστώθηκε, δηλαδή σχέση μεταξύ του συναισθήματος της ντροπής, της χαμηλής αυτοεκτίμησης και του ανασφαλούς δεσμού προσκόλλησης σε ενήλικες χωρίς αναπηρία. Η θεματική των διαστάσεων του δεσμού προσκόλλησης σε άτομα με αναπηρία θα αναλυθεί στην υποενότητα που ακολουθεί.

5.3 Ο δεσμός προσκόλλησης ενήλικων στα άτομα με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις

Με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία, διαπιστώνεται ο ενήλικος δεσμός προσκόλλησης, πως δεν έχει μελετηθεί σε μεγάλο βαθμό σε άτομα με αναπηρίες και χρόνιες παθήσεις. Συγκεκριμένα, οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί, εξετάζουν τον ενήλικο δεσμό προσκόλλησης σε άτομα με σωματική αναπηρία (Blake, Brooks, Greenbaum, & Chan, 2016·Hwang et al., 2007· Hwang et al., 2009· Umucu, Lee, Wu, Chan, Blake, Brooks, & Catalano, 2016· Wilson, Catalano, Sung, Phillips, Chou, Chan, & Chan, 2013), με σκλήρυνση κατά πλάκας (Alosaimi et al., 2017· Besharat, Eshagh Goolpashein, Farahmand, & Ebrahimi, 2018) με οπτική αναπηρία (Makkiyan, Malekitabar, & Farahbakhsh, 2016), με σακχαρώδη διαβήτη (Bazzazian & Besharat, 2012), καθώς και σε άτομα με χρόνια νοσήματα (Agostini, Moretti, Calabrese, Rizzello, Gionchetti, Ercolani, & Campieri, 2014·Davies et al., 2009· Kowal et al.,2015·Schroeter, Ehrenthal, Giulini, Neubauer, Gantz, Amelung, Balke, & Schiltenwolf, 2015·Sirois & Gick, 2014).

Αναλυτικότερα, όσον αφορά την ομάδα των ατόμων με σωματική αναπηρία και τους τύπους προσκόλλησης, διαπιστώθηκε ότι εμφάνιζαν κυρίως έναν ασφαλή τύπο δεσμού προσκόλλησης (Blake et al., 2016· Umucu et al., 2016). Ωστόσο, σε άλλες έρευνες παρουσιάστηκαν αντιφατικά αποτελέσματα, μεταξύ των ατόμων με εκ γενετής και επίκτητη σωματική αναπηρία. Ενδεικτικά, σε άτομα με επίκτητη σωματική αναπηρία διαπιστώθηκε ότι είχαν κυρίως ασφαλή τύπο δεσμού (Hwang et al., 2007· Hwang et al., 2009). Ωστόσο, στα άτομα με εκ γενετής σωματική αναπηρία αναδείχθηκε ότι είχαν κυρίως τον αγχώδη τύπο δεσμού (Hwang et al., 2007· Hwang et al., 2009). Επίσης, όσον αφορά τις διαστάσεις του δεσμού προσκόλλησης, η έρευνα ανέδειξε τη διάσταση του άγχους να κυμαίνεται σε υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με τη διάσταση της αποφυγής δεσμού (Hwang et al., 2007). Στην ομάδα των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας, αντίστοιχα, εντοπίζεται η μελέτη των Alosaimi και συν. (2017), η οποία ανέδειξε αντίστοιχα αποτελέσματα, με τη διάσταση του άγχους στα άτομα με σκλήρυνση να βρίσκεται σε υψηλότερα επίπεδα, από τη διάσταση της αποφυγής (Alosaimi et al., 2017). Σε μια άλλη μελέτη ωστόσο, αναδεικνύεται ότι τα άτομα με σκλήρυνση παρουσιάζουν κυρίως ανασφαλή τύπο δεσμού προσκόλλησης (Besharat et al., 2018). Ακολούθως, στα ενήλικα άτομα με οπτική αναπηρία αναδείχθηκε ότι είχαν κυρίως ασφαλή δεσμό προσκόλλησης, με λιγότερα άτομα να παρουσιάζουν τον αγχώδη τύπο προσκόλλησης και ακόμα λιγότερα άτομα τον τύπο της αποφυγής. Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν και από την ομάδα ελέγχου, με μόνη διαφορά ότι τα άτομα της ομάδας ελέγχου είχαν σε υψηλότερα επίπεδα αγχώδη τύπο δεσμού προσκόλλησης, σε σχέση τα άτομα με οπτική αναπηρία (Makkiyan et al., 2016). Όσον αφορά τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, όπως αναδείχθηκε από τη μελέτη της Dreyfus (2014) εμφάνιζαν κυρίως, τον απορριπτικό τύπο προσκόλλησης, σε μικρότερο βαθμό τον ασφαλή τύπο προσκόλλησης, σε ακόμα μικρότερο τον φοβικό τύπο προσκόλλησης και σε ελάχιστα

επίπεδα, τον έμμονο-αγχώδη τύπο δεσμού (Dreyfus, 2014). Γενικότερα, ο δεσμός προσκόλλησης ενηλίκων όπως αναδεικνύεται από τη βιβλιογραφία, έχει μελετηθεί κυρίως σε άτομα με χρόνιες παθήσεις. Όπως αναδείχθηκε από πολλές έρευνες, τα άτομα με χρόνιες παθήσεις εμφανίζουν κυρίως τον ανασφαλή τύπο προσκόλλησης (Davies et al., 2009· Howe, 2006·Kowal et al., 2015). Ωστόσο, άλλη έρευνα αναδεικνύει ότι τα άτομα με χρόνια πάθηση παρουσίαζαν κυρίως τη διάσταση της αποφυγής σε σύγκριση με τη διάσταση του άγχους που κυμαινόταν σε χαμηλότερα επίπεδα (Andersen, 2012). Ως προς τις διαστάσεις του δεσμού προσκόλλησης και τα άτομα με χρόνιες παθήσεις, προκύπτει ότι η διάσταση της αποφυγής κυμαίνεται, με ελάχιστη διαφορά, σε υψηλότερα επίπεδα, ως προς τη διάσταση του άγχους (Schroeter et al., 2015).

Γενικότερα, οι έρευνες που μελετούν τον δεσμό προσκόλλησης σε άτομα με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις, δεν δίνουν ιδιαίτερη έμφαση σε δημογραφικούς παράγοντες όπως ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, υποστήριξη. Μονάχα η έρευνα των Hwang και συν. (2009), σε άτομα με σωματική αναπηρία, εξέτασε την επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών (φύλο, τύπο αναπηρίας, ηλικία έναρξης αναπηρίας) στο δεσμό προσκόλλησης ενηλίκων. Από τα αποτελέσματα δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ του δεσμού προσκόλλησης των δημογραφικών χαρακτηριστικών. Άλλοι παράγοντες που εντοπίζονται στη βιβλιογραφία και συνδέονται με τον δεσμό προσκόλλησης σε άτομα με αναπηρία είναι η ελπίδα, η ευτυχία, η ψυχική ανθεκτικότητα, η ποιότητα της ζωής, ο χρόνιος πόνος, η ψυχοκοινωνική προσαρμογή, το άγχος καθώς και τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Αρχικά, η μελέτη των Blake και συν. (2016) αναδεικνύει ότι η ελπίδα αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα του δεσμού προσκόλλησης. Αναλυτικότερα, προέκυψε ότι ο ασφαλής δεσμός προσκόλλησης σχετίζονταν θετικά με την ελπίδα, ενώ ο αγχώδης και ο αποφυγής τύπος προσκόλλησης σχετίζονταν αρνητικά (Blake et al., 2016). Επίσης η έρευνα των Wilson και συν. (2013) ανέδειξε ότι οι στρατηγικές αντιμετώπισης, η κοινωνική υποστήριξη και ο δεσμός προσκόλλησης θεωρούνται ως σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της θετικής προσαρμογής. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι ο ασφαλής δεσμός προσκόλλησης αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της ευτυχίας των ατόμων με σωματική αναπηρία, ενώ ο αγχώδης επιδρά αρνητικά. Επομένως, ο ασφαλής τύπος επιδρά θετικά στην προσαρμογή των ατόμων στην αναπηρία, ενώ ο αγχώδης επιδρά αρνητικά (Wilson et al., 2013). Ο δεσμός προσκόλλησης ενηλίκων συνδέεται, ακόμη και με την ψυχική ανθεκτικότητα. Αναλυτικότερα, από τη μελέτη των Besharat συν. (2018), αναδείχθηκε ότι τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας που είχαν ανασφαλή δεσμό προσκόλλησης δεν παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας (Besharat et al., 2018). Το αντίστροφο αποτέλεσμα συναντάται στη μελέτη των Agostini και συν. (2014), όπου διαπιστώθηκε ότι ο ασφαλής τύπος προσκόλλησης συνδέεται θετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα, καθώς και με τις αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Στα παραπάνω προστίθεται και η μελέτη των Hwang και συν. (2009), όπου ανέδειξε τα άτομα με ασφαλή και απορριπτικό τύπο προσκόλλησης να έχουν υψηλότερη αυτοεκτίμηση ως προς τα άτομα που είχαν φοβικό ή έμμονο τύπο προσκόλλησης

(Hwang et al., 2009). Γενικότερα, εμφανίζεται ο ασφαλής τύπος προσκόλλησης καθώς και έμμονος/αγχώδης να αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες για τη ψυχική υγεία, με τη μόνη διαφορά ότι η ανασφαλής προσκόλληση αποτελεί παράγοντα κινδύνου για χαμηλής ποιότητας ψυχική υγεία. Ωστόσο, διαπιστώνεται ότι η διάσταση της αποφυγής δεν επιδρά στην ψυχική υγεία ατόμων με αναπηρία. Αυτό συμβαίνει, διότι συνήθως τα άτομα με διάσταση της αποφυγής έχουν την τάση να υποτιμούν τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις και τείνουν να μη τις θεωρούν σημαντικές για την ποιότητα της ζωής τους (Agostini et al., 2014).

Άλλες μελέτες διαπίστωσαν ότι σε άτομα με χρόνιο πόνο, η διάσταση του άγχους στο δεσμό προσκόλλησης ενηλίκων δεν σχετίζεται ούτε με τον πόνο ούτε με τη σωματική αναπηρία. (Andersen et al., 2011·Andersen, 2012·Ciechanowski et al., 2003·Meredith et al., 2007). Ωστόσο, από άλλες βρέθηκε ότι η διάσταση του άγχους στο δεσμό προσκόλλησης ενηλίκων σχετίζεται πιο έντονα με την ένταση του πόνου και τα φυσικά σύνδρομα και την αναπηρία σε σύγκριση με τη διάσταση της αποφυγής (McWilliams et al., 2000·Meredith et al., 2006·Tremblay & Sullivan, 2010). Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από το μοντέλο “diathesis-stress model of chronic pain” το οποίο είχε προταθεί από τους Meredith, Ownsworth και Strong (2008). Μέσω του μοντέλου αναδεικνύονται συσχετίσεις μεταξύ της ανασφαλούς προσκόλλησης και μιας σειράς μη προσαρμοστικών ψυχοκοινωνικών μεταβλητών για τα άτομα με χρόνιο πόνο, στις οποίες περιλαμβάνονται: οι αντιλήψεις του πόνου ως πιο απειλητικές, περισσότερες αρνητικές αντιλήψεις για τη διαθεσιμότητα και την επάρκεια της κοινωνικής υποστήριξης, μικρότερη αυτο-αποτελεσματικότητα στη διαχείριση του πόνου, μικρότερη αναζήτηση υποστήριξης, περισσότερο άγχος, κατάθλιψη, αυξημένη τάση καταστροφής, και λιγότερο προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης μιας αγχογόνου κατάστασης (Meredith et al., 2008). Τα άτομα με αγχώδη και φοβικό τύπο προσκόλλησης, που υιοθετούν το αρνητικό μοντέλο του εαυτού, έχουν κοινά χαρακτηριστικά που μπορούν να είναι σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες προσαρμογής σε άτομα με χρόνιο πόνο. Πιο συγκεκριμένα, άτομα με αγχώδη και φοβικό τύπο προσκόλλησης μπορεί να είναι πιο πιθανό να αναφέρουν σωματικά συμπτώματα λόγω της τάσης τους να παρουσιάσουν υψηλότερα επίπεδα αρνητικών επιπτώσεων (McGrady et al., 1999, όπ. αναφ. στο Ciechanowski, Sullivan, Jensen, Romano, & Summers, 2003). Επιπλέον, μια παλαιότερη μέλετη των Mikulincer και Florian (1998) έδειξε ότι τα άτομα με χρόνιο πόνο που υιοθετούν το αρνητικό μοντέλο του εαυτού (αγχώδης τύπος και φοβικός τύπος) δυσκολεύονται να διαχειριστούν τον πόνο τους, βασίζονταν σε στρατηγικές που εστιάζουν στο συναίσθημα και λιγότερο σε στρατηγικές που εστιάζουν στο πρόβλημα σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν ασφαλή τύπο προσκόλλησης. Επομένως, τα άτομα με χρόνιο πόνο δυσκολεύονται να προσαρμοστούν σε αυτή την κατάσταση. Μια παλαιότερη μέλετη των Schmidt και συν. (2002), σε άτομα με χρόνιες παθήσεις ανέδειξε ότι τα άτομα με αγχώδη τύπο χαρακτηρίζονται από αρνητική συναισθηματική αντιμετώπιση της χρόνιας πάθησης, σε σύγκριση με τα άτομα με τυπό αποφυγής που υιοθετούν πιο προσαρμοστικές στρατηγικές (Schmidt et al., 2002). Η μέλετη των Sirois και Gick (2014) σε άτομα με αρθρίτιδα έδειξε ότι οι

διαστάσεις του δεσμού προσκόλλησης ενηλίκων, η διάσταση της αποφυγής και η διάσταση του άγχους σχετίζονται με τις εκτιμήσεις της απειλής σχετικά με την ασθένεια και τη λιγότερη αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη για τη διαχείριση της απειλής που προκύπτει από την ασθένεια. Ωστόσο, μοναδικό εύρημα αυτής της μελέτης ήταν ότι και οι δύο διαστάσεις του δεσμού προσκόλλησης σχετίζονται με το συναίσθημα να νιώθουν λιγότερο ικανοί να διαχειριστούν τις συναισθηματικές και τις καθημερινές προκλήσεις της χρόνιας πάθησης και να προσαρμοστούν σε αυτή. Από τη μελέτη των Bazzazian και Besharat (2012) διαπιστώθηκε ότι ο τύπος της ασφαλούς προσκόλλησης και ο τύπος της αποφυγής επηρεάζουν την προσαρμογή στην αναπηρία και συγκεκριμένα όσο περισσότερο τα άτομα παρουσιάζουν τον ασφαλή τύπο και τον τύπο της αποφυγής τόσο περισσότερο προσαρμόζονται στην αναπηρία. Ωστόσο, ο αγχώδης τύπος δεσμού δεν φαίνεται να επηρεάζει την προσαρμογή στην αναπηρία (Bazzazian & Besharat, 2012).

Οι τύποι δεσμού προσκόλλησης έχει αποδειχθεί, επίσης, ότι συνδέονται και με τα διαφορετικά συναισθηματικά προφίλ (Consedine & Magai, 2003, όπ. αναφ. στο Passanisi et al., 2014). Γενικότερα, έχει αποδειχθεί οι ασφαλείς τύποι προσκόλλησης σχετίζονται με τα θετικά συναισθήματα, ενώ οι ανασφαλείς τύποι προσκόλλησης σχετίζονται με αρνητικά συναισθήματα. Από τη μελέτη των Schimmenti και Bifulco (2013), αναδείχθηκε ότι τα άτομα με ασφαλή τύπο προσκόλλησης δεν είναι τόσο επιρρεπή στην κατάθλιψη, την οργή και την εχθρότητα, σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν έναν ανασφαλή τύπο δεσμού (Schimmenti & Bifulco, 2013). Επίσης, η μελέτη των Schroeter και συν. (2015) ανέδειξε ότι ο αγχώδης τύπος προσκόλλησης αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για την εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης σε άτομα με αναπηρία (Schroeter et al., 2015). Αναλόγως, η έρευνα του Andersen (2012) έδειξε πως οι δύο διαστάσεις του δεσμού προσκόλλησης, η διάσταση του άγχους και της αποφυγής, σχετίζονται θετικά με το άγχος και την κατάθλιψη σε άτομα με χρόνιες παθήσεις (Andersen, 2012). Παρόμοια αποτελέσματα διαπιστώθηκαν και από τις προηγούμενες μελέτες των Ciechanowski και συν. (2003) και Meredith και συν. (2007), στις οποίες προέκυψε ότι και οι δύο διαστάσεις του δεσμού προσκόλλησης σχετίζονταν σημαντικά με το άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε άτομα με αναπηρία (Ciechanowski et al., 2003·Meredith et al., 2007). Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως τα αρνητικά συναισθήματα συνδέονται με τις δύο διαστάσεις του δεσμού προσκόλλησης (αγχώδης-αποφυγής). Ανάμεσα σε αυτά τα αρνητικά συναισθήματα περιλαμβάνεται και το συναίσθημα της ντροπής, το οποίο αποτελεί ένα αυτοσυνειδησιακό συναίσθημα, που επιδρά αρνητικά στα άτομα με αναπηρία (Lewis Brown & Turner, 2010). Το συναίσθημα της ντροπής διαμορφώνεται από πρώιμες αλληλεπιδράσεις με τους κύριους φροντιστές. Επειδή αποτελεί και ένα ουσιαστικά κοινωνικό συναίσθημα, αναμένεται ότι η ντροπή θα επηρεάσει τις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις (Martins et al., 2016). Παρόλα αυτά, το συναίσθημα της ντροπής δεν έχει διερευνηθεί σε συνδυασμό με τον δεσμό προσκόλλησης σε άτομα με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις, παρά μόνο σε τυπικό πληθυσμό. Από έρευνες έχει αναδειχθεί ότι τα άτομα με ανασφαλή τύπο δεσμού παρουσιάζουν συναισθήματα ντροπής (Pace & Zappulla, 2013·Passanisi et al., 2014·Schimmenti,

2012). Από τη μελέτη της Helfin (2015), καθώς και από μια παλαιότερη μελέτη των Wei και συν. (2005) αναδείχθηκε ότι οι δύο διαστάσεις του δεσμού προσκόλλησης σχετίζονται θετικά με το συναίσθημα της ντροπής (Helfin, 2015·Wei et al., 2005). Η μελέτη των Passanisi και συν. (2014), έδειξε ότι ο αγχώδης και ο φοβικός τύπος προσκόλλησης σχετίζονται θετικά με το συναίσθημα της ντροπής. Στην μελέτη των και Deville συν. (2015) διαπιστώθηκε ότι και οι δύο διαστάσεις του δεσμού προσκόλλησης (αγχώδης-αποφυγής) σχετίζονται θετικά με την διάσταση της σωματικής ντροπής. Επιπρόσθετα, η μελέτη των Martin και συν. (2016) ανέδειξε ότι οι διαστάσεις του δεσμού προσκόλλησης (αγχώδης-αποφυγής) συσχετίστηκαν, επίσης, σημαντικά, τόσο με την εσωτερική, όσο και με την εξωτερική ντροπή. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι η διάσταση του άγχους και η διάσταση της αποφυγής σχετίζονται θετικά τόσο με την εσωτερική όσο και με την εξωτερική ντροπή (Martin et al., 2016). Στην παρούσα υποενότητα επιχειρήθηκε η μελέτη του δεσμού προσκόλλησης και των διαστάσεών του, καθώς και των παραγόντων που τον επηρεάζουν αρνητικά και θετικά καθώς και πως ο δεσμός προσκόλλησης επηρεάζει την προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας. Από τη βιβλιογραφία αναδεικνύεται ότι το συναίσθημα της ντροπής έχει διερευνηθεί κυρίως στον τυπικό πληθυσμό (ως δείγμα) παραβλέποντας ίσως τον πληθυσμό των ατόμων με αναπηρία, κάτι που θα επιχειρήσουμε να διερευνήσουμε στο εμπειρικό μέρος της παρούσας έρευνας.

Β' ΜΕΡΟΣ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Σκοποί και Ερευνητικά Ερωτήματα

Από τα ευρήματα των ερευνών που παρουσιάστηκαν στις προηγούμενες ενότητες, καθίσταται φανερό, ότι μέχρι σήμερα, δεν φαίνεται να υπάρχουν πολλές έρευνες, στον ελληνικό χώρο, που να έχουν μελετήσει την προσαρμογή στην σωματική αναπηρία, στην οπτική αναπηρία, στην σκλήρυνση κατά πλάκας, στον σακχαρώδη διαβήτη και στη μεσογειακή αναιμία/θαλασσαιμία, εξετάζοντας ταυτόχρονα, στους συγκεκριμένους πληθυσμούς, το συναίσθημα της ντροπής, καθώς και τον δεσμό προσκόλλησης ενηλίκων. Οι παραπάνω μελέτες, σε μεγάλο βαθμό, διερεύνησαν κάποιες από τις παραπάνω μεταβλητές, κυρίως αποσπασματικά. Όσον αφορά την προσαρμογή στην αναπηρία διάφοροι παράγοντες, όπως η αρνητική αυτοεκτίμηση, η κατάθλιψη, ο θυμός, η κοινωνική απόσυρση χαρακτηρίζουν την μη επιτυχή προσαρμογή των ατόμων σε μια κατάσταση αναπηρίας (Smedema et al.,2010). Η προσαρμογή στην αναπηρία σχετίζεται με την αναγνώριση και την προθυμία αντιμετώπισης των αρνητικών σκέψεων, συναισθημάτων και εμπειριών (Wright, 1983). Έχει αποδειχθεί ότι το θετικό συναίσθημα επιδρά θετικά στην προσαρμογή στην αναπηρία, σε αντίθεση με το αρνητικό συναίσθημα σχετίζεται αρνητικά με την προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας (Hansdottir et al.,2004). Ωστόσο, το συναίσθημα της ντροπής, το οποίο εντοπίζεται κυρίως σε ποιοτικές μελέτες, σε άτομα με αναπηρία και το οποίο επιδρά αρνητικά στον συγκεκριμένο πληθυσμό (Lewis Brown & Turner, 2010), δεν έχει διερευνηθεί αν επιδρά εξίσου αρνητικά στην προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας. Επιπρόσθετα, το συναίσθημα της ντροπής έχει διαπιστωθεί ότι συνδέεται και με τον δεσμό προσκόλλησης ενηλίκων. Ωστόσο, από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώνεται ότι δεν έχει μελετηθεί σε άτομα με αναπηρίες και χρόνιες παθήσεις, παρά μόνο σε τυπικό πληθυσμό. Οι παραπάνω ελλείψεις 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 διερευνηθεί σε ενήλικα άτομα με Σωματική Αναπηρία, Οπτική Αναπηρία, Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Σακχαρώδη Διαβήτη και Θαλασσαιμία, τα επίπεδα προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας, το βίωμα της ντροπής, καθώς, επίσης, και το δεσμό προσκόλλησης ενηλίκων. Οι επιμέρους σκοποί της παρούσας έρευνας ήταν η σύγκριση μεταξύ των ομάδων ατόμων με αναπηρία ως προς τους προαναφερθέντες παράγοντες, καθώς και η διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ προσαρμογής, του βιώματος της ντροπής και του

δεσμού προσκόλλησης. Με βάση τα παραπάνω, διαμορφώθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα ως εξής:

1^ο Ερευνητικό Ερώτημα: Παρατηρείται διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων του δείγματος (μεσογειακή αναιμία, οπτική αναπηρία, σακχαρώδη διαβήτη, σκλήρυνση κατά πλάκας, σωματική αναπηρία) όσον αφορά την προσαρμογή στην αναπηρία (περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας, μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, διεύρυνση του πεδίου αξιών, υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης, συνολική προσαρμογή);

2^ο Ερευνητικό Ερώτημα: Παρατηρείται διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων του δείγματος (μεσογειακή αναιμία, οπτική αναπηρία, σακχαρώδη διαβήτη, σκλήρυνση κατά πλάκας, σωματική αναπηρία) όσον αφορά στην κλίμακα του βιώματος της ντροπής (συμπεριφορική ντροπή, χαρακτηριστική ντροπή, σωματική ντροπή);

3^ο Ερευνητικό Ερώτημα: Παρατηρείται διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων του δείγματος (μεσογειακή αναιμία, οπτική αναπηρία, σακχαρώδη διαβήτη, σκλήρυνση κατά πλάκας, σωματική αναπηρία) όσον αφορά στην κλίμακα αξιολόγηση σχέσεων προσκόλλησης (διάσταση του άγχους, διάσταση της αποφυγής);

4^ο Ερευνητικό Ερώτημα: Πως επηρεάζονται και διαμορφώνονται οι μεταβλητές (προσαρμογή στην αναπηρία, βίωμα της ντροπής, αξιολόγηση σχέσεων προσκόλλησης) από τα περιγραφικά στοιχεία όλου συνολικά του δείγματος; Ποια από αυτά εντοπίστηκε να εμφανίζουν μια στατιστικά σημαντική σχέση και με ποια μεταβλητή;

5^ο Ερευνητικό Ερώτημα: Εμφανίζεται σχέση μεταξύ των υποκλιμάκων της προσαρμογής στην αναπηρία με τις υποκλίμακες του βιώματος της ντροπής στα άτομα με αναπηρία του συνολικού δείγματος;

6^ο Ερευνητικό Ερώτημα: Εντοπίζεται σχέση μεταξύ των υποκλιμάκων της αξιολόγησης σχέσεων προσκόλλησης (διάσταση άγχους-διάσταση αποφυγής) με τις υποκλίμακες της βιώματος της ντροπής (χαρακτηρολογική-συμπεριφορική-σωματική ντροπή) στα άτομα με αναπηρία του συνολικού δείγματος;

7^ο Ερευνητικό Ερώτημα: Εμφανίζεται σχέση μεταξύ των υποκλιμάκων της αξιολόγησης σχέσεων προσκόλλησης με τις υποκλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία στα άτομα με αναπηρία του συνολικού δείγματος;

8^ο Ερευνητικό Ερώτημα: Επηρεάζεται η προσαρμογή στην αναπηρία μέσω της δεσμού προσκόλλησης και του βιώματος της ντροπής και κατά πόσο η σχέση αυτή διαφοροποιείται ανάλογα με το είδος αναπηρίας;

6.2 Δείγμα – Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 200 άτομα με αναπηρία/χρόνιες παθήσεις, τα οποία κατανέμονταν ισάριθμα σε άτομα με μεσογειακή αναιμία/θαλασσαιμία, οπτική αναπηρία, σακχαρώδη διαβήτη, σκλήρυνση κατά πλάκας, και σωματική αναπηρία (από 40 σε κάθε κατηγορία αναπηρίας). Η κατανομή του δείγματος ως προς τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, διαβίωση, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική κατάσταση, μηνιαίο εισόδημα, βαθμός ικανοποίησης της υποστήριξης από άτομα με τα οποία συναναστρέφονται, ρόλος της θρησκευτικότητας, προβλήματα υγείας, προέλευση της αναπηρίας και διάστημα αναπηρίας) απεικονίζονται συνοπτικά στον Πίνακα 1. Αρχικά, αναφορικά με το φύλο των ερωτηθέντων, οι 76 ήταν άνδρες και οι 124 ήταν γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, από την ομάδα των 40 ατόμων με μεσογειακή αναιμία οι 15 είναι άνδρες και οι 25 είναι γυναίκες. Αντίστοιχα, από την ομάδα των 40 ατόμων με οπτική αναπηρία οι 19 είναι άνδρες και οι 21 είναι γυναίκες. Από την ομάδα των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη οι 13 είναι άνδρες και οι 27 είναι γυναίκες, αντίστοιχα από την ομάδα των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας οι 10 είναι άνδρες και οι 30 είναι γυναίκες και από την ομάδα των ατόμων με σωματική αναπηρία οι 19 είναι άνδρες και οι 21 είναι γυναίκες. Ως προς την ηλικία των 200 συμμετεχόντων με αναπηρία/χρόνιες παθήσεις, οι 12 είναι άτομα ηλικίας 18-25, οι 31 είναι άτομα ηλικίας 26-35, οι 71 είναι άτομα ηλικίας 36-45, οι 62 είναι άτομα ηλικίας 46-55 και οι 24 είναι άτομα ηλικίας 56 και άνω. Αναλυτικότερα, από τα άτομα με μεσογειακή αναιμία, οι 2 είναι ηλικίας 18-25, 1 άτομο είναι ηλικίας 26-35, οι 17 είναι ηλικίας 36-45, οι 18 είναι ηλικίας 46-55 και 2 άτομα είναι ηλικίας 56 και άνω. Αντίστοιχα., από τα άτομα με οπτική αναπηρία, 1 άτομο (2.5%) είναι ηλικίας 18-25, 2 άτομα είναι ηλικίας 26-35, οι 14 είναι ηλικίας 36-45, οι 14 είναι ηλικίας 46-55 και οι 9 είναι ηλικίας 56 και άνω. Ακολούθως, από τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, οι 7 είναι ηλικίας 18-25, οι 13 είναι ηλικίας 26-35, οι 8 είναι ηλικίας 36-45, οι 8 είναι ηλικίας 46-55 και 4 άτομα είναι ηλικίας 56 και άνω. Επιπρόσθετα, από τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, 1 άτομο είναι ηλικίας 18-25, οι 9 είναι ηλικίας 26-35, οι 13 είναι ηλικίας 36-45, 13 άτομα είναι ηλικίας 46-55 και 4 άτομα είναι ηλικίας 56 και άνω. Τέλος, από τα άτομα με σωματική αναπηρία, 1 άτομο (2.5%) είναι ηλικίας 18-25, οι 6 είναι ηλικίας 26-35, οι 19 είναι ηλικίας 36-45, οι 9 είναι ηλικίας 46-55 και 5 άτομα είναι ηλικίας 56 και άνω. Ως προς την οικογενειακή της κατάσταση, από το σύνολο των 200 ατόμων με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις, οι 84 είναι άγαμοι/ες, οι 21 είναι διαζευγμένοι/ες, οι 88 (44%) είναι έγγαμοι/ες και οι 7 (3.5%) βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας. Αναλυτικότερα προέκυψε ότι από τα άτομα με μεσογειακή αναιμία, οι 18 είναι άγαμοι/ες, οι 2 είναι διαζευγμένοι, οι 20 είναι έγγαμοι και κανένα άτομο δε βρίσκεται σε κατάσταση χηρείας. Από την ομάδα των ατόμων με οπτική αναπηρία, οι 15 είναι άγαμοι, οι 9 είναι διαζευγμένοι, 14 είναι έγγαμοι και οι 2 βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας. Από τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, οι 18 είναι άγαμοι, οι 2 είναι διαζευγμένοι, οι 17 είναι έγγαμοι και οι 3 βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας. Από τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, οι 15 είναι άγαμοι, οι 4 είναι διαζευγμένοι, 20 είναι έγγαμοι και 1 άτομο βρίσκεται σε κατάσταση χηρείας. Τέλος, από τα άτομα με σωματική

αναπηρία, οι 18 είναι άγαμοι, οι 4 είναι διαζευγμένοι, οι 17 είναι έγγαμοι και 1 άτομο βρίσκεται σε κατάσταση χηρείας. Από το σύνολο των συμμετεχόντων εντοπίζεται ότι 1 άτομο ζει με άλλα πρόσωπα, οι 141 ζουν με την οικογένειά τους, 3 άτομα ζουν με συγγενείς, 6 άτομα ζουν με φίλους και 49 άτομα μένουν μόνοι τους. Αναλυτικότερα, από τα άτομα με μεσογειακή αναιμία προέκυψε ότι οι 28 ζουν με την οικογένεια, 1 άτομο ζει με φίλους και οι 11 ζουν μόνοι. Από τα άτομα με οπτική αναπηρία προέκυψε ότι οι 27 ζουν με την οικογένεια τους, οι 12 ζουν μόνοι και 1 άτομο ζει με άλλα πρόσωπα. Στην ομάδα των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη προέκυψε ότι οι 27 ζουν με την οικογένεια, 1 άτομο ζει με συγγενείς, 3 άτομα ζουν με φίλους και 9 άτομα ζουν μόνοι τους. Από τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, οι 30 ζουν με την οικογένεια, 1 άτομο ζει με συγγενείς, 1 άτομο ζει με φίλους και οι 8 ζουν μόνοι. Τέλος, στην ομάδα των ατόμων με σωματική αναπηρία, οι 29 ζουν με την οικογένεια τους, 1 άτομο ζει με συγγενείς, 1 άτομο ζει με φίλους και οι 9 ζουν μόνοι. Σχετικά με το μορφωτικό τους επίπεδο βρέθηκε 10 συμμετέχοντες είναι απόφοιτοι Δημοτικού, 11 είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, 58 είναι απόφοιτοι Λυκείου, 30 άτομα (15%) είχαν κάνει επαγγελματικές σπουδές, 67 άτομα είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και 24 συμμετέχοντες είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού. Συγκεκριμένα όσον αφορά τα άτομα με μεσογειακή αναιμία βρέθηκε ότι 2 συμμετέχοντες είναι απόφοιτοι Δημοτικού, οι 2 είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, οι 10 είναι απόφοιτοι Λυκείου, οι 2 είχαν κάνει επαγγελματικές σπουδές, οι 19 είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και οι 5 είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού. Από τους συμμετέχοντες με οπτική αναπηρία προέκυψε ότι οι 5 είναι απόφοιτοι Δημοτικού, οι 5 είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, οι 9 είναι απόφοιτοι Λυκείου, οι 6 είχαν κάνει επαγγελματικές σπουδές, οι 13 είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και οι 2 είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού. Ακολούθως, από τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη προέκυψε ότι οι 2 είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, οι 7 απόφοιτοι Λυκείου, οι 8 είχαν κάνει επαγγελματικές σπουδές, οι 17 απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και οι 6 έχουν Μεταπτυχιακό. Έπειτα, από τους συμμετέχοντες που έχουν σκλήρυνση κατά πλάκας βρέθηκε ότι 1 άτομο είναι απόφοιτος/η Δημοτικού, 1 άτομο Γυμνασίου, οι 19 απόφοιτοι Λυκείου, οι 7 έχουν κάνει επαγγελματικές σπουδές, οι 8 απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και 4 είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού. Τέλος, από την ομάδα των ατόμων με σωματική αναπηρία, οι 2 είναι απόφοιτοι Δημοτικού, 1 άτομο είναι απόφοιτος/η Γυμνασίου, οι 13 απόφοιτοι Λυκείου, οι 7 είχαν κάνει επαγγελματικές σπουδές, οι 10 απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και οι 7 είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού. Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων βρέθηκε ότι οι 10 είναι φοιτητές/τριες, οι 44 είναι άνεργοι/ες, οι 5 είναι ημιαπασχολούμενοι/ες, οι 63 είναι εργαζόμενοι/ες και οι 78 είναι συνταξιούχοι/ες. Συγκεκριμένα, από τους συμμετέχοντες με μεσογειακή αναιμία προέκυψε ότι οι 2 είναι φοιτητές, 1 άτομο είναι άνεργος/η, 1 άτομο είναι ημιαπασχολούμενος/η, οι 14 είναι εργαζόμενοι και οι 22 είναι συνταξιούχοι. Στη συνέχεια, από τα άτομα με οπτική αναπηρία βρέθηκε ότι οι 8 είναι άνεργοι, οι 6 είναι εργαζόμενοι και οι 26 είναι συνταξιούχοι. Ακολούθως, από τους συμμετέχοντες με σακχαρώδη διαβήτη, οι 6 είναι φοιτητές, οι 9 είναι άνεργοι, οι 2 είναι ημιαπασχολούμενοι, οι 20 είναι εργαζόμενοι και οι 3 είναι συνταξιούχοι. Από τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, 1 άτομο είναι φοιτητής/τρια, οι 14 είναι άνεργοι, οι 13 είναι εργαζόμενοι και οι 12 είναι

συνταξιούχοι. Τέλος, από τους συμμετέχοντες με σωματική αναπηρία προέκυψε ότι 1 άτομο είναι φοιτητής/τρια, οι 12 είναι άνεργοι, οι 2 είναι ημιαπασχολούμενοι, οι 10 είναι εργαζόμενοι και οι 15 είναι συνταξιούχοι. Αναφορικά με το μηνιαίο εισόδημα βρέθηκε ότι οι 51 έχουν μηνιαίο εισόδημα 0 – 500€, οι 78 έχουν 501 – 1000€, οι 53 λαμβάνουν μηνιαίως 1001 – 1500€ και οι 18 έχουν μηνιαίο εισόδημα άνω των 1500€. Αναλυτικότερα, από τα άτομα με μεσογειακή αναιμία, οι 2 έχουν μηνιαίο εισόδημα 0 – 500€, οι 12 έχουν 501 – 1000€, οι 17 λαμβάνουν μηνιαίως 1001 – 1500€ και οι 8 έχουν μηνιαίο εισόδημα άνω των 1500€. Από τους συμμετέχοντες με οπτική αναπηρία, οι 5 έχουν μηνιαίο εισόδημα 0 – 500€, οι 18 έχουν 501 – 1000€, οι 12 λαμβάνουν μηνιαίως 1001 – 1500€ και οι 5 έχουν μηνιαίο εισόδημα άνω των 1500€. Στη συνέχεια, από τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη προέκυψε ότι οι 15 έχουν μηνιαίο εισόδημα 0 – 500€, οι 13 έχουν 501 – 1000€, οι 11 λαμβάνουν μηνιαίως 1001 – 1500€ και 1 άτομο έχει μηνιαίο εισόδημα άνω των 1500€. Από τους συμμετέχοντες με σκλήρυνση κατά πλάκας βρέθηκε ότι οι 17 έχουν μηνιαίο εισόδημα 0 – 500€, οι 13 έχουν 501 – 1000€, οι 8 λαμβάνουν μηνιαίως 1001 – 1500€ και 1 άτομο έχει μηνιαίο εισόδημα άνω των 1500€. Τέλος, από τους συμμετέχοντες με σωματική αναπηρία προέκυψε ότι οι 12 έχουν μηνιαίο εισόδημα 0 – 500€, οι 20 έχουν 501 – 1000€, οι 5 λαμβάνουν μηνιαίως 1001 – 1500€ και οι 3 έχουν μηνιαίο εισόδημα άνω των 1500€. Αναφορικά με την υποστήριξη που λαμβάνουν τα άτομα με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις βρέθηκε ότι 18 συμμετέχοντες δεν δέχτηκαν καθόλου ικανοποιητική υποστήριξη από άλλα πρόσωπα, οι 33 δέχτηκαν λίγο ικανοποιητική υποστήριξη, οι 76 δήλωσαν ότι η υποστήριξη που λαμβάνουν είναι αρκετά ικανοποιητική και οι 73 δήλωσαν ότι είναι πολύ ικανοποιητική. Αναλυτικότερα, από τους συμμετέχοντες με μεσογειακή αναιμία, 1 άτομο δήλωσε ότι δε δέχτηκε καθόλου ικανοποιητική υποστήριξη, οι 3 δήλωσαν ότι η υποστήριξη που λαμβάνουν είναι λίγο ικανοποιητική, οι 14 δήλωσαν ότι η υποστήριξη που λαμβάνουν ότι είναι αρκετά ικανοποιητική και οι 22 δέχτηκαν πολύ ικανοποιητική υποστήριξη. Από τα άτομα με οπτική αναπηρία, 3 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δε λαμβάνουν καθόλου ικανοποιητική υποστήριξη, οι 9 δήλωσαν ότι η υποστήριξη που λαμβάνουν είναι λίγο ικανοποιητική, οι 14 λαμβάνουν αρκετά ικανοποιητική και οι 14 δέχονται πολύ ικανοποιητική υποστήριξη. Ακολούθως, από τους συμμετέχοντες με σακχαρώδη διαβήτη, οι 5 δήλωσαν ότι δε δέχονται καθόλου ικανοποιητική υποστήριξη, οι 4 λαμβάνουν λίγο ικανοποιητική υποστήριξη, οι 16 δήλωσαν ότι η υποστήριξη που λαμβάνουν είναι αρκετά ικανοποιητική και οι 15 λαμβάνουν πολύ ικανοποιητική υποστήριξη. Στη συνέχεια, από την ομάδα των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας, οι 6 δήλωσαν ότι δε δέχονται καθόλου ικανοποιητική υποστήριξη, οι 9 δήλωσαν ότι η υποστήριξη που λαμβάνουν είναι λίγο ικανοποιητική, οι 14 δέχονται αρκετά ικανοποιητική και οι 11 δέχονται πολύ ικανοποιητική υποστήριξη. Τέλος, από τα άτομα με σωματική αναπηρία, 3 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δεν λαμβάνουν καθόλου ικανοποιητική υποστήριξη, οι 8 δήλωσαν ότι η υποστήριξη που λαμβάνουν είναι λίγο ικανοποιητική, οι 18 δέχονται αρκετά ικανοποιητική και οι 11 δήλωσαν πως η υποστήριξη που λαμβάνουν είναι πολύ ικανοποιητική. Σχετικά με τον ρόλο της θρησκευτικότητας, οι 38 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι ο ρόλος θρησκευτικότητας δεν είναι καθόλου σημαντικός, οι 44 είναι λίγο σημαντικός, οι 59 είναι αρκετά

σημαντικός και οι 59 δήλωσαν είναι πολύ σημαντικός. Συγκεκριμένα, από την ομάδα των ατόμων με μεσογειακή αναιμία, οι 8 δήλωσαν ότι δεν είναι σημαντικός, οι 8 δήλωσαν ότι είναι λίγο σημαντικός, οι 14 δήλωσαν ότι είναι αρκετά σημαντικός και οι 10 δήλωσαν ότι είναι πολύ σημαντικός. Ακολούθως, από τα άτομα με οπτική αναπηρία, οι 6 δήλωσαν ότι δεν είναι καθόλου σημαντικός, οι 7 δήλωσαν ότι είναι λίγο σημαντικός, οι 14 δήλωσαν ότι είναι αρκετά σημαντικός και οι 13 δήλωσαν ότι είναι πολύ σημαντικός. Από τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, οι 7 δήλωσαν ότι δεν είναι καθόλου σημαντικός, οι 11 δήλωσαν ότι είναι λίγο σημαντικός, οι 11 δήλωσαν ότι είναι αρκετά σημαντικός και οι 11 δήλωσαν ότι είναι πολύ σημαντικός. Από συμμετέχοντες με σκλήρυνση κατά πλάκας, οι 7 δήλωσαν ότι δεν είναι καθόλου σημαντικός, οι 8 δήλωσαν ότι είναι λίγο σημαντικός, οι 9 δήλωσαν ότι είναι αρκετά σημαντικός και οι 16 δήλωσαν ότι είναι πολύ σημαντικός ο ρόλος της θρησκευτικότητας για τη ζωή τους. Τέλος, από τα άτομα με σωματική αναπηρία, οι 10 δήλωσαν ότι δεν είναι καθόλου σημαντικός, οι 10 δήλωσαν ότι είναι λίγο σημαντικός, οι 11 δήλωσαν ότι είναι αρκετά σημαντικός και οι 9 δήλωσαν ότι είναι πολύ σημαντικός. Σχετικά με τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες βρέθηκε ότι οι 35 δεν αντιμετωπίζουν κανένα άλλο πρόβλημα υγείας, οι 65 αντιμετωπίζουν λίγα, οι 71 αντιμετωπίζουν αρκετά και οι 29 αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα υγείας. Συγκεκριμένα προέκυψε ότι από τα άτομα με μεσογειακή αναιμία, 1 άτομο δεν αντιμετωπίζει κανένα άλλο πρόβλημα υγείας, οι 16 αντιμετωπίζουν λίγα, οι 22 αντιμετωπίζουν αρκετά προβλήματα υγείας και 1 άτομο δήλωσε ότι αντιμετωπίζει πολλά. Από τους συμμετέχοντες με οπτική αναπηρία, οι 26 δήλωσαν δεν αντιμετωπίζουν κανένα άλλο πρόβλημα υγείας, οι 5 αντιμετωπίζουν λίγα, οι 5 αντιμετωπίζουν αρκετά και 4 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν πολλά. Ακολούθως, από τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη βρέθηκε ότι οι 3 δεν αντιμετωπίζουν κανένα πρόβλημα υγείας, οι 23 αντιμετωπίζουν λίγα, οι 8 αντιμετωπίζουν αρκετά και οι 6 δήλωσαν αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα υγείας. Από τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, οι 2 δεν αντιμετωπίζουν κανένα πρόβλημα υγείας, οι 13 αντιμετωπίζουν λίγα, οι 18 αντιμετωπίζουν αρκετά και 7 αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα υγείας. Τέλος, από τα άτομα με σωματική αναπηρία, οι 3 δήλωσαν ότι δεν αντιμετωπίζουν κανένα πρόβλημα υγείας, οι 8 δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν λίγα, οι 18 αντιμετωπίζουν αρκετά και οι 11 δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα υγείας. Από το σύνολο των 200 ατόμων με αναπηρία/χρόνιες παθήσεις, οι 65 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η αναπηρία τους ήταν εκ γενετής και οι 135 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η αναπηρία τους ήταν επίκτητη. Αναλυτικότερα, εκ γενετής μεσογειακή αναιμία είχαν 39 άτομα και επίκτητη μόνο 1 άτομο. Στην ομάδα των ατόμων οπτική αναπηρία, 11 άτομα δήλωσαν ότι η αναπηρία τους ήταν εκ γενετής και 29 άτομα δήλωσαν ότι η αναπηρία τους ήταν επίκτητη. Ακολούθως, στην ομάδα των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη ότι 3 άτομα δήλωσαν ότι η χρόνια πάθησή τους ήταν γενετής ενώ για τα 37 ήταν επίκτητη. Στην ομάδα των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας βρέθηκε ότι και για τους 40 συμμετέχοντες ήταν επίκτητη. Τέλος, στην ομάδα των ατόμων με σωματική αναπηρία βρέθηκε ότι για τους 12 συμμετέχοντες ήταν εκ γενετής και για τα 28 άτομα ήταν επίκτητη. Καταλήγοντας, αναφορικά με το διάστημα της αναπηρίας βρέθηκε ότι 29 άτομα

έχουν αποκτήσει την αναπηρία τα τελευταία 5 έτη, 32 άτομα έχουν την αναπηρία για 6-10 έτη, 39 άτομα έχουν αναπηρία για 11-20 έτη και 100 άτομα έχουν αναπηρία για 21 έτη και άνω. Συγκεκριμένα, από τα άτομα με μεσογειακή αναιμία, οι 2 έχουν αποκτήσει την αναπηρία τα τελευταία 5 έτη, οι 2 έχουν την αναπηρία για 6-10 έτη και οι 36 την έχουν για 21 έτη και άνω. Ακολούθως, από τους συμμετέχοντες με οπτική αναπηρία, οι 4 έχουν αποκτήσει την αναπηρία τα τελευταία 5 έτη, 1 άτομο έχει την αναπηρία για 6-10 έτη, οι 5 έχουν για 11-20 έτη και οι 30 έχουν για 21 έτη και άνω. Από τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, οι 5 έχουν αποκτήσει την αναπηρία τα τελευταία 5 έτη, οι 9 την έχουν για 6-10 έτη, οι 15 την έχουν για 11-20 έτη και οι 11 την έχουν για 21 έτη και άνω. Από τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, οι 9 έχουν αποκτήσει την αναπηρία τα τελευταία 5 έτη, οι 14 την έχουν για 6-10 έτη, οι 10 την έχουν για 11-20 έτη και οι 7 την έχουν για 21 έτη και άνω. Τέλος, από τους συμμετέχοντες με σωματική αναπηρία, οι 9 έχουν αποκτήσει την αναπηρία τα τελευταία 5 έτη, οι 6 την έχουν για 6-10 έτη, οι 9 την έχουν για 11-20 έτη και οι 16 έχουν για 21 έτη και άνω (Βλ. Πίνακα 1).

Πίνακας 1

Κατανομή του δείγματος ως προς τα δημογραφικά στοιχεία

| Δημογραφικά Στοιχεία | Κατηγορίες | Είδος Αναπηρίας | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------|-------------------|------|-------------------|------|-------------------|------|---------------------|------|-------------------|------|--------|------|
| | | Μ.Α. ¹ | | Ο.Α. ² | | Σ.Δ. ³ | | Σ.Κ.Π. ⁴ | | Σ.Α. ⁵ | | Σύνολο | |
| | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Φύλο | Άνδρας | 15 | 37.5 | 19 | 47.5 | 13 | 32.5 | 10 | 25 | 19 | 47.5 | 76 | 38 |
| | Γυναίκα | 25 | 62.5 | 21 | 52.5 | 27 | 67.5 | 30 | 75 | 21 | 52.5 | 124 | 62 |
| Ηλικία | 18 – 25 | 2 | 5 | 1 | 2.5 | 7 | 17.5 | 1 | 2.5 | 1 | 2.5 | 12 | 6 |
| | 26 – 35 | 1 | 2.5 | 2 | 5 | 13 | 32.5 | 9 | 22.5 | 6 | 15 | 31 | 15.5 |
| | 36 – 45 | 17 | 42.5 | 14 | 35 | 8 | 20 | 13 | 32.5 | 19 | 47.5 | 71 | 35.5 |
| | 46 – 55 | 18 | 45 | 14 | 35 | 8 | 20 | 13 | 32.5 | 9 | 22.5 | 62 | 31 |
| | 56 και άνω | 2 | 5 | 9 | 22.5 | 4 | 10 | 4 | 10 | 5 | 12.5 | 24 | 12 |
| Οικογενειακή κατάσταση | Άγαμος/η | 18 | 45 | 15 | 37.5 | 18 | 45 | 15 | 37.5 | 18 | 45 | 84 | 42 |
| | Διαζευγμένος/ η | 2 | 5 | 9 | 22.5 | 2 | 5 | 4 | 10 | 4 | 10 | 21 | 10 |
| | Έγγαμος/η | 20 | 50 | 14 | 35 | 17 | 42.5 | 20 | 50 | 17 | 42.5 | 88 | 44 |
| | Χήρος/α | 0 | 0 | 2 | 5 | 3 | 7.5 | 1 | 2.5 | 1 | 2.5 | 7 | 3.5 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|-----|------|
| Διαβίωση | Με άλλα πρόσωπα | 0 | 0 | 1 | 2.5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.5 |
| | Οικογένεια | 28 | 70 | 27 | 67.5 | 27 | 67.5 | 30 | 75 | 29 | 72.5 | 141 | 70.5 |
| | Συγγενείς | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2.5 | 1 | 2.5 | 1 | 2.5 | 3 | 1.5 |
| | Φίλους | 1 | 2.5 | 0 | 0 | 3 | 7.5 | 1 | 2.5 | 1 | 2.5 | 6 | 3 |
| | Μόνος/η | 11 | 27.5 | 12 | 30 | 9 | 22.5 | 8 | 20 | 9 | 22.5 | 49 | 24.5 |
| Μορφωτικό Επίπεδο | Δημοτικό | 2 | 5.0 | 5 | 12.5 | 0 | 0 | 1 | 2.5 | 2 | 5.0 | 10 | 5 |
| | Γυμνάσιο | 2 | 5.0 | 5 | 12.5 | 2 | 5.0 | 1 | 2.5 | 1 | 2.5 | 11 | 5.5 |
| | Λύκειο | 10 | 25.0 | 9 | 22.5 | 7 | 17.5 | 19 | 47.5 | 13 | 32.5 | 58 | 29 |
| | ΕΠΑ.Σ. | 2 | 5.0 | 6 | 15 | 8 | 20 | 7 | 17.5 | 7 | 17.5 | 30 | 15 |
| | ΑΕΙ / ΤΕΙ | 19 | 47.5 | 13 | 32.5 | 17 | 42.5 | 8 | 20.0 | 10 | 25.0 | 67 | 33.5 |
| | Μεταπτυχιακό | 5 | 12.5 | 2 | 5.0 | 6 | 15.0 | 4 | 10.0 | 7 | 17.5 | 24 | 12 |
| Επαγγελματική Κατάσταση | Φοιτητής/τρια | 2 | 5 | 0 | 0 | 6 | 15 | 1 | 2.5 | 1 | 2.5 | 10 | 5 |
| | Άνεργος/η | 1 | 2.5 | 8 | 20 | 9 | 22.5 | 14 | 35 | 12 | 30 | 44 | 22 |
| | Ημιαπασχολού μενος | 1 | 2.5 | 0 | 0 | 2 | 5 | 0 | 0 | 2 | 5 | 5 | 2.5 |
| | Εργαζόμενος/η | 14 | 35 | 6 | 15 | 20 | 50 | 13 | 32.5 | 10 | 25 | 63 | 31.5 |
| | Συνταξιούχος/ α | 22 | 55 | 26 | 65 | 3 | 7.5 | 12 | 30 | 15 | 37.5 | 78 | 39 |
| Μηνιαίο Εισόδημα | 0 – 500€ | 2 | 5 | 5 | 12.5 | 15 | 37.5 | 17 | 42.5 | 12 | 30 | 51 | 25.5 |
| | 501 – 1000€ | 12 | 32.5 | 18 | 45 | 13 | 32.5 | 14 | 35 | 20 | 50 | 78 | 39 |
| | 1001 – 1500€ | 17 | 42.5 | 12 | 30 | 11 | 27.5 | 8 | 20 | 5 | 12.5 | 53 | 26.5 |
| | Άνω των 1500€ | 8 | 20 | 5 | 12.5 | 1 | 2.5 | 1 | 2.5 | 3 | 7.5 | 18 | 9 |
| Υποστήριξη από άλλα πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι, συγγενείς) | Καθόλου Ικανοποιητική | 1 | 2.5 | 3 | 7.5 | 5 | 12.5 | 6 | 15 | 3 | 7.5 | 18 | 9 |
| | Λίγο ικανοποιητική | 3 | 7.5 | 9 | 22.5 | 4 | 10 | 9 | 22.5 | 8 | 20 | 33 | 16.5 |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------|----|------|----|------|----|------|----|------|----|------|-----|------|
| | Αρκετά Ικανοποιητική | 14 | 35 | 14 | 35 | 16 | 40 | 14 | 35 | 18 | 45 | 76 | 38 |
| | Πολύ Ικανοποιητική | 22 | 55 | 14 | 35 | 15 | 37.5 | 11 | 27.5 | 11 | 27.5 | 73 | 36.5 |
| Ρόλος θρησκευτικότητας στη ζωή σας; | Καθόλου σημαντικός | 8 | 20 | 6 | 15 | 7 | 17.5 | 7 | 17.5 | 10 | 25 | 38 | 19 |
| | Λίγο σημαντικός | 8 | 20 | 7 | 17.5 | 11 | 27.5 | 8 | 20 | 10 | 25 | 44 | 22 |
| | Αρκετά σημαντικός | 14 | 35 | 14 | 35 | 11 | 27.5 | 9 | 22.5 | 11 | 27.5 | 59 | 29.5 |
| | Πολύ σημαντικός | 10 | 25 | 13 | 32.5 | 11 | 27.5 | 16 | 40 | 9 | 22.5 | 59 | 29.5 |
| Αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας; | Κανένα | 1 | 2.5 | 26 | 65 | 3 | 7.5 | 2 | 5 | 3 | 7.5 | 35 | 17.5 |
| | Λίγα | 16 | 40 | 5 | 12.5 | 23 | 57.5 | 13 | 32.5 | 8 | 20 | 65 | 32.5 |
| | Αρκετά | 22 | 55 | 5 | 12.5 | 8 | 20 | 18 | 45 | 18 | 45 | 71 | 35.5 |
| | Πολλά | 1 | 2.5 | 4 | 10 | 6 | 15 | 7 | 17.5 | 11 | 27.5 | 29 | 14.5 |
| Προέλευση Αναπηρίας | Εκ γενετής | 39 | 97.5 | 11 | 27.5 | 3 | 7.5 | 0 | 0 | 12 | 30 | 65 | 32.5 |
| | Επίκτητη | 1 | 2.5 | 29 | 72.5 | 37 | 92.5 | 40 | 100 | 28 | 70 | 135 | 67.5 |
| Διάστημα Αναπηρίας | Έως 5 έτη | 2 | 5 | 4 | 10 | 5 | 12.5 | 9 | 22.5 | 9 | 22.5 | 29 | 14.5 |
| | 6 – 10 έτη | 2 | 5 | 1 | 2.5 | 9 | 22.5 | 14 | 35 | 6 | 15 | 32 | 16 |
| | 11 – 20 έτη | 0 | 0 | 5 | 12.5 | 15 | 37.5 | 10 | 25 | 9 | 22.5 | 39 | 19.5 |
| | 21 έτη και άνω | 36 | 90 | 30 | 70 | 11 | 27.5 | 7 | 17.5 | 16 | 40 | 100 | 50 |

¹Μεσογειακή Αναμιά, ²Οπτική Αναπηρία, ³Σακχαρώδης Διαβήτης, ⁴Σκλήρυνση κατά πλάκας, ⁵Σωματική Αναπηρία

6.3 Ερευνητικά Εργαλεία

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας συγκροτήθηκε ερωτηματολόγιο, στην αρχή του οποίου παρουσιάζονται γενικές πληροφορίες και παρέχονται τα στοιχεία επικοινωνίας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τέσσερα μέρη. Αρχικά, στο πρώτο μέρος, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις ατομικών στοιχείων, προκειμένου να προσδιοριστούν τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Το πρώτο μέρος περιλάμβανε στο σύνολο 13 ερωτήσεις που αφορούσαν

πληροφορίες όπως: το φύλο των ατόμων με αναπηρία/χρόνιες παθήσεις, την ηλικία τους, την οικογενειακή τους κατάσταση, το μορφωτικό τους επίπεδο, το επάγγελμά τους, το μηνιαίο εισόδημά τους, την υποστήριξη που λαμβάνουν, τον ρόλο της θρησκευτικότητας, τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν, το είδος της αναπηρίας/χρόνιας πάθησης, την προέλευσή της καθώς και το διάστημα της αναπηρίας/χρόνιας πάθησης. Στη συνέχεια, το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από ερωτήσεις που εξετάζουν το βίωμα της ντροπής, ακολουθεί το τρίτο, που αποτελείται από ερωτήσεις που εξετάζουν την προσαρμογή στην αναπηρία και τέλος, το τέταρτο μέρος, το οποίο περιλαμβάνει ερωτήσεις, οι οποίες εξετάζουν τον δεσμό προσκόλλησης. Ακολούθως, παρουσιάζονται οι κλίμακες που αξιοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα.

Κλίμακα Προσαρμογής στην Αναπηρία (Adaptation to Disability Scale-Revised, ADS-R) (Groomes & Linkowski, 2007) (Μετάφραση - Προσαρμογή: Πανούση, Σ. & Κλεφτάρας, Γ., 2014)

Η «Αναθεωρημένη Κλίμακα Προσαρμογής στην Αναπηρία» (Adaptation to Disability Scale-Revised, ADS-R) αποτελεί τη νέα εκδοχή της Κλίμακας Αποδοχής της Αναπηρίας (Acceptance of Disability Scale, AD) του Linkowski (1971), η οποία διαμορφώθηκε από τους Groomes & Linkowski, το 2007. Η ADS-R είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει 32 ερωτήσεις, οι οποίες εξετάζουν τον βαθμό προσαρμογής του ατόμου στην αναπηρία του. Οι απαντήσεις δίνονται σε 4-βαθμη κλίμακα (1= Διαφωνώ απόλυτα, 2= Διαφωνώ, 3= Συμφωνώ, 4= Συμφωνώ απόλυτα). Από τις 32 ερωτήσεις οι 22 βαθμολογούνται αντίστροφα. Μετά την αντιστροφή των τιμών των 22 ερωτήσεων, οι τιμές και των 32 ερωτήσεων προστίθενται και προκύπτει το σκορ της συνολικής προσαρμογής στην αναπηρία για κάθε υποκείμενο, όπου η χαμηλή προσαρμογή κυμαίνεται από 32 έως 60 βαθμούς, η μέτρια προσαρμογή από 61 μέχρι 93 βαθμούς και η υψηλή προσαρμογή από 94 μέχρι 128 βαθμούς (Groomes & Linkowski, 2007).

Η κλίμακα βασίζεται στις τέσσερις επιμέρους διαστάσεις της προσαρμογής στην αναπηρία όπως αυτές περιγράφηκαν αρχικά από τους Dembo et al. (1975) και στη συνέχεια από την Wright (1983): α) διεύρυνση του πεδίου αξιών (enlargement of scope of values), β) υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (subordination of physique), γ) περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (containment of disability effects), δ) μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (transformation from comparative to asset values). Οι τέσσερις επιμέρους διαστάσεις (διεύρυνση, υποταγή, περιορισμός, μετατροπή) συνοψίζονται ξεχωριστά και προκύπτει ένα διαφορετικό σκορ για κάθε άτομο στην καθεμία από αυτές. Τα σκορ των τεσσάρων διαστάσεων μπορούν να συσχετιστούν με άλλες μεταβλητές, όπως είναι λόγου χάριν τα έτη από την εμφάνιση της αναπηρίας, η αυτοεικόνα, η ποιότητα ζωής, το εισόδημα, κ.λπ. (Groomes & Linkowski, 2007).

Για τις υποκλίμακες της διερεύνησης, του περιορισμού και της μετατροπής, τιμές μεταξύ 27 έως 36 βαθμών δηλώνουν υψηλά επίπεδα της συγκεκριμένης διάστασης,

τιμές μεταξύ 18 έως 26 βαθμών δηλώνουν μέτρια επίπεδα της διάστασης και τιμές μεταξύ 9 έως 17 βαθμών δηλώνουν χαμηλά επίπεδα της διάστασης. Για την υποκλίμακα της υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης, τιμές μεταξύ 16 έως 20 βαθμών δηλώνουν υψηλά επίπεδα της συγκεκριμένης διάστασης, τιμές μεταξύ 11 έως 15 βαθμών δηλώνουν μέτρια επίπεδα της διάστασης και τιμές μεταξύ 5 έως 10 βαθμών δηλώνουν χαμηλά επίπεδα της διάστασης (Groomes & Linkowski, 2007).

Η ADS-R έχει μέτρια προς υψηλή εσωτερική συνέπεια μεταξύ των τεσσάρων υποκλιμάκων σύμφωνα με τη μελέτη που έγινε από τους Groomes & Linkowski (2007) σε 356 άτομα με διάφορες αναπηρίες. Συνολικά, η κλίμακα έχει καλή εσωτερική αξιοπιστία (.93), όπως επίσης και οι τέσσερις υποκλίμακες: α) διεύρυνση του πεδίου αξιών (.82), β) υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (.71), γ) περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (.88), δ) μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (.88).

Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου ως προς τις τέσσερις υποκλίμακες της προσαρμογής και τη συνολική προσαρμογή στην αναπηρία στην παρούσα ερευνητική μελέτη εκτιμήθηκε βάσει του δείκτη alpha του Cronbach. Πιο συγκεκριμένα, εντοπίστηκε ότι η συνολική προσαρμογή έχει $\alpha=0.933$. Αναλυτικότερα, η πρώτη υποκλίμακα (Περιορισμός) έχει $\alpha=0.905$, η δεύτερη υποκλίμακα (Μετατροπή) έχει $\alpha=0.831$, η τρίτη υποκλίμακα (Διεύρυνση) έχει $\alpha=0.800$ και η τέταρτη (Υποταγή) έχει $\alpha=0.723$ (Βλ. Πίνακα 2).

Πίνακας 2.

Τιμές δείκτη αξιοπιστίας κλίμακας και υποκλιμάκων της προσαρμογής στην αναπηρία

| Παράγοντας | Cronbach's alpha | Αριθμός ερωτήσεων |
|---------------------|------------------|-------------------|
| Περιορισμός | 0.905 | 9 |
| Μετατροπή | 0.831 | 9 |
| Διεύρυνση | 0.800 | 9 |
| Υποταγή | 0.723 | 5 |
| Συνολική Προσαρμογή | 0.933 | 32 |

Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002) (Μετάφραση - Προσαρμογή: Gouva, M., Paschou, A., Kaltsouda, A., Dragioti, E., Paralikas, T., Mantzoukas, S., & Kotrotsiou, E., 2016)

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) κατασκευάστηκε το 2002 από τους Andrews, Qian και Valentine. Αφορμή για την κατασκευή του ήταν η αποτελεσματικότητα της δομημένης συνέντευξης των Andrews και Hunter για την αξιολόγηση του συναισθήματος της ντροπής, στην πρόβλεψη της ψυχοπαθολογίας. Το ESS, λοιπόν, κατασκευάστηκε σύμφωνα με τις ίδιες αρχές με την ανωτέρω μέθοδο αξιολόγησης της ντροπής, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν η προβλεπτική ισχύς της συνέντευξης για την αξιολόγηση της ντροπής έγκειται στη μέθοδο καθ' αυτή, ή στην αντίληψη για την ντροπή και τις ευθείς ερωτήσεις που έχει αυτή η μέθοδος (Andrews et al., 2002).

Το ESS εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής, τη χαρακτηρισολογική (characterological shame) ντροπή, τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και τη σωματική ντροπή (bodily shame). Κάθε μία από αυτές αναφέρεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι συνήθειες του ατόμου (χαρακτηρολογική ντροπή), οι λανθασμένες πράξεις του (συμπεριφορική ντροπή) ή η εικόνα του σώματός του (σωματική ντροπή). Συνολικά καλύπτονται 8 θέματα που αφορούν το συναίσθημα της ντροπής, καθένα από τα οποία έχει ένα βιωματικό, ένα γνωστικό και ένα συμπεριφορικό στοιχείο. Για παράδειγμα, το άτομο ρωτάται αν ένιωσε ντροπή για τις προσωπικές του συνήθειες, εάν τον έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτές και εάν έχει προσπαθήσει να τις κρύψει ή να τις συγκαλύψει (Andrews et al., 2002). Περιλαμβάνει συνολικά 25 ερωτήσεις που απαντώνται σε μια τετράβαθμη κλίμακα η οποία υποδηλώνει τη συχνότητα με την οποία το άτομο έχει βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση, εντός του περασμένου έτους (όπου 1= καθόλου, 2=λίγο, 3= συγκρατημένα και 4= πάρα πολύ).

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση για την ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή), και εκτιμά την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney & Dearing, 2002). Ο δείκτης Cronbach's Alpha είναι 0,92 (Andrews et al., 2002), και στο ελληνικό δείγμα 0,93, (Gouva et al., 2016). Έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές ελληνικές μελέτες όπως Gouva, et al., 2015· Paschou, et al., 2010·Kotrotsiou, et al., 2016· Kotrotsiou, et al., 2013·Kotrotsiou, et al., 2012. Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου ως προς τις τρεις υποκλίμακες του βιώματος της ντροπής στην παρούσα ερευνητική μελέτη εκτιμήθηκε βάσει του δείκτη alpha του Cronbach. Πιο συγκεκριμένα, εντοπίστηκε ότι η χαρακτηρισολογική ντροπή έχει $\alpha=0.846$., η συμπεριφορική ντροπή έχει $\alpha= 0,885$. και η σωματική ντροπή έχει $\alpha=0.881$ (Βλ. Πίνακα 3).

Πίνακας 3.

Τιμές δείκτη αξιοπιστίας της κλίμακας «Βίωμα της Ντροπής» και υποκλιμάκων της

| Παράγοντας | Cronbach's alpha | Αριθμός ερωτήσεων |
|------------------------|------------------|-------------------|
| Χαρακτηρολογική Ντροπή | 0.846 | 8 |
| Συμπεριφορική Ντροπή | 0.885 | 6 |
| Σωματική Ντροπή | 0.881 | 3 |
| Το βίωμα της ντροπής | 0.924 | 17 |

Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Σχέσεων Προσκόλλησης (Relationship Scales Questionnaire, RSQ) (Προσαρμογή και Επιμέλεια: Β. Δασκάλου και Ε. Συγκολλίτου)

Το Ερωτηματολόγιο Σχέσεων (RSQ), κατασκευάστηκε από τους Griffin και Bartholomew (1994) και πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς με σκοπό τη διερεύνηση των διαστάσεων άγχους- αποφυγής, καθώς και των τεσσάρων τύπων ασφαλούς, φοβικού, έμμοικου και απορριπτικού δεσμού προς τους άλλους. Αποτελείται από ερωτήσεις, οι οποίες προέρχονται επιλεκτικά από τη Μέτρηση Δεσμού (Attachment Measure) των Hazan και Shaver (1987), το Ερωτηματολόγιο Σχέσεων (Relationship Questionnaire) των Bartholomew και Horowitz (1991) και την Κλίμακα Δεσμού Ενηλίκων (Adult Attachment Scale) των Collins & Read (1990). Οι συμμετέχοντες απαντούν σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (1= δεν μου ταιριάζει καθόλου, 2= μου ταιριάζει λίγο, 3= μου ταιριάζει κάπως, 4= μου ταιριάζει αρκετά, 5= μου ταιριάζει πάρα πολύ), δηλώνοντας με αυτό τον τρόπο το βαθμό στον οποίο η κάθε ερώτηση περιγράφει τον προσωπικό χαρακτηριστικό τρόπο και τα συναισθήματα για τις στενές διαπροσωπικές σχέσεις Πέντε δηλώσεις αφορούν στον ασφαλή (3,9,10,15,28) και απορριπτικό τύπο δεσμού (2,6,19,22,26) και τέσσερις στο φοβικό (1,5,12,24) και υπερεμπλεκόμενο ή έμμοικου (6,8,16,25) τύπο σύναψης δεσμού. Η βαθμολογία στις επιμέρους διαστάσεις άγχους και αποφυγής, καθώς και στους τέσσερις τύπους δεσμού, προκύπτει από το μέσο όρο των ερωτήσεων που αντιστοιχούν στην κάθε επιμέρους κλίμακα. Οι δείκτες εσωτερικής συνοχής για τους τύπους δεσμού έχουν βρεθεί να κυμαίνονται από 0.31 έως 0.47 (Griffin και Bartholomew, 1994), και από 0.50 έως 0.82 (Ravitz, Maunder, Hunter, Sthankiya, & Lancee, 2010). Αναφορικά με τις διαστάσεις άγχους-αποφυγής, έρευνα των Roisman, Ashley, Keren, Chris, Eric, & Alexis (2007), έδειξε αρκετά καλούς δείκτες

εσωτερικής συνοχής, 0.86 και 0.84, αντίστοιχα. Ακολούθως το μοντέλο των Simpson, William, & Julia (1992) επιβεβαίωσε τα παραπάνω με δείκτες $\alpha = .77$ για τη διάσταση άγχους και $\alpha = .83$ για τη διάσταση της αποφυγής. Σε συμφωνία είναι τα αποτελέσματα μιας ακόμη πιο πρόσφατης έρευνας των Fraley, Waller, & Brennan (2013), οι οποίοι μελέτησαν, διαχρονικά, παιδιά από 0-15 ετών και τους γονείς τους. Οι δείκτες εσωτερικής συνοχής ήταν $\alpha = .86$ και $\alpha = .81$ αντίστοιχα. Η προσαρμογή και επιμέλεια του εργαλείου στην ελληνική γλώσσα πραγματοποιήθηκε από τις Δασκάλου και Συγκολλίτου (2008), από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε με τυχαία δειγματοληψία σε 460 ενηλίκους μεταξύ 18-25 ετών και μέσο όρο ηλικίας τα 21 έτη. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες φοιτούσαν σε δημόσια ΙΕΚ των νομών Θεσσαλονίκης και Χαλκιδικής, καθώς και σε σχολές του ΤΕΙ Θεσσαλονίκης. Τα αποτελέσματά τους αναφορικά με τις διαστάσεις άγχους-αποφυγής συμφωνούν με το μοντέλο των Feeney και Hohaus (2001), όπου οι φορτίσεις των θεμάτων στο δείγμα, για τη διάσταση της αποφυγής, είναι ακριβώς ίδιες. Οι τέσσερις τύποι δεσμού, οι οποίοι δεν επιβεβαιώθηκαν όπως πρότειναν οι κατασκευαστές του ερωτηματολογίου, ορίστηκαν βάση παραγοντικής ανάλυσης και συσχέτισης με τις δύο διαστάσεις. Οι δείκτες αξιοπιστίας για τις διαστάσεις άγχους-αποφυγής ήταν 0.83 και 0.60 αντίστοιχα, ενώ για τους τύπους κυμαίνονταν από 0.53 έως 0.74. Οι πιο πρόσφατες μελέτες συναινούν στο ότι οι τρεις και οι τέσσερις τύποι προσκόλλησης ενηλίκων εξηγούνται από τις δύο γενικότερες διαστάσεις, της αποφυγής (θετικό-αρνητικό μοντέλο του άλλου) και του άγχους (θετικό - αρνητικό μοντέλο του εαυτού) (Brennan et al., 1998. Crowell et al., 1999. Fraley & Waller, 1998). Το μοντέλο των δύο διαστάσεων παρέχει ένα επαρκές θεωρητικό πλαίσιο που μπορεί να εμπεριέχει και να οργανώνει τις ταξινομήσεις πολλών ερευνητών, καθιστώντας, παράλληλα, τα ερευνητικά δεδομένα συγκρίσιμα μεταξύ τους. Στη μελέτη των Δασκάλου και Συγκολλίτου (2008), η διάσταση της αποφυγής υπολογίστηκε από το μέσο όρο 8 ερωτήσεων και η διάσταση του άγχους από το μέσο όρο 13 ερωτήσεων.

Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου ως προς τις δύο διαστάσεις του δεσμού προσκόλλησης ενηλίκων παρούσα ερευνητική μελέτη εκτιμήθηκε βάσει του δείκτη alpha του Cronbach. Πιο συγκεκριμένα, εντοπίστηκε στην υποκλίμακα «Διάσταση άγχους» ο δείκτης Cronbach's alpha είναι 0.849. Στην υποκλίμακα «Διάσταση Αποφυγής» ο δείκτης Cronbach's alpha είναι ίσος με 0.603 > 0.60, επομένως ο παράγοντας αποτελεί κλίμακα αποδεκτής αξιοπιστίας. Σημειώνεται ότι ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας της διάστασης της αποφυγής έρχεται σε πλήρη συμφωνία με τον αντίστοιχο που υπολογίστηκε από τους Griffin and Bartholomew (Βλ. Πίνακα 4).

Πίνακας 4.

Τιμές δείκτη αξιοπιστίας της κλίμακας αξιολόγησης σχέσεων προσκόλλησης και υποκλιμάκων της

| Παράγοντας | Cronbach's alpha | Αριθμός ερωτήσεων |
|---------------------------------|------------------|-------------------|
| Διάσταση Άγχους | 0.849 | 10 |
| Διάσταση Αποφυγής | 0.603 | 5 |
| Αξιολόγηση σχέσεων προσκόλλησης | 0.792 | 15 |

Επισημαίνεται ότι στα αρχικά στάδια της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας διενεργήθηκε πιλοτική μελέτη. Η χρησιμότητα της πιλοτικής δοκιμής διασφαλίζει την καλή λειτουργία των ερευνητικών εργαλείων. Οι πιλοτικές μελέτες είναι ιδιαίτερα καθοριστικές όσον αφορά την έρευνα που βασίζεται σε ερωτηματολόγια ατομικής συμπλήρωσης, αφού σε αυτή την περίπτωση δεν υπάρχει συνεντευκτής για να αποσαφηνίσει τυχόν συγκεχυμένα σημεία (Bryman, 2016). Στην παρούσα μελέτη, το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 20 άτομα με αναπηρία και συγκεκριμένα σε τέσσερα άτομα από την κάθε ομάδα αναπηρίας (σε 4 άτομα με σωματική αναπηρία, σε 4 άτομα με οπτική αναπηρία, σε 4 άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, σε 4 άτομα με σακχαρώδη διαβήτη καθώς και σε 4 άτομα με μεσογειακή αναιμία). Επισημαίνεται ότι οι απαντήσεις των ατόμων που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο σε αυτό το αρχικό στάδιο δεν συμπεριλήφθησαν στην τελική στατιστική ανάλυση της παρούσας μελέτης. Το τελικό ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας αποτελείται από 77 ερωτήσεις.

6.4 Διαδικασία Συλλογής Ερευνητικών Δεδομένων

Η επιλογή του δείγματος για την διεκπεραίωση της παρούσας μελέτης δεν ακολουθήθηκε απλή τυχαία δειγματοληψία, το δείγμα δεν ήταν πιθανοτικό. Το δείγμα της παρούσας μελέτης ήταν μη πιθανοτικό (δηλαδή κάποιες μονάδες του πληθυσμού έχουν περισσότερες πιθανότητες να επιλεγούν από άλλες), καθώς η έρευνα εστιάζει σε άτομα με οπτική αναπηρία, σωματική αναπηρία, σακχαρώδη διαβήτη, μεσογειακή αναιμία/θαλασσαιμία και σκλήρυνση κατά πλάκας. Η μελέτη ήταν συγχρονική και διεξήχθη σύμφωνα με τα Ηθικά Πρότυπα, όπως διατυπώθηκαν στη Διακήρυξη του World Medical Association του Ελσίνκι (2002). Η διαδικασία που ακολουθήθηκε για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων είναι η παρακάτω: Αρχικά, έγινε ενημέρωση των συλλόγων ατόμων με αναπηρία μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας με

τους προέδρους των συλλόγων, με την χρήση μέσων κοινωνικής δικτύωσης (facebook), αλλά και δια ζώσης, σχετικά με το περιεχόμενο της έρευνας. Στη συνέχεια, χορηγήθηκαν στους παραπάνω συλλόγους τα ερωτηματολόγια δια ζώσης ή/και μέσω ταχυδρομείου τα οποία προωθήθηκαν στα άτομα με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις. Το ποσοστό απόκρισης στην έρευνα ήταν 80%. Οι συμμετέχοντες συναίνεσαν ως προς τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Αξίζει να επισημανθεί ότι όσον αφορά την ομάδα των ατόμων με οπτική αναπηρία, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε τηλεφωνικά σε 17 άτομα από τα 40 (ποσοστό 42,5%) και στα υπόλοιπα 23 άτομα (ποσοστό 57,5%) πραγματοποιήθηκε μέσω υπαγόρευσης των ερωτήσεων. Η διαδικασία συγκέντρωσης των ερωτηματολογίων διήρκησε από τον Οκτώβριο του 2019 έως τον Φεβρουάριο του 2020. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στις περιοχές των Ιωαννίνων, της Άρτας και της Πρέβεζας. Παράλληλα, προωθήθηκε και μια πλατφόρμα που περιείχε το ερωτηματολόγιο από τη google forms, μέσω της χρήσης email.

6.5 Στατιστική Επεξεργασία Δεδομένων

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 25.0 (Statistical Package for Social Sciences- Στατιστικό πακέτο εφαρμογών για τις Κοινωνικές Επιστήμες). Για τη διερεύνηση των ερευνητικών υποθέσεων, για τα δεδομένα, υπολογίστηκαν περιγραφικά στατιστικά μέτρα (συχνότητες και σχετικές συχνότητες) και τα αντίστοιχα γραφήματα, διενεργήθηκαν ανάλυση αξιοπιστίας με το δείκτη Cronbach's alpha, F - test (ANOVA) για τους ελέγχους των μέσων όρων σε ανεξάρτητους πληθυσμούς και έλεγχος γραμμικής συσχέτισης με χρήση του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης του Pearson. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $\alpha=0.05$. Ο δείκτης αξιοπιστίας αξιολογήθηκε ως εξής:

- α. $a < 0.6$: Μη αξιόπιστη κλίμακα
- β. $0.6 \leq a < 0.7$: Ελάχιστο αποδεκτό όριο
- γ. $0.7 \leq a < 0.8$: Ικανοποιητική αξιοπιστία
- δ. $0.8 \leq a < 0.9$: Υψηλή αξιοπιστία
- ε. $0.9 \leq a$: Πολύ υψηλή αξιοπιστία

Ο δείκτης Pearson's r γραμμικής συσχέτισης αξιολογήθηκε ως εξής:

- α. $0 \leq r < 0.2$: Μηδενική συσχέτιση
- β. $0.2 \leq r < 0.4$: Μικρή συσχέτιση
- γ. $0.4 \leq r < 0.6$: Μέτρια συσχέτιση

- δ. $0.6 \leq r < 0.8$: Υψηλή συσχέτιση
- ε. $0.8 \leq r < 0.1$: Πολύ υψηλή συσχέτιση

Για το F-test (ANOVA) ελέγχθηκαν οι εξής υποθέσεις:

1. Τα αποτελέσματα να μην επηρεάζονται από τις ακραίες τιμές. Ο έλεγχος έγινε με σύγκριση της μέσης τιμής με την περικομμένη μέση τιμή και με το θηκόγραμμα.
2. Τα δεδομένα να προέρχονται από πληθυσμούς που περιγράφονται ικανοποιητικά από την Κανονική Κατανομή. Ο έλεγχος έγινε με το τεστ των Shapiro – Wilk.
3. Υπάρχει ομοιογένεια των πληθυσμιακών διακυμάνσεων. Ο έλεγχος έγινε με το τεστ του Levene.
4. Οι ανά δύο συγκρίσεις έγιναν με χρήση είτε της διόρθωσης Bonferroni.
5. Για την παλινδρόμηση ελέγχθηκαν οι εξής υποθέσεις:
 - Υπάρχει γραμμικότητα μεταξύ των συνεχών ανεξάρτητων μεταβλητών και της εξαρτημένης μεταβλητής.
 - Τα σφάλματα περιγράφονται ικανοποιητικά από την Κανονική Κατανομή.
 - Υπάρχει ομοσκεδαστικότητα στα δεδομένα.
 - Τα σφάλματα είναι μεταξύ τους ανεξάρτητα.
 - Δεν υπάρχουν ακραίες τιμές.

6.6 Αποτελέσματα

6.6.1 Διερεύνηση της διαφοροποίησης της κλίμακας «Προσαρμογή στην αναπηρία» και των υποκλιμάκων της ως προς το είδος της αναπηρίας

Η προσαρμογή στην αναπηρία στα άτομα του δείγματος υπολογίζεται μέσω των επιμέρους υποκλιμάκων αυτής, οι οποίες αναφέρονται στη διεύρυνση του πεδίου αξιών, στην υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης, στον περιορισμό των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας, στη μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, καθώς και μέσω του συνολικού βαθμού της προσαρμογής ως αθροίσματος των δηλώσεων του ατόμου σε μια 4-βαθμη κλίμακα Likert. Προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός ως προς την προσαρμογή στην αναπηρία (1^ο Ερευνητικό Ερώτημα) οι συμμετέχοντες του δείγματος με αναπηρία κλήθηκαν να απαντήσουν στις αντίστοιχες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, επιλέγοντας τη δήλωση που τους αντιπροσωπεύει καλύτερα. Οι βαθμοί σε κάθε διάσταση της προσαρμογής σε σχέση με το είδος της αναπηρίας, φαίνονται αναλυτικά στον Πίνακα 5. Οι τιμές του μέσου όρου στις διαστάσεις της μετατροπής, του περιορισμού και της διεύρυνσης που κυμαίνονται μεταξύ 9-17 βαθμών υποδηλώνουν χαμηλά επίπεδα προσαρμογής, τιμές μεταξύ 18-

26 βαθμών υποδηλώνουν μέτρια προσαρμογή και τιμές μεταξύ 27-36 αντιστοιχούν σε υψηλή προσαρμογή. Για την υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης, τιμές του μέσου όρου που κυμαίνονται μεταξύ 5-10 βαθμών υποδηλώνουν χαμηλή προσαρμογή, τιμές μεταξύ 11-15 αντιστοιχούν σε χαμηλά επίπεδα προσαρμογής και τιμές 16-20 υποδηλώνουν υψηλά επίπεδα προσαρμογής. Αναφορικά με τη συνολική προσαρμογή στην αναπηρία, τιμές του μέσου όρου μεταξύ 32-60 βαθμών αντιστοιχούν σε χαμηλή 72 προσαρμογή, τιμές μεταξύ 61-93 βαθμών υποδηλώνουν μέτρια προσαρμογή και τιμές μεταξύ 94-128 βαθμών αντιστοιχούν σε υψηλά επίπεδα προσαρμογής.

Για τη διερεύνηση της προσαρμογής στην αναπηρία στα άτομα με αναπηρία του δείγματος πραγματοποιήθηκε έλεγχος F – test (ANOVA). Χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni καθώς αφορά περίπτωση πολλαπλών συγκρίσεων. Τα αποτελέσματα του οποίου απεικονίζονται συνοπτικά στον Πίνακα 5. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, σε κάθε περίπτωση ορίστηκε στο 0.05. Αναλυτικότερα, όσον αφορά τη συνολική προσαρμογή των ατόμων με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις διαπιστώθηκε ότι στα άτομα με μεσογειακή αναιμία η μέση τιμή ήταν 103.50 (T.A. = 16.11), στα άτομα με οπτική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 98.98 (T.A. = 12.47), στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη παρατηρήθηκε μέση τιμή 97.55 (T.A. = 12.87), στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας η μέση τιμή ήταν 93.03 (T.A. = 16.27), ενώ στα άτομα με σωματική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 91.45 (T.A. = 19.40). Από τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι τα άτομα με μεσογειακή αναιμία παρουσιάζουν την μεγαλύτερη συνολική προσαρμογή στην αναπηρία, ακολουθούν τα άτομα με οπτική αναπηρία και έπειτα τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Από τους μέσους όρους αναδεικνύεται ότι τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζουν οριακά υψηλή προσαρμογή ενώ τα άτομα με σωματική αναπηρία παρουσιάζουν μέτρια προς υψηλή προσαρμογή (καθώς οι τιμές από 61-93 δηλώνουν μέτρια προσαρμογή ενώ οι τιμές 94-128 δηλώνουν υψηλά επίπεδα προσαρμογής στην αναπηρία). Από τον έλεγχο F – test (ANOVA) προέκυψε ότι οι πληθυσμιακοί μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ($F=3.806$, $p=0.005$). Επομένως, η συνολική προσαρμογή στην αναπηρία διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το είδος της αναπηρίας του δείγματος. Ειδικότερα, πραγματοποιώντας ανά δύο ελέγχους και χρησιμοποιώντας τη διόρθωση Bonferroni, η συνολική προσαρμογή είναι μεγαλύτερη στα άτομα με μεσογειακή αναιμία, σε σχέση με τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας ή σωματική αναπηρία (Βλ. Πίνακα 5).

Πίνακας 5:

Διερεύνηση της διαφοροποίησης της κλίμακας «Προσαρμογή στην αναπηρία» και των υποκλιμάκων της ως προς το είδος της αναπηρίας

| | Group 1 | Group 2 | Group 3 | Group 4 | Group 5 | F | P | Post-Hoc |
|---------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------|---------|------------|
| | M.A. ¹ | O.A. ² | Σ.Δ. ³ | Σ.Κ.Π. ⁴ | Σ.Α. ⁵ | | | |
| | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | | | |
| Περιορισμός | 26.67 (6.29) | 26.07 (4.33) | 25.60 (5.94) | 24.05 (6.80) | 23.20 (6.77) | 3.309 | 0.012* | 1>5 |
| Μετατροπή | 29.25 (4.95) | 26.83 (4.14) | 29.25 (4.33) | 26.28 (5.18) | 24.68 (6.08) | 6.343 | <0.001* | 1>5 3>5 |
| Διεύρυνση | 30.43 (3.77) | 30.08 (3.38) | 27.83 (5.04) | 27.85 (4.73) | 27.85 (4.50) | 3.645 | 0.007* | - |
| Υποταγή | 16.15 (2.93) | 16.00 (2.53) | 14.88 (2.88) | 14.85 (3.45) | 15.73 (3.50) | 1.617 | 0.172 | - |
| Συνολική Προσαρμογή | 103.50 (16.11) | 98.98 (12.47) | 97.55 (12.87) | 93.03 (16.27) | 91.45 (19.40) | 3.806 | 0.005* | 1>4 1>5 |

¹Μεσογειακή Αναιμία, ²Οπτική Αναπηρία, ³Σακχαρώδης Διαβήτης, ⁴Σκλήρυνση κατά πλάκας, ⁵Σωματική Αναπηρία

Οι τιμές του μέσου όρου στην υποκλίμακα «Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας» που κυμαίνονται μεταξύ 9-17 βαθμών υποδηλώνουν χαμηλά επίπεδα προσαρμογής, τιμές μεταξύ 18-26 βαθμών υποδηλώνουν μέτρια προσαρμογή και τιμές μεταξύ 27-36 αντιστοιχούν σε υψηλή προσαρμογή.

Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι όσον αφορά την υποκλίμακα «Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας», στα άτομα με μεσογειακή αναιμία η μέση τιμή ήταν 27.68 (T.A. = 6.29), στα άτομα με οπτική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 26.08 (T.A. = 4.33), στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη παρατηρήθηκε μέση τιμή 25.60 (T.A. = 5.94), στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας η μέση τιμή ήταν 24.05 (T.A. = 6.80), ενώ στα άτομα με σωματική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 23.20 (T.A. = 6.77). Από τα αποτελέσματα αναδεικνύεται ότι στη διάσταση του περιορισμού, οι τιμές του μέσου όρου στα άτομα με μεσογειακή αναιμία υποδηλώνουν υψηλή προσαρμογή, στα άτομα με οπτική αναπηρία αντιστοιχούν σε μέτρια προς υψηλή προσαρμογή, στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη αντιστοιχούν σε μέτρια προσαρμογή που κυμαίνεται σε υψηλά

επίπεδα, ενώ οι τιμές του μέσου όρου στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας και στα άτομα με σωματική αναπηρία υποδηλώνουν μέτρια προσαρμογή στην αναπηρία. Από τον έλεγχο F – test (ANOVA) προέκυψε ότι οι πληθυσμιακοί μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ($F=3.309$, $p=0.012$). Επομένως, ο περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το είδος της αναπηρίας. Ειδικότερα, πραγματοποιώντας ανά δύο ελέγχους και χρησιμοποιώντας τη διόρθωση Bonferroni, ο περιορισμός των επιπτώσεων δυσλειτουργίας είναι μεγαλύτερος στα άτομα με μεσογειακή αναιμία, σε σχέση με τα άτομα με σωματική αναπηρία (Βλ. Πίνακα 6).

Πίνακας 6:

Διερεύνηση της διαφοροποίησης της υποκλίμακας «Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας» ως προς το είδος της αναπηρίας.

| | Group 1 | Group 2 | Group 3 | Group 4 | Group 5 | | | |
|-------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|----------|----------|----------|
| | M.A. ¹ | O.A. ² | Σ.Δ. ³ | Σ.Κ.Π. ⁴ | Σ.Α. ⁵ | <i>F</i> | <i>P</i> | Post-Hoc |
| | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | | | |
| Περιορισμός | 26.67 (6.29) | 26.07 (4.33) | 25.60 (5.94) | 24.05 (6.80) | 23.20 (6.77) | 3.309 | 0.012* | 1>5 |

¹Μεσογειακή Αναιμία, ²Οπτική Αναπηρία, ³Σακχαρώδης Διαβήτης, ⁴Σκλήρυνση κατά πλάκας, ⁵Σωματική Αναπηρία

Οι τιμές του μέσου όρου στη διάσταση της μετατροπής (το άτομο δεν συγκρίνει τον εαυτό του με τους άλλους αλλά αναγνωρίζει τις προσωπικές του δυνατότητες) που κυμαίνονται μεταξύ 9-17 βαθμών υποδηλώνουν χαμηλά επίπεδα προσαρμογής, τιμές μεταξύ 18-26 βαθμών υποδηλώνουν μέτρια προσαρμογή και τιμές μεταξύ 27-36 αντιστοιχούν σε υψηλή προσαρμογή

Από τα αποτελέσματα αναδείχθηκε ότι όσον αφορά τη δεύτερη διάσταση της προσαρμογής, τη μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, στα άτομα με μεσογειακή αναιμία η μέση τιμή ήταν 29.25 (T.A. = 4.95), στα άτομα με οπτική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 26.83 (T.A. = 4.14), στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη παρατηρήθηκε μέση τιμή 29.25 (T.A. = 4.33), στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας η μέση τιμή ήταν 26.28 (T.A. = 5.18), ενώ στα άτομα με σωματική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 24.68 (T.A. = 6.08). Από τα αποτελέσματα αναδεικνύεται ότι στη διάσταση της μετατροπής, οι τιμές του μέσου όρου στα άτομα με μεσογειακή αναιμία και στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη υποδηλώνουν υψηλή προσαρμογή, οι τιμές του μέσου όρου στα άτομα με οπτική αναπηρία και σκλήρυνση κατά πλάκας υποδηλώνουν μέτρια προσαρμογή που κυμαίνεται σε πολύ υψηλά επίπεδα, ενώ η μέση τιμή στα άτομα με σωματική αναπηρία υποδηλώνει μέτρια

προσαρμογή στην αναπηρία. Από τον έλεγχο F – test (ANOVA) προέκυψε ότι οι πληθυσμιακοί μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ($F=6.343$, $p<0.001$). Επομένως, η μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το είδος της αναπηρίας. Ειδικότερα, πραγματοποιώντας ανά δύο ελέγχους και χρησιμοποιώντας τη διόρθωση Bonferroni, η μετατροπή είναι μεγαλύτερη στα άτομα με μεσογειακή αναιμία ή σακχαρώδη διαβήτη σε σχέση με τα άτομα με σωματική αναπηρία (Βλ. Πίνακα 7).

Πίνακας 7:

Διερεύνηση της διαφοροποίησης της υποκλίμακας «Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα» ως προς το είδος της αναπηρίας.

| | Group 1 | Group 2 | Group 3 | Group 4 | Group 5 | F | P | Post-Hoc |
|-----------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------|---------|------------|
| | M.A. ¹ | O.A. ² | Σ.Δ. ³ | Σ.Κ.Π. ⁴ | Σ.Α. ⁵ | | | |
| | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | | | |
| Μετατροπή | 29.25 (4.95) | 26.83 (4.14) | 29.25 (4.33) | 26.28 (5.18) | 24.68 (6.08) | 6.343 | <0.001* | 1>5 3>5 |

¹Μεσογειακή Αναιμία, ²Οπτική Αναπηρία, ³Σακχαρώδης Διαβήτης, ⁴Σκλήρυνση κατά πλάκας, ⁵Σωματική Αναπηρία

Οι τιμές του μέσου όρου στην υποκλίμακα «Διεύρυνση του πεδίου αξιών» (αναθεώρηση αξιών) που κυμαίνονται μεταξύ 9-17 βαθμών υποδηλώνουν χαμηλά επίπεδα προσαρμογής, τιμές μεταξύ 18-26 βαθμών υποδηλώνουν μέτρια προσαρμογή και τιμές μεταξύ 27-36 αντιστοιχούν σε υψηλή προσαρμογή.

Αναλυτικότερα, από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι όσον αφορά την υποκλίμακα «Διεύρυνση του πεδίου αξιών», στα άτομα με μεσογειακή αναιμία η μέση τιμή ήταν 30.43 (T.A. = 3.77), στα άτομα με οπτική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 30.08 (T.A. = 3.38), στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη παρατηρήθηκε μέση τιμή 27.83 (T.A. = 5.04), στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας η μέση τιμή ήταν 27.85 (T.A. = 4.73), ενώ στα άτομα με σωματική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 27.85 (T.A. = 4.79). Από τα αποτελέσματα αναδεικνύεται ότι στη διάσταση της διεύρυνσης πεδίου αξιών, οι τιμές του μέσου όρου στα άτομα με μεσογειακή αναιμία και οπτική αναπηρία υποδηλώνουν αρκετά υψηλή προσαρμογή, ενώ οι τιμές του μέσου όρου στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, σκλήρυνση κατά πλάκας και σωματική αναπηρία υποδηλώνουν οριακά υψηλή προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας. Από τον έλεγχο F – test (ANOVA) προέκυψε ότι οι πληθυσμιακοί μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ($F=3.645$, $p=0.007$). Επομένως, διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά η διεύρυνση του πεδίου αξιών ως προς το είδος της αναπηρίας.

Πραγματοποιώντας ανά δύο ελέγχους και χρησιμοποιώντας τη διόρθωση Bonferroni, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Βλ. Πίνακα 8)

Πίνακας 8:

Διερεύνηση της διαφοροποίησης της υποκλίμακας «Διερεύνηση πεδίου αξιών» ως προς το είδος της αναπηρίας.

| | <i>Group 1</i> | <i>Group 2</i> | <i>Group 3</i> | <i>Group 4</i> | <i>Group 5</i> | | | Post-Hoc |
|------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---------------------------|-------------------------|----------|----------|----------|
| | <i>M.A.¹</i> | <i>O.A.²</i> | <i>Σ.Α.³</i> | <i>Σ.Κ.Π.⁴</i> | <i>Σ.Α.⁵</i> | <i>F</i> | <i>P</i> | |
| | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | | | |
| <i>Διεύρυνση</i> | 30.43 (3.77) | 30.08 (3.38) | 27.83 (5.04) | 27.85 (4.73) | 27.85 (4.50) | 3.645 | 0.007* | - |

¹Μεσογειακή Αναιμία, ²Οπτική Αναπηρία, ³Σακχαρώδης Διαβήτης, ⁴Σκλήρυνση κατά πλάκας, ⁵Σωματική Αναπηρία

Για την υποκλίμακα «Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης» (το άτομο δεν δίνει ιδιαίτερη σημασία στη σωματική ικανότητα και την εμφάνιση), οι τιμές του μέσου όρου που κυμαίνονται μεταξύ 5-10 βαθμών υποδηλώνουν χαμηλή προσαρμογή, τιμές μεταξύ 11-15 αντιστοιχούν σε χαμηλά επίπεδα προσαρμογής και τιμές 16-20 υποδηλώνουν υψηλά επίπεδα προσαρμογής.

Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι, όσον αφορά την υποκλίμακα «Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης», στα άτομα με μεσογειακή αναιμία η μέση τιμή ήταν 16.15 (T.A. = 2.93), στα άτομα με οπτική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 16.00 (T.A. = 2.53), στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη παρατηρήθηκε μέση τιμή 14.88 (T.A. = 2.88), στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας η μέση τιμή ήταν 14.85 (T.A. = 3.45), ενώ στα άτομα με σωματική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 15.73 (T.A. = 3.50). Από τα αποτελέσματα αναδεικνύεται ότι οι τιμές του μέσου όρου στα άτομα με μεσογειακή αναιμία και οπτική αναπηρία υποδηλώνουν οριακά υψηλή προσαρμογή, οι τιμές του μέσου όρου στα άτομα με σωματική αναπηρία αντιστοιχούν σε μέτρια προσαρμογή που κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα και τέλος οι τιμές του μέσου όρου στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και σκλήρυνση κατά πλάκας υποδηλώνουν μέτρια προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας. Από τον έλεγχο F – test (ANOVA) προέκυψε ότι οι πληθυσμιακοί μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά (F=1.617, p=0.172). Επομένως, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του είδους της αναπηρίας στην υποταγή εξωτερικής εμφάνισης (Βλ. Πίνακα 9).

Πίνακας 9:

Διερεύνηση της διαφοροποίησης της υποκλίμακας «Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης» ως προς το είδος της αναπηρίας

| | Group 1 | Group 2 | Group 3 | Group 4 | Group 5 | | | Post-Hoc |
|---------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------|-------|----------|
| | M.A. ¹ | O.A. ² | Σ.Δ. ³ | Σ.Κ.Π. ⁴ | Σ.Α. ⁵ | F | P | |
| | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | | | |
| Υποταγή | 16.15 (2.93) | 16.00 (2.53) | 14.88 (2.88) | 14.85 (3.45) | 15.73 (3.50) | 1.617 | 0.172 | - |

¹Μεσογειακή Αναιμία, ²Οπτική Αναπηρία, ³Σακχαρώδης Διαβήτης, ⁴Σκλήρυνση κατά πλάκας, ⁵Σωματική Αναπηρία

6.6.2 Διερεύνηση της διαφοροποίησης της κλίμακας «Βίωμα της ντροπής» και των υποκλιμάκων της ως προς το είδος της αναπηρίας

Η κλίμακα «Το βίωμα της ντροπής» αξιολογείται σε μία 5-βάθμια κλίμακα τύπου Likert και αποτελείται από 3 υποκλίμακες, οι οποίες παριστούν τη χαρακτηριστική ντροπή (characterological shame), τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame) και την σωματική ντροπή (bodily shame). Οι υποκλίμακες ορίζονται ως τα αθροίσματα των απαντήσεων στις ερωτήσεις που τις απαρτίζουν. Η μέγιστη δυνατή βαθμολογία της κλίμακας «Βίωμα της ντροπής» είναι το 68.

Αναλυτικότερα, όσον αφορά το συνολικό «Το βίωμα της ντροπής» (2^ο Ερευνητικό Ερώτημα), στα άτομα με μεσογειακή αναιμία η μέση τιμή ήταν 32.70 (T.A. = 8.58), στα άτομα με οπτική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 35.08 (T.A. = 9.53), στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη παρατηρήθηκε μέση τιμή 37.55 (T.A. = 12.16), στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας η μέση τιμή ήταν 35.75 (T.A. = 11.60), ενώ στα άτομα με σωματική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 39.40 (T.A. = 14.22). Από τα αποτελέσματα αναδεικνύεται ότι οι τιμές του μέσου όρου στα άτομα με μεσογειακή αναιμία υποδηλώνουν ότι βιώνουν σε χαμηλά επίπεδα το συναίσθημα της ντροπής, οι τιμές του μέσου όρου στα άτομα με οπτική αναπηρία, σακχαρώδη διαβήτη και σκλήρυνση κατά πλάκας υποδηλώνουν ότι βιώνουν σε μέτρια επίπεδα το συναίσθημα της ντροπής, ενώ η τιμή του μέσου όρου στα άτομα με σωματική αναπηρία υποδηλώνει πως βιώνουν σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα το συναίσθημα της ντροπής σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος. Από τον έλεγχο F – test (ANOVA) προέκυψε ότι οι πληθυσμιακοί μέσοι όροι δε διαφέρουν στατιστικά σημαντικά (F=1.982, p=0.099). Επομένως, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του είδους της αναπηρίας στο βίωμα της ντροπής (Βλ. Πίνακα 10).

Πίνακας 10:

Διερεύνηση της διαφοροποίησης της κλίμακας «Βίωμα της Ντροπής» και των υποκλιμάκων της ως προς το είδος της αναπηρίας

| | Group 1 | Group 2 | Group 3 | Group 4 | Group 5 | | | |
|------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------|--------|----------|
| | M.A. ¹ | O.A. ² | Σ.Δ. ³ | Σ.Κ.Π. ⁴ | Σ.Α. ⁵ | | | Post-Hoc |
| | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | F | P | |
| Χαρακτηρολογική Ντροπή | 14.93 (4.24) | 16.65 (4.67) | 17.78 (5.63) | 16.50 (5.84) | 18.30 (6.94) | 2.220 | 0.068 | - |
| Συμπεριφορική Ντροπή | 11.68 (3.63) | 13.38 (4.15) | 14.00 (5.34) | 12.93 (4.72) | 13.1 (5.59) | 1.725 | 0.146 | - |
| Σωματική Ντροπή | 6.10 (2.12) | 5.05 (2.39) | 5.78 (2.84) | 6.32 (2.73) | 7.00 (3.17)+ | 2.874 | 0.024* | 2<5 |
| Το βίωμα της ντροπής | 32.70 (8.58) | 35.08 (9.53) | 37.55 (12.16) | 35.75 (11.61) | 39.40 (14.22) | 1.982 | 0.099 | - |

¹Μεσογειακή Αναιμία, ²Οπτική Αναπηρία, ³Σακχαρώδης Διαβήτης, ⁴Σκλήρυνση κατά πλάκας, ⁵Σωματική Αναπηρία

Ο τρόπος βαθμολόγησης της υποκλίμακας «Χαρακτηρολογική Ντροπή» προέκυπτε αθροίζοντας την τιμή της κάθε ερώτησης με μέγιστη δυνατή βαθμολογία το 32. Αναλυτικότερα, όσον αφορά τη μια από τις τρεις διαστάσεις του συναισθήματος της ντροπής, τη χαρακτηρολογική ντροπή (να αισθάνεται κάποιος ντροπή για τις προσωπικές του δεξιότητες και συνήθειες), διαπιστώθηκε ότι στα άτομα με μεσογειακή αναιμία η μέση τιμή ήταν 14.93 (T.A. = 4.24), στα άτομα με οπτική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 16.65 (T.A. = 4.67), στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη παρατηρήθηκε μέση τιμή 17.78 (T.A. = 5.63), στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας η μέση τιμή ήταν 16.5 (T.A. = 5.84), ενώ στα άτομα με σωματική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 18.3 (T.A. = 6.94). Από τα αποτελέσματα αναδεικνύεται ότι οι τιμές του μέσου όρου στα άτομα με μεσογειακή αναιμία υποδηλώνουν ότι βιώνουν τη χαρακτηρολογική ντροπή σε χαμηλά επίπεδα προς μέτρια επίπεδα, οι τιμές του μέσου όρου στα άτομα με οπτική αναπηρία και σκλήρυνση κατά πλάκας υποδηλώνουν ότι βιώνουν το συναίσθημα της ντροπής σε μέτρια επίπεδα, οι τιμές του μέσου όρου στην ομάδα των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη και σωματική αναπηρία υποδηλώνουν ότι βιώνουν τη χαρακτηρολογική ντροπή σε μέτρια επίπεδα, με την ομάδα των ατόμων με σωματική αναπηρία να παρουσιάζει την υψηλότερη μέση τιμή. Από τον έλεγχο F – test (ANOVA) προέκυψε ότι οι πληθυσμιακοί μέσοι όροι δε διαφέρουν στατιστικά σημαντικά (F=2.220,

p=0.068). Επομένως, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του είδους της αναπηρίας στην υποκλίμακα «Χαρακτηρολογική ντροπή» (Βλ. Πίνακα 11).

Πίνακας 11:

Διερεύνηση της διαφοροποίησης της υποκλίμακας «Χαρακτηρολογική Ντροπή» ως προς το είδος της αναπηρίας.

| | Group 1 | Group 2 | Group 3 | Group 4 | Group 5 | | | |
|------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------|-------|----------|
| | M.A. ¹ | O.A. ² | Σ.Δ. ³ | Σ.Κ.Π. ⁴ | Σ.Α. ⁵ | | | Post-Hoc |
| | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | F | P | |
| Χαρακτηρολογική Ντροπή | 14.93 (4.24) | 16.65 (4.67) | 17.78 (5.63) | 16.50 (5.84) | 18.30 (6.94) | 2.220 | 0.068 | - |

¹Μεσογειακή Αναιμία, ²Οπτική Αναπηρία, ³Σακχαρώδης Διαβήτης, ⁴Σκλήρυνση κατά πλάκας, ⁵Σωματική Αναπηρία

Ο τρόπος βαθμολόγησης της υποκλίμακας «Συμπεριφορική Ντροπή» προέκυπτε αθροίζοντας την τιμή της κάθε ερώτησης με μέγιστη δυνατή βαθμολογία το 24. Αναλυτικότερα, όσον αφορά τη συμπεριφορική ντροπή (η ντροπή που νιώθει το άτομο για τα λεγόμενα του/ τις λανθασμένες πράξεις του), στα άτομα με μεσογειακή αναιμία η μέση τιμή ήταν 11.68 (T.A. = 3.63), στα άτομα με οπτική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 13.38 (T.A. = 4.15), στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη παρατηρήθηκε μέση τιμή 14 (T.A. = 5.34), στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας η μέση τιμή ήταν 12.93 (T.A. = 4.72), ενώ στα άτομα με σωματική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 14.1 (T.A. = 5.59). Από τα αποτελέσματα αναδεικνύεται ότι οι τιμές του μέσου όρου στα άτομα με μεσογειακή αναιμία υποδηλώνουν ότι βιώνουν σε χαμηλά προς μέτρια τη συμπεριφορική ντροπή, οι τιμές του μέσου όρου στα άτομα με οπτική αναπηρία και σκλήρυνση κατά πλάκας υποδηλώνουν ότι βιώνουν σε μέτρια επίπεδα τη συμπεριφορική ντροπής, ενώ οι τιμές του μέσου όρου στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και σωματική αναπηρία παρουσιάστηκαν ελάχιστα πιο αυξημένες υποδηλώνοντας ότι βιώνουν σε μέτριο βαθμό τη συμπεριφορική ντροπή. Από τον έλεγχο F – test (ANOVA) προέκυψε ότι οι πληθυσμιακοί μέσοι όροι δε διαφέρουν στατιστικά σημαντικά (F=1.725, p=146). Επομένως, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του είδους της αναπηρίας στην υποκλίμακα «συμπεριφορική ντροπή» (Βλ. Πίνακα 12).

Πίνακας 12:

Διερεύνηση της διαφοροποίησης της υποκλίμακας «Συμπεριφορική Ντροπή» ως προς το είδος της αναπηρίας.

| | Group 1 M.A. ¹ | Group 2 O.A. ² | Group 3 Σ.Δ. ³ | Group 4 Σ.Κ.Π. ⁴ | Group 5 Σ.Α. ⁵ | F | P | Post-Hoc |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------|-------|----------|
| | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | | | |
| Συμπεριφορική Ντροπή | 11.68 (3.63) | 13.38 (4.15) | 14.00 (5.34) | 12.93 (4.72) | 13.1 (5.59) | 1.725 | 0.146 | - |

¹Μεσογειακή Αναιμία, ²Οπτική Αναπηρία, ³Σακχαρώδης Διαβήτης, ⁴Σκλήρυνση κατά πλάκας, ⁵Σωματική Αναπηρία

Ο τρόπος βαθμολόγησης της υποκλίμακας «Σωματική Ντροπή» προέκυπτε αθροίζοντας την τιμή της κάθε ερώτησης με μέγιστη δυνατή βαθμολογία το 12. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι όσον αφορά τη σωματική ντροπή, στα άτομα με μεσογειακή αναιμία η μέση τιμή ήταν 6.1 (T.A. = 2.12), στα άτομα με οπτική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 5.05 (T.A. = 2.39), στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη παρατηρήθηκε μέση τιμή 5.78 (T.A. = 2.84), στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας η μέση τιμή ήταν 6.32 (T.A. = 2.73), ενώ στα άτομα με σωματική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 7 (T.A. = 3.17). Από τα αποτελέσματα αναδεικνύεται ότι οι τιμές του μέσου όρου στα άτομα με μεσογειακή αναιμία και σκλήρυνση κατά πλάκας υποδηλώνουν ότι βιώνουν σε μέτριο βαθμό το συναίσθημα σωματικής της ντροπής, οι τιμές του μέσου όρου στα άτομα με οπτική αναπηρία και σακχαρώδη διαβήτη υποδηλώνουν ότι βιώνουν σε ακόμη πιο χαμηλά επίπεδα το συναίσθημα της σωματικής ντροπής, ενώ η τιμή του μέσου όρου στα άτομα με σωματική αναπηρία υποδηλώνει ότι βιώνουν το συναίσθημα της σωματικής ντροπής σε μέτρια επίπεδα αλλά πιο υψηλά από τις υπόλοιπες ομάδες του δείγματος. Από τον έλεγχο F – test (ANOVA) προέκυψε ότι οι πληθυσμιακοί μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά (F=2.874, p=0.024). Επομένως, υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του είδους της αναπηρίας στην υποκλίμακα «σωματική ντροπή». Ειδικότερα, κάνοντας ανά δύο συγκρίσεις και χρησιμοποιώντας τη διόρθωση Bonferroni, προέκυψε ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία νιώθουν λιγότερη σωματική ντροπή σε σχέση με τα άτομα με σωματική αναπηρία (Βλ. Πίνακα 13).

Πίνακας 13:

Διερεύνηση της διαφοροποίησης της υποκλίμακας «Σωματική Ντροπή ως προς το είδος της αναπηρίας».

| | Group 1 | Group 2 | Group 3 | Group 4 | Group 5 | F | P | Post-Hoc |
|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------|--------|----------|
| | M.A. ¹ | O.A. ² | Σ.Δ. ³ | Σ.Κ.Π. ⁴ | Σ.Α. ⁵ | | | |
| | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | | | |
| Σωματική Ντροπή | 6.10 (2.12) | 5.05 (2.39) | 5.78 (2.84) | 6.32 (2.73) | 7.00 (3.17)+ | 2.874 | 0.024* | 2<5 |

¹Μεσογειακή Αναιμία, ²Οπτική Αναπηρία, ³Σακχαρώδης Διαβήτης, ⁴Σκλήρυνση κατά πλάκας, ⁵Σωματική Αναπηρία

6.6.3 Διερεύνηση της διαφοροποίησης της «Αξιολόγησης των σχέσεων προσκόλλησης» στα άτομα με αναπηρία του δείγματος

Για τη διερεύνηση της διαφοροποίησης της κλίμακας «Αξιολόγησης των σχέσεων προσκόλλησης» (3^ο Ερευνητικό Ερώτημα) στα άτομα με αναπηρία του δείγματος πραγματοποιήθηκε έλεγχος F – test (ANOVA), τα αποτελέσματα του οποίου απεικονίζονται συνοπτικά στον Πίνακα 14.

Πίνακας 14:

Διερεύνηση της διαφοροποίησης των υποκλιμάκων της κλίμακας «Αξιολόγηση σχέσεων προσκόλλησης ως προς το είδος της αναπηρίας».

| | Group 1 | Group 2 | Group 3 | Group 4 | Group 5 | F | P | Post-Hoc |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------|---------|----------|
| | M.A. ¹ | O.A. ² | Σ.Δ. ³ | Σ.Κ.Π. ⁴ | Σ.Α. ⁵ | | | |
| | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | | | |
| Διάσταση Άγχους | 2.31 (0.86) | 2.46 (0.75) | 2.62 (0.98) | 2.55 (1.01) | 2.79 (0.92) | 1.484 | 0.209 | - |
| Διάσταση Αποφυγής | 2.98 (0.51) | 3.42 (0.59) | 2.99 (0.76) | 2.98 (0.78) | 2.75 (0.66) | 5.367 | <0.001* | 1<2 |

¹Μεσογειακή Αναιμία, ²Οπτική Αναπηρία, ³Σακχαρώδης Διαβήτης, ⁴Σκλήρυνση κατά πλάκας, ⁵Σωματική Αναπηρία

Όσον αφορά τη διάσταση άγχους, στα άτομα με μεσογειακή αναιμία η μέση τιμή ήταν 2.31 (T.A. = 0.83), στα άτομα με οπτική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 2.46 (T.A. = 0.75), στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη παρατηρήθηκε μέση τιμή 2.62 (T.A. = 0.98), στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας η μέση τιμή ήταν 2.55 (T.A. = 1.01), ενώ στα άτομα με σωματική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 2.79 (T.A. = 0.92). Από τον έλεγχο F – test (ANOVA) προέκυψε ότι οι πληθυσμιακοί μέσοι όροι δε διαφέρουν στατιστικά σημαντικά (F=1.484, p=0.209). Επομένως, η διάσταση του άγχους δεν διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το είδος της αναπηρίας (Βλ. Πίνακα 15).

Πίνακας 15:

Διερεύνηση της υποκλίμακας «Διάσταση του Άγχους» ως προς το είδος της αναπηρίας

| | Group 1 | Group 2 | Group 3 | Group 4 | Group 5 | F | P | Post-Hoc |
|-----------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------|-------|----------|
| | M.A. ¹ | O.A. ² | Σ.Δ. ³ | Σ.Κ.Π. ⁴ | Σ.Α. ⁵ | | | |
| | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | | | |
| Διάσταση Άγχους | 2.31 (0.86) | 2.46 (0.75) | 2.62 (0.98) | 2.55 (1.01) | 2.79 (0.92) | 1.484 | 0.209 | - |

¹Μεσογειακή Αναιμία, ²Οπτική Αναπηρία, ³Σακχαρώδης Διαβήτης, ⁴Σκλήρυνση κατά πλάκας, ⁵Σωματική Αναπηρία

Όσον αφορά τη διάσταση αποφυγής, στα άτομα με μεσογειακή αναιμία η μέση τιμή ήταν 2.98 (T.A. = 0.51), στα άτομα με οπτική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 3.42 (T.A. = 0.59), στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη παρατηρήθηκε μέση τιμή 2.99 (T.A. = 0.76), στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας η μέση τιμή ήταν 2.98 (T.A. = 0.78), ενώ στα άτομα με σωματική αναπηρία παρατηρήθηκε μέση τιμή 2.75 (T.A. = 0.66). Από τον έλεγχο F – test (ANOVA) προέκυψε ότι οι πληθυσμιακοί μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά (F=5.367, p<0.001). Επομένως, η διάσταση της αποφυγής διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ως προς το είδος της αναπηρίας. Ειδικότερα, πραγματοποιώντας ανά δύο ελέγχους και χρησιμοποιώντας τη διόρθωση Bonferroni, η διάσταση αποφυγής είναι μεγαλύτερη στα άτομα με οπτική αναπηρία, σε σχέση με τα άτομα με μεσογειακή αναιμία (Βλ. Πίνακα 16).

Πίνακας 16:

Διερεύνηση της διαφοροποίησης της υποκλίμακας «Διάσταση Αποφυγής» ως προς το είδος της αναπηρίας

| | Group 1 | Group 2 | Group 3 | Group 4 | Group 5 | F | P | Post-Hoc |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------|---------|----------|
| | M.A. ¹ | O.A. ² | Σ.Δ. ³ | Σ.Κ.Π. ⁴ | Σ.Α. ⁵ | | | |
| | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | | | |
| Διάσταση Αποφυγής | 2.98 (0.51) | 3.42 (0.59) | 2.99 (0.76) | 2.98 (0.78) | 2.75 (0.66) | 5.367 | <0.001* | 1<2 |

¹Μεσογειακή Αναιμία, ²Οπτική Αναπηρία, ³Σακχαρώδης Διαβήτης, ⁴Σκλήρυνση κατά πλάκας, ⁵Σωματική Αναπηρία

Πίνακας 17:

Διερεύνηση της διαφοροποίησης των κλιμάκων «Αξιολόγηση των σχέσεων προσκόλλησης», «Προσαρμογή στην αναπηρία» και «Βιώματος της ντροπής» και των υποκλιμάκων τους ως προς το είδος της αναπηρίας

| | Group 1 | Group 2 | Group 3 | Group 4 | Group 5 | F | P | Post-Hoc |
|------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|-------------------|-------|---------|----------|
| | M.A. ¹ | O.A. ² | Σ.Δ. ³ | Σ.Κ.Π. ⁴ | Σ.Α. ⁵ | | | |
| | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | M (SD) | | | |
| Διάσταση Άγχους | 2.31 (0.86) | 2.46 (0.75) | 2.62 (0.98) | 2.55 (1.01) | 2.79 (0.92) | 1.484 | 0.209 | - |
| Διάσταση Αποφυγής | 2.98 (0.51) | 3.42 (0.59) | 2.99 (0.76) | 2.98 (0.78) | 2.75 (0.66) | 5.367 | <0.001* | 1<2 |
| Χαρακτηρολογική Ντροπή | 14.93 (4.24) | 16.65 (4.67) | 17.78 (5.63) | 16.50 (5.84) | 18.30 (6.94) | 2.220 | 0.068 | - |
| Συμπεριφορική Ντροπή | 11.68 (3.63) | 13.38 (4.15) | 14.00 (5.34) | 12.93 (4.72) | 13.1 (5.59) | 1.725 | 0.146 | - |
| Σωματική Ντροπή | 6.10 (2.12) | 5.05 (2.39) | 5.78 (2.84) | 6.32 (2.73) | 7.00 (3.17)+ | 2.874 | 0.024* | 2<5 |
| Περιορισμός | 26.67 (6.29) | 26.07 (4.33) | 25.60 (5.94) | 24.05 (6.80) | 23.20 (6.77) | 3.309 | 0.012* | 1>5 |

| | | | | | | | | |
|-------------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-------|---------|------------|
| Μετατροπή | 29.25 (4.95) | 26.83 (4.14) | 29.25 (4.33) | 26.28 (5.18) | 24.68 (6.08) | 6.343 | <0.001* | 1>5 3>5 |
| Διεύρυνση | 30.43 (3.77) | 30.08 (3.38) | 27.83 (5.04) | 27.85 (4.73) | 27.85 (4.50) | 3.645 | 0.007* | - |
| Υποταγή | 16.15 (2.93) | 16.00 (2.53) | 14.88 (2.88) | 14.85 (3.45) | 15.73 (3.50) | 1.617 | 0.172 | - |
| Συνολική Προσαρμογή | 103.50 (16.11) | 98.98 (12.47) | 97.55 (12.87) | 93.03 (16.27) | 91.45 (19.40) | 3.806 | 0.005* | 1>4 1>5 |
| Το βίωμα της ντροπής | 32.70 (8.58) | 35.08 (9.53) | 37.55 (12.16) | 35.75 (11.61) | 39.40 (14.22) | 1.982 | 0.099 | - |

¹Μεσογειακή Αναιμία, ²Οπτική Αναπηρία, ³Σακχαρώδης Διαβήτης, ⁴Σκλήρυνση κατά πλάκας, ⁵Σωματική Αναπηρία

6.6.4. Διερεύνηση της διαφοροποίησης των κλιμάκων «Προσαρμογή στην αναπηρία», «Βίωμα της ντροπής και «Αξιολόγηση των σχέσεων προσκόλλησης ως προς τα δημογραφικά στοιχεία

Διερεύνηση της διαφοροποίησης της κλίμακας «Προσαρμογή στην Αναπηρία» ως προς τα δημογραφικά στοιχεία

Διερευνήθηκε η διαφοροποίηση της κλίμακας «Προσαρμογής στην Αναπηρία» και των υποκλιμάκων της ως προς τα δημογραφικά στοιχεία (4^ο Ερευνητικό Ερώτημα). Τα αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων παρουσιάζονται συνοπτικά στους Πίνακες 18, 19, 20.

Από τις στατιστικές αναλύσεις προέκυψε ότι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες της προσαρμογής στην αναπηρία είναι το μορφωτικό επίπεδο ($F=5.662$, $p<0.001$), το μηνιαίο εισόδημα ($F=3.640$, $p=0.014$), ο βαθμός ικανοποίησης της υποστήριξης από τα άτομα με τα οποία συναναστρέφονται ($F=6.767$, $p<0.001$), τα προβλήματα υγείας τα οποία αντιμετωπίζουν ($F=4.849$, $p=0.003$) καθώς και η προέλευση της αναπηρίας ($F=5.039$, $p=0.026$). Πιο αναλυτικά, η προσαρμογή στην αναπηρία παρουσιάζεται αυξημένη στα άτομα που έχουν τελειώσει κάποιο ΑΕΙ/ΤΕΙ σε σχέση με αυτά που έχουν τελειώσει Δημοτικό ή Λύκειο και μειωμένη στα άτομα που έχουν τελειώσει Δημοτικό σε σχέση με τα άτομα που έχουν τελειώσει το Γυμνάσιο. Ακόμη, η προσαρμογή στην αναπηρία είναι αυξημένη στα άτομα με μηνιαίο εισόδημα άνω των 1500€ σε σχέση με τα άτομα που λαμβάνουν μηνιαίως 0 – 500€, αυξημένη στα άτομα που είναι πολύ ικανοποιημένα από την υποστήριξη που λαμβάνουν από τα άτομα με τα οποία συναναστρέφονται σε σχέση με τα άτομα που νιώθουν καθόλου, λίγο ή αρκετά ικανοποιημένα. Επίσης, η προσαρμογή στην αναπηρία είναι αυξημένη στα

άτομα που αντιμετωπίζουν λίγα προβλήματα υγείας σε σχέση με αυτά που αντιμετωπίζουν αρκετά και, τέλος, παρουσιάζεται αυξημένη στα άτομα που έχουν την αναπηρία εκ γενετής, σε σχέση με τα άτομα που είναι επίκτητη (Βλ. Πίνακα 18)

Πίνακας 18.

Διερεύνηση διαφοροποίησης της κλίμακας «Προσαρμογή στην αναπηρία» ως προς τα δημογραφικά στοιχεία

| Δημογραφικά Στοιχεία | Κατηγορίες | N | Προσαρμογή στην αναπηρία | | | | |
|------------------------|----------------|-----|--------------------------|-------|-------|-------|----------|
| | | | M.O. | T.A. | F | P | Post hoc |
| Φύλο | Άνδρας | 76 | 97.40 | 14.69 | 0.122 | 0.727 | - |
| | Γυναίκα | 124 | 96.58 | 16.90 | | | |
| Ηλικία | 18 – 25 | 12 | 97.00 | 14.21 | 1.074 | 0.371 | - |
| | 26 – 35 | 31 | 96.77 | 16.26 | | | |
| | 36 – 45 | 71 | 98.46 | 16.01 | | | |
| | 46 – 55 | 62 | 97.53 | 16.05 | | | |
| | 56 και άνω | 24 | 90.75 | 16.71 | | | |
| Οικογενειακή κατάσταση | Άγαμος/η | 84 | 96.59 | 16.39 | 2.418 | 0.068 | - |
| | Διαζευγμένος/η | 21 | 92.61 | 16.30 | | | |
| | Έγγαμος/η | 88 | 99.15 | 14.09 | | | |
| | Χήρος/α | 7 | 85.00 | 27.81 | | | |
| Μορφωτικό Επίπεδο | Δημοτικό | 10 | 83.30 | 19.67 | 5.622 | <0.01 | 1<2 |
| | Γυμνάσιο | 11 | 104.00 | 12.38 | | | 1<5 |
| | Λύκειο | 58 | 91.18 | 16.06 | | | 3<5 |
| | ΕΠΑ.Σ. | 30 | 96.20 | 14.50 | | | |
| | ΑΕΙ / ΤΕΙ | 67 | 102.56 | 14.30 | | | |
| | Μεταπτυχιακό | 24 | 98.16 | 15.52 | | | |
| | Φοιτητής/τρια | 10 | 97.50 | 12.76 | 1.477 | 0.211 | - |
| | Άνεργος/η | 44 | 92.25 | 17.64 | | | |

| | | | | | | | |
|--|-----------------------|-----|--------|-------|-------|--------|-------------------|
| Επαγγελματική Κατάσταση | Ημιαπασχολούμενος | 5 | 104.60 | 9.71 | | | |
| | Εργαζόμενος/η | 63 | 98.85 | 14.31 | | | |
| | Συνταξιούχος/α | 78 | 97.37 | 16.86 | | | |
| Μηνιαίο Εισόδημα | 0 – 500€ | 51 | 91.70 | 18.69 | 3.640 | 0.014 | 1<4 |
| | 501 – 1000€ | 78 | 98.29 | 13.44 | | | |
| | 1001 – 1500€ | 53 | 97.09 | 16.11 | | | |
| | Άνω των 1500€ | 18 | 105.00 | 14.83 | | | |
| Υποστήριξη από άλλα πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι, συγγενείς) | Καθόλου Ικανοποιητική | 18 | 87.66 | 20.08 | 6.767 | <0.001 | 1<4 2<4 3<4 |
| | Λίγο ικανοποιητική | 33 | 93.48 | 14.23 | | | |
| | Αρκετά Ικανοποιητική | 76 | 94.85 | 15.60 | | | |
| | Πολύ Ικανοποιητική | 73 | 102.84 | 14.40 | | | |
| Ρόλος Θρησκευτικότητας στη ζωή σας; | Καθόλου σημαντικός | 38 | 97.78 | 19.27 | 1.971 | 0.120 | - |
| | Λίγο σημαντικός | 44 | 91.81 | 15.03 | | | |
| | Αρκετά σημαντικός | 59 | 97.98 | 14.31 | | | |
| | Πολύ σημαντικός | 59 | 99.03 | 15.82 | | | |
| Αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας; | Κανένα | 35 | 100.91 | 11.24 | 4.849 | 0.003 | 2>3 |
| | Λίγα | 65 | 101.21 | 16.51 | | | |
| | Αρκετά | 71 | 92.60 | 15.62 | | | |
| | Πολλά | 29 | 92.89 | 17.91 | | | |
| Προέλευση Αναπηρίας | Εκ γενετής | 65 | 100.53 | 17.03 | 5.039 | 0.026 | 1>2 |
| | Επίκτητη | 135 | 95.14 | 15.33 | | | |
| Διάστημα Αναπηρίας | Έως 5 έτη | 29 | 94.48 | 15.93 | 2.335 | 0.075 | - |
| | 6 – 10 έτη | 32 | 92.37 | 16.28 | | | |
| | 11 – 20 έτη | 39 | 95.07 | 14.89 | | | |
| | 21 έτη και άνω | 100 | 99.76 | 16.15 | | | |

Αρχικά, στις επιμέρους υποκλίμακες της προσαρμογής και συγκεκριμένα όσον αφορά την υποκλίμακα «Περιορισμός των επιπτώσεων δυσλειτουργίας», στατιστικά σημαντικοί παράγοντες επίδρασης είναι το μορφωτικό επίπεδο ($F=4.079$, $p=0.002$) το

μηνιαίο εισόδημα ($F=3.871$, $p=0.01$), ο βαθμός υποστήριξης από άλλα πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι συγγενείς) ($F=6.210$, $p<0.001$), ο ρόλος της θρησκευτικότητας ($F=3.076$, $p=0.029$), και το αν αντιμετωπίζουν ή όχι προβλήματα υγείας ($F=5.329$, $p=0.001$). Πιο αναλυτικά, ο περιορισμός των επιπτώσεων δυσλειτουργίας παρουσιάζεται αυξημένος στα άτομα που έχουν τελειώσει ΑΕΙ/ΤΕΙ σε σχέση με τα άτομα που έχουν τελειώσει Δημοτικό ή Λύκειο, μειωμένος στα άτομα με μηνιαίο εισόδημα 0 – 500€ σε σχέση με τα άτομα με μηνιαίο εισόδημα άνω των 1500€, αυξημένος στα άτομα που νιώθουν μεγάλη ικανοποίηση από την υποστήριξη σε σχέση με τα άτομα που νιώθουν καθόλου, μικρή ή αρκετή ικανοποίηση, μειωμένος στα άτομα στα οποία ο ρόλος θρησκευτικότητας στη ζωή τους είναι λίγο σημαντικό σε σχέση με τα άτομα που είναι πολύ σημαντικός και, τέλος, μειωμένος στα άτομα που αντιμετωπίζουν αρκετά προβλήματα υγείας σε σχέση με αυτά που αντιμετωπίζουν λίγα ή και καθόλου (Βλ. Πίνακα 19)

Στη συνέχεια, όσον αφορά την υποκλίμακα «Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα» (το άτομο δεν συγκρίνει τον εαυτό του με άλλους, αναγνωρίζει τις προσωπικές του ικανότητες), στατιστικά σημαντικά επιδρούν το μορφωτικό επίπεδο ($F=6.546$, $p<0.001$), η ηλικία ($F=2.835$, $p=0.026$), η επαγγελματική κατάσταση ($F=3.136$, $p=0.016$) και η υποστήριξη από άλλα πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι, συγγενείς) ($F=5.087$, $p=0.002$). Πιο αναλυτικά, παρουσιάζεται μειωμένη στα άτομα που έχουν τελειώσει Δημοτικό σε σχέση με τα άτομα που έχουν τελειώσει το Γυμνάσιο ή έχουν Μεταπτυχιακό, μειωμένη σε άτομα μικρής ηλικίας σε σχέση με άτομα που είναι μεγαλύτερης ηλικίας, μειωμένη σε άτομα που είναι άνεργα, φοιτητές ή συνταξιούχοι σε σχέση με τα άτομα τα οποία εργάζονται, αυξημένη στα άτομα που είναι πολύ ικανοποιημένα από την υποστήριξη που λαμβάνουν σε σχέση με τα άτομα που είναι αρκετά ικανοποιημένα ή και καθόλου και αυξημένη στα άτομα με λίγα προβλήματα υγείας, σε σχέση με τα άτομα που έχουν αρκετά ή πολλά. Τέλος, όσον αφορά την ηλικία και την επαγγελματική κατάσταση, οι ανά δύο συγκρίσεις δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Βλ. Πίνακα 19).

Πίνακας 19.

Διερεύνηση της διαφοροποίησης των υποκλιμάκων «Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας» και «Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα» ως προς τα δημογραφικά στοιχεία.

| Δημογραφικά Στοιχεία | Κατηγορίες | N | Υποκλίμακα | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|------------|---|-------------|------|---|---|----------|-----------|------|---|---|----------|--|--|
| | | | Περιορισμός | | | | | Μετατροπή | | | | | | |
| | | | M.O. | T.A. | F | P | Post hoc | M.O. | T.A. | F | p | Post hoc | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-----|-------|------|-------|---------|-------|-------|------|-------|--------|-----|
| Φύλο | Άνδρας | 76 | 25.18 | 5.51 | 0.058 | 0.810 | - | 27.31 | 4.87 | 0.016 | 0.898 | - |
| | Γυναίκα | 124 | 25.40 | 6.66 | | | | 27.21 | 5.47 | | | |
| Ηλικία | 18 – 25 | 12 | 23.91 | 6.08 | 1.488 | 0.207 | - | 29.41 | 5.35 | 2.835 | 0.026* | - |
| | 26 – 35 | 31 | 24.67 | 6.65 | | | | 28.12 | 5.40 | | | |
| | 36 – 45 | 71 | 26.19 | 6.08 | | | | 27.61 | 5.14 | | | |
| | 46 – 55 | 62 | 25.79 | 5.90 | | | | 27.12 | 4.90 | | | |
| | 56 και άνω | 24 | 23.04 | 6.77 | | | | 24,29 | 5.37 | | | |
| Οικογενειακή κατάσταση | Άγαμος/η | 84 | 25.03 | 6.53 | 1.518 | 0.211 | - | 27.57 | 5.56 | 2.127 | 0.098 | - |
| | Διαζευγμένος/η | 21 | 23.57 | 5,97 | | | | 25.52 | 5.86 | | | |
| | Έγγαμος/η | 88 | 27.64 | 5.59 | | | | 27.64 | 4.33 | | | |
| | Χήρος/α | 7 | 23.71 | 9.89 | | | | 23.71 | 8.33 | | | |
| Μορφωτικό Επίπεδο | Δημοτικό | 10 | 20.90 | 7.27 | 4.079 | 0.002 | 1<5 | 21.90 | 6.20 | 6.546 | <0.001 | 1<2 |
| | Γυμνάσιο | 11 | 28.63 | 4.69 | | | 3<5 | 28.45 | 3.14 | | | 1>5 |
| | Λύκειο | 58 | 23.53 | 6.53 | | | 25.51 | 4.97 | 1<6 | | | |
| | ΕΠΑ.Σ. | 30 | 25.00 | 5.72 | | | 26.76 | 5.34 | 3>5 | | | |
| | ΑΕΙ / ΤΕΙ | 67 | 27.17 | 5.76 | | | 29.35 | 4.62 | | | | |
| | Μεταπτυχιακό | 24 | 25.16 | 5.63 | | | 27.87 | 5.05 | | | | |
| Επαγγελματική Κατάσταση | Φοιτητής/τρια | 10 | 24.00 | 5.86 | 2.212 | 0.069 | - | 3.70 | 3.43 | 3.136 | 0.016* | - |
| | Άνεργος/η | 44 | 23.18 | 6.82 | | | | 25.97 | 6.18 | | | |
| | Ημιαπασχολούμενος | 5 | 28.60 | 3.20 | | | | 29.40 | 3.20 | | | |
| | Εργαζόμενος/η | 63 | 26.17 | 5.62 | | | | 28.34 | 4.40 | | | |
| | Συνταξιούχος/α | 78 | 25.79 | 6.33 | | | | 26.51 | 5.28 | | | |
| Μηνιαίο Εισόδημα | 0 – 500€ | 51 | 23.15 | 6.84 | 3.871 | 0.01* | 1<4 | 26.29 | 6.35 | 1.633 | 0.183 | - |
| | 501 – 1000€ | 78 | 25.83 | 5.69 | | | | 27.64 | 4.44 | | | |
| | 1001 – 1500€ | 53 | 25.60 | 6.12 | | | | 26.94 | 5.38 | | | |
| | Άνω των 1500€ | 18 | 28.38 | 5.50 | | | | 29.22 | 4.19 | | | |
| Υποστήριξη από άλλα πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι, | Καθόλου Ικανοποιητική | 18 | 22.88 | 8.07 | 6.210 | <0.001* | 1<4 | 24.50 | 6.24 | 5.087 | 0.002* | 1<4 |
| | Λίγο ικανοποιητική | 33 | 23.42 | 5.92 | | | 2<4 | 26.48 | 4.74 | | | 3<4 |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------|-----|-------|------|-------|--------|-------|-------|------|-------|---------|-----|
| συγγενείς) | Αρκετά Ικανοποιητική | 76 | 24.48 | 5.59 | | | 3<4 | 26.61 | 5.24 | | | |
| | Πολύ Ικανοποιητική | 73 | 27.64 | 5.88 | | | | 28.94 | 4.76 | | | |
| Ρόλος Θρησκευτικότητας στη ζωή σας; | Καθόλου σημαντικός | 38 | 25.26 | 7.23 | 3.076 | 0.029* | 2<4 | 27.55 | 6.22 | 1.273 | 0.285 | - |
| | Λίγο σημαντικός | 44 | 23.06 | 6.14 | | | | 25.90 | 5.31 | | | |
| | Αρκετά σημαντικός | 59 | 25.61 | 5.65 | | | | 27.52 | 4.74 | | | |
| | Πολύ σημαντικός | 59 | 26.74 | 5.83 | | | | 27.79 | 4.94 | | | |
| Αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας; | Κανένα | 35 | 27.45 | 4.13 | 5.329 | 0.001* | 1>3 | 27.65 | 3.99 | 6.915 | <0.001* | 2>3 |
| | Λίγα | 65 | 26.73 | 6.23 | | | 2>3 | 29.35 | 5.26 | | | 2>4 |
| | Αρκετά | 71 | 23.40 | 6.55 | | | 25.90 | 4.91 | | | | |
| | Πολλά | 29 | 24.24 | 6.22 | | | 25.37 | 5.82 | | | | |
| Προέλευση Αναπηρίας | Εκ γενετής | 65 | 26.40 | 6.21 | 2.915 | 0.089 | - | 28.27 | 5.29 | 3.704 | 0.056 | - |
| | Επίκτητη | 135 | 24.80 | 6.20 | | | | 26.76 | 5.17 | | | |
| Διάστημα Αναπηρίας | Έως 5 έτη | 29 | 25.06 | 5.99 | 2.005 | 0.155 | - | 27.03 | 4.89 | 0.487 | 0.692 | - |
| | 6 – 10 έτη | 32 | 23.40 | 6.34 | | | | 26.37 | 5.72 | | | |
| | 11 – 20 έτη | 39 | 24.61 | 6.37 | | | | 27.17 | 4.97 | | | |
| | 21 έτη και άνω | 100 | 26.28 | 6.12 | | | | 27.63 | 5.32 | | | |

Ακολούθως, όσον αφορά την υποκλίμακα «Διεύρυνση του πεδίου αξιών (αναθεώρηση αξιών), στατιστικά σημαντικοί παράγοντες είναι το μορφωτικό επίπεδο ($F= 2.863$, $p=0.016$) και η υποστήριξη από άλλα πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι, συγγενείς) ($F=5.463$, $p=0.001$). Ειδικότερα, παρουσιάζεται μειωμένη στα άτομα που έχουν τελειώσει το Γυμνάσιο σε σχέση με τα άτομα που έχουν τελειώσει το Λύκειο και αυξημένη στα άτομα που είναι πολύ ικανοποιημένα, σε σχέση με αυτά που είναι αρκετά ή και καθόλου (Βλ. Πίνακα 8).

Τέλος, όσον αφορά την υποκλίμακα «Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης» (το άτομο δεν δίνει ιδιαίτερη σημασία στη σωματική ικανότητα και στην εμφάνιση), στατιστικά σημαντικά επιδρούν το μορφωτικό επίπεδο ($F=3.817$, $p=0.013$) το μηνιαίο εισόδημα ($F= 3.337$, $p=0.02$) και η προέλευση της αναπηρίας ($F= 5.640$, $p=0.019$). Παρουσιάζεται μειωμένη στα άτομα που έχουν τελειώσει το Λύκειο σε σχέση με αυτά που έχουν τελειώσει ΑΕΙ/ΤΕΙ. Παρόλα αυτά, οι ανά δύο έλεγχοι δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά το μηνιαίο εισόδημα και την προέλευση της αναπηρίας (Βλ. Πίνακα 20).

Πίνακας 20.

Διερεύνηση της διαφοροποίησης των υποκλιμάκων «Διεύρυνση του πεδίου αξιών» και «Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης» ως προς τα δημογραφικά στοιχεία

| Δημογραφικά Στοιχεία | Κατηγορίες | N | Υποκλίμακα | | | | | | | | | |
|------------------------|-------------------|-----|------------|------|-------|-------|----------|---------|------|-------|-------|----------|
| | | | Διεύρυνση | | | | | Υποταγή | | | | |
| | | | M.O. | T.A. | F | P | Post hoc | M.O. | T.A. | F | p | Post hoc |
| Φύλο | Άνδρας | 76 | 28.88 | 3.56 | 0.035 | 0.851 | - | 16.02 | 2.87 | 3.309 | 0.07 | - |
| | Γυναίκα | 124 | 28.75 | 5.00 | | | | 15.20 | 3.19 | | | |
| Ηλικία | 18 – 25 | 12 | 28.16 | 4.42 | 0.183 | 0.947 | - | 15.50 | 2.43 | 0.973 | 0.423 | - |
| | 26 – 35 | 31 | 28.80 | 3.62 | | | | 15.16 | 3.30 | | | |
| | 36 – 45 | 71 | 28.63 | 4.87 | | | | 16.01 | 3.33 | | | |
| | 46 – 55 | 62 | 29.16 | 4.62 | | | | 15.45 | 2.76 | | | |
| | 56 και άνω | 24 | 28.70 | 4.39 | | | | 14.70 | 3.19 | | | |
| Οικογενειακή κατάσταση | Άγαμος/η | 84 | 28.53 | 3.83 | 1.987 | 0.117 | - | 15.45 | 3.22 | 2.645 | 0.050 | - |
| | Διαζευγμένος/η | 21 | 28.76 | 4.31 | | | | 14.76 | 2.79 | | | |
| | Έγγαμος/η | 88 | 29.35 | 4.78 | | | | 15.96 | 2.91 | | | |
| | Χήρος/α | 7 | 25.28 | 7.49 | | | | 13.00 | 3.69 | | | |
| Μορφωτικό Επίπεδο | Δημοτικό | 10 | 26.90 | 5.68 | 2,863 | 0.016 | 2<3 | 13.60 | 3.30 | 3.817 | 0.003 | 3<5 |
| | Γυμνάσιο | 11 | 31.90 | 3.91 | | | | 15.00 | 2.82 | | | |
| | Λύκειο | 58 | 27.53 | 5.20 | | | | 14.60 | 3.48 | | | |
| | ΕΠΑ.Σ. | 30 | 29.16 | 3.71 | | | | 15.26 | 2.83 | | | |
| | ΑΕΙ / ΤΕΙ | 67 | 29.55 | 3.64 | | | | 16.47 | 2.77 | | | |
| | Μεταπτυχιακό | 24 | 28.70 | 4.63 | | | | 16.41 | 2.33 | | | |
| Επαγγελματική | Φοιτητής/τρια | 10 | 28.00 | 4.29 | 0.609 | 0.657 | - | 14.80 | 2.57 | 1.060 | 0.378 | - |
| | Άνεργος/η | 44 | 28.29 | 5.04 | | | | 14.79 | 3.83 | | | |
| | Ημιαπασχολούμενος | 5 | 30.20 | 3.49 | | | | 16.40 | 2.50 | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|-----|-------|------|-------|--------|------------|-------|------|-------|--------|---|
| Κατάσταση | Εργαζόμενος/η | 63 | 28.57 | 4.44 | | | | 15.76 | 2.98 | | | |
| | Συνταξιούχος/α | 78 | 29.29 | 4.34 | | | | 15.76 | 2.80 | | | |
| Μηνιαίο Εισόδημα | 0 – 500€ | 51 | 27.84 | 4.60 | 2.357 | 0.073 | - | 14.41 | 3.47 | 3.337 | 0.02* | - |
| | 501 – 1000€ | 78 | 29.11 | 4.58 | | | | 15.70 | 2.90 | | | |
| | 1001 – 1500€ | 53 | 28.54 | 4.07 | | | | 16.00 | 2.97 | | | |
| | Άνω των 1500€ | 18 | 30.94 | 4.56 | | | | 16.44 | 2.52 | | | |
| Υποστήριξη από άλλα πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι, συγγενείς) | Καθόλου Ικανοποιητική | 18 | 26.00 | 5.96 | 5.463 | 0.001* | 1<4 3<4 | 14.27 | 4.04 | 1.992 | 0.116 | - |
| | Λίγο ικανοποιητική | 33 | 28.54 | 3.77 | | | | 15.03 | 2.39 | | | |
| | Αρκετά Ικανοποιητική | 76 | 28.23 | 3.90 | | | | 15.51 | 3.27 | | | |
| | Πολύ Ικανοποιητική | 73 | 30.20 | 4.59 | | | | 16.05 | 2.86 | | | |
| Ρόλος Θρησκευτικότητας στη ζωή σας; | Καθόλου σημαντικός | 38 | 29.07 | 4.71 | 1.349 | 0.260 | - | 15.89 | 3.24 | 0.332 | 0.802 | - |
| | Λίγο σημαντικός | 44 | 27.61 | 3.45 | | | | 15.22 | 2.81 | | | |
| | Αρκετά σημαντικός | 59 | 29.27 | 4.15 | | | | 15.57 | 2.71 | | | |
| | Πολύ σημαντικός | 59 | 29.05 | 5.28 | | | | 15.44 | 3.58 | | | |
| Αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας; | Κανένα | 35 | 29.20 | 5.10 | 1.611 | 0.188 | - | 16.60 | 2.35 | 2.107 | 0.101 | - |
| | Λίγα | 65 | 29.61 | 4.17 | | | | 15.50 | 3.23 | | | |
| | Αρκετά | 71 | 28.00 | 4.18 | | | | 15.29 | 3.16 | | | |
| | Πολλά | 29 | 28.48 | 5.03 | | | | 14.79 | 3.23 | | | |
| Πρόελευση Αναπηρίας | Εκ γενετής | 65 | 29.60 | 4.41 | 3.030 | 0.083 | - | 16.26 | 2.99 | 5.640 | 0.019* | - |
| | Επίκτητη | 135 | 28.42 | 4.51 | | | | 15.16 | 3.09 | | | |
| Διάστημα Αναπηρίας | Έως 5 έτη | 29 | 28.31 | 3.95 | | | | 14.06 | 3.18 | | | |
| | 6 – 10 έτη | 32 | 27.28 | 4.20 | | | | 15.31 | 3.08 | | | |
| | 11 – 20 έτη | 39 | 28.07 | 4.52 | | | | 15.20 | 3.13 | | | |
| | 21 έτη και άνω | 100 | 29.72 | 4.59 | | | | 16.13 | 2.94 | | | |

Διερεύνηση της διαφοροποίησης της κλίμακας «Βίωμα της Ντροπής» ως προς τα δημογραφικά στοιχεία

Διερευνήθηκε η διαφοροποίηση της κλίμακας «Βίωμα της ντροπής» και των υποκλιμάκων της ως προς τα δημογραφικά στοιχεία (4^ο Ερευνητικό Ερώτημα). Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκαν F – test (ANOVA) της χαρακτηρισολογικής ντροπής με κάθε ένα δημογραφικό στοιχείο ξεχωριστά. Τα αποτελέσματα των ελέγχων παρουσιάζονται συνοπτικά στους Πίνακες 21, 22 και 23 .

Από τις στατιστικές αναλύσεις προέκυψε ότι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες επίδρασης στην κλίμακα «Βίωμα της ντροπής» είναι το μηνιαίο εισόδημα ($F= 3.269$, $p=0.022$), ο βαθμός ικανοποίησης της υποστήριξης από τα άτομα με τα οποία συναναστρέφονται (οικογένεια, φίλοι, συγγενείς) ($F= 4.706$, $p=0.003$) και τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν ($F= 2.899$, $p=0.036$). Πιο αναλυτικά, το βίωμα της ντροπής είναι αυξημένο στα άτομα με μηνιαίο εισόδημα 0 – 500€ σε σχέση με τα άτομα με μηνιαίο εισόδημα άνω των 1500€, είναι μειωμένο στα άτομα που είναι πολύ ικανοποιημένα από την υποστήριξη από τα άτομα με τα οποία συναναστρέφονται σε σχέση με τα άτομα που είναι λίγο ή αρκετά ικανοποιημένα και, τέλος, το βίωμα της ντροπής είναι αυξημένο στα άτομα που αντιμετωπίζουν αρκετά προβλήματα υγείας, σε σχέση με τα άτομα που δεν αντιμετωπίζουν. (Βλ. Πίνακα 21).

Πίνακας 21.

Διερεύνηση της διαφοροποίησης της κλίμακας «Βίωμα της ντροπής» ως προς τα δημογραφικά στοιχεία

| Δημογραφικά Στοιχεία | Κατηγορίες | N | Το βίωμα της ντροπής | | | | |
|----------------------|------------|-----|----------------------|-------|-------|-------|----------|
| | | | M.O. | T.A. | F | P | Post hoc |
| Φύλο | Ανδρας | 76 | 36.84 | 11.33 | 0.516 | 0.474 | - |
| | Γυναίκα | 124 | 35.63 | 11.63 | | | |
| Ηλικία | 18 – 25 | 12 | 40.16 | 12.93 | 2.270 | 0.063 | - |
| | 26 – 35 | 31 | 40.58 | 9.79 | | | |
| | 36 – 45 | 71 | 35.59 | 12.16 | | | |
| | 46 – 55 | 62 | 34.85 | 10.93 | | | |
| | 56 και άνω | 24 | 32.95 | 11.03 | | | |
| | Άγαμος/η | 84 | 38.15 | 11.52 | 1.858 | 0.138 | - |

| | | | | | | | |
|--|--------------------------|----|-------|-------|-------|-------|------------|
| Οικογενειακή κατάσταση | Διαζευγμένος/η | 21 | 32.90 | 8.56 | | | |
| | Έγγαμος/η | 88 | 34.79 | 11.51 | | | |
| | Χήρος/α | 7 | 37.28 | 16.30 | | | |
| Μορφωτικό Επίπεδο | Δημοτικό | 10 | 37.50 | 13.79 | 0.837 | 0.525 | - |
| | Γυμνάσιο | 11 | 29.45 | 7.87 | | | |
| | Λύκειο | 58 | 36.82 | 12.46 | | | |
| | ΕΠΑ.Σ. | 30 | 36.36 | 11.45 | | | |
| | ΑΕΙ / ΤΕΙ | 67 | 35.92 | 11.48 | | | |
| | Μεταπτυχιακό | 24 | 36.91 | 9.54 | | | |
| Επαγγελματική Κατάσταση | Φοιτητής/τρια | 10 | 40.50 | 11.53 | 1.365 | 0.247 | - |
| | Ανεργος/η | 44 | 37.02 | 12.85 | | | |
| | Ημιαπασχολούμενος | 5 | 35.80 | 10.80 | | | |
| | Εργαζόμενος/η | 63 | 37.46 | 10.89 | | | |
| | Συνταξιούχος/α | 78 | 33.92 | 11.10 | | | |
| Μηνιαίο Εισόδημα | 0 – 500€ | 51 | 39.80 | 13.51 | 3.269 | 0.022 | 1>4 |
| | 501 – 1000€ | 78 | 35.52 | 11.37 | | | |
| | 1001 – 1500€ | 53 | 35.11 | 10.27 | | | |
| | Άνω των 1500€ | 18 | 30.94 | 5.48 | | | |
| Υποστήριξη από άλλα πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι, συγγενείς) | Καθόλου Ικανοποιητική | 18 | 37.38 | 12.40 | 4.706 | 0.003 | 2>4 3>4 |
| | Λίγο ικανοποιητική | 33 | 40.27 | 12.23 | | | |
| | Αρκετά Ικανοποιητική | 76 | 37.53 | 11.51 | | | |
| | Πολύ Ικανοποιητική | 73 | 32.38 | 10.01 | | | |
| Ρόλος Θρησκευτικότητας στη ζωή σας; | Καθόλου σημαντικός | 38 | 36.68 | 12.20 | 0.146 | 0.932 | - |
| | Λίγο σημαντικός | 44 | 35.77 | 11.20 | | | |
| | Αρκετά σημαντικός | 59 | 36.61 | 10.64 | | | |
| | Πολύ σημαντικός | 59 | 35.44 | 12.31 | | | |
| Αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας; | Κανένα | 35 | 31.17 | 8.50 | 2.899 | 0.036 | 1<3 |
| | Λίγα | 65 | 36.58 | 10.17 | | | |

| | | | | | | | |
|---------------------|----------------|-----|-------|-------|-------|-------|---|
| | Αρκετά | 71 | 37.98 | 11.89 | | | |
| | Πολλά | 29 | 36.31 | 14.92 | | | |
| Προέλευση Αναπηρίας | Εκ γενετής | 65 | 36.15 | 10.89 | 0.003 | 0.960 | - |
| | Επίκτητη | 135 | 36.06 | 11.83 | | | |
| Διάστημα Αναπηρίας | Έως 5 έτη | 29 | 36.62 | 11.54 | 1.878 | 0.135 | - |
| | 6 – 10 έτη | 32 | 34.37 | 10.16 | | | |
| | 11 – 20 έτη | 39 | 39.76 | 13.96 | | | |
| | 21 έτη και άνω | 100 | 35.06 | 10.66 | | | |

Αναλυτικότερα, όσον αφορά την υποκλίμακα «Χαρακτηρολογική ντροπή (ντροπή για τις προσωπικές δεξιότητες και τις συνήθειες), στατιστικά σημαντικοί παράγοντες επίδρασης είναι το μηνιαίο εισόδημα ($F=3.176$, $p=0.025$) και ο βαθμός ικανοποίησης της υποστήριξης από τα άτομα με τα οποία συναναστρέφονται (οικογένεια, φίλοι, συγγενείς) ($F=4.333$, $p=0.006$). Πιο αναλυτικά, η χαρακτηριστική ντροπή παρουσιάστηκε αυξημένη στα άτομα με μηνιαίο εισόδημα 0 – 500€ σε σχέση με τα άτομα με μηνιαίο εισόδημα άνω των 1500€ και μειωμένη στα άτομα που είναι πολύ ικανοποιημένα από την υποστήριξη σε σχέση με τα άτομα που είναι λίγο ή αρκετά ικανοποιημένα. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα με αναπηρία που αισθάνονται ντροπή για τις προσωπικές τους δεξιότητες είναι άτομα τα οποία έχουν χαμηλό εισόδημα και λαμβάνουν μικρότερη υποστήριξη από το περιβάλλον τους. Βέβαια όσον αφορά τη συμπεριφορική ντροπή (ντροπή για τα λεγόμενα και τις πράξεις του) δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικοί παράγοντες επίδρασής της (Βλ. Πίνακα 22).

Πίνακας 22.

Διερεύνηση της διαφοροποίησης των υποκλιμάκων «Χαρακτηρολογική Ντροπή» και «Συμπεριφορική Ντροπή» ως προς τα δημογραφικά στοιχεία

| Δημογραφικά Στοιχεία | Κατηγορίες | N | Υποκλίμακα | | | | | | | | | |
|----------------------|------------|-----|------------------------|------|-------|-------|------|----------------------|------|-------|----------|---|
| | | | Χαρακτηρολογική Ντροπή | | | | | Συμπεριφορική Ντροπή | | | Post hoc | |
| | | | M.O. | T.A. | F | P | M.O. | T.A. | F | p | | |
| Φύλο | Ανδρας | 76 | 17.87 | 5.84 | 4.267 | 0.04 | | 13.36 | 4.82 | 0.105 | 0.746 | |
| | Γυναίκα | 124 | 16.19 | 5.39 | | | | 13.13 | 4.77 | | | |
| | 18 – 25 | 12 | 17.83 | 6.19 | 1.925 | 0.108 | - | 15,41 | 5,11 | 2.348 | 0.056 | - |
| | 26 – 35 | 31 | 19.13 | 4.72 | | | | 15,00 | 4,27 | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|----|-------|------|-------|-------|------------|-------|------|-------|-------|---|
| Ηλικία | 36 – 45 | 71 | 16.58 | 5.80 | | | | 12,80 | 4,97 | | | |
| | 46 – 55 | 62 | 16.26 | 5.68 | | | | 12,79 | 4,43 | | | |
| | 56 και άνω | 24 | 15.58 | 5.17 | | | | 12,13 | 5,01 | | | |
| Οικογενειακή κατάσταση | Άγαμος/η | 84 | 18.00 | 5.66 | 2.410 | 0.068 | - | 13.80 | 4.71 | 1.089 | 0.355 | - |
| | Διαζευγμένος/η | 21 | 15.57 | 4.37 | | | | 12.33 | 4.45 | | | |
| | Έγγαμος/η | 88 | 15.94 | 5.53 | | | | 12.76 | 4.71 | | | |
| | Χήρος/α | 7 | 17.71 | 7.52 | | | | 14.42 | 6.97 | | | |
| Μορφωτικό Επίπεδο | Δημοτικό | 10 | 17.90 | 6.72 | 1.040 | 0.395 | - | 14.00 | 4.52 | 0.266 | 0.931 | |
| | Γυμνάσιο | 11 | 13.72 | 4.14 | | | | 12.00 | 4.47 | | | |
| | Λύκειο | 58 | 17.01 | 6.23 | | | | 13.53 | 5.21 | | | |
| | ΕΠΑ.Σ. | 30 | 16.53 | 5.41 | | | | 12.93 | 4.61 | | | |
| | ΑΕΙ / ΤΕΙ | 67 | 16.68 | 5.15 | | | | 13.16 | 4.94 | | | |
| | Μεταπτυχιακό | 24 | 18.12 | 5.52 | | | | 13.21 | 3.87 | | | |
| Επαγγελματική Κατάσταση | Φοιτητής/τρια | 10 | 18.60 | 5.56 | 1.2-6 | 0.310 | - | 15.50 | 4.86 | 1.412 | 0.231 | - |
| | Άνεργος/η | 44 | 17.25 | 6.06 | | | | 13.41 | 5.10 | | | |
| | Ημιαπασχολούμενος | 5 | 16.40 | 5.55 | | | | 12.60 | 4.39 | | | |
| | Εργαζόμενος/η | 63 | 17.54 | 5.52 | | | | 13.78 | 4.55 | | | |
| | Συνταξιούχος/α | 78 | 15.82 | 5.40 | | | | 12.40 | 4.73 | | | |
| Μηνιαίο Εισόδημα | 0 – 500€ | 51 | 18.53 | 6.65 | 3.176 | 0.025 | 1>4 | 14.55 | 5.33 | 2.091 | 0.103 | |
| | 501 – 1000€ | 78 | 16.68 | 5.33 | | | | 12.97 | 4.85 | | | |
| | 1001 – 1500€ | 53 | 16.32 | 5.17 | | | | 12.75 | 4.60 | | | |
| | Άνω των 1500€ | 18 | 14.17 | 3.26 | | | | 11.83 | 2.01 | | | |
| Υποστήριξη από άλλα πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι, συγγενείς) | Καθόλου Ικανοποιητική | 18 | 17.38 | 6.59 | 4.333 | 0.006 | 2>4 3>4 | 13.38 | 4.85 | 2.607 | 0.053 | - |
| | Λίγο ικανοποιητική | 33 | 18.81 | 5.89 | | | | 14.84 | 4.65 | | | |
| | Αρκετά Ικανοποιητική | 76 | 17.50 | 5.40 | | | | 13.47 | 4.89 | | | |
| | Πολύ Ικανοποιητική | 73 | 15.09 | 5.05 | | | | 12.16 | 4.53 | | | |
| Ρόλος Θρησκευτικότητας | Καθόλου σημαντικός | 38 | 17.34 | 6.01 | 0.285 | 0.836 | - | 13.39 | 5.01 | 0.593 | 0.620 | - |
| | Λίγο σημαντικός | 44 | 17.09 | 5.75 | | | | 12.40 | 4.56 | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------|-----|-------|------|-------|-------|---|-------|------|-------|-------|---|
| στη ζωή σας; | Αρκετά σημαντικός | 59 | 16.79 | 5.34 | | | | 13.64 | 4.37 | | | |
| | Πολύ σημαντικός | 59 | 16.33 | 5.59 | | | | 13.27 | 5.18 | | | |
| Αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας; | Κανένα | 35 | 14.74 | 4.06 | 2.162 | 0.094 | - | 11.62 | 3.79 | 1.712 | 0.166 | - |
| | Λίγα | 65 | 16.90 | 5.06 | | | | 13.81 | 4.68 | | | |
| | Αρκετά | 71 | 17.59 | 5.91 | | | | 13.46 | 4.75 | | | |
| | Πολλά | 29 | 17.31 | 7.10 | | | | 13.17 | 5.81 | | | |
| Προέλευση Αναπηρίας | Εκ γενετής | 65 | 16.66 | 5.10 | 0.086 | 0.769 | - | 13.09 | 4.36 | 0.063 | 0.802 | - |
| | Επίκτητη | 135 | 16.91 | 5.85 | | | | 13.27 | 4.97 | | | |
| Διάστημα Αναπηρίας | Έως 5 έτη | 29 | 16.86 | 5.55 | 2.329 | 0.076 | - | 13.37 | 4.41 | 1.043 | 0.375 | - |
| | 6 – 10 έτη | 32 | 16.43 | 5.59 | | | | 12.15 | 3.93 | | | |
| | 11 – 20 έτη | 39 | 18.28 | 6.47 | | | | 14.87 | 5.85 | | | |
| | 21 έτη και άνω | 100 | 16.38 | 5.25 | | | | 12.86 | 4.55 | | | |

Τέλος, όσον αφορά την τρίτη υποκλίμακα του βιώματος της ντροπής, τη «Σωματική ντροπή» (ντροπή για σώμα και την εμφάνιση), προέκυψε ότι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες είναι το μορφωτικό επίπεδο ($F=2.528$, $p=0.03$) ο βαθμός ικανοποίησης της υποστήριξης από τα άτομα με τα οποία συναναστρέφονται (οικογένεια, φίλοι, συγγενείς) ($F=4.682$, $p=0.004$) και τα προβλήματα υγείας τα οποία αντιμετωπίζει ($F=5.429$, $p<0.001$). Ειδικότερα, η σωματική ντροπή παρουσιάστηκε μειωμένη στα άτομα που έχουν τελειώσει το Γυμνάσιο σε σχέση με τα άτομα που έχουν επαγγελματικές σπουδές, μειωμένη στα άτομα που είναι αρκετά ικανοποιημένα από την υποστήριξη των ατόμων με τα οποία συναναστρέφονται, σε σχέση με τα άτομα που είναι πολύ ικανοποιημένα. Επιπλέον, παρουσιάστηκε αυξημένη στα άτομα με πολλά προβλήματα υγείας, σε σχέση με τα άτομα που έχουν λίγα (Βλ. Πίνακα 23).

Πίνακας 23.

Διερεύνηση της διαφοροποίησης της υποκλίμακας «Σωματική Ντροπή» ως προς τα δημογραφικά στοιχεία

| Δημογραφικά Στοιχεία | Κατηγορίες | N | Σωματική Ντροπή | | | | Post hoc |
|----------------------|------------|----|-----------------|------|-------|-------|----------|
| | | | M.O. | T.A. | F | P | |
| Φύλο | Άνδρας | 76 | 5.62 | 2.49 | 3.108 | 0.079 | - |

| | | | | | | | |
|---|--------------------------|-----|------|------|-------|-------|-----|
| | Γυναίκα | 124 | 6.31 | 2.84 | | | |
| Ηλικία | 18 – 25 | 12 | 6.92 | 3.06 | 1.179 | 0.321 | - |
| | 26 – 35 | 31 | 6.45 | 2.73 | | | |
| | 36 – 45 | 71 | 6.21 | 2.85 | | | |
| | 46 – 55 | 62 | 5.81 | 2.56 | | | |
| | 56 και άνω | 24 | 5.25 | 2.52 | | | |
| Οικογενειακή κατάσταση | Άγαμος/η | 84 | 6.34 | 2.84 | 1.649 | 0.179 | - |
| | Διαζευγμένος/η | 21 | 5.00 | 2.07 | | | |
| | Έγγαμος/η | 88 | 6.09 | 2.65 | | | |
| | Χήρος/α | 7 | 5.14 | 3.33 | | | |
| Μορφωτικό Επίπεδο | Δημοτικό | 10 | 5.60 | 3.33 | 2.528 | 0.03 | 2<4 |
| | Γυμνάσιο | 11 | 3.72 | 1.19 | | | |
| | Λύκειο | 58 | 6.27 | 2.68 | | | |
| | ΕΠΑ.Σ. | 30 | 6.90 | 2.55 | | | |
| | ΑΕΙ / ΤΕΙ | 67 | 6.07 | 2.76 | | | |
| | Μεταπτυχιακό | 24 | 5.62 | 2.69 | | | |
| Επαγγελματική Κατάσταση | Φοιτητής/τρια | 10 | 6.40 | 3.03 | 0.608 | 0.658 | - |
| | Άνεργος/η | 44 | 6.36 | 2.91 | | | |
| | Ημιαπασχολούμενος | 5 | 6.80 | 2.95 | | | |
| | Εργαζόμενος/η | 63 | 6.14 | 2.85 | | | |
| | Συνταξιούχος/α | 78 | 5.71 | 2.48 | | | |
| Μηνιαίο Εισόδημα | 0 – 500€ | 51 | 6.73 | 2.95 | 2.182 | 0.091 | - |
| | 501 – 1000€ | 78 | 5.87 | 2.79 | | | |
| | 1001 – 1500€ | 53 | 6.04 | 2.45 | | | |
| | Άνω των 1500€ | 18 | 4.94 | 2.21 | | | |
| Υποστήριξη από άλλα πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι, συγγενείς) | Καθόλου Ικανοποιητική | 18 | 6.61 | 3.14 | 4.682 | 0.004 | 3<4 |
| | Λίγο ικανοποιητική | 33 | 6.60 | 3.08 | | | |
| | Αρκετά Ικανοποιητική | 76 | 6.56 | 2.66 | | | |

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------|-----|------|------|-------|-------|-----|
| | Πολύ Ικανοποιητική | 73 | 5.12 | 2.28 | | | |
| Ρόλος Θρησκευτικότητας στη ζωή σας; | Καθόλου σημαντικός | 38 | 5.94 | 3.07 | 0.278 | 0.841 | - |
| | Λίγο σημαντικός | 44 | 6.27 | 2.47 | | | |
| | Αρκετά σημαντικός | 59 | 6.16 | 2.57 | | | |
| | Πολύ σημαντικός | 59 | 5.83 | 2.85 | | | |
| Αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας; | Κανένα | 35 | 4.80 | 2.25 | 5.429 | 0.001 | 1<3 |
| | Λίγα | 65 | 5.86 | 2.41 | | | |
| | Αρκετά | 71 | 6.92 | 2.70 | | | |
| | Πολλά | 29 | 5.82 | 3.29 | | | |
| Προέλευση Αναπηρίας | Εκ γενετής | 65 | 6.40 | 2.62 | 1.594 | 0.208 | - |
| | Επίκτητη | 135 | 5.88 | 2.76 | | | |
| Διάστημα Αναπηρίας | Έως 5 έτη | 29 | 6.37 | 3.04 | 1.043 | 0.375 | - |
| | 6 – 10 έτη | 32 | 5.78 | 2.53 | | | |
| | 11 – 20 έτη | 39 | 6.61 | 3.16 | | | |
| | 21 έτη και άνω | 100 | 5.82 | 2.49 | | | |

Διερεύνηση της διαφοροποίησης των υποκλιμάκων της αξιολόγησης των σχέσεων προσκόλλησης (Διάσταση του άγχους-Διάσταση της αποφυγής) ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Διερευνήθηκε η διαφοροποίηση των υποκλιμάκων της αξιολόγησης των σχέσεων προσκόλλησης ως προς τα δημογραφικά στοιχεία (4^ο Ερευνητικό Ερώτημα). Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε F-test (ANOVA) της αξιολόγησης των σχέσεων προσκόλλησης, της διάστασης άγχους και της διάστασης αποφυγής με κάθε ένα δημογραφικό στοιχείο ξεχωριστά. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 24.

Αναλυτικότερα, όσον αφορά τους παράγοντες επίδρασης στην υποκλίμακα «Διάσταση του άγχους», από τη στατιστική ανάλυση προέκυψαν τρεις στατιστικά σημαντικοί παράγοντες. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι οι παράγοντες επίδρασης στη διάσταση του άγχους είναι η οικογενειακή κατάσταση ($F=3.266$, $p=0.22$), το μορφωτικό επίπεδο ($F=4.250$, $p=0.001$) και το μηνιαίο εισόδημα ($F=3.986$, $p=0.009$). Πιο αναλυτικά, κάνοντας ανά δύο συγκρίσεις και χρησιμοποιώντας τη διόρθωση Bonferroni, προέκυψε ότι οι άγαμοι έχουν μικρότερη διάσταση άγχους σε σχέση με

τους έγγαμους, τα άτομα που έχουν τελειώσει έως δημοτικό έχουν μεγαλύτερη διάσταση άγχους σε σχέση με τα άτομα που έχουν τελειώσει Γυμνάσιο ή ΑΕΙ/ΤΕΙ. Επίσης, η διάσταση άγχους παρουσιάστηκε αυξημένη στα άτομα με μηνιαίο εισόδημα 0 – 500€ σε σχέση με τα άτομα με μηνιαίο εισόδημα άνω των 1500€ (Βλ. Πίνακα 24)

Όσον αφορά την υποκλίμακα «Διάσταση της αποφυγής», στατιστικά σημαντικοί παράγοντες επίδρασης στη διάσταση αποφυγής είναι ο βαθμός ικανοποίησης από την υποστήριξη των ατόμων με τα οποία συναναστρέφονται (οικογένεια, φίλοι, συγγενείς) ($F=4.412$, $p=0.005$) και τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν ($F=4.842$, $p=0.003$). Συγκεκριμένα, κάνοντας ανά δύο συγκρίσεις και χρησιμοποιώντας τη μέθοδο Bonferroni, η διάσταση αποφυγής παρουσιάστηκε μειωμένη στα άτομα που είναι λίγο ικανοποιημένα σε σχέση με τα άτομα που είναι πολύ ικανοποιημένα, ενώ παρουσιάστηκε αυξημένη στα άτομα με πολλά προβλήματα υγείας σε σχέση με αυτά που έχουν λίγα (Βλ. Πίνακα 24)

Πίνακας 24.

Διερεύνηση της διαφοροποίησης των υποκλιμάκων της κλίμακας «Αξιολόγηση των σχέσεων προσκόλλησης» ως προς τα δημογραφικά στοιχεία

| Δημογραφικά Στοιχεία | Κατηγορίες | N | Υποκλίμακα | | | | | | | | | |
|------------------------|----------------|-----|-----------------|------|-------|-------|----------|-------------------|------|-------|-------|----------|
| | | | Διάσταση Άγχους | | | | | Διάσταση Αποφυγής | | | | |
| | | | M.O. | T.A. | F | P | Post hoc | M.O. | T.A. | F | P | Post hoc |
| Φύλο | Άνδρας | 76 | 2.57 | 0.90 | 0.122 | 0.727 | - | 3.04 | 0.76 | 0.035 | 0.852 | - |
| | Γυναίκα | 124 | 2.53 | 0.94 | | | | 3.02 | 0.66 | | | |
| Ηλικία | 18 – 25 | 12 | 2,83 | 0,74 | 2.034 | 0.091 | - | 2,69 | 0,40 | 0.978 | 0.421 | - |
| | 26 – 35 | 31 | 2,91 | 1,17 | | | | 3,03 | 0,78 | | | |
| | 36 – 45 | 71 | 2,46 | 0,94 | | | | 2,99 | 0,58 | | | |
| | 46 – 55 | 62 | 2,41 | 0,81 | | | | 3,07 | 0,78 | | | |
| | 56 και άνω | 24 | 2,55 | 0,79 | | | | 3,15 | 0,76 | | | |
| Οικογενειακή κατάσταση | Άγαμος/η | 84 | 2.75 | 0.99 | 3.266 | 0.022 | 1<3 | 2.92 | 0.66 | 0.982 | 0.402 | - |
| | Διαζευγμένος/η | 21 | 2.37 | 0.72 | | | | 3.10 | 1.01 | | | |
| | Έγγαμος/η | 88 | 2.35 | 0.84 | | | | 3.07 | 0.64 | | | |
| | Χήρος/α | 7 | 2.88 | 1.01 | | | | 3.21 | 0.47 | | | |
| | Δημοτικό | 10 | 3.37 | 0.93 | 4.250 | 0.001 | 1>2 | 3.40 | 0.79 | 1.728 | 0.130 | - |
| | Γυμνάσιο | 11 | 1.91 | 0.65 | | | 1>5 | 3.65 | 1.18 | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-----|------|------|-------|-------|-----|------|------|-------|-------|-----|
| Μορφωτικό Επίπεδο | Λύκειο | 58 | 2.67 | 0.90 | | | | 3.00 | 0.85 | | | |
| | ΕΠΑ.Σ. | 30 | 2.74 | 0.92 | | | | 3.27 | 0.72 | | | |
| | ΑΕΙ / ΤΕΙ | 67 | 2.32 | 0.91 | | | | 3.13 | 0.68 | | | |
| | Μεταπτυχιακό | 24 | 2.52 | 0.76 | | | | 3.03 | 0.77 | | | |
| Επαγγελματική Κατάσταση | Φοιτητής/τρια | 10 | 2.94 | 0.87 | 2.439 | 0.048 | - | 2.68 | 0.40 | 0.633 | 0.640 | - |
| | Άνεργος/η | 44 | 2.68 | 1.05 | | | | 3.05 | 0.77 | | | |
| | Ημιαπασχολούμενος | 5 | 2.74 | 0.66 | | | | 3.03 | 0.51 | | | |
| | Εργαζόμενος/η | 63 | 2.67 | 0.90 | | | | 3.05 | 0.61 | | | |
| | Συνταξιούχος/α | 78 | 2.30 | 0.84 | | | | 3.03 | 0.75 | | | |
| Μηνιαίο Εισόδημα | 0 – 500€ | 51 | 2.87 | 0.95 | 3.986 | 0.009 | 1>4 | 2.96 | 0.77 | 0.611 | 0.609 | - |
| | 501 – 1000€ | 78 | 2.45 | 0.94 | | | | 2.98 | 0.68 | | | |
| | 1001 – 1500€ | 53 | 2.53 | 0.84 | | | | 3.11 | 0.69 | | | |
| | Άνω των 1500€ | 18 | 2.09 | 0.72 | | | | 3.12 | 0.56 | | | |
| Υποστήριξη από άλλα πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι, συγγενείς) | Καθόλου Ικανοποιητική | 18 | 2.80 | 1.01 | 2.025 | 0.112 | - | 2.75 | 0.70 | 4.412 | 0.005 | 2<4 |
| | Λίγο ικανοποιητική | 33 | 2.65 | 0.94 | | | | 2.74 | 0.72 | | | |
| | Αρκετά Ικανοποιητική | 76 | 2.62 | 0.85 | | | | 3.04 | 0.70 | | | |
| | Πολύ Ικανοποιητική | 73 | 2.34 | 0.94 | | | | 3.19 | 0.62 | | | |
| Ρόλος Θρησκευτικό τητας στη ζωή σας; | Καθόλου σημαντικός | 38 | 2.46 | 1.05 | 0.190 | 0.903 | - | 2.92 | 0.70 | 0.932 | 0.426 | - |
| | Λίγο σημαντικός | 44 | 2.60 | 0.93 | | | | 2.93 | 0.78 | | | |
| | Αρκετά σημαντικός | 59 | 2.57 | 0.73 | | | | 3.12 | 0.55 | | | |
| | Πολύ σημαντικός | 59 | 2.51 | 1.00 | | | | 3.05 | 0.74 | | | |
| Αντιμετωπίζε τε προβλήματα υγείας; | Κανένα | 35 | 2.18 | 0.82 | 2.285 | 0.08 | - | 3.25 | 0.72 | 4.842 | 0.003 | 2<4 |
| | Λίγα | 65 | 2.57 | 0.88 | | | | 2.88 | 0.69 | | | |
| | Αρκετά | 71 | 2.65 | 0.96 | | | | 2.91 | 0.60 | | | |
| | Πολλά | 29 | 2.63 | 0.95 | | | | 3.32 | 0.71 | | | |
| Πρόελευση Αναπηρίας | Εκ γενετής | 65 | 2.45 | 0.87 | 0.961 | 0.328 | - | 3.03 | 0.55 | 0.031 | 0.860 | - |
| | Επίκτητη | 135 | 2.58 | 0.94 | | | | 3.01 | 0.75 | | | |
| Διάστημα Αναπηρίας | Έως 5 έτη | 29 | 2.56 | 0.92 | 0.233 | 0.873 | - | 2.94 | 0.71 | 0.681 | 0.564 | - |
| | 6 – 10 έτη | 32 | 2.59 | 1.00 | | | | 2.94 | 0.63 | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|-----|------|------|--|--|--|------|------|--|--|--|
| | 11 – 20 έτη | 39 | 2.62 | 0.90 | | | | 2.96 | 0.68 | | | |
| | 21 έτη και άνω | 100 | 2.49 | 0.90 | | | | 3.09 | 0.71 | | | |

6.6.5 Συσχέτιση των υποκλιμάκων της κλίμακας «Προσαρμογή στην Αναπηρία με τις υποκλίμακες της κλίμακας «Βίωμα της Ντροπής».

Προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της προσαρμογής στην αναπηρία και των επιμέρους διαστάσεων της με το βίωμα της ντροπής (5^ο Ερευνητικό Ερώτημα) και των επιμέρους διαστάσεων του, πραγματοποιήθηκαν, επίσης, οι κατάλληλοι έλεγχοι συσχέτισης με τον δείκτη αξιοπιστίας Pearson r. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, σε κάθε περίπτωση ορίστηκε στο 0.05. Οι επιμέρους συνάφειες για την κάθε ομάδα αναπηρίας παρουσιάζονται στο Παράρτημα 1 της παρούσας εργασίας. Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων για το σύνολο του δείγματος απεικονίζονται συνοπτικά στον Πίνακα 25. Από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι και οι τέσσερις (4) υποκλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία (μετατροπή, περιορισμός, διεύρυνση, υποταγή) συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τις υποκλίμακες του βιώματος της ντροπής (χαρακτηρολογική, συμπεριφορική, σωματική ντροπή) (Βλ. Πίνακα 25).

Πίνακας 25:

Συσχετίσεις των υποκλιμάκων της κλίμακας «Προσαρμογή στην αναπηρία» με τις υποκλίμακες της κλίμακας «Βίωμα της Ντροπής»

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Χαρακτηρολογική ντροπή | Συμπεριφορική ντροπή | Σωματική ντροπή |
|-------------|---------|------------------------|----------------------|-----------------|
| Μετατροπή | R | -0.407** | -0.236** | -0.388** |
| | P | <0.001 | <0.001 | <0.001 |
| | N | 200 | 200 | 200 |
| Περιορισμός | R | -0.499** | -0.302** | -0.439** |
| | P | <0.001 | <0.001 | <0.001 |
| | N | 200 | 200 | 200 |
| Διεύρυνση | R | -0.313** | -0.193** | -0.289** |
| | P | <0.001 | 0.006 | <0.001 |

| | | | | |
|---------|---|----------|----------|----------|
| | N | 200 | 200 | 200 |
| | R | -0.320** | -0.279** | -0.237** |
| Υποταγή | P | <0.001 | <0.001 | 0.001 |
| | N | 200 | 200 | 200 |

Πιο αναλυτικά, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων «Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα» και «Χαρακτηρολογική ντροπή», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και αρνητική ($r=-0.407$). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, τόσο μειώνεται το συναίσθημα της χαρακτηρολογικής ντροπής. Αντίστοιχα, εμφανίζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων «Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα» και «Συμπεριφορική ντροπή», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική ($r= -0.236$). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, τόσο μειώνεται το συναίσθημα της συμπεριφορικής ντροπής. Τέλος, εντοπίζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων «Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα» και «Σωματική ντροπή», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική ($r=-0.388$). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, τόσο μειώνεται το συναίσθημα της σωματικής ντροπής. Συνεπώς, από τις συσχετίσεις βρέθηκε ότι τα άτομα που καταφέρνουν να μετατρέπουν τις συγκριτικές αξίες σε προσόντα, νιώθουν λιγότερο χαρακτηρολογική, συμπεριφορική και σωματική ντροπή (Βλ. Πίνακα 26).

Πίνακας 26:

Συσχετίσεις της υποκλίμακας «Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα» με τις υποκλίμακες της κλίμακας «Βίωμα της Ντροπής»

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Χαρακτηρολογική ντροπή | Συμπεριφορική ντροπή | Σωματική ντροπή |
|------------|---------|------------------------|----------------------|-----------------|
| | R | -0.407** | -0.236** | -0.388** |
| Μετατροπή | P | <0.001 | <0.001 | <0.001 |
| | N | 200 | 200 | 200 |

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν και μεταξύ της υποκλίμακας «Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας» με τις υποκλίμακες του βιώματος της ντροπής. Αναλυτικότερα, εντοπίζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων «Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας» και «Χαρακτηρολογική ντροπή», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και αρνητική ($r=-0.499$). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται ο περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας τόσο μειώνεται το συναίσθημα της χαρακτηρολογικής ντροπής. Αντίστοιχα, παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων «Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας» και «Συμπεριφορική ντροπή», η οποία χαρακτηρίζεται, η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική ($r= - 0.302$). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται ο περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας τόσο μειώνεται το συναίσθημα της συμπεριφορικής ντροπής. Τέλος, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων «Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας» και «Σωματική ντροπή», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και αρνητική ($r=-0.439$). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται ο περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας τόσο μειώνεται το συναίσθημα της σωματικής ντροπής. Συνεπώς, από τις συσχετίσεις βρέθηκε ότι τα άτομα που δε νιώθουν χαρακτηρολογική, συμπεριφορική ή σωματική ντροπή καταφέρνουν να περιορίσουν τις επιπτώσεις δυσλειτουργίας (Βλ. Πίνακα 27).

Πίνακας 27:

Συσχετίσεις της υποκλίμακας «Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας» με τις υποκλίμακες της κλίμακας «Βίωμα της Ντροπής»

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Χαρακτηρολογική ντροπή | Συμπεριφορική ντροπή | Σωματική ντροπή |
|-------------|---------|------------------------|----------------------|-----------------|
| | R | -0.499** | -0.302** | -0.439** |
| Περιορισμός | P | <0.001 | <0.001 | <0.001 |
| | N | 200 | 200 | 200 |

Αναφέρθηκε στην αρχή της παρούσας υποενότητας ότι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ της υποκλίμακας «Διεύρυνση του πεδίου αξιών» με τις υποκλίμακες του βιώματος της ντροπής. Συγκεκριμένα, εντοπίζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων «Διεύρυνση πεδίου αξιών» και «Χαρακτηρολογική ντροπή», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική ($r=-0.313$). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η διεύρυνση του πεδίου αξιών τόσο μειώνεται το συναίσθημα της χαρακτηρολογικής ντροπής. Αντίστοιχα,

βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων «Διεύρυνση του πεδίου αξιών» και «Συμπεριφορική ντροπή», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική ($r = -0.193$). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η διεύρυνση του πεδίου αξιών τόσο μειώνεται το συναίσθημα της συμπεριφορικής ντροπής. Ακολούθως, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων «Διεύρυνση πεδίου αξιών» και «Σωματική ντροπή», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική ($r = -0.289$). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η διεύρυνση του πεδίου αξιών τόσο μειώνεται το συναίσθημα της σωματικής ντροπής. Από τα αποτελέσματα αναδεικνύεται ότι τα άτομα που δε νιώθουν σε μεγάλο βαθμό χαρακτηριστική, συμπεριφορική ή σωματική ντροπή, καταφέρνουν να διευρύνουν το πεδίο αξιών (Βλ. Πίνακα 28).

Πίνακας 28:

Συσχετίσεις της υποκλίμακας «Διεύρυνση» με τις υποκλίμακες της κλίμακας «Βίωμα της Ντροπής»

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Χαρακτηρολογική ντροπή | Συμπεριφορική ντροπή | Σωματική ντροπή |
|------------|---------|------------------------|----------------------|-----------------|
| | R | -0.313** | -0.193** | -0.289** |
| Διεύρυνση | P | <0.001 | 0.006 | <0.001 |
| | N | 200 | 200 | 200 |

Τέλος, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχέτισεις μεταξύ της υποκλίμακας «Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης» με τις υποκλίμακες του βιώματος της ντροπής. Πιο αναλυτικά, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων «Υποταγή» και «Χαρακτηρολογική ντροπή», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική ($r = -0.320$). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης τόσο μειώνεται το συναίσθημα της χαρακτηριστικής ντροπής. Αντίστοιχα, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων «Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης» και «Συμπεριφορική ντροπή», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική ($r = -0.279$). Τέλος, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων «Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης» και «Σωματική ντροπή», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική ($r = -0.237$). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης τόσο μειώνεται το συναίσθημα της σωματικής ντροπής. Από τα αποτελέσματα αναδεικνύεται ότι τα άτομα που δε νιώθουν σε μεγάλο βαθμό χαρακτηριστική, συμπεριφορική ή σωματική ντροπή τείνουν να μη δίνουν ιδιαίτερη σημασία στη σωματική ικανότητα και την εμφάνιση (Βλ. Πίνακα 29).

Πίνακας 29:

Συσχετίσεις της υποκλίμακας «Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης» με τις υποκλίμακες της κλίμακας Βίωμα της Ντροπής»

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Χαρακτηρολογική ντροπή | Συμπεριφορική ντροπή | Σωματική ντροπή |
|------------|---------|------------------------|----------------------|-----------------|
| | R | -0.320** | -0.279** | -0.237** |
| Υποταγή | P | <0.001 | <0.001 | 0.001 |
| | N | 200 | 200 | 200 |

6.6.6 Συσχέτιση των υποκλιμάκων της κλίμακας «Αξιολόγηση Σχέσεων Προσκόλλησης» με τις υποκλίμακες της κλίμακας «Προσαρμογή στην Αναπηρία».

Προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των υποκλιμάκων της Αξιολόγησης των σχέσεων προσκόλλησης (διάσταση του άγχους-διάσταση της αποφυγής) και των υποκλιμάκων προσαρμογής στην αναπηρία (6^ο Ερευνητικό ερώτημα) πραγματοποιήθηκαν, επίσης, οι κατάλληλοι έλεγχοι συσχέτισης με τον δείκτη αξιοπιστίας Pearson r. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, σε κάθε περίπτωση ορίστηκε στο 0.05. Τα αποτελέσματα απεικονίζονται συνοπτικά στον Πίνακα 30. Οι επιμέρους συσχετίσεις για την κάθε ομάδα αναπηρίας του δείγματος βρίσκονται στο Παράρτημα 1 της παρούσας εργασίας. Από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι η «Διάσταση άγχους» συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά και με τις τέσσερις (4) υποκλίμακες της προσαρμογής στην αναπηρία, ενώ η «Διάσταση της αποφυγής» συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά μόνο με την υποκλίμακα «Διεύρυνση πεδίου αξιών».

Πιο αναλυτικά, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων «Διάσταση του άγχους» και «Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και αρνητική ($r=-0.462$). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η διάσταση του άγχους τόσο μειώνεται η «Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα». Αντίστοιχα, στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ των υποκλιμάκων «Διάσταση του άγχους» και «Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας», η οποία χαρακτηρίζεται μέτρια και αρνητική ($r=-0.493$). Η συγκεκριμένη τιμή υποδηλώνει ότι

όσο αυξάνεται η διάσταση του άγχους τόσο μειώνεται ο «Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας». Ακολούθως, στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρουσιάστηκε μεταξύ των υποκλιμάκων «Διάσταση του άγχους» και «Διεύρυνση πεδίου αξιών», η οποία χαρακτηρίζεται ως μικρή και αρνητική ($r=-0.280$). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η «Διάσταση του άγχους» τόσο μειώνεται η «Διεύρυνση πεδίου αξιών». Αντίστοιχα, στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ των υποκλιμάκων «Διάσταση του άγχους» και «Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και αρνητική ($r=-0.446$). Η συγκεκριμένη τιμή υποδηλώνει ότι όσο αυξάνεται η «Διάσταση του άγχους» τόσο μειώνεται η «Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης». Από τα αποτελέσματα αναδεικνύεται ότι τα άτομα με διάσταση άγχους τείνουν να έχουν υστερούν στη μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα. στον περιορισμό των επιπτώσεων δυσλειτουργίας στη διεύρυνση του πεδίου αξιών και στην υποταγή εξωτερικής εμφάνισης (Βλ. Πίνακα 30).

Τέλος, βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων «Διάσταση της αποφυγής» και «Διεύρυνση πεδίου αξιών», η οποία χαρακτηρίζεται μικρή και θετική ($r=0.320$). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η διάσταση της αποφυγής τόσο αυξάνεται και η διεύρυνση πεδίου αξιών. Οι συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων της διάστασης αποφυγής με τις υποκλίμακες «Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα», «Περιορισμό των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας» και «Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης» δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Επομένως, δε φαίνεται να συνδέεται η διάσταση αποφυγής με τη μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, τον περιορισμό των επιπτώσεων δυσλειτουργίας και την υποταγή εξωτερικής εμφάνισης (Βλ. Πίνακα 30).

Πίνακας 30:

Συσχετίσεις των υποκλιμάκων της κλίμακας «Αξιολόγηση σχέσεων προσκόλλησης» με τις υποκλίμακες της κλίμακας «Προσαρμογή στην αναπηρία»

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Μετατροπή | Περιορισμός | Διεύρυνση | Υποταγή |
|-------------------|---------|-----------|-------------|-----------|----------|
| Διάσταση άγχους | R | -0.462** | -0.493** | -0.280** | -0.446** |
| | P | <0.001 | <0.001 | <0.001 | <0.001 |
| | N | 200 | 200 | 200 | 200 |
| Διάσταση αποφυγής | R | -0,035 | 0,061 | 0,320** | -0,073 |
| | P | 0,627 | 0,389 | 0,000 | 0,305 |
| | N | 200 | 200 | 200 | 200 |

* $p<0.05$, ** $p<0.01$

6.6.7 Συσχέτιση των υποκλιμάκων της κλίμακας «Αξιολόγηση Σχέσεων Προσκόλλησης με τις υποκλίμακες της κλίμακας «Βίωμα της Ντροπής».

Προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των υποκλιμάκων της Αξιολόγησης των σχέσεων προσκόλλησης και των υποκλιμάκων του βιώματος της ντροπής (7^ο Ερευνητικό Ερώτημα), πραγματοποιήθηκαν, επίσης, οι κατάλληλοι έλεγχοι συσχέτισης με τον δείκτη αξιοπιστίας Pearson r . Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, σε κάθε περίπτωση ορίστηκε στο 0.05. Οι επιμέρους συσχετίσεις για την κάθε ομάδα αναπηρίας του δείγματος βρίσκονται στο Παράρτημα 1. Τα αποτελέσματα απεικονίζονται συνοπτικά στον Πίνακα 31. Από τα αποτελέσματα αναδείχθηκε ότι η Διάσταση άγχους συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά και με τις τρεις υποκλίμακες του βιώματος της ντροπής, ενώ η διάσταση της αποφυγής δε συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με καμία.

Πιο αναλυτικά, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων «Διάσταση του άγχους» και «Χαρακτηρολογική ντροπή», η οποία χαρακτηρίζεται ως μέτρια και θετική ($r=0.424$). Η συγκεκριμένη τιμή σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η διάσταση του άγχους τόσο αυξάνεται και η χαρακτηρολογική ντροπή. Αντίστοιχα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων «Διάσταση του άγχους και «Συμπεριφορική ντροπή», η οποία χαρακτηρίζεται μικρή και θετική ($r=0.391$). Η συγκεκριμένη τιμή υποδηλώνει ότι όσο αυξάνεται η διάσταση του άγχους τόσο αυξάνεται και η συμπεριφορική ντροπή. Ακολούθως, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων «Διάσταση του άγχους» και «Σωματική ντροπή», η οποία χαρακτηρίζεται μικρή και θετική ($r=0.378$). Η συγκεκριμένη τιμή υποδηλώνει ότι όσο αυξάνεται η διάσταση του άγχους τόσο αυξάνεται και η σωματική ντροπή. Γενικότερα, από τα αποτελέσματα αναδεικνύεται ότι τα άτομα με υψηλή διάσταση άγχους τείνουν να νιώθουν μεγάλη χαρακτηρολογική, συμπεριφορική και σωματική ντροπή. Τέλος, οι συσχετίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων «Διάσταση της αποφυγής» με τη χαρακτηρολογική, τη συμπεριφορική και τη σωματική ντροπή δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Από τα αποτελέσματα αναδεικνύεται ότι δεν συνδέεται η διάσταση αποφυγής με τις διαστάσεις του βιώματος της ντροπής (Βλ. Πίνακας 31).

Πίνακας 31:

Συσχετίσεις των υποκλιμάκων της κλίμακας «Αξιολόγηση σχέσεων προσκόλλησης» με τις υποκλίμακες της κλίμακας «Βίωμα της Ντροπής»

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Χαρακτηρολογική ντροπή | Συμπεριφορική ντροπή | Σωματική ντροπή |
|-------------------|---------|------------------------|----------------------|-----------------|
| Διάσταση άγχους | R | 0.424** | 0.391** | 0.378** |
| | P | <0.01 | <0.01 | <0.01 |
| | N | 200 | 200 | 200 |
| Διάσταση αποφυγής | R | -0,050 | 0,049 | -0,048 |
| | P | 0,480 | 0,493 | 0,497 |
| | N | 200 | 200 | 200 |

*p<0.05, **p<0.01

6.6.8 Μοντέλο ερμηνείας της προσαρμογής στην αναπηρία μέσω της αξιολόγησης σχέσεων προσκόλλησης, του βιώματος της ντροπής και του είδους της αναπηρίας

Εξετάστηκε η σχέση της προσαρμογής στην αναπηρία με την αξιολόγηση των σχέσεων προσκόλλησης και το βίωμα της ντροπής και κατά πόσο η σχέση αυτή διαφοροποιείται ανάλογα με το είδος αναπηρίας. Για το σκοπό αυτό, προσαρμόστηκε το μοντέλο της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης έχοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή την συνολική μέση τιμή της προσαρμογής στην αναπηρία (ADS_R) και ανεξάρτητες μεταβλητές τη συνολική μέση τιμή της αξιολόγησης των σχέσεων προσκόλλησης (RSQ), του βιώματος της ντροπής (Ntr), καθώς και 4 dummyμεταβλητές, οι οποίες ορίζονται ως εξής:

$$dummy1 = \begin{cases} 1, \text{αν το άτομο έχει μεσογειακή αναιμία} \\ 0, \text{αλλιώς} \end{cases}$$

$$dummy2 = \begin{cases} 1, \text{αν το άτομο έχει οπτική αναπηρία} \\ 0, \text{αλλιώς} \end{cases}$$

$$dummy3 = \begin{cases} 1, \text{αν το άτομο έχει σακχαρώδη διαβήτη} \\ 0, \text{αλλιώς} \end{cases}$$

$$dummy4 = \begin{cases} 1, \text{ αν το άτομο έχει σκλήρυνση κατά πλάκας} \\ 0, \text{ αλλιώς} \end{cases}$$

Έτσι, το μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης που προσαρμόστηκε είναι το εξής:

$$ADS_R = \beta_0 + \beta_1 * RSQ + \beta_2 * Ntr + \beta_3 dummy1 + \beta_4 * dummy2 + \beta_5 * dummy3 + \beta_6 * dummy4$$

Παράλληλα, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος «κατά βήματα» (stepwise) έτσι ώστε να διερευνηθούν οι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες του μοντέλου. Από την ανάλυση προέκυψε το ακόλουθο μοντέλο:

$$ADS_R = 133.182 - 6.429 * RSQ - 0.487 * Ntr - 5.223 * dummy4$$

Το μοντέλο αυτό είναι στατιστικά σημαντικό (F=26.808, p<0.001) και εξηγεί το 28% της συνολικής μεταβλητότητας της προσαρμογής στην αναπηρία.

Πίνακας 32

ANOVA^a

| Model | | Sum of Squares | Df | Mean Square | F | Sig. |
|-------|------------|----------------|-----|-------------|--------|--------------------|
| 1 | Regression | 14944,467 | 3 | 4981,489 | 26,808 | 0,000 ^b |
| | Residual | 36421,533 | 196 | 185,824 | | |
| | Total | 51366,000 | 199 | | | |

a. Dependent Variable: Συνολική Προσαρμογή

b. Predictors: (Constant), dummy4, Το βίωμα της ντροπής, Αξιολόγηση σχέσεων προσκόλλησης

Πίνακας 33

Model Summary

| Model | R | R Square | Adjusted R Square | Std. Error of the Estimate |
|-------|--------------------|----------|-------------------|----------------------------|
| 1 | 0,539 ^a | 0,291 | 0,280 | 13,63173 |

a. Predictors: (Constant), dummy4, Το βίωμα της ντροπής, Αξιολόγηση σχέσεων προσκόλλησης

Ο συντελεστής της αξιολόγησης των σχέσεων προσκόλλησης είναι -6.429, που σημαίνει ότι μοναδιαία αύξηση στη τιμή της αξιολόγησης των σχέσεων προσκόλλησης οδηγεί σε μείωση της προσαρμογής της αναπηρίας κατά 6.429 μονάδες.

Ο συντελεστής του βιώματος της ντροπής είναι -0.487, που σημαίνει ότι μοναδιαία αύξηση στο βίωμα της ντροπής οδηγεί σε μείωση της προσαρμογής της αναπηρίας κατά 0.487 μονάδες.

Από τις dummyμεταβλητές, μόνο η dummy4 είναι στατιστικά σημαντική. Αυτό σημαίνει ότι η σχέση της προσαρμογής στην αναπηρία με την αξιολόγηση των σχέσεων προσκόλλησης και το βίωμα της ντροπής είναι η ίδια για τα άτομα με μεσογειακή αναιμία, οπτική αναπηρία, σακχαρώδη διαβήτη και σωματική αναπηρία, έχοντας ως σταθερό όρο το 133.182. Όσον αφορά τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, ο σταθερός όρος δεν είναι ο ίδιος. Επειδή ο συντελεστής της μεταβλητής dummy4 είναι -5.223, αυτό σημαίνει ότι ο σταθερός όρος είναι κατά 5.223 μονάδες μικρότερος στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, σε σχέση με τα άτομα με κάποιο άλλο είδος αναπηρίας.

Συγκρίνοντας του τυποποιημένους συντελεστές παλινδρόμησης (standardizedbetacoefficients) προκύπτει ότι ο πιο σημαντικός παράγοντας επιρροής της προσαρμογής στην αναπηρία είναι το βίωμα της ντροπής.

Πίνακας 34

Coefficients^a

| Model | Unstandardized Coefficients | | Standardized Coefficients | | T | Sig. | 95,0% Confidence Interval for B | |
|---------------------------------|-----------------------------|------------|---------------------------|--|--------|-------|---------------------------------|-------------|
| | B | Std. Error | Beta | | | | Lower Bound | Upper Bound |
| | 1 (Constant) | 133,182 | 4,306 | | | | | 30,930 |
| Το βίωμα της ντροπής | -0,487 | 0,092 | -0,349 | | -5,315 | 0,000 | -0,668 | -0,306 |
| Αξιολόγηση σχέσεων προσκόλλησης | -6,429 | 1,520 | -0,278 | | -4,230 | 0,000 | -9,426 | -3,431 |
| dummy4 | -5,223 | 2,410 | -0,130 | | -2,167 | 0,031 | -9,976 | -0,469 |

a. Dependent Variable: Συνολική Προσαρμογή

Κεφάλαιο 7^ο:ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Για την επίτευξη των στόχων που προέκυψαν μέσα από την παρούσα μελέτη, σε πρώτο στάδιο διερευνήθηκε αν υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ του δείγματος και συγκεκριμένα μεταξύ των ατόμων με μεσογειακή αναιμία, οπτική αναπηρία, σακχαρώδη διαβήτη, σκλήρυνση κατά πλάκας και σωματική αναπηρία ως προς την προσαρμογή στην αναπηρία, το συναίσθημα της ντροπής και τη διάσταση του άγχους και τη διάσταση της αποφυγής στο δεσμό προσκόλλησης ενηλίκων. Εξετάστηκε κατά πόσο οι παραπάνω μεταβλητές διαφοροποιούνται ως προς διάφορα περιγραφικά στοιχεία του δείγματος, για όλο το δείγμα συνολικά. Αναφορικά με τα διάφορα περιγραφικά στοιχεία όπως: (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο κ.λπ.) συμπεριλήφθησαν και στοιχεία τα οποία σχετίζονται με τα άτομα με αναπηρία (ρόλος της θρησκευτικότητας, υποστήριξη από την οικογένεια, συγγενείς, φίλους, η φύση της αναπηρία (εκ γενετής, επίκτητη) και το διάστημα της αναπηρίας. Διερευνήθηκε, ακόμη, η ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των τριών μεταβλητών της έρευνας: της προσαρμογής στην αναπηρία, του βιώματος της ντροπής και του δεσμού προσκόλλησης για το σύνολο του δείγματος. Τέλος, εξετάστηκε αν το βίωμα της ντροπής και ο δεσμός προσκόλλησης αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες προσαρμογής στην αναπηρία για την κάθε ομάδα αναπηρίας του δείγματος.

Από την στατιστική ανάλυση προέκυψαν σημαντικά αποτελέσματα, τα οποία αναλύονται παρακάτω και ταυτόχρονα γίνεται αναφορά σε πιθανές ερμηνείες τους. Τέλος, γίνεται λόγος σε βασικούς περιορισμούς της συγκεκριμένης έρευνας και γίνονται προτάσεις για μελλοντική εμβάθυνση ή εξέλιξη του παρόντος θέματος.

Αρχικά, η συνολική προσαρμογή στην αναπηρία υπολογίστηκε μέσω των επιμέρους διαστάσεων της, οι οποίες είναι ο περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας, η μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, η διεύρυνση πεδίου αξιών και η υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης. Αναφορικά με τη συνολική προσαρμογή αλλά και στις υποκλίμακες της, οι ομάδες του δείγματος παρουσίασαν υψηλά επίπεδα προσαρμογής στην αναπηρία. Συγκεκριμένα, ως προς τις αναπηρίες του δείγματος, αναδείχθηκε ότι τα άτομα με μεσογειακή αναιμία παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη συνολική προσαρμογή στην αναπηρία, ακολουθούμενα από τα άτομα με οπτική αναπηρία, έπειτα τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, τα οποία παρουσιάζουν οριακά υψηλή προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας και τέλος, τα άτομα με σωματική αναπηρία που παρουσιάζουν μέτρια προς υψηλά επίπεδα προσαρμογής. Το εύρημα σχετικά με τα υψηλά επίπεδα προσαρμογής των ατόμων με μεσογειακή αναιμία έρχεται σε συμφωνία με μια μελέτη από τον ελλαδικό χώρο (Προβατά, 2018), στην οποία, επίσης, αναδείχθηκε ότι τα άτομα με μεσογειακή αναιμία παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα προσαρμογής. Το εύρημα αυτό πιθανόν να οφείλεται στην προέλευση της ίδιας της αναπηρίας.

Η μεσογειακή αναιμία αποτελεί μια ομάδα κληρονομικών αιματολογικών διαταραχών (Muncie & Campbell, 2009). Έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα με εγγενείς αναπηρίες προσαρμόζονται καλύτερα, από ότι τα άτομα που απέκτησαν την αναπηρία κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Αυτό πιθανό να οφείλεται στο γεγονός, ότι

τα άτομα με εγγενή αναπηρία δεν γνώρισαν ποτέ τους εαυτούς τους διαφορετικά, είχαν πάντα τις ίδιες ικανότητες και δεν βίωσαν ποτέ την εμπειρία του ψυχολογικού τραύματος και της αλλοιωμένης εικόνας του σώματος, που βιώνουν τα άτομα με μια επίκτητη αναπηρία (Κλεφτάρας, 2006).

Αντίστοιχα, το εύρημα σχετικά με τα υψηλά επίπεδα προσαρμογής στα άτομα με οπτική αναπηρία συμφωνεί με τη μελέτη των Bergeron και Wanet-Defalque (2013) καθώς και με μια ελληνική μελέτη (Προβατά, 2018) ωστόσο, έρχεται σε αντίθεση με πορίσματα άλλων ερευνών (Tabrett & Latham, 2012· Tunde-Ayinmode, Akande, & Ademola-Popoola, 2011), στα οποία τα άτομα με οπτική αναπηρία παρουσιάζονται να μην έχουν προσαρμοστεί επιτυχώς στην αναπηρία τους. Επίσης, μια άλλη μελέτη στον ελλαδικό χώρο (Βορδώνη, 2017) έδειξε πως τα άτομα με οπτική αναπηρία παρουσιάζουν μέτρια επίπεδα προσαρμογής στην αναπηρία τους. Το αποτέλεσμα στην ομάδα των ατόμων με οπτική αναπηρία πιθανόν να οφείλεται στο διάστημα της αναπηρίας, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος αυτών των ατόμων έχει την αναπηρία από 21 έτη και άνω. Έχει αποδειχθεί από τη βιβλιογραφία ότι άτομα που απέκτησαν οπτική αναπηρία τα τελευταία δύο (2) έτη, παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα προσαρμογής και αποδοχής της αναπηρίας τους, καθώς και άρνηση αποδοχής της αναπηρίας, σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν την αναπηρία για διάστημα μεγαλύτερο των δύο (2) ετών (Bergeron & Wanet-Defalque, 2013).

Ακολουθως, όσον αφορά το εύρημα της αυξημένης προσαρμογής που εμφανίζουν τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, εμφανίζεται να συμφωνεί με δύο παλαιότερες μελέτες (Gregg et al., 2007·Richardson et al., 2001), καθώς με μια μελέτη στον ελλαδικό χώρο (Προβατά, 2018), στις οποίες αναδείχθηκε ότι τα με σακχαρώδη διαβήτη παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα ενήλικα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη διατρέχουν διπλάσιο έως τριπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης πολλών προβλημάτων υγείας (WHO, 2018). Έχει αποδειχθεί, επίσης, ότι τα προβλήματα υγείας επιδρούν αρνητικά στην προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας (McCracken & Zhao-O'Brien, 2010). Ωστόσο, οι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης, όπως φάνηκε από τα χαρακτηριστικά του δείγματος, στην πλειονότητα τους αντιμετωπίζουν λίγα προβλήματα υγείας, γεγονός που πιθανόν εξηγεί και την προσαρμογή αυτών των ατόμων στην αναπηρία τους/χρόνια πάθησή τους.

Αντίστοιχα, το εύρημα στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, επίσης συμφωνεί με προϋπάρχουσες μελέτες (Lule' et al., 2012), καθώς και με μια ελληνική μελέτη (Προβατά, 2018), στις οποίες αναδείχθηκαν τα άτομα με σκλήρυνση να έχουν προσαρμοστεί στην αναπηρία. Ωστόσο, το παραπάνω αποτέλεσμα έρχεται σε αντίθεση με άλλες έρευνες (Ghafari et al., 2015·Okanli et al., 2016), στις οποίες βρέθηκε ότι τα άτομα με σκλήρυνση δεν έχουν προσαρμοστεί επιτυχώς στην αναπηρία τους. Μια πιθανή εξήγηση στο εύρημα που αφορά τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να αποτελεί το «παράδοξο της αναπηρίας» που αναφέρεται στο γεγονός ότι οι άνθρωποι με μια σοβαρή και επίμονη αναπηρία, βιώνουν μιας καλής ποιότητας ζωή και καταφέρνουν να προσαρμοστούν σε μια κατάσταση αναπηρίας (Albrecht & Devlieger, 1999, όπ. αναφ. στο Lule' et al., 2011). Όπως φαίνεται από τα

χαρακτηριστικά του δείγματος, τα άτομα με σκλήρυνση αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα υγείας, έχουν μικρό εισόδημα και είναι άτομα κυρίως μέσης ηλικίας, παρ' όλα αυτά παρουσιάζουν οριακά υψηλά επίπεδα προσαρμογής στην αναπηρία τους. Επίσης, αναδεικνύεται για τα άτομα αυτά ο ρόλος της θρησκείας ως ιδιαίτερα σημαντικός για τη ζωής τους. Έχει αποδειχθεί ότι η θρησκευτική πίστη αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στην αποδοχή και στην προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας (Chiu et al., 2013·Ghafari et al., 2015). Πιθανολογείται ότι τα άτομα με σκλήρυνση καταφεύγουν στην αναζήτηση θεϊκής βοήθειας, η οποία θεωρείται ως μια στρατηγική αντιμετώπισης μιας αγχογόνου κατάστασης, όπως αποτελεί αντίστοιχα η αναπηρία τους (Καραδήμας,1998) και γι' αυτό το λόγο προσαρμόζονται στην αναπηρία τους.

Τέλος, βρέθηκε ότι τα άτομα με σωματική αναπηρία παρουσιάζουν μια μέτρια προσαρμογή, κάτι που συμφωνεί τόσο με ξενόγλωσσες (Jiao et al.,2012·Nicholls et al.,2011) όσο και με ελληνικές μελέτες (Βορδώνη, 2017), στις οποίες αναδείχθηκε ότι τα επίπεδα προσαρμογής κυμάνθηκαν σε χαμηλά και μέτρια επίπεδα αντίστοιχα. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται, επίσης, σε αντίθεση με προϋπάρχουσες έρευνες, στην ξενόγλωσσα βιβλιογραφία (Byra, 2018), καθώς και σε μια ελληνική μελέτη (Προβατά, 2018), στις οποίες αντίστοιχα, βρέθηκε ότι τα άτομα με σωματική αναπηρία παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα προσαρμογής. Μια πιθανή εξήγηση ως προς συγκεκριμένο εύρημα ίσως να αποτελεί η φύση της ίδιας της αναπηρίας, κατά την οποία μειώνεται η λειτουργικότητα των μελών του σώματος. Λόγω των λειτουργικών περιορισμών, το άτομο βιώνει ποικίλα κοινωνικά εμπόδια, όπως ανεπαρκή προσβασιμότητα, μικρότερη συμμετοχή στην εργασία (Thomson, 2017·van Campen & Cardol, 2009, όπ. αναφ. στο Meulenkamp, Rijken, Cardol, Francke, & Rademakers, 2019), γεγονός που πιθανόν εξηγεί την μερική προσαρμογή των ατόμων με σωματική αναπηρία. Αναφορικά με τις υποκλίμακες της προσαρμογής, εντοπίστηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των ατόμων με αναπηρία. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την υποκλίμακα περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας, η σημαντικά χαμηλότερη μέση τιμή των ατόμων με σωματική αναπηρία σε σχέση με τα άτομα με μεσογειακή αναιμία υποδηλώνει ότι τα άτομα με σωματική αναπηρία δεν περιορίζουν τόσο τις αρνητικές επιπτώσεις της αναπηρίας. Αντιθέτως, τα άτομα με μεσογειακή αναιμία προσπαθούν περισσότερο να περιορίσουν την αρνητική επίδραση της αναπηρίας, επιδιώκοντας την προσαρμογή. Καταληκτικά, όσον αφορά την υποκλίμακα μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, η σημαντικά χαμηλότερη μέση τιμή στα άτομα με σωματική αναπηρία σε σχέση με τα άτομα που έχουν μεσογειακή αναιμία ή σακχαρώδη διαβήτη υποδηλώνει ότι τα άτομα με σωματική αναπηρία δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στα εξωτερικά πρότυπα αντί να αναγνωρίζουν τις προσωπικές τους δυνατότητες και ικανότητες και γενικότερα την αξία τους ως άτομα. Ωστόσο, τα άτομα με χρόνιες παθήσεις (σακχαρώδης διαβήτη, μεσογειακή αναιμία) δεν συγκρίνουν τους εαυτούς με άλλους αλλά δίνουν έμφαση στις προσωπικές τους ικανότητες, γεγονός που συμβάλλει στην μεγαλύτερη προσαρμογή τους σε μια κατάσταση αναπηρίας.

Όσον αφορά τη δεύτερη μεταβλητή της έρευνας, το βίωμα της ντροπής υπολογίστηκε μέσω των επιμέρους διαστάσεων της, οι οποίες είναι η χαρακτηριστική ντροπή (ντροπή για τις προσωπικές δεξιότητες και συνήθειες), η συμπεριφορική ντροπή (ντροπή για τα λεγόμενα και τις πράξεις) και η σωματική ντροπή (ντροπή για το σώμα και την εμφάνιση). Αναφορικά με το συνολικό βίωμα της ντροπής, οι ομάδες του δείγματος παρουσίασαν από χαμηλά έως και σε μεσαία επίπεδα το συναίσθημα της ντροπής. Πιο συγκεκριμένα, ως προς τις αναπηρίες του δείγματος, αναδείχθηκε ότι τα άτομα με σωματική αναπηρία παρουσίασαν τα υψηλότερα επίπεδα ντροπής, σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες, ακολουθούμενα από τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, έπειτα τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, τα άτομα με οπτική αναπηρία και τέλος, τα άτομα με μεσογειακή αναιμία, τα οποία παρουσίασαν τα πιο χαμηλά επίπεδα ντροπής.

Αναλυτικότερα, το εύρημα σχετικά με τα μεσαία επίπεδα ντροπής στα άτομα με σωματική αναπηρία, εμφανίζεται συμφωνεί με μελέτες (Hiba et al., 2019· Ten Klooster et al., 2014), στις οποίες, επίσης, διαπιστώθηκε άτομα με αναπηρία να βιώνουν γενικότερα το συναίσθημα της ντροπής, χωρίς όμως να σημειώνουν υψηλές βαθμολογίες. Ωστόσο, το παραπάνω εύρημα έρχεται σε αντίθεση με προϋπάρχουσες έρευνες για τα άτομα με σωματική αναπηρία (Kerstens et al., 2019· Lewis Brown & Turner, 2010· Ten Klooster et al., 2014), στις οποίες διαπιστώθηκε το συναίσθημα της ντροπής βρισκόταν σε υψηλά επίπεδα. Αντίστοιχα, στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη το συναίσθημα της ντροπής βρέθηκε σε μεσαία επίπεδα, εύρημα που συμφωνεί με μια μελέτη (Turland, 2016), στην οποία, επίσης, αναδείχθηκε ότι τα επίπεδα της ντροπής κυμάνθηκαν σε χαμηλά προς μεσαία επίπεδα. Όμως, στην βιβλιογραφία εντοπίζονται ποιοτικές μελέτες, στις οποίες διαπιστώνεται το αντίστροφο, δηλαδή η επικράτηση του συναισθήματος της ντροπής (Sparapani et al., 2015· Stotz et al., 2019). Ακολουθως, το αποτέλεσμα σχετικά με τα μεσαία επίπεδα ντροπής στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας έρχεται σε αντίθεση με παλαιότερες μελέτες (Bonilla et al., 2013) που είχαν πραγματοποιηθεί σε μικρότερο πληθυσμό και ανέδειξαν ότι το συναίσθημα της ντροπής κυμαίνονταν σε υψηλά επίπεδα. Όσον αφορά την ομάδα των ατόμων με οπτική αναπηρία παρουσιάστηκε, επίσης, το συναίσθημα της ντροπής να κυμαίνεται σε μεσαία επίπεδα, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με ποιοτικές μελέτες (Lourens & Swartz, 2016· Saur et al., 2016), στις οποίες παρουσιάζονταν το συναίσθημα της ντροπής ιδιαίτερο έντονο. Τέλος, στα άτομα με μεσογειακή αναιμία το συναίσθημα της ντροπής κυμάνθηκε, αντίστοιχα, σε χαμηλά επίπεδα.

Γενικότερα, το παραπάνω εύρημα σχετικά με τα χαμηλά προς μεσαία επίπεδα ντροπής στα άτομα με αναπηρία πιθανόν οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα με αναπηρία του δείγματος, όπως αναδείχθηκε στην παρούσα έρευνα, παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα προσαρμογής στην αναπηρία τους. Η προσαρμογή στην αναπηρία εκφράζεται εκτός των άλλων και ως βίωμα θετικής στάσης απέναντι στον εαυτό, στους άλλους και στην αναπηρία (Livneh & Antonak, 1997, όπ. αναφ. στο Marini & Stebnicki, 2018). Επομένως, τα άτομα με αναπηρία που έχουν αποδεχθεί τους

λειτουργικούς περιορισμούς, οι οποίοι προκύπτουν λόγω της αναπηρίας, πιθανόν είναι να μην αισθάνονται σε τόσο μεγάλο βαθμό το συναίσθημα της ντροπής.

Το συναίσθημα της ντροπής είναι, επίσης, άρτια συνδεδεμένο με το κοινωνικό πλαίσιο (Boiger, De Deyne, & Mesquita, 2013·Heidari, Hasanpour, & Fooladi, 2012), διαθέτει κοινωνικό χαρακτήρα και συμβάλλει στη διαμόρφωση του αισθήματος κοινωνικής αποδοχής. Επομένως, μια ακόμη πιθανή εξήγηση στο παραπάνω εύρημα πιθανόν να αποτελεί το στίγμα το οποίο δεν υφίστανται τα άτομα με αναπηρία του δείγματος από την κοινωνία, που θα τους ωθούσε να δικαιολογούν ή και να αποκρύπτουν τις συνέπειες της αναπηρίας.

Στην συνέχεια, όσον αφορά τις επιμέρους κλίμακες της ντροπής και συγκεκριμένα στη χαρακτηριστική ντροπή (να αισθάνεται κάποιος ντροπή για τις προσωπικές του δεξιότητες και συνήθειες), στη συμπεριφορική ντροπή (να αισθάνεται κάποιος ντροπή για τα λεγόμενα και τις πράξεις του), και στη σωματική ντροπή (να αισθάνεται κάποιος ντροπή για το σώμα του και την εμφάνισή του), στα άτομα με αναπηρία παρατηρήθηκε το συναίσθημα της ντροπής να κυμαίνεται σε χαμηλά προς μεσαία επίπεδα αντίστοιχα. Το παραπάνω εύρημα πιθανόν να οφείλεται στην επιτυχή προσαρμογή των ατόμων με αναπηρία του δείγματος. Η επιτυχής προσαρμογή συνοδεύεται κυρίως από αντιδράσεις θετικής εκτίμησης, αισθήματα αυτοαποτελεσματικότητας και προσωπικής ικανότητας (Smedema, & Ebener, 2010). Τα άτομα με αναπηρία που έχουν προσαρμοστεί στην αναπηρία τους, δεν αισθάνονται ντροπή για τις προσωπικές τους ικανότητες, νιώθουν πιο αποτελεσματικοί, συνεπώς δεν βιώνουν το συναίσθημα της χαρακτηριστικής και της συμπεριφορικής ντροπής.

Τέλος, το εύρημα σχετικά με τα πιο αυξημένα επίπεδα σωματικής ντροπής, στα άτομα με σωματική αναπηρία, εμφανίζεται να συμφωνεί με την έρευνα των Ten Klooster και συν. (2014), στην οποία, επίσης, αναδείχθηκε ότι τα άτομα με σωματική αναπηρία παρουσιάζουν υψηλότερες βαθμολογίες στη διάσταση της σωματικής ντροπής σε σύγκριση με τις άλλες δύο διαστάσεις. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στη φύση της ίδιας της αναπηρίας. Η σωματική αναπηρία έχει ως συνέπεια τη μείωση της λειτουργικότητας των μελών του σώματος (Thomson, 2017). Γι' αυτόν ίσως τον λόγο η σωματική ντροπή να παρουσιάζεται σε πιο υψηλά επίπεδα στην συγκεκριμένη ομάδα αναπηρίας, σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες αναπηρίας του δείγματος.

Η τρίτη μεταβλητή της έρευνας, ο δεσμός προσκόλλησης ενηλίκων στα άτομα με αναπηρία, διαμορφώνεται μέσω των επιμέρους διαστάσεων του, οι οποίες είναι η διάσταση του άγχους και η διάσταση της αποφυγής. Πιο αναλυτικά, βρέθηκε ότι τα άτομα με μεσογειακή αναιμία, με οπτική αναπηρία, με σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσίαζαν σε πιο υψηλά επίπεδα τη διάσταση της αποφυγής σε σύγκριση με τη διάσταση του άγχους, που κυμάνθηκε σε πιο χαμηλά επίπεδα, ευρήματα που συμφωνούν με προϋπάρχουσες έρευνες για άτομα με αναπηρία (Dreyfus, 2014·Schroeter et al., 2015). Ωστόσο, έρχονται σε αντίθεση με άλλες μελέτες που εντοπίζονται στη ξενόγλωσση βιβλιογραφία, στις οποίες αναδεικνύεται ότι τα άτομα με αναπηρία εμφανίζουν κυρίως τη διάσταση του άγχους, ως προς τη διάσταση της αποφυγής (Alosaimi et al., 2017·Hwang et al., 2007·Hwang et al., 2009). Τα παραπάνω αποτελέσματα αναδεικνύουν ότι τα άτομα με μεσογειακή

αναιμία, οπτική αναπηρία, σακχαρώδη διαβήτη και σκλήρυνση κατά πλάκας χαρακτηρίζονται από εμπιστοσύνη μόνο προς τον εαυτό και από αποφυγή της εγγύτητας και της οικειότητας προς τους άλλους (Holmes, 2010).

Κάτι, επίσης, που πρέπει να επισημανθεί, είναι ότι στην ομάδα των ατόμων με οπτική αναπηρία εμφανίζεται μεγαλύτερη απόκλιση μεταξύ της διάστασης της αποφυγής (M.O=3.42) ως προς τη διάσταση του άγχους (M.O=2.46), σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες αναπηρίας. Το εύρημα αυτό πιθανόν να οφείλεται στη φύση της ίδιας της αναπηρίας. Τα άτομα με οπτική αναπηρία που παρουσιάζουν σε υψηλά επίπεδα τη διάσταση της αποφυγής επιδιώκουν την αυτάρκεια και ανταποκρίνονται στη συναισθηματική δυσφορία με αποδέσμευση (Mikulincer & Shaver, 2017, όπ. αναφ. στο Mosley et al., 2020). Λόγω της απώλειας της όρασης, έχουν υιοθετήσει το θετικό μοντέλο του εαυτού, δηλαδή έχουν εμπιστοσύνη μόνο στον εαυτό και αποφεύγουν τους άλλους, εξαιτίας των αρνητικών τους προσδοκιών (Holmes, 2010).

Όσον αφορά τις υπόλοιπες ομάδες, σημειώθηκε μια αντίθεση, με τα άτομα με σωματική αναπηρία να παρουσιάζουν τη διάσταση του άγχους σε πιο υψηλά επίπεδα από τη διάσταση της αποφυγής, εύρημα που συμφωνεί με δύο παλαιότερες μελέτες (Hwang et al., 2007·Hwang et al., 2009) που αφορούσε άτομα με σωματική αναπηρία. Το συγκεκριμένο εύρημα υποδηλώνει ότι τα άτομα με σωματική αναπηρία προσπαθούν να ελαχιστοποιήσουν την απόστασή τους από τους άλλους, εξαιτίας του φόβου της απόρριψης και των ανησυχιών που έχουν σχετικά με τη διαθεσιμότητα των άλλων (Shaver & Mikulincer, 2002, όπ. αναφ. στο Read, Clark, Rock, Coventry, 2018). Μια πιθανή εξήγηση για το παραπάνω εύρημα πιθανόν να προέρχεται από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης ομάδας αναπηρίας. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με σωματική αναπηρία δηλώνουν ότι λαμβάνουν αρκετή υποστήριξη (οικογένεια, φίλους), πιθανόν λόγω των λειτουργικών περιορισμών που προκύπτουν εξαιτίας της αναπηρίας τους. Αυτό έχει ως συνέπεια να εμφανίζουν τη διάσταση του άγχους στις σχέσεις τους, δηλαδή να επιδιώκουν να ελαχιστοποιήσουν όσο δυνατόν περισσότερο την απόστασή τους από τους άλλους.

Τέλος, στην παρούσα έρευνα αναδείχτηκε, ακόμη, ότι τα άτομα με σωματική αναπηρία αντιμετωπίζουν αρκετά προβλήματα υγείας, γεγονός που πιθανόν τους ωθεί να κινητοποιούν στρατηγικές υπέρ-ενεργοποίησης, οι οποίες χαρακτηρίζονται από ενεργητικές προσπάθειες για την απόσπαση υποστήριξης από άλλους, μέσω συμπεριφορών προσκόλλησης, με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν κυρίως τη διάσταση του άγχους σε σχέση με τη διάσταση της αποφυγής (Shaver & Mikulincer, 2002, όπ. αναφ. στο Read et al., 2018).

Πραγματοποιήθηκαν, ακόμη, στατιστικοί έλεγχοι που αφορούσαν τις μεταβλητές (προσαρμογή στην αναπηρία, το συναίσθημα της ντροπής και το δεσμό προσκόλλησης ενηλίκων) που εξετάστηκαν στην παρούσα εργασία ως προς τα διάφορα περιγραφικά στοιχεία του δείγματος συνολικά (n=200). Με βάση την ανάλυση, ως στατιστικά σημαντικό στην κλίμακα της προσαρμογής, αναδείχθηκε το μορφωτικό επίπεδο, το μηνιαίο εισόδημα, ο βαθμός ικανοποίησης της υποστήριξης

από τα άτομα με τα οποία συναναστρέφονται, τα προβλήματα υγείας τα οποία αντιμετωπίζουν, καθώς και η προέλευση της αναπηρίας.

Αναλυτικότερα, το εύρημα, ως προς το μορφωτικό επίπεδο και την αυξημένη προσαρμογή στην αναπηρία, εντοπίστηκαν μελέτες από τη βιβλιογραφία, οι οποίες αντίστοιχα συμφωνούν με το παραπάνω εύρημα (Chao et al., 2010·Jiao et al., 2012·Richardson, Adner, & Nordstrom, 2001) αναδεικνύοντας ότι όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο ενός ατόμου, τόσο πιο εύκολα το άτομο μπορεί να αποδεχθεί και να προσαρμοστεί στην αναπηρία/χρόνια πάθησή του. Μάλιστα το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με αντίστροφο τρόπο με την έρευνα των Chiang και συν. (2015), η οποία ανέδειξε ότι τα χαμηλά επίπεδα προσαρμογής στην αναπηρία σχετίζονται με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των ατόμων (Chiang et al., 2015).

Όσον αφορά το εύρημα ως προς το μηνιαίο εισόδημα και την προσαρμογή στην αναπηρία, αναδεικνύεται ότι η προσαρμογή στην αναπηρία είναι αυξημένη στα άτομα με μεγάλο μηνιαίο εισόδημα σε σχέση με τα άτομα που λαμβάνουν μικρό εισόδημα μηνιαίως. Το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται σε αντίθεση με μελέτες που εντοπίζονται στη βιβλιογραφία, καθώς σε αυτές αναδεικνύεται ότι οικογενειακό εισόδημα δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα προσαρμογής στην αναπηρία (Jiao et al., 2012·Madan & Pakenham, 2013·Nicholls et al., 2011).

Ως προς την υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον και την αντίστοιχη αυξημένη προσαρμογή στην αναπηρία, εντοπίστηκαν μελέτες από τη βιβλιογραφία, οι οποίες αντίστοιχα συμφωνούν με το παραπάνω εύρημα (Chai et al., 2016·Ghafari et al., 2015·Jiao et al., 2012·Kostova et al., 2014·You & Lu, 2013·Zhang et al., 2019) αναδεικνύοντας ότι η συναισθηματική και κοινωνική στήριξη συμβάλλει θετικά στη προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας.

Επίσης, η προσαρμογή στην αναπηρία παρουσιάστηκε αυξημένη στα άτομα που αντιμετωπίζουν λίγα προβλήματα υγείας σε σχέση με τα άτομα που αντιμετωπίζουν αρκετά. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε συμφωνία με αντίστροφο τρόπο με την έρευνα των McCracken και Zhao-O'Brien (2010), η οποία έδειξε ότι τα προβλήματα υγείας και ο χρόνιος πόνος επιδρούν αρνητικά στην προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας (McCracken & Zhao-O'Brien, 2010). Επιπρόσθετα, το πόρισμα, σχετικά με την προέλευση της αναπηρίας και την προσαρμογή στην αναπηρία, συμφωνεί με προϋπάρχουσες έρευνες (Bogart, Tickle-Degnen, & Ambady, 2012·Li & Moore, 1998), στις οποίες επίσης εμφανίζονται τα άτομα με εγγενείς αναπηρίες να προσαρμόζονται καλύτερα, από ότι τα άτομα που απέκτησαν την αναπηρία κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Αυτό το εύρημα πιθανό να οφείλεται στο γεγονός, ότι τα άτομα με εγγενή αναπηρία δεν γνώρισαν ποτέ τους εαυτούς τους διαφορετικά, είχαν πάντα τις ίδιες ικανότητες και δεν βίωσαν ποτέ την εμπειρία του ψυχολογικού τραύματος και της αλλοιωμένης εικόνας του σώματος που βιώνουν τα άτομα με επίκτητη αναπηρία (Κλεφτάρας, 2006).

Όσον αφορά την υποκλίμακα της προσαρμογής στην αναπηρία, «περιορισμός των επιπτώσεων δυσλειτουργίας», ως στατιστικά σημαντικός παράγοντας επίδρασης βρέθηκε εκτός των άλλων και ο ρόλος της θρησκευτικότητας. Συγκεκριμένα, αναδείχθηκε ότι η σημασία που αποδίδεται στο ρόλο της θρησκείας από τα ανάπηρα άτομα εμφανίζει σημαντική σχέση με τον περιορισμό των αρνητικών επιπτώσεων της αναπηρίας, δηλαδή όσο μεγαλύτερη εμφανίζεται η σημασία της θρησκείας στα άτομα αυτά, τόσο αυξάνεται η προσαρμογή στην αναπηρία. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με προϋπάρχουσες έρευνες (Chiu et al., 2013·Ghafari et al., 2015) στις οποίες αναδεικνύεται ότι θρησκευτική πίστη αποτελεί σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στην αποδοχή και στην προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας. Το εύρημα αυτό πιθανόν να οφείλεται και στην ανάγκη των ανθρώπων για αναζήτηση θεϊκής βοήθειας, η οποία θεωρείται ως μια στρατηγική αντιμετώπισης μιας αγχογόνου κατάστασης, όπως αποτελεί και η αναπηρία αντίστοιχα (Καραδήμας, 1998).

Αντίστοιχα, στην υποκλίμακα «μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα» αναδείχθηκαν ως στατιστικά σημαντικοί παράγοντες, εκτός των άλλων και η ηλικία και η επαγγελματική κατάσταση. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε όσο νεότερα είναι τα ανάπηρα άτομα, τόσο πιο εύκολα αναγνωρίζουν τις προσωπικές τους δυνατότητες και ικανότητες και προσαρμόζονται στην αναπηρία τους. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με μια παλαιότερη μελέτη (Wu & Chan, 2007). Ωστόσο, έρχεται σε αντίθεση με την μελέτη των Navarta-Sánchez και συν. (2016), η οποία έδειξε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του ατόμου, τόσο αυτή συμβάλλει στη μείωση της δυσκολίας του να προσαρμοστεί στην αναπηρία (Navarta-Sánchez et. al., 2016).

Όσον αφορά στο στοιχείο της επαγγελματικής κατάστασης, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με αναπηρία τα οποία εργάζονται, αναγνωρίζουν πολύ πιο εύκολα τις προσωπικές τους δυνατότητες και ικανότητες και προσαρμόζονται περισσότερο στην αναπηρία, σε σχέση με τα άτομα τα οποία είναι άνεργα ή φοιτητές. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με μια παλαιότερη μελέτη στην οποία είχε αναδειχθεί ότι τα άτομα που ήταν άνεργα ή έπαιρναν σύνταξη λόγω της αναπηρίας, παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα προσαρμογής στην αναπηρία σε σχέση με άτομα που εργάζονταν κανονικά (Richardson et al., 2001).

Για την δεύτερη μεταβλητή, το βίωμα της ντροπής εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ως προς όλο το δείγμα (n=200). Με βάση την ανάλυση, ως στατιστικά σημαντικό στην κλίμακα βίωμα της ντροπής, αναδείχθηκε το μηνιαίο εισόδημα, ο βαθμός ικανοποίησης της υποστήριξης από τα άτομα με τα οποία συναναστρέφονται (οικογένεια, φίλοι, συγγενείς) και τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν. Πιο αναλυτικά, το συναίσθημα της ντροπής παρουσιάστηκε πιο αυξημένο στα άτομα με αναπηρία, τα οποία έχουν μικρό μηνιαίο εισόδημα, σε σχέση με τα άτομα με μεγάλο μηνιαίο εισόδημα. Μια πιθανή εξήγηση στο εύρημα αυτό είναι ότι τα άτομα με αναπηρία, εξαιτίας των λειτουργικών περιορισμών και της απώλειας της αυτό-αποτελεσματικότητάς τους, αναγκάζονται να εγκαταλείψουν την

εργασία ή δεν εργάζονται, με αποτέλεσμα να αισθάνονται ντροπή που δεν έχουν τη δυνατότητα να προσφέρουν ένα αξιοπρεπές εισόδημα στην οικογένειά τους (Angulo et al., 2019). Επίσης, το εύρημα ως προς την υποστήριξη και το μειωμένο συναίσθημα της ντροπής έρχεται σε συμφωνία με αντίστροφο τρόπο με τις προϋπάρχουσες έρευνες (Kerstens et al., 2019·Lewis Brown & Turner, 2010·Lourens & Swartz, 2016·Sparapani et al., 2015), στις οποίες αναδείχθηκε ότι το συναίσθημα της ντροπής παρουσιάζεται πιο αυξημένο σε άτομα που δεν λαμβάνουν υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους. Το συναίσθημα της ντροπής παρουσιάστηκε, ακόμη, αυξημένο στα άτομα που αντιμετωπίζουν αρκετά προβλήματα υγείας, σε σχέση με τα άτομα που δεν αντιμετωπίζουν. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με την έρευνα των Ten Klooster και συν. (2014), η οποία αναδεικνύει την παραπάνω σχέση.

Όσον αφορά, τη μία από τις τρεις διαστάσεις της ντροπής, τη χαρακτηριστική ντροπή, ως στατιστικά σημαντικοί παράγοντες αναδείχθηκαν το μηνιαίο εισόδημα και ο βαθμός ικανοποίησης της υποστήριξης από τα άτομα με τα οποία συναναστρέφονται (οικογένεια, φίλοι, συγγενείς). Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι αισθάνονται περισσότερο ντροπή για τις προσωπικές τους δεξιότητες και τις συνήθειες, άτομα, τα οποία είχαν χαμηλό μηνιαίο εισόδημα σε σχέση με τα άτομα που είχαν μεγαλύτερες αποδοχές μηνιαίως, εύρημα που έρχεται σε συμφωνία με την έρευνα των Angulo και συν. (2019). Αναδείχθηκε ακόμη, ότι τα άτομα με αναπηρία που αισθάνονταν λιγότερο ντροπή για τις προσωπικές τους δυνατότητες και συνήθειες, όταν η υποστήριξη την οποία λάμβαναν ήταν πολύ ικανοποιητική, σε σχέση με τα άτομα που η υποστήριξη που λάμβαναν από την οικογένεια και τους φίλους ήταν λίγο ή αρκετά ικανοποιητική. Το παραπάνω έρχεται σε συμφωνία με αντίστροφο τρόπο με τις προϋπάρχουσες έρευνες (Kerstens et al., 2019·Lewis Brown & Turner, 2010·Lourens & Swartz, 2016·Sparapani et al., 2015).

Αντίστοιχα, όσον αφορά την τρίτη διάσταση του βιώματος της ντροπής, τη σωματική ντροπή (ντροπή για σώμα και την εμφάνιση), αναδείχθηκε ως στατιστικά σημαντικός παράγοντας το μορφωτικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι η σωματική ντροπή παρουσιάστηκε μειωμένη στα άτομα που έχουν τελειώσει το Γυμνάσιο, σε σχέση με τα άτομα που έχουν επαγγελματικές σπουδές. Επιπρόσθετα, αναδείχθηκε ο ρόλος της υποστήριξης ως ιδιαίτερα σημαντικός για τα άτομα με αναπηρία, ως προς το μειωμένο συναίσθημα της ντροπής, εύρημα το οποίο συμφωνεί και με προϋπάρχουσες έρευνες (Kerstens et al., 2019·Lewis Brown & Turner, 2010) Lourens & Swartz, 2016· Sparapani et al., 2015). Τέλος, βρέθηκε ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα υγείας, αισθάνονται περισσότερο ντροπή για το σώμα τους και την εμφάνισή τους.

Για την τρίτη μεταβλητή της έρευνας, την αξιολόγηση του δεσμού προσκόλλησης και συγκεκριμένα για τη διάσταση τους άγχους και τη διάσταση της αποφυγής εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις ως προς όλο το δείγμα (n=200). Με βάση την ανάλυση, ως στατιστικά σημαντικό στην υποκλίμακα της διάστασης του άγχους αναδείχθηκε η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό

επίπεδο και το μηνιαίο εισόδημα. Πιο αναλυτικά, βρέθηκε ότι η διάσταση του άγχους ήταν μικρότερη στα άγαμα άτομα σε σχέση με τα άτομα τα οποία είναι παντρεμένα. Η διάσταση του άγχους δεσμού αναφέρεται στα αρνητικά μοντέλα του εαυτού και αντανακλά τον βαθμό στον οποίο ένα άτομο προσπαθεί να ελαχιστοποιήσει την απόστασή του από άλλους (Shaver & Mikulincer, 2002, όπ. αναφ. στο Read, Clark, Rock, Coventry, 2018). Μια εξήγηση για το εύρημα αυτό μπορεί να είναι ότι τα άτομα που είναι παντρεμένα και εμφανίζουν σε υψηλότερα επίπεδα στη διάσταση του άγχους, δηλαδή να επιδιώκουν τον δεσμό, ωστόσο να μην λαμβάνουν την υποστήριξη και την αγάπη που επιθυμούν από τις σχέσεις τους. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με μια παλαιότερη μελέτη των Meredith και συν. (2006), η οποία έδειξε ότι η διάσταση του άγχους κυμάνθηκε σε υψηλότερα επίπεδα στα άτομα που δεν ήταν παντρεμένα, σε σχέση με τους παντρεμένους συμμετέχοντες (Meredith et al., 2006).

Επίσης, τα άτομα που έχουν τελειώσει έως και το δημοτικό παρουσιάζουν μεγαλύτερη διάσταση άγχους, σε σχέση με τα άτομα που έχουν ένα υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Το εύρημα αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι τα πιο μορφωμένα άτομα πιθανόν να έχουν θετικές αναπαραστάσεις για τον εαυτό τους και για τους άλλους και να μην διακατέχονται τόσο από το φόβο της απόρριψης σχετικά με τη διαθεσιμότητα και την ανταπόκριση των άλλων. Η διάσταση του άγχους παρουσιάστηκε, ακόμη, αυξημένη στα άτομα με μικρότερο μηνιαίο εισόδημα σε σχέση με τα άτομα που λάμβαναν μεγαλύτερο εισόδημα μηνιαίως. Τα άτομα με υψηλή διάσταση του άγχους επιδιώκουν έναν ισχυρό δεσμό για να ανακουφίσουν το δικό τους άγχος (Mikulincer & Shaver, 2017, όπ. αναφ. στο Mosley et al., 2020). Γι' αυτό το λόγο τα άτομα με αναπηρία στην προσπάθειά τους να ανακουφίσουν το δικό τους άγχος (στην περίπτωση μας μικρότερο εισόδημα) επιδιώκουν την ελαχιστοποίηση της απόστασης με τους άλλους, κινητοποιούν στρατηγικές υπέρ-ενεργοποίησης χαρακτηρίζονται από ενεργητικές προσπάθειες για την απόσπαση υποστήριξης από άλλους ανθρώπους (Shaver & Mikulincer, 2002, όπ. αναφ. στο Read et al., 2018).

Τέλος, με βάση την ανάλυση, ως στατιστικά σημαντικό στην υποκλίμακα διάσταση της αποφυγής αναδείχθηκε η υποστήριξη (οικογένεια, φίλοι, συγγενείς) καθώς και τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν. Πιο συγκεκριμένα, η διάσταση αποφυγής παρουσιάστηκε μειωμένη στα άτομα που είναι λίγο ικανοποιημένα σε σχέση με τα άτομα που είναι αρκετά ικανοποιημένα, ενώ παρουσιάστηκε αυξημένη στα άτομα με πολλά προβλήματα υγείας, σε σχέση με αυτά που έχουν λίγα. Μια πιθανή εξήγηση στο παραπάνω εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι τα άτομα με αναπηρία που αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα υγείας και έχουν αυξημένη τη διάσταση της αποφυγής, έχουν εμπιστοσύνη μόνο στον εαυτό τους, αποφεύγουν την εγγύτητα με τους άλλους εξαιτίας των αρνητικών προσδοκιών που έχουν γι' αυτούς και αισθάνονται ότι πιθανόν δεν μπορούν να λάβουν την αναγκαία υποστήριξη.

Ως προς τις μεταβλητές (προσαρμογή στην αναπηρία, συναίσθημα της ντροπής, δεσμός προσκόλλησης) που μελετήθηκαν στην παρούσα έρευνα, παρατηρήθηκαν συσχετίσεις μεταξύ τους ως προς το σύνολο του δείγματος (n=200).

Αναλυτικότερα, πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις από τις οποίες προέκυψαν θετικές και αρνητικές συσχετίσεις σε ορισμένες από τις κλίμακες (που περιλαμβάνουν και υποκλίμακες). Πιο συγκεκριμένα, εντοπίστηκαν, βάση της ανάλυσης, αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ όλων των διαστάσεων του συναισθήματος της ντροπής (χαρακτηρολογική, συμπεριφορική, σωματική ντροπή) με όλες τις διαστάσεις της προσαρμογής στην αναπηρία (μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας, διεύρυνση πεδίου αξιών, υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης) στα άτομα με αναπηρία του δείγματος. Το εύρημα σχετικά με την αρνητική συσχέτιση μεταξύ της χαρακτηρολογικής ντροπής με όλες τις διαστάσεις της προσαρμογής στην αναπηρία, υποδηλώνει ότι όσο αυξάνεται η χαρακτηρολογική ντροπή, δηλαδή όσο αυξάνεται η ντροπή για τις προσωπικές ικανότητες τόσο δυσκολεύονται τα άτομα να προσαρμοστούν σε μια κατάσταση αναπηρίας. Η διάσταση της συμπεριφορικής ντροπής που σχετίζεται αρνητικά με την προσαρμογή στην αναπηρία, υποδηλώνει όσο αυξάνεται η συμπεριφορική ντροπή, δηλαδή όσο περισσότερο τα άτομα με αναπηρία αισθάνονται ντροπή για τη συμπεριφορά τους, τόσο δυσκολότερα προσαρμόζονται στην αναπηρία τους. Εντοπίστηκε, επίσης, αρνητική συσχέτιση μεταξύ της διάστασης της σωματικής ντροπής με την προσαρμογή στην αναπηρία. Το εύρημα αυτό δείχνει όσο περισσότερο τα άτομα με αναπηρία αισθάνονται ντροπή για το σώμα τους και την εμφάνισή τους, αντιμετωπίζουν ακόμη μεγαλύτερη δυσκολία να προσαρμοστούν σε μια κατάσταση αναπηρίας. Τα παραπάνω ευρήματα έρχονται σε συνάφεια με την ερευνητική βιβλιογραφία. Η ντροπή, όπως έχει αναφερθεί, αποτελεί ένα ιδιαίτερα έντονο αρνητικό συναίσθημα (Gilbert, 1998, όπ. αναφ. στο Clapton et al., 2017) και όπως αποδείχθηκε στην παρούσα έρευνα, σχετίζεται αρνητικά με την προσαρμογή των ατόμων στην αναπηρία. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με μια παλαιότερη μελέτη, στην οποία έχει αποδειχθεί ότι το αρνητικό συναίσθημα επιδρά αρνητικά στην προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας (Hansdottir et al., 2004). Συνήθως, το συναίσθημα της ντροπής στην ερευνητική βιβλιογραφία μελετάται με το συναίσθημα της ενοχής, το οποίο αποτελεί, επίσης, ένα αρνητικό και αυτοσυνειδησιακό συναίσθημα, όπως και η ντροπή. Η έρευνα των Serbic και Pincus (2017) ανέδειξε ότι η ενοχή, σχετίζεται αρνητικά με την αποδοχή της αναπηρίας. Γενικότερα, το συναίσθημα της ντροπής συνοδεύεται και από συναίσθημα κατωτερότητας (Gilbert & Andrews, 1998). Έχει διαπιστωθεί, επίσης, πως το συναίσθημα της ντροπής επιδρά αρνητικά στην αυτοεκτίμηση των ατόμων με αναπηρία (Lewis Brown & Turner, 2010). Από μια άλλη μελέτη έχει αποδεχθεί και πως η χαμηλή αυτοεκτίμηση χαρακτηρίζει τη μη επιτυχή προσαρμογή των ατόμων σε μια κατάσταση αναπηρίας (Smedema et al., 2010).

Γενικότερα, η προσαρμογή σχετίζεται με την αναγνώριση και την προθυμία αντιμετώπισης των αρνητικών σκέψεων, συναισθημάτων και εμπειριών (Wright, 1983). Η επιτυχής προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας χαρακτηρίζεται από συναισθηματική ισορροπία καθώς και από την επικράτηση του θετικού συναισθήματος και απουσία των αρνητικών συναισθημάτων (De Ridder et al., 2008). Τα παραπάνω πορίσματα αποτελούν μια πιθανή εξήγηση στο εύρημα της

παρούσας μελέτης, δηλαδή ότι το συναίσθημα της ντροπής επιδρά αρνητικά στην προσαρμογή σε μια κατάσταση αναπηρίας. Επιπρόσθετα, στην παρούσα έρευνα, αποδείχθηκε ότι η σωματική ντροπή σχετίζεται αρνητικά με την προσαρμογή των ατόμων με αναπηρία. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τρόπο αντίστροφο με την ποιοτική μελέτη των Taleporos και McCabe (2002), στην οποία αναδείχθηκε ότι η αναπηρία επιδρά αρνητικά στις εμπειρίες, στα συναισθήματα και στην εικόνα που έχουν τα άτομα με αναπηρία για το σώμα τους. Καταληκτικά, υποστηρίζεται ότι η αρνητική εικόνα που διαμορφώνουν τα άτομα με αναπηρία για το σώμα τους, δυσκολεύει τη διαδικασία της προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας (Taleporos & McCabe, 2002).

Επιπρόσθετα, εντοπίστηκαν αρνητικές και θετικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων του δεσμού προσκόλλησης ενηλίκων με τις διαστάσεις της προσαρμογής στην αναπηρία. Πιο αναλυτικά, εντοπίστηκαν αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ της διάστασης του άγχους με όλες τις διαστάσεις της προσαρμογής στην αναπηρία (μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα, περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας, διεύρυνση πεδίου αξιών, υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης) στα άτομα με αναπηρία του δείγματος. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι τα άτομα με αναπηρία που παρουσιάζουν σε αυξημένα επίπεδα τη διάσταση του άγχους, δηλαδή τα άτομα που επιδιώκουν την ελαχιστοποίηση της απόστασής τους από τους άλλους, προσδοκώντας υποστήριξη, δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στην αναπηρία. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με μια παλαιότερη μελέτη των Mikulincer και Florian (1998) σε άτομα με χρόνια πόνο που υιοθετούν το αρνητικό μοντέλο του εαυτού (αγχώδης τύπος και φοβικός τύπος) δυσκολεύονται να διαχειριστούν τον πόνο τους και να προσαρμοστούν σε αυτή την κατάσταση. Μια ακόμη μελέτη των Schmidt και συν. (2002), σε άτομα με χρόνιες παθήσεις ανέδειξε ότι τα άτομα με αγχώδη τύπο χαρακτηρίζονται από αρνητική συναισθηματική αντιμετώπιση της χρόνιας πάθησης, συμφωνώντας με το εύρημα της παρούσας μελέτης. Το εύρημα συμφωνεί και μια πιο πρόσφατη μελέτη των Sirois και Gick (2014), σε άτομα με χρόνια πάθηση, η οποία έδειξε ότι η διάσταση του άγχους σχετίζεται με το συναίσθημα να νιώθουν λιγότερο ικανοί να διαχειριστούν τις συναισθηματικές και τις καθημερινές προκλήσεις της χρόνιας πάθησης και να προσαρμοστούν σε αυτή. Ωστόσο, η μελέτη των Bazzazian και Besharat (2012), έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα διότι ανέδειξε ότι ο αγχώδης τύπος δεν επηρεάζει την προσαρμογή στην αναπηρία. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα άτομα που εμφανίζουν τη διάσταση του άγχους υιοθετούν το αρνητικό μοντέλο του εαυτού. Τα άτομα που παρουσιάζουν τη διάσταση του άγχους κινητοποιούν στρατηγικές υπερ-ενεργοποίησης σε σχέση μια απειλή που βιώνουν, αισθάνονται δυσφορία με αποτέλεσμα να υιοθετούν κακές στρατηγικές αντιμετώπισης (Mikulincer & Shaver, 2003, όπ. αναφ. στο Porter, Davis, & Keefe, 2008). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εξάρτηση από άλλους, τη δυσφορία, την αδυναμία ανταπόκρισης σε απαιτήσεις ασθένειας, αδυναμία ρύθμισης του συναισθήματος (Bazzazian & Besharat, 2012). Γι' αυτό το λόγο πιθανόν τα άτομα με διάσταση του άγχους να παρουσιάζουν δυσκολία προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας.

Από την άλλη πλευρά, βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της διάστασης της αποφυγής με μια από τις διαστάσεις της προσαρμογής (διεύρυνση πεδίου αξιών). Αυτό το αποτέλεσμα δείχνει ότι τα άτομα με αναπηρία που παρουσιάζουν τη διάσταση της αποφυγής, δηλαδή τα άτομα που αποφεύγουν να εξαρτώνται από άλλους, προσδιορίζουν εκ νέου τις αξίες στη ζωή τους, ύστερα από την εμπειρία της διάγνωσης της αναπηρίας. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με παλαιότερη μελέτη στην οποία αναδεικνύεται ότι τα άτομα με τύπο αποφυγής που υιοθετούν πιο προσαρμοστικές στρατηγικές (Schmidt, Nachtigall, Wuethrich-Martone, & Strauss, 2002). Επιπρόσθετα, το εύρημα έρχεται σε συμφωνία και μια πιο πρόσφατη μελέτη σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη στην οποία αναδείχθηκε ότι ο τύπος της αποφυγής επηρεάζουν την προσαρμογή στην αναπηρία και συγκεκριμένα όσο περισσότερο τα άτομα παρουσιάζουν τον τύπο της αποφυγής τόσο περισσότερο προσαρμόζονται στην αναπηρία (Bazzazian και Besharat, 2012). Ωστόσο, έρχεται σε αντίθεση με μια πιο πρόσφατη μελέτη των Sirois και Gick (2014), σε άτομα με χρόνια πάθηση, η οποία έδειξε ότι η διάσταση της αποφυγής σχετίζεται με το συναίσθημα να νιώθουν λιγότερο ικανοί να διαχειριστούν τις συναισθηματικές και τις καθημερινές προκλήσεις της χρόνιας πάθησης και να προσαρμοστούν σε αυτή. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα άτομα που παρουσιάζουν τη διάσταση της αποφυγής υιοθετούν δηλαδή το μοντέλο άλλων που αντικατοπτρίζει το βαθμό στον οποίο ένα άτομο αποφεύγει να εξαρτάται από άλλους και να βλέπει τους άλλους ως αναξιόπιστους (Brennan, Clark, & Shaver, 1998, όπ. αναφ. στο αναφ. στο Read, Clark, Rock, Coventry, 2018). Κινητοποιούν στρατηγικές απενεργοποίησης προκειμένου να καταστείλουν την δυσφορία που αισθάνονται (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003, όπ. αναφ. στο Read et al., 2018). Αναφέρουν συνήθως λιγότερο άγχος, υψηλότερη αίσθηση του ελέγχου των ασθενειών και βιώνουν σε χαμηλότερο βαθμό τις επιδράσεις, επειδή έχουν μεγάλη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους, δημιουργούν καλύτερη αντίληψη για την αναπηρία και προσαρμόζονται σε αυτή (Bazzazian & Besharat, 2012).

Επιπρόσθετα, διερευνήθηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της διάστασης του άγχους και της διάστασης της αποφυγής με το συναίσθημα της ντροπής. Πιο συγκεκριμένα, εντοπίστηκαν, θετικές συσχέτισεις μεταξύ της διάστασης του άγχους και των τριών διαστάσεων του συναισθήματος της ντροπής (χαρακτηρολογική ντροπή, συμπεριφορική ντροπή, σωματική ντροπή) στα άτομα με αναπηρία του δείγματος. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι τα άτομα με αναπηρία που έχουν το αρνητικό μοντέλο του εαυτού, δηλαδή επιδιώκουν σχέσεις με τους άλλους και αναζητούν υποστήριξη, αισθάνονται ντροπή για τις προσωπικές τους ικανότητες, για τη συμπεριφορά τους καθώς και για το σώμα και την εμφάνισή τους. Η θετική συσχέτιση μεταξύ της διάστασης του άγχους και της ντροπής συμφωνεί με προϋπάρχουσες έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε υγιή πληθυσμό (Helfin, 2015·Martins et al.,2016· Wei et al.,2005). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα άτομα με διάσταση του άγχους, έχουν αρνητική άποψη για τον εαυτό τους και υιοθετούν διάφορες αμυντικές στρατηγικές. Μια από αυτές είναι η εσωτερίκευση του συναισθήματος της ντροπής (internal shame, που μελετάται στην παρούσα έρευνα), η οποία ωθεί τα άτομα να

νώσουν τον εαυτό τους ως κατώτερο, ανάξιο, ελαττωματικό και μη επιθυμητό (Gilbert, 2010 όπ. αναφ στο Martins et al., 2016), δημιουργώντας τους μια συνεχή πίεση να επιδιώκουν την αποδοχή στα μάτια των άλλων. Η πίεση οδηγεί το άτομο να προσπαθεί να αποφύγει το αίσθημα κατωτερότητας και την αρνητική αξιολόγηση και δημιουργεί την έντονη ανάγκη για επιβεβαίωση από τους σημαντικούς άλλους (Dykman, 1998·Gilbert et al., 2009, όπ. αναφ. στο Martins et al., 2016). Τα παραπάνω ευρήματα αποδεικνύουν ακριβώς αυτή τη σχέση, δηλαδή ότι τα άτομα με αναπηρία που εμφανίζουν τη διάσταση του άγχους, δηλαδή υιοθετούν το αρνητικό μοντέλο του εαυτού αισθάνονται περισσότερο ντροπή, που σύμφωνα με τη βιβλιογραφία αποτελεί μια αμυντική στρατηγική, που τους δημιουργεί ένα αίσθημα πίεσης για την αναζήτηση αποδοχής, υποστήριξης και επιβεβαίωσης στα μάτια των άλλων ανθρώπων.

Το τελευταίο και εξίσου σημαντικό ερευνητικό ερώτημα που απασχόλησε την παρούσα έρευνα είναι αν η προσαρμογή στην αναπηρία μπορεί να προβλεφθεί από το δεσμό προσκόλλησης και το συναίσθημα της ντροπής για κάθε ομάδα αναπηρίας του δείγματος (μεσογειακή αναιμία, οπτική αναπηρία, σακχαρώδη διαβήτη, σκλήρυνση κατά πλάκας, σωματική αναπηρία). Από τα αποτελέσματα αναδείχθηκε ότι ο δεσμός προσκόλλησης και το βίωμα της ντροπής μπορούν να προβλέψουν την προσαρμογή στην αναπηρία. Η επίδραση των δύο παραγόντων στην προσαρμογή στην αναπηρία είναι ίδια για όλα τα άτομα, ανεξαρτήτως του είδους της αναπηρίας. Παρόλα αυτά στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας βρέθηκε στατιστικά σημαντικός διαφορετικός (μικρότερος) σταθερός όρος σε σχέση με τα άτομα που είχαν κάποιο άλλο είδος αναπηρίας. Το γεγονός ότι ο σταθερός όρος στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μικρότερος από το σταθερό όρο στα άλλα είδη αναπηρίας, υποδηλώνει ότι για δοθείσες τιμές στην αξιολόγηση των σχέσεων προσκόλλησης και στο βίωμα της ντροπής, η τιμή της προσαρμογής στην αναπηρία στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μικρότερη από το κάθε άλλο είδος αναπηρίας. Επομένως, τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας προσαρμόζονται δυσκολότερα στην αναπηρία σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες αναπηρίας του δείγματος (σωματική αναπηρία, οπτική αναπηρία, σακχαρώδη διαβήτη, μεσογειακή αναιμία).

Καταληκτικά, συγκρίνοντας τους τυποποιημένους συντελεστές παλινδρόμησης προκύπτει ότι ο πιο σημαντικός παράγοντας επιρροής της προσαρμογής στην αναπηρία είναι το βίωμα της ντροπής. Από τη βιβλιογραφία αναδεικνύεται σύγκλιση των δύο θεωριών. Αυτή η σύνδεση αποδίδεται και μέσω της παρούσας μελέτης στην οποία όπως αναφέρθηκε το βίωμα της ντροπής μπορεί να προβλέψει την προσαρμογή των ατόμων σε μια κατάσταση αναπηρίας. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη Wright (1983), κατά τη διάρκεια μιας περιόδου απώλειας, το άτομο βιώνει μια κατάσταση πένθους για αξίες οι οποίες νομίζει ότι έχουν χαθεί. Συγκεκριμένα, είχε αναφέρει ότι τα άτομα με διάφορους τύπους αναπηρίας συχνά αισθάνονται να «ξεχωρίζουν» από τους υπόλοιπους και να παλεύουν με έντονα αισθήματα ντροπής και μειωμένη αυτοεκτίμηση (όπ. αναφ. στο Martz, 2010). Επομένως, το συναίσθημα της ντροπής επιδρά αρνητικά στο άτομο που βιώνει κάποια απώλεια. Υποστηρίζεται ότι το πρώτο βήμα για τη διαδικασία της προσαρμογής και της προσπάθειας να ξεπεράσει κάποιο την περίοδο του πένθους, είναι η αλλαγή στο αξιακό του σύστημα, η οποία ορίζεται

ως διεύρυνση πεδίου αξιών (Wright, 1983). Η διεύρυνση πεδίου αξιών αρχίζει από τη στιγμή που το άτομο συνειδητοποιεί την αξία των ικανοτήτων οι οποίες δεν είχαν χαθεί, λόγω της αναπηρίας. Εν ολίγοις, το άτομο προσδιορίζει εκ νέου τις αξίες του, γεγονός που του δίνει τη δυνατότητα να βρίσκει νέο νόημα σε γεγονότα, δραστηριότητες, στόχους, καθώς και να εκτιμά τις δυνατότητές του και να αντλεί ικανοποίηση και από άλλες πηγές (Dembo, Leviton, & Wright, 1975).

Περιορισμοί της έρευνας-Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από την παρούσα μελέτη, υπόκεινται σε περιορισμούς από άποψη μεθοδολογίας. Αρχικά, περιορισμοί προκύπτουν από το μέγεθος του δείγματος, σε σχέση με το πληθυσμό τον οποίο αντιπροσωπεύει, καθώς ένας μεγαλύτερος αριθμός ατόμων με αναπηρία θα συνέβαλε στην καλύτερη διερεύνηση του θέματος, ώστε να είναι πιο αντιπροσωπευτικό το δείγμα. «Η αύξηση του μεγέθους του δείγματος αυξάνει και την πιθανή ακρίβειά του και μειώνει ταυτόχρονα το σφάλμα δειγματοληψίας» (Bryman, 2016, σ. 215). Επίσης, η διαδικασία δειγματοληψίας πραγματοποιήθηκε με την αποστολή ερωτηματολογίων σε συλλόγους ατόμων με αναπηρία, μέσω της χρήσης του τηλεφώνου σε άτομα με οπτική αναπηρία και κυρίως μέσω του διαδικτύου. Όσον αφορά την αποστολή των ερωτηματολογίων σε συλλόγους, λόγω της μη ανταπόκρισης ορισμένων ατόμων με αναπηρία, δεν μπορεί να είναι σίγουρο ότι είναι γνωστά τα χαρακτηριστικά των ατόμων με αναπηρία, οι οποίοι αποφάσισαν να μην συμμετέχουν στην έρευνα. Επομένως τα αποτελέσματα αφορούν το συγκεκριμένο δείγμα και δεν είναι γενικεύσιμα σε όλα τα άτομα με αναπηρία (Bryman, 2016). Ακολούθως, στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων μέσω τηλεφώνου σε άτομα με οπτική αναπηρία ενέχει ο κίνδυνος της «μεροληψίας κοινωνικής ευαρέσκειας», δηλαδή είναι πολύ πιθανό οι συμμετέχοντες να έδωσαν μια απάντηση που θεωρείται ότι είναι περισσότερο ευάρεστη κοινωνικά» (Bryman, 2016, σ. 252). Εκτός αυτού, η χρήση του διαδικτύου για την αποστολή του ερωτηματολογίου στους υποψήφιους ερωτώμενους, έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία εξαγωγής ασφαλών αποτελεσμάτων σχετικά με την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος, καθώς δεν μπορεί να είναι σίγουρο εάν τα άτομα που αποκρίθηκαν είναι όντως άτομα με αναπηρία (Bryman, 2016). Τέλος, περιορισμό αποτελεί το γεγονός ότι δεν έγινε «follow up», δηλαδή επανάληψη της συλλογής δεδομένων στους ίδιους συμμετέχοντες σε διαφορετικό χρονικό διάστημα, έτσι ώστε μέσω της επαναληψιμότητας να εξαχθούν επαρκή συμπεράσματα για τη σταθερότητα και αξιοπιστία των ευρημάτων (Bryman, 2016).

Επομένως, για να καταστεί δυνατή η γενίκευση των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης έρευνας, κρίνεται χρήσιμη η επιβεβαίωσή τους και από μελλοντικές έρευνες, οι οποίες θα λαμβάνουν υπόψη τους περιορισμούς που επισημάνθηκαν και θα διερευνήσουν περισσότερο την επίδραση του συναισθήματος της ντροπής και του δεσμού προσκόλλησης στην προσαρμογή των ατόμων με αναπηρία. Επιπλέον, σημαντική καθίσταται η χρήση άλλων ερευνητικών εργαλείων, ώστε να συγκριθούν

τα αποτελέσματα, καθώς και να ερευνηθούν και άλλοι παράγοντες. Παρόμοια ερευνητικά εργαλεία που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν είναι: η κλίμακα της εσωτερικευμένης ντροπής “Internalized Shame Scale” (ISS) του Cook (1994), η κλίμακα της εξωτερικής ντροπής “Other As Shamer scale” (OAS) των Goss, Gilbert και Allan (1994), η κλίμακα δεσμού ενηλίκων “The Revised Experiences in Close Relationships Scale, G- ECR-R” των Fraley, Waller και Brennan (2000) που σταθμίστηκε στην ελληνική γλώσσα (Tsagarakis, Kafetsios, & Stalikas, 2007) Μελλοντικά, θα μπορούσε να διερευνηθεί η επίδραση του συναισθήματος της ντροπής και του δεσμού προσκόλλησης στην προσαρμογή των ατόμων με αναπηρία σε άτομα μικρής ηλικίας που έχουν αναπηρία ή να εξεταστεί το εν λόγω ζήτημα από την πλευρά των γονέων ατόμων με αναπηρία.

Σε μελλοντική έρευνα θα ήταν, επίσης, χρήσιμη μια πιο ενδεδειγμένη διερεύνηση της προσαρμογής στην αναπηρία και των άλλων μεταβλητών (συναίσθημα της ντροπής, δεσμός προσκόλλησης ενηλίκων) μέσω της χρήσης συνεντεύξεων ημι-δομημένου χαρακτήρα. Μέσω των συνεντεύξεων ποιοτικού χαρακτήρα δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην οπτική των συνεντευξιαζόμενων (Bryman, 2016, σ. 514). Τα άτομα με αναπηρία θα είχαν τη δυνατότητα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, τις ανησυχίες, τις δυσκολίες τους στις στενές διαπροσωπικές σχέσεις καθώς και τα προβλήματα που ανακύπτουν κατά τη διάρκεια προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας.

Τέλος, σε μελλοντική μελέτη σκόπιμη κρίνεται η διερεύνηση της προσαρμογής στην αναπηρία, του συναισθήματος της ντροπής και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, ιδιαίτερα σε άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, καθώς έχει αποδειχθεί ότι τα ποσοστά κατάθλιψης στην συγκεκριμένη ομάδα είναι υψηλά. Σημαντική, επίσης, κρίνεται η διερεύνηση της πιθανής λήψης αντικαταθλιπτικής αγωγής, καθώς και η συγκέντρωση στοιχείων για την ύπαρξη ή μη ήπιας γνωστικής έκπτωσης στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, αλλά και κάποια κλινικά στοιχεία για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη όπως η λήψη ινσουλίνης.

Η αναπηρία δεν αποτελεί απλώς ένα πρόβλημα υγείας. Συνιστά ένα περίπλοκο φαινόμενο, που αντανακλά την αλληλεπίδραση μεταξύ των χαρακτηριστικών του σώματος ενός ατόμου και των χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία το άτομο ζει. Ο φορέας της πολιτείας, ακόμη, μέσω κατάλληλων προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης για άτομα με αναπηρία, μπορεί να συμβάλλει στην μείωση των αρνητικών συναισθημάτων όπως της ντροπής. Καταληκτικά, θα πρέπει να γίνει αναφορά σε έναν ακόμη βασικό φορέα, αυτόν του σχολείου, ο οποίος, μέσω των προγραμμάτων, παρέχει υποστήριξη και καθοδήγηση σε όλα τα παιδιά, συμβάλλοντας στη διαμόρφωση της ψυχικής τους ανθεκτικότητας. Τα παρεμβατικά προγράμματα, που διεξάγονται στα πλαίσια της σχολικής κοινότητας, θεωρούνται ιδιαίτερα αναγκαία για την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής όλων των μαθητών. Εκτός αυτού, συμβάλλουν ακόμη, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των μαθητών, στην ψυχική τους υγεία καθώς και στη διατήρηση ενός θετικού περιβάλλοντος στη σχολική τάξη (Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2011).

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abubakar, A., Alonso-Arbiol, I., Van de Vijver, F. J. R., Murugami, M., Mazrui, L., & Arasa, J. (2013). Attachment and psychological well-being among adolescents with and without disabilities in Kenya: The mediating role of identity formation. *Journal of Adolescence*, 36(5), 849–857. doi:10.1016/j.adolescence.2013.05.006

Abu Shosha, G. M., & Al-Kalaldeh, M. (2019). The transactional model of stress and coping as guidance for understanding adolescent patients' experience with thalassemia: Case report. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. doi:10.1111/jcap.12259

Agostini, A., Moretti, M., Calabrese, C., Rizzello, F., Gionchetti, P., Ercolani, M., & Campieri, M. (2014). Attachment and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *International Journal of Colorectal Disease*, 29(10), 1291–1296. doi:10.1007/s00384-014-1962-3

AIHW. (2011). *Key indicators of progress for chronic disease and associated determinants*. Canberra.

Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44,709-716.

Alford, V. M., Ewen, S., Webb, G. R., McGinley, J., Brookes, A., & Remedios, L. J. (2014). The use of the International Classification of Functioning, Disability and Health to understand the health and functioning experiences of people with chronic conditions from the person perspective: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 37(8), 655–666. doi:10.3109/09638288.2014.935875

Ali, M. A., El-Bilsha M. A., & Mohamed, A. D. (2018). Coping strategies among children with thalassemia. *Journal of Nursing and Health Science*, 7(2), 50-58. doi: 10.9790/1959-0702105058

Alosaimi, F. D., AlMulhem, A., AlShalan, H., Alqazlan, M., Daif, A., Kowgier, M., ... Sockalingam, S. (2017). Psychosocial predictors of patient adherence to disease-modifying therapies for multiple sclerosis. *Patient Preference and Adherence*, 11, 513–518. doi:10.2147/ppa.s129678

American Diabetes Association. (2019). *Classification and diagnosis of diabetes*. *Diabetes Care*, 42(1), 13-28

Andersen, E. T., Elklit, A., & Vase, L. (2011). The relationship between chronic whiplash-associated disorder and posttraumatic stress: attachment-anxiety may be a vulnerability factor. *European Journal of Psychotraumatology*, 2. doi:10.3402/ejpt.v2i0.5633.

Andersen, T. E. (2012). Does attachment insecurity affect the outcomes of a multidisciplinary pain management program? The association between attachment

insecurity, pain, disability, distress, and the use of opioids. *Social Science & Medicine*, 74(9), 1461–1468. doi:10.1016/j.socscimed.2012.01.009

Anderson, R., Falci, C., & Warner, D. (2016). *Physical Disability and Changes in Older Adults' Social Network Ties: A Longitudinal Examination of Ego-Alter Dyads*. Retrieved from: <https://paa.confex.com/paa/2016/meetingapp.cgi/Paper/8066>

Andrews, E. N., Meredith, P. J., Strong, J. G. F., Donohue, G. F. (2014). Adult attachment and approaches to activity engagement in chronic pain. *Pain Res Manag* 19(6), 317-327.

Angulo, J., Fleury, V., Péron, J. A., Penzenstadler, L., Zullino, D., & Krack, P. (2019). Shame in Parkinson's Disease: A Review. *Journal of Parkinson's Disease*, 1–11. doi:10.3233/jpd-181462

Armstrong, K. L., Jovic, M., Vo-Phuoc, J. L., Thorpe, J. G., Doolan, B. L. (2012). The global cost of eliminating avoidable blindness. *Indian Journal of Ophthalmology*. 60(5), 475–80.

Artemiadis, A. K., Anagnostouli, M. C., & Alexopoulos, E. C. (2011). Stress as a risk factor for multiple sclerosis onset or relapse: a systematic review. *Neuroepidemiology*. 36(2), 109–20.

Bachmeier, C. A. E., O'Moore-Sullivan, T., Barrett, H. L., D'Silva, N., Vitanza, M., Bowden, T., ... Hurst, C. (2019). Diabetes care – addressing psychological wellbeing in young adults with a newly developed assessment tool. *Internal Medicine Journal*. doi:10.1111/imj.14355

Barnes, E. (2016). *The Minority Body: A Theory of Disability*. United Kingdom: Oxford University Press.

Basse, E., Ellison, C., & Walker, R. (2018). Social capital, social relationships and adults with acquired visual impairment: a nigerian perspective. *Disability and Rehabilitation*, 1–8. doi:10.1080/09638288.2017.1423401

Bazzazian, S., & Besharat, M. A. (2012). An explanatory model of adjustment to type I diabetes based on attachment, coping, and self-regulation theories. *Psychology, Health & Medicine*, 17(1), 47–58. doi:10.1080/13548506.2011.575168

Bergeron, C. M., & Wanet-Defalque, M.-C. (2013). Psychological adaptation to visual impairment: The traditional grief process revised. *British Journal of Visual Impairment*, 31(1), 20–31. doi:10.1177/0264619612469371

Besharat, M. A., Eshagh Goolpashein, R., Farahmand, H., & Ebrahimi, F. (2018). Comparison of attachment styles, defense styles and resiliency in patients with multiple Sclerosis (MS) and healthy people. *Journal of Psychological Science*, 16(64).

Bishop, M., Smedema, S. M. & Lee, E. J. (2009). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and disability. In Chan F., Cardoso, E., & Chronister, J. A. (Eds.), *Understanding Psychosocial Adjustment to Chronic Illness and Disability*:

A Handbook for Evidence-Based Practitioners in Rehabilitation (pp. 521-558). New York: Springer.

Blake, J., Brooks, J., Greenbaum, H., & Chan, F. (2016). Attachment and Employment Outcomes for People With Spinal Cord Injury. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 60*(2), 77–87. doi:10.1177/0034355215621036

Blichfeldt, B. S., & Nicolaisen, J. (2011). Disabled travel: not easy, but doable. *Current Issues in Tourism, 14*(1), 79-102. doi:10.1080/13683500903370159.

Blum, A. (2008). Shame and guilt, misconceptions and controversies: A critical review of the literature. *Traumatology, 14*(3), 91–102.

Bogart, K. R. (2014). The role of disability self-concept in adaptation to congenital or acquired disability. *Rehabilitation Psychology, 59*(1), 107–115. <https://doi.org/10.1037/a0035800>

Bogart, K. R. (2015). Disability identity predicts lower anxiety and depression in multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology, 60*(1), 105–109. doi:10.1037/rep0000029

Bogart, K. R., & Tickle-Degnen, L., & Ambady, N. (2012). Compensatory Expressive Behavior for Facial Paralysis: Adaptation to Congenital or Acquired Disability. *Rehabilitation Psychology, 57*(1), 43-51. doi:10.1037/a0026904

Boiger, M., De Deyne, C., & Mesquita, B. (2013). Emotions in “the world”: Cultural practices, products, and meanings of anger and shame in two individualist cultures. *Frontiers in Psychology, 4*, 867.

Bonilla, X., Fedio, A., Johnson, K., & Sexton, J. (2013). A-31Shame and Multiple Sclerosis. *Archives of Clinical Neuropsychology, 28*(6), 518–626 DOI: 10.1093/arclin/act054.31

Broekhof, E., Kouwenberg, M., Oosterveld, P., Frijns, J. H. M., & Rieffe, C. (2017). Use of the Brief Shame and Guilt Questionnaire in Deaf and Hard of Hearing Children and Adolescents. *Assessment, 1-12*. doi:10.1177/1073191117725169

Brown, R. L., & Barrett, A. E. (2011). Visual Impairment and Quality of Life Among Older Adults: An Examination of Explanations for the Relationship. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 66B*(3), 364–373. doi:10.1093/geronb/gbr015

Brownlee, W. J., Hardy, T. A., Fazekas, F., Miller, D. H. (2017). Diagnosis of multiple sclerosis: progress and challenges. *The Lancet, 389*(10076), 1336–46.

Byra, S. (2018). Basic hope and posttraumatic growth in people with traumatic paraplegia— the mediating effect of acceptance of disability. *Spinal Cord. doi:10.1038/s41393-018-0215-7*

Cattaneo, Z., & Vecchi, T. (2011). *Blind vision: the neuroscience of visual impairment*. MIT Press.

Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *National Diabetes Statistics Report: Estimates of Diabetes and Its Burden in the United States 2014*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services.

Chai, Q., Yuan, Z., Jin, Y., & Zhang, Q. (2016). Factors influencing acceptance of disability among stroke patients in Tianjin, China: A cross-sectional study. *NeuroRehabilitation*, *38*(1), 37–44. doi:10.3233/nre-151293

Chalk, .H. M. (2007). Mind over matter: Cognitive-behavioral determinants of emotional distress in multiple sclerosis patients. *Psychology, Health & Medicine*, *12*(5), 556-566

Chan, F., Cardoso, E., Chronister, J., & Hiatt, E. (2013). Psychosocial adjustment. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of behavioral medicine*. New York, NY:Springer.

Chan, F., Da Silva Cardoso, E., & Chronister, J. A. (2009) (Eds.). *Understanding Psychosocial Adjustment to Chronic Illness and Disability: A handbook for evidence-based practitioners in rehabilitation*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Chao, H.-L., Tsai, T.-Y., Livneh, H., Lee, H.-C., & Hsieh, P.-C. (2010). Patients with colorectal cancer: relationship between demographic and disease characteristics and acceptance of disability. *Journal of Advanced Nursing*, *66*(10), 2278–2286. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05395.x

Chen, J. (2016). Understanding teacher emotions: The development of a teacher emotion inventory, *Teaching and Teacher Education* *55*, 68-77

Chiang, H.-H., Livneh, H., Guo, H.-R., Yen, M.-L., & Tsai, T.-Y. (2015). Effects of acceptance of disability on death or dialysis in chronic kidney disease patients: a 3-year prospective cohort study. *BMC Nephrology*, *16*(1). doi:10.1186/s12882-015-0197-z

Chiu, S.-Y., Livneh, H., Tsao, L.-L., & Tsai, T.-Y. (2013). Acceptance of disability and its predictors among stroke patients in Taiwan. *BMC Neurology*, *13*(1). doi:10.1186/1471-2377-13-175

Ciechanowski, P. S., Sullivan, M., Jensen, M., Romano, J., & Summers, H. (2003). The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain*, *104*, 627-637.

Clapton, N. E., Williams, J., & Jones, R. S. P. (2017). The role of shame in the development and maintenance of psychological distress in adults with intellectual disabilities: A narrative review and synthesis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *31*(3), 343–359. doi:10.1111/jar.12424

- Cohen, T. R., Wolf, S. T., Panter, A. T., & Insko, C. A. (2011). Introducing the GASP scale: A new measure of guilt and shame proneness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *100*, 947-966. doi: 10.1037/a0022641
- Cook, D. R. (1994, 2001). *Internalized shame scale: technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.
- Davidson, D., Hilvert, E., Misiunaite, L., & Giordano, M. (2018). Proneness to guilt, shame, and pride in children with autism spectrum disorders and neurotypical children. *Autism Research*, *11*(6), 883-892. <https://doi.org/10.1002/aur.1937>
- Davies, K. A., Macfarlane, G. J., McBeth, J., Morriss, R., & Dickens, C. (2009). Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain. *Pain*, *143*(3), 200–205. doi:10.1016/j.pain.2009.02.013
- Dean, R. E., & Kennedy, P. (2009). Measuring appraisals following acquired spinal cord injury: A preliminary psychometric analysis of the appraisals of disability. *Rehabilitation Psychology*, *54*(2), 222-231
- Dearing, R. L., Stuewig, J., & Tangney, J. P. (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use. *Addictive Behaviors: An International Journal*, *30*(7), 1392-1404. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.addbeh.2005.02.002>
- Dehghani, A., Nayeri, D. N., & Ebadi, A. (2017). Antecedents of Coping with the Disease in Patients with Multiple Sclerosis: A Qualitative Content Analysis. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, *5*(1), 49–60.
- de Hooge, I. E., Breugelmans, S. M., Wagemans, F. M. A., & Zeelenberg, M. (2018). The social side of shame: Approach versus withdrawal. *Cognition and Emotion*, *5*, 1-7. <https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1422696>
- Dembo, T., Leviton, G. L., & Wright, B. A. (1975). Adjustment to misfortune: A problem of social-psychological rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, *22*(1), 1-100.
- De Ridder, D., Geenen, R., Kuijper, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, *372*(9634), 246–255. doi:10.1016/s0140-6736(08)61078-8
- DeRoon-Cassini, T. A., Aubin, de S. E., Valvano, A., Hastings, J., & Horn, P. (2009). Psychological well-being after spinal cord injury: Perception of loss and meaning making. *Rehabilitation Psychology*, *54*(3), 306-314

DeVile, D. C., Ellmo, F. I., Horton, W. A., & Erchull, M. J. (2015). The Role of Romantic Attachment in Women's Experiences of Body Surveillance and Body Shame. *Gender Issues*, 32(2), 111–120. doi:10.1007/s12147-015-9136-3

Dreyfus, Kristen Springer. (January 2014). *ADULT ATTACHMENT THEORY AND DIABETES MELLITUS : AN EXAMINATION OF HEALTHCARE UTILIZATION AND BIOPSYCHOSOCIAL HEALTH* (Doctoral Dissertation, East Carolina University). Retrieved from the Scholarship. (<http://hdl.handle.net/10342/4542>.)

Dorsett, P., Geraghty, T., Sinnott, A., & Acland, R. (2017). Hope, coping and psychosocial adjustment after spinal cord injury. *Spinal Cord Series and Cases*, 3, 17046. doi:10.1038/scsandc.2017.46

Dunn, D. S. (2016). Teaching About Psychosocial Aspects of Disability. *Teaching of Psychology*, 43(3), 255–262. doi:10.1177/0098628316649492

Easler, J. K., Haueter, H. M., Roper, S. O., Freeborn, D., & Dyches, T. (2017). Reasons for Open and Closed Attitudes Regarding Type 1 Diabetes. *Diabetes Spectrum*, 31(1), 37–46. doi:10.2337/ds16-0054

Ekman, P., & Friesen, W. V. (1975). *Unmasking the Face*. London: Prentice-Hall.

Ekman, P., & Friesen, W. V. (1986). A new pan-cultural facial expression of emotion. *Motivation and Emotion*, 10(2), 159-168.

Else-Quest, N. M., Higgins, A., Allison, C., & Morton, L. C. (2012). Gender differences in self-conscious emotional experience: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 138(5), 947.

Engel-Yeger, B., & Hamed-Daher, S. (2013). Comparing participation in out of school activities between children with visual impairments, children with hearing impairments and typical peers. *Research in Developmental Disabilities*, 34(10), 3124-132. doi: 10.1016/j.ridd.2013.05.049

Fazekas, C., Khalil, M., Enzinger, C., Matzer, F., Fuchs, S., & Fazekas, F. (2013). No impact of adult attachment and temperament on clinical variability in patients with clinically isolated syndrome and early multiple sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 115(3), 293–297. doi:10.1016/j.clineuro.2012.05.022

Frank, R. G., Rosenthal, M., & Caplan, B. (2010). *Handbook of rehabilitation psychology* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/15972-000>

Fogarty, E., Walsh, C., McGuigan, C., Tubridy, N., & Barry, M. (2014). Direct and Indirect Economic Consequences of Multiple Sclerosis in Ireland. *Applied Health Economics and Health Policy*, 12(6), 635–645. doi:10.1007/s40258-014-0128-3

Ghafari, S., Fallahi- Khoshknab, M., Nourozi, K., & Mohammadi, E. (2015). Patients' experiences of adapting to multiple sclerosis: a qualitative study. *Contemporary Nurse*, 50(1), 36–49. doi:10.1080/10376178.2015.1010252

Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt, and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 113-147.

Gilbert, P., & Andrews, B. (Eds.). (1998). *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology and culture*. New York: Oxford University Press.

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379. doi: 10.1002/cpp.507

Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security: A biopsychosocial approach. In J. L. Tracy, R. W. Robins, & J. P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 283-309). New York, NY, US: Guilford Press.

Gilbert, P. (2011). Shame in psychotherapy and the role of compassion focused therapy. In R.L. Dearing & J.P. Tangney (Eds.), *Shame in the therapy hour* (pp. 325–354). Washington, DC: American Psychological Association.

Gillath, O., Karantzas, C. G., & Fraley, C. R. (2016). *Adult Attachment: A Concise Introduction to Theory and Research*. London: Academic Press.

Goodley, D. (2017). *Disability Studies: An Interdisciplinary Introduction* (2nd ed). London: Sage.

Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 336–343. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.336>

Groomes, D. A. G., & Linkowski, D. C. (2007). Examining the structure of the revised Acceptance of Disability Scale. *Journal of Rehabilitation*, 73(3), 3-9.

Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures—I: The other as Shamer scale. *Personality and Individual Differences*, 17(5), 713–717. doi:10.1016/0191-8869(94)90149-x 159-164.

Gouva, M., Kaltsouda, A., Paschou, A., Dragioti, E., Kotrotsiou, S., Mantzoukas, S., & Kotrotsiou, E. (2016). Reliability and Validity of the Greek Version of the Experience of Shame Scale (ESS). *Interscientific Health Care*, 8(4),151-158. Retrieved from: www.inhealthcare.gr

Grout, K. M. (2013). *Reliability and Validity of the Implicit Association Test Measuring Shame*. (Master's thesis). University of Wisconsin-Milwaukee, United States. Retrieved from: <https://dc.uwm.edu/etd/284>

Haidt, J. (2003). The moral emotions. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 852-870). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.

Handicaps Welfare Association (2018). *General Information on physical disabilities*. Retrieved from: <https://hwa.org.sg/general-information-on-physical-disabilities/>

Hansdottir, I., Malcarne, V. L., Furst, D. E., Weisman, M. H., & Clements, P. J. (2004). Relationships of Positive and Negative Affect to Coping and Functional Outcomes in Systemic Sclerosis. *Cognitive Therapy and Research*, 28(5), 593–610. doi:10.1023/b:cotr.0000045567.57582.ba

Hartling, L. M., Rosen, W. B., Walker, M., & Jordan, J. V. (2000). *Shame and humiliation: From isolation to relational transformation* [Working Paper No. 88]. Wellesley, MA: Wellesley College.

Hazan, C., Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychol Inq*, 5(1), 1–22.

Heidari, H., Hasanpour, M., & Fooladi, M. (2012). The Iranian parents of premature infants in NICU experience stigma of shame. *Medicinski Arhiv*, 66(1), 35-40. <http://dx.doi.org/10.5455/medarh.2012.66.35-40>

Hejdenberg, J., & Andrews, B. (2011). The relationship between shame and different types of anger: A theory-based investigation. *Personality and Individual Differences*, 50, 1278–1282

Helfin, S. (2015). *ATTACHMENT AND SHAME-COPING STYLE: A RELATIONSHIP MEDIATED BY FEAR OF COMPASSION?* (PhD thesis). University of Central Oklahoma, Kansas City, Missouri, Retrieved from: <https://mospace.umsystem.edu/xmlui/bitstream/handle/10355/46440/HeflinAttShaCo.p.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hernandez Trillo, A., & Dickinson, C. M. (2012). The Impact of Visual and Nonvisual Factors on Quality of Life and Adaptation in Adults with Visual Impairment. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 53(7), 4234. doi:10.1167/iovs.12-9580

HIBA, B., Fazaa, A., Miladi, S., Ouenniche, K., Souabni, L., Kassab, S., ... Laatar, A. (2019). FEELINGS OF GUILT AND SHAME IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 78, 675-676.

- Houwen, S., Hartman, E., & Visscher, C. (2009). Physical activity and motor skills in children with and without visual impairments. *Medicine & Science in Sports and Exercise*, *41*(1), 103-109.
- Howe, D. (2006). Disabled children, parent-child interaction and attachment. *Child and Family Social Work*, *11*, 95–106.
- Hwang, K., Johnston, M., & Smith, J. K. (2007). Romantic attachment in individuals with physical disabilities. *Rehabilitation Psychology*, *52*(2), 184–195. doi:10.1037/0090-5550.52.2.184
- Hwang, K., Johnston, M. V., & Smith, J. K. (2009). Adult Attachment Styles and Life Satisfaction in Individuals with Physical Disabilities. *Applied Research in Quality of Life*, *4*(3), 295–310. doi:10.1007/s11482-009-9082-x
- Hyphantis, T. N., Tsifetaki, N., Pappa, C., Voulgari, P. V., Siafaka, V., Bai, M., ... Mavreas, V. (2007). Clinical features and personality traits associated with psychological distress in systemic sclerosis patients. *Journal of Psychosomatic Research*, *62*(1), 47–56. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.07.028
- Hyphantis, T. N., Tsifetaki, N., Siafaka, V., Voulgari, P. V., Pappa, C., Bai, M., ... Drosos, A. A. (2007). The Impact of Psychological Functioning upon Systemic Sclerosis Patients' Quality of Life. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, *37*(2), 81–92. doi:10.1016/j.semarthrit.2007.03.008
- Iannaccone, M., D'Olimpio, F., Cella, S., & Cotrufo, P. (2016). Self-esteem, body shame and eating disorder risk in obese and normal weight adolescents: A mediation model. *Eating Behaviors*, *21*, 80–83. doi:10.1016/j.eatbeh.2015.12.010
- International Diabetes Federation. (2015). *Diabetes Atlas, Seventh Edition*. Retrieved from: <http://www.diabetesatlas.org/>
- Jahoda, A., Wilson, A., Stalker, K., & Cairney, A. (2010). Living with Stigma and the Self-Perceptions of People with Mild Intellectual Disabilities. *Journal of Social Issues*, *66*(3), 521–534. doi:10.1111/j.1540-4560.2010.01660.x
- Jiao, J., Heyne, M. M., Lam, C. S. (2012). Acceptance of Disability among Chinese Individuals with Spinal Cord Injuries: The *Effects of Social Support and Depression*. *Psychology*, *3*(Special Issue), 775-781.
- Jóhannsdóttir, Á., Egilson, S. T., & Gibson, B. E. (2020). What's shame got to do with it? The importance of affect in critical disability studies. *Disability & Society*, 1–16. doi:10.1080/09687599.2020.1751076
- Jun, E. Y., Kim, S., Chang, S. B., Oh, K., Kang, H. S., & Kang, S. S. (2011). The effect of a sexual life reframing program on marital intimacy, body image, and sexual function among breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, *34*(2), 142-149. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181f1ab7a>

Kanavos, P., Tinelli, M., Efthymiadou, O., Visintin, E., Grimaccia, F., & Mossman, J. (2016). *Towards better outcomes in multiple sclerosis by addressing policy change: The International MultiPLE Sclerosis Study (IMPrESS)*. The London School of Economics and Political Science. London, UK.

Kennedy, P. (Ed.). (2012). *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of rehabilitation psychology*. Oxford University Press. Retrieved from: https://books.google.gr/books?hl=el&lr=&id=EwdpAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA47&dq=psychosocial+adaptation+to+disability+livneh&ots=s6Wou7Zlq_&sig=5kO0ow2fg4DJcwOFRQZx4OKd0DI&redir_esc=y#v=onepage&q=psychosocial%20adaptation%20to%20disability%20livneh&f=false

Kennedy, P., Evans, M., & Sandhu, N. (2009). Psychological adjustment to spinal cord injury: The contribution of coping, hope and cognitive appraisals. *Psychology, Health & Medicine, 14*(1), 17-33

Kerstens, H. C. J. W., Satink, T., Nijkraak, M. J., De Swart, B. J. M., Van Lith, B. J. H., Geurts, A. C. H., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2019). Stumbling, struggling, and shame due to spasticity: a qualitative study of adult persons with hereditary spastic paraplegia. *Disability and Rehabilitation, 1*–8. doi:10.1080/09638288.2019.1610084

Kim, J., Kim, M., MaloneBeach, E., & Han, A. (2015). A Study of Health Perception, Disability Acceptance, and Life Satisfaction Based on Types of Leisure Activity Among Koreans with a Physical Disability. *Applied Research in Quality of Life, 11*(3), 791–804. doi:10.1007/s11482-015-9397-8

Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological bulletin, 137*(1), 68.

Kostova, Z., Caiata-Zufferey, M., & Schulz, P. J. (2014). The impact of social support on the acceptance process among RA patients: A qualitative study. *Psychology & Health, 29*(11), 1283–1302. doi:10.1080/08870446.2014.925895

Kowal, J., McWilliams, L. A., Péloquin, K., Wilson, K. G., Henderson, P. R., & Fergusson, D. A. (2015). Attachment insecurity predicts responses to an interdisciplinary chronic pain rehabilitation program. *Journal of Behavioral Medicine, 38*(3), 518–526. doi:10.1007/s10865-015-9623-8

Lamb, E. M., Thompson, A. R., Gardner, W., & Charnov, L. E. (2013). *Infant-Mother Attachment: The Origins and Developmental Significance of Individual Differences in Strange Situation Behavior*. United States of America: Routledge.

Lamia, M. C. (2011). *Shame: A concealed, contagious, and dangerous emotion: Shame informs you of an internal state of inadequacy, dishonor, or regret*. Retrieved from: <https://www.psychologytoday.com/intl>

Lewis Brown, R., & Turner, R. J. (2010). Physical Disability and Depression: Clarifying Racial/Ethnic Contrasts. *Journal of Aging and Health*, 22(7), 977–1000. doi:10.1177/0898264309360573

Lewis, M. (2008). Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, and guilt. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (p. 742–756). The Guilford Press.

Li, C.-K. (2017). New trend in the epidemiology of thalassaemia. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 39, 16–26. doi:10.1016/j.bpobgyn.2016.10.013

Li, L., & Moore, D. (1998). Acceptance of disability and its correlates. *The Journal of Social Psychology*, 138(1), 13-15.

Livneh, H., & Antonak, R. F. (2005). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Primer for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, 83(1), 12-20. doi:10.1002/j.1556-6678.2005.tb00575.x

Livneh, H., Lott, S. M., & Antonak, R. F. (2004). Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A cluster analytic approach. *Psychology Health and Medicine*, 9, 411-430.

Livneh, H., & Martz, E. (2014). Coping strategies and resources as predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 59(3), 329–339. doi:10.1037/a0036733

Livneh, H., & Martz, E. (2012). Adjustment to Chronic Illness and Disabilities: Theoretical Perspectives, Empirical Findings and Unresolved Issues. In I. Marini, M. N. Glover-Graf, & M. J. Millington, *The psychological and social impact of illness and disability* (pp 95-107). New York: Springer Publishing Company, LLC.

Livneh, H., & Martz, E. (2012). Adjustment to Chronic Illness and Disabilities: Theoretical Perspectives, Empirical Findings and Unresolved Issues. In P. Kennedy (Ed.), *The Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology* (pp. 47-87). New York, NY: Oxford University Press.

Livneh, H., & Martz, E. (2015). Psychosocial Adaptation to Disability Within the Context of Positive Psychology: Philosophical Aspects and Historical Roots. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(1), 13–19. doi:10.1007/s10926-015-9601-6

Lopez, J., Annunziata, K., Bailey, R., Morisky, D. E., & Rupnow, M. (2014). Impact of hypoglycemia on patients with type 2 diabetes mellitus and their quality of life, work productivity, and medication adherence. *Patient Preference and Adherence*, 683. doi:10.2147/ppa.s58813

Loukopoulos D., (2011). Haemoglobinopathies in Greece: prevention programme over the past 35 years. *Indian J Med Res*, 134(4), 572–576.

Lourens, H., & Swartz, L. (2016). Experiences of visually impaired students in higher education: bodily perspectives on inclusive education. *Disability & Society*, 1–12. doi:10.1080/09687599.2016.1158092

Lulé, D., Pauli, S., Altintas, E., Singer, U., Merk, T., Uttner, I., ... Ludolph, A. C. (2011). Emotional adjustment in amyotrophic lateral sclerosis (ALS). *Journal of Neurology*, 259(2), 334–341. doi:10.1007/s00415-011-6191-x

Madan, S., & Pakenham, K. I. (2013). The stress-buffering effects of hope on changes in adjustment to caregiving in multiple sclerosis. *Journal of Health Psychology*, 20(9), 1207–1221. doi:10.1177/1359105313509868

Makkiyan, R. A. Malekitabar, M., & Farahbakhsh, K. (2016). Attachment Styles and Self-Efficacy in Blind and Non-blind Female High School Students. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 4(4), 237-248. <https://doi.org/10.18869/acadpub.jpcp.4.4.237>

Mansoor, S., Othman, Z., Othman, A., & Husain, M. (2018). A Descriptive Study on Quality of Life among Adolescents with Beta-Thalassemia Major in the Maldives. *International Medical Journal*, 25(4), 211 – 214.

Marini, I., Glover-Graf, M. N., & Millington, J. M. (2012). *Psychosocial Aspects of Disability: Insider Perspectives and Counseling Strategies*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Marini, I., & Stebnicki, A. M. (2018). *The Psychological and Social Impact of Illness and Disability* (7th ed.). New York: Springer Publishing Company, LLC.

Marriott, C., Parish, C., Griffiths, C., & Fish, R. (2019). Experiences of shame and intellectual disabilities: Two case studies. *Journal of Intellectual Disabilities*, 174462951984409. doi:10.1177/1744629519844091

Martins, T. C., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2016). Adult Attachment and Dyadic Adjustment: The Mediating Role of Shame. *The Journal of Psychology*, 150(5), 560–575. doi:10.1080/00223980.2015.1114461

Martz, E. (2010). Shame and Avoidance in Trauma. In J. K. Van Vliet (Ed.), *Trauma Rehabilitation After War and Conflict Community and Individual Perspectives* (pp 247-263). New York: Springer.

Mathews, S., Onwumere, J., Bissoli, S., Ruggeri, M., Kuipers, E., Valmaggia, L. (2014). Measuring attachment and parental bonding in psychosis and its clinical implications. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 25(2), 142–149.

Matos, M., Pinto-Gouveia, J. A., Gilbert, P., & Duarte, C. (2015). The Other As Shamer Scale – 2: Development and Validation of a short version of a measure of external shame. *Personality and Individual Differences*. 74(6-11), 1-22. doi:10.1016/j.paid.2014.09.037

McCracken, L. M., & Zhao-O'Brien, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain*, *14*(2), 170–175. doi:10.1016/j.ejpain.2009.03.004

McDermott, S., Moran, R., Platt, T., & Dasari, S. (2007). Health conditions among women with a disability. *Journal of Women's Health*, *16*, 713-720

McKendry, H. B. (2014). *Eye Gaze Diversion and Dissociation in External and Internal Shame: A script-driven procedure*. (Unpublished master's thesis). University of Canterbury, New Zealand. Retrieved from: <https://ir.canterbury.ac.nz/handle/10092/9180>

McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M.W. (2000). Impact of adult attachment styles on pain and disability associated with arthritis in a nationally representative sample. *Clinical Journal of Pain*, *16*, 360-364.

Meredith, P., Strong, J., & Feeney, J. A. (2006). Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain*, *123*(1), 146–154. doi:10.1016/j.pain.2006.02.025

Meredith, P. J., Strong, J., & Feeney, J. A. (2007). Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain. *European Journal of Pain*, *11*, 164-170.

MEREDITH, P., OWNSWORTH, T., & STRONG, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review*, *28*(3), 407–429. doi:10.1016/j.cpr.2007.07.009

Meulenkamp, T., Rijken, M., Cardol, M., Francke, A. L., & Rademakers, J. (2019). People with activity limitations' perceptions of their health condition and their relationships with social participation and experienced autonomy. *BMC Public Health*, *19*(1). doi:10.1186/s12889-019-7698-9

Michail, M., & Birchwood, M. (2012). Social anxiety disorder and shame cognitions in psychosis. *Psychological Medicine*, *43*(01), 133–142. doi:10.1017/s0033291712001146

Mikulincer, M., Florian, V. (1998). *The relationship between adult attachment style and emotional and cognitive reactions to stressful events*. In: Simpson JA, Rholes WS, editors. Attachment theory and close relationships. New York, NY: Guilford Press.

Mikulincer, M., Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York, NY: The Guilford Press.

Mikulincer, M., Shaver, P. R. (2007). An Overview of Adult Attachment Theory. In J. H. Obegi & E. Berant (2010). *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults* (pp.17-45). New York: Guilford Press.

Mirzaei, Sh., & Saeedi, R. (2013). Comparison of emotional intelligence and personality traits of the successful and normal individual with visual impairments in Tehran City. *International Journal of Applied Psychology*, 3(3), 83-87. doi: 10.5923/j.ijap.20130303.08

Momeni, F., Malekpour, M., Molavi, H., & Amiri, S. (2010). Comparison of secure, avoidance/anxiety insecure and anxiety insecure attachment styles between young adults with visual or auditory defects and normal people in Isfahan City. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 2(16), 103-13.

Moore, P., Methley, A., Pollard, C., Mutch, K., Hamid, S., Elson, L., & Jacob, A. (2016). Cognitive and psychiatric comorbidities in neuromyelitis optica. *Journal of the Neurological Sciences*, 360, 4-9.

Mosley, A. M., Lancaster, M., M. L. Parker, M. L. & Campbell, K. (2020). Adult attachment and online dating deception: a theory modernized. *Sexual and Relationship Therapy*, 35(2), 227-243, DOI: 10.1080/14681994.2020.1714577

MS National Multiple Sclerosis Society (2018). *What is Multiple Sclerosis?* Retrieved from: [https://www.nationalmssociety.org/Programs-and-Services/Resources/What-Is-Multiple-Sclerosis-\(-pdf\)?page=1&orderby=3&order=asc](https://www.nationalmssociety.org/Programs-and-Services/Resources/What-Is-Multiple-Sclerosis-(-pdf)?page=1&orderby=3&order=asc)

Munce, S. E. P., Straus, S. E., Fehlings, M. G., Voth, J., Nugaeva, N., Jang, E., Webster, F. & Jaglal, S. B. (2016). Impact of psychological characteristics in self-management in individuals with traumatic spinal cord injury. *Spinal Cord*, 54, 29–33.

Muncie, H. L. Jr., & Campbell, J. (2009). Alpha and beta thalassemia. *American Family Physician*, 80(4), 339-44.

Muris, P., & Meesters, C. (2014). Small or Big in the Eyes of the Other: On the Developmental Psychopathology of Self-Conscious Emotions as Shame, Guilt, and Pride. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 17, 19-40. doi:10.1007/s10567-013-0137-z

Navarta-Sánchez, M. V., Senosiain García, J. M., Riverol, M., Ursúa Sesma, M. E., Díaz de Cerio Ayesa, S., Anaut Bravo, S., ... Portillo, M. C. (2016). *Factors influencing psychosocial adjustment and quality of life in Parkinson patients and informal caregivers*. *Quality of Life Research*, 25(8), 1959–1968. doi:10.1007/s11136-015-1220-3

Neustein, J., & Rymaszewska, J. (2017). Psychological consequences of multiple sclerosis and assistance possibilities. *Physiotherapy Quarterly (formerly Fizjoterapia)*, 25(1), 8–12 doi: 10.1515/physio-2016-0013

Nicholls, E., Lehan, T., Plaza, S. L. O., Deng, X., Romero, J. L. P., Pizarro, J. A. A., & Carlos Arango-Lasprilla, J. (2011). Factors influencing acceptance of disability in

individuals with spinal cord injury in Neiva, Colombia, South America. *Disability and Rehabilitation*, 34(13), 1082–1088. doi:10.3109/09638288.2011.631684

Noor, R., Gul, S., Khan, A. E., Shahzad, N., & Muhammad, M. (2016). The Impact of Coping Strategies on Psychological Adjustment across Male and Female Spinal Cord Injured Patients. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 6(2S), 137-143.

Nwaneri, C., Cooper, H., & Bowen-Jones, D. (2013). Mortality in type 2 diabetes mellitus: magnitude of the evidence from a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Diabetes & Vascular Disease*, 13(4), 192–207. doi:10.1177/1474651413495703

Okanli, A., Tanriverdi, D., Ipek Coban, G., & Asi Karakaş, S. (2016). The Relationship Between Psychosocial Adjustment and Coping Strategies Among Patients With Multiple Sclerosis in Turkey. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(2), 113–118. doi:10.1177/1078390316680027

Oliver, M. (1996). *Understanding disability: From theory to practice*. Basingstoke, UK: MacMillan.

Oliver, M. (2013). The Social Model of Disability: Thirty Years on. *Disability & Society*, 28(7), 1024– 1026.

Olthof, T., Schouten, A., Kuiper, H., Stegge, H., & Jennekens-Schinkel, A. (2010). Shame and guilt in children: Differential situational antecedents and experiential correlates. *British Journal of Developmental Psychology*, 18(1), 51-64. <https://doi.org/10.1348/026151000165562>

Pace, U., & Zappulla, C. (2013). Detachment from parents, problem behaviors, and the moderating role of parental support among Italian adolescents. *Journal of Family Issues*, 34, 768-783.

Pakenham, K. I., & Fleming, M. (2011). Relations between acceptance of multiple sclerosis and positive and negative adjustments. *Psychology & Health*, 26(10), 1292–1309. doi:10.1080/08870446.2010.517838

Parrot, W. G. (2001). *Emotions in Social Psychology*. Hove: Taylor & Francis.

Passanisi, A., Gervasi, A. M., Madonia, C., Guzzo, G., & Greco, D. (2015). Attachment, Self-Esteem and Shame in Emerging Adulthood. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 191, 342–346. doi:10.1016/j.sbspro.2015.04.552

Psarra, E., & Kleftharas, G. (2013). Adaptation to Physical Disabilities: The Role of Meaning in Life and Depression. *The European Journal of Counselling Psychology*, 2(1), 79-99 doi:10.5964/ejcop.v2i1.7

- Porter, S. L., Davis, D., & Keefe, J. F. (2008). Attachment and Pain: Recent Findings and Future Directions. *Pain*, *128*(3), 195–198. doi: 10.1016/j.pain.2007.02.001
- Read, D. L., Clark, G. I., Rock, A. J., Coventry, W. L. (2018). Adult attachment and social anxiety: The mediating role of emotion regulation strategies. *PLoS ONE* *13*(12), e0207514. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207514>
- Read, D. J., Hill, A. P., Jowett, G. E., & Astill, S. L. (2016). The relationship between perfectionistic self-presentation and reactions to impairment and disability following spinal cord injury. *Journal of Health Psychology*, *135910531667426*. doi:10.1177/1359105316674268
- Reindal, S. M. (2010). Defining disability: a rejoinder to a critique. *Nordic Journal of Applied Ethics*, *4*(1), 125-135.
- Richardson, A., Adner, N., & Nordstrom, G. (2001). Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: acceptance and coping ability. *Journal of Advanced Nursing*, *33*(6), 758–763. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01717.x
- Saffer, J., Nolte, L., & Duffy, S. (2018). Living on a knife edge: the responses of people with physical health conditions to changes in disability benefits. *Disability & Society*, 1–24. doi:10.1080/09687599.2018.1514292
- Saggino, A., Carlucci, L., Sergi, M. R., D'Ambrosio, I., Fairfield, B., Cera, N., & Balsamo, M. (2017). A Validation Study of the Psychometric Properties of the Other As Shamer Scale – 2. *SAGE Open*. *7*(2), 1-10. doi: 10.1177/2158244017704241
- Saffer, J., Nolte, L., & Duffy, S. (2018). Living on a knife edge: the responses of people with physical health conditions to changes in disability benefits. *Disability & Society*, 1–24. doi:10.1080/09687599.2018.1514292
- Saur, R., Hansen, M. B., Jansen, A., & Heir, T. (2016). Visually impaired individuals, safety perceptions and traumatic events: a qualitative study of hazards, reactions and coping. *Disability and Rehabilitation*, *39*(7), 691–696. doi:10.3109/09638288.2016.1161836
- Scheel, C. N., Bender, C., Tuschen-Caffier, B., Brodführer, A., Matthies, S., Hermann, C., ... Jacob, G. A. (2014). Do patients with different mental disorders show specific aspects of shame? *Psychiatry Research*, *220*(1-2), 490–495. doi:10.1016/j.psychres.2014.07.062
- Schimmenti, A. (2012). Unveiling the hidden self: Developmental trauma and pathological shame. *Psychodynamic Practice*, *18*(2), 195–211.
- Schimmenti, A., & Bifulco, A. (2013). Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: the role of attachment styles. *Child and Adolescent Mental Health*, *20*(1), 41–48. doi:10.1111/camh.12051

Schmidt, G. B. (2016). How Adult Attachment Styles Relate to Perceived Psychological Contract Breach and Affective Organizational Commitment. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 28(3), 147–170. doi:10.1007/s10672-016-9278-9

Schmidt, S., Nachtigall, C., Wuethrich-Martone, O., & Strauss, B. (2002). Attachment and coping with chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(3), 763–773. doi:10.1016/s0022-3999(02)00335-5

Schroeter, C., Ehrental, J. C., Giulini, M., Neubauer, E., Gantz, S., Amelung, D., Balke, D., & Schiltewolf, M. (2015). Attachment, Symptom Severity, and Depression in Medically Unexplained Musculoskeletal Pain and Osteoarthritis: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE* 10(3), 1-20. doi:10.1371/journal.pone.0119052

Schuengel, C., Kef, S., Damen, S., & Worm, M. (2010). “People who need people”: attachment and professional caregiving. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 38–47. doi:10.1111/j.1365-2788.2009.01236.x

Schurink, J., Cox, R. F. A., Cillessen, A. H. N., van Rens, G. H. M. B., & Boonstra, F. N. (2011). Low vision aids for visually impaired children. *Research in Developmental Disabilities*, 32(3), 871–882. doi:10.1016/j.ridd.2011.01.027

Shevlin, M., Boyda, D., Elklit, A., & Murphy, S. (2014). Adult attachment styles and the psychological response to infant bereavement. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 23295. doi:10.3402/ejpt.v5.23295

Silva, L. M. P., Arantes, T. E., Casaroli-Marano, R., Vaz, T., Belfort, R., & Muccioli, C. (2017). Quality of Life and Psychological Aspects in Patients with Visual Impairment Secondary to Uveitis: A Clinical Study in a Tertiary Care Hospital in Brazil. *Ocular Immunology and Inflammation*, 1–9. doi:10.1080/09273948.2017.1370551

Sirois, F. M., & Gick, M. L. (2014). An appraisal-based coping model of attachment and adjustment to arthritis. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 821–831. doi:10.1177/1359105314539531

Shepard, D. S., & Rabinowitz, F. E. (2013). The Power of Shame in Men Who Are Depressed: Implications for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, 91, 451–457.

Smedema, S. M. (2014). Core self-evaluations and well-being in persons with disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 59(4), 407–414. <https://doi.org/10.1037/rep0000013>

Smedema, S. M., & Ebener, D. (2010). Substance abuse and psychosocial adaptation to physical disability: analysis of the literature and future directions. *Disability and Rehabilitation*, 32(16), 1311–1319. doi:10.3109/09638280903514721

Sparapani, Vde. C., Jacob, E., & Nascimento, L. C. (2015). What Is It Like to Be a Child with Type 1 Diabetes Mellitus? *Pediatric nursing*, 41(1),17-22.

Snead, S. L., & Davis, J. R. (2002). Attitudes of individuals with acquired brain injury towards disability. *Brain Injury*, 16(11), 947–953. doi:10.1080/02699050210147211

Soundy, A, Roskell, C, Elder, T, Collett, J & Dawes, H 2016, 'The psychological processes of adaptation and hope in patients with Multiple Sclerosis; a thematic synthesis', *Open Journal of Therapy and Rehabilitation*, 4, 22-47. <https://doi.org/10.4236/ojtr.2016.41003>, <https://doi.org/10.4236/ojtr.2016.41003>

Stotz, S., Charron-Prochownik, D., Terry, M. A., Gonzales, K., & Moore, K. (2019). Reducing Risk for Gestational Diabetes Mellitus (GDM) Through a Preconception Counseling Program for American Indian/Alaska Native Girls: Perceptions From Women With Type 2 Diabetes or a History of GDM. *The Diabetes Educator*, 1-9. doi:10.1177/0145721718821663

Stuewig, J., Tangney, J. P., Heigel, C., Harty, L., & McCloskey, L. (2011). *Journal of Research in Personality*, 44(1), 91-102. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2009.12.005>

Tabrett, D. R., & Latham, K. (2012). Adjustment to Vision Loss in a Mixed Sample of Adults with Established Visual Impairment. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 53(11), 7227. doi:10.1167/iovs.12-10404

Taleporos, G., & McCabe, M. P. (2002). The Impact of Sexual Esteem, Body Esteem, and Sexual Satisfaction on Psychological Well-being in People with Physical Disability. *Sexuality and Disability*, 20(3), 177–183. doi:10.1023/a:1021493615456

Tang, Y., Wang, X., Wang, J., Huang, W., Gao, Y., Luo, Y., & Lu, Y. (2015). Prevalence and Causes of Visual Impairment in a Chinese Adult Population. *Ophthalmology*, 122(7), 1480–1488. doi:10.1016/j.ophtha.2015.03.022

Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L., & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1256–1269.

Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and Guilt*. New York: Guilford Press.

Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, 58, 345-372. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070145>

Tangney, J. P., Stuewig, J., & Hafez, L. (2011). Shame, guilt, and remorse: implications for offender populations. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(5), 706–723. doi:10.1080/14789949.2011.617541

Tangney, J. P., & Tracy, J. L. (2012). Self-conscious emotions. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 446–478). New York: Guilford.

- Ten Klooster, P. M., Christenhusz, L. C. A., Taal, E., Eggelmeijer, F., van Woerkom, J.-M., & Rasker, J. J. (2014). Feelings of guilt and shame in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*. doi:10.1007/s10067-014-2516-3
- Thibodeau, R., Kim, S., Randall, S., & Jorgensen, S. (2011). *Internal Shame, External Shame, and Depressive Symptoms: A Meta-Analytic Review*. Poster presented at Faculty Scholarship Celebration. St. John Fisher College, New York. Retrieved from: https://fisherpub.sjfc.edu/psychology_facpub/4
- Thomson, R.G. (2017). *The Extraordinary Bodies: figuring physical disability in American culture and literature* (3rd ed.). New York: Columbia University Press.
- Tough, H., Siegrist, J., & Fekete, C. (2017). Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. *BMC Public Health*, 17(1). doi:10.1186/s12889-017-4308-6
- Tremblay, I., & Sullivan, M. J. L. (2010). Attachment and Pain Outcomes in Adolescents: The Mediating Role of Pain Catastrophizing and Anxiety. *The Journal of Pain*, 11(2), 160–171. doi:10.1016/j.jpain.2009.06.015
- Tsagarakis, M., Kafetsios, K & Stalikas, A. (2007). Reliability and validity of the greek version of the revised experiences in close relationships measure of adult attachment. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(1), 47- 55.
- Tunde-Ayinmode, M., Akande, T., & Ademola-Popoola, D. (2011). Psychological and social adjustment to blindness: Understanding from two groups of blind people in Ilorin, Nigeria. *Annals of African Medicine*, 10(2), 155. doi:10.4103/1596-3519.82073
- Turner-Cobb, J. M., Michalaki, M., & Osborn, M. (2015). Self-conscious emotions in patients suffering from chronic musculoskeletal pain: A brief report. *Psychology & Health*, 30(4), 495–501. doi:10.1080/08870446.2014.991735
- Turland, A. H. (2016). *Shame, depression and self-care in emerging adults with type 1 diabetes* (PhD thesis). University of Surrey. Retrieved from: <http://epubs.surrey.ac.uk/811792/>
- Umucu, E., Lee, B., Wu, J.-R., Chan, F., Blake, J., Brooks, J., & Catalano, D. (2016). Self-efficacy as a mediator for the relationship between secure attachment style and employment status in individuals with spinal cord injuries. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 45(1), 97–106. doi:10.3233/jvr-160814
- Velotti, P., Garofalo, C., Bottazzi, F., & Caretti, V. (2016). Faces of Shame: Implications for Self-Esteem, Emotion Regulation, Aggression, and Well-Being. *The Journal of Psychology*, 151(2), 171–184. doi:10.1080/00223980.2016.1248809
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience negative emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465–490.

Weatherall, D. J. (2012). The definition and epidemiology of non-transfusiondependent thalassemia. *Blood Reviews*, 26, S3–S6. doi:10.1016/s0268-960x(12)70003-6

Wei, M., Shaffer, P. A., Young, S. K., & Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, shame, depression, and loneliness: The mediation role of basic psychological needs satisfaction. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 591-601. doi: 10.1037/0022-0167.52.4.591

Weingarden, H., Renshaw, K. D., Wilhelm, S., Tangney, J. P., & DiMauro, J. (2016). Anxiety and Shame as Risk Factors for Depression, Suicidality, and Functional Impairment in Body Dysmorphic Disorder and Obsessive Compulsive Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(11), 832–839. doi:10.1097/nmd.0000000000000498

Weiss, J. A., MacMullin, J., Waechter, R., & Wekerle, C. (2011). Child Maltreatment, Adolescent Attachment Style, and Dating Violence: Considerations in Youths with Borderline-to-Mild Intellectual Disability. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(5), 555–576. doi:10.1007/s11469-011-9321-x

WHO. (2019). *Blindness and vision impairment*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>

WHO. (2019). *Diabetes*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

WHO (2018). *Diabetes*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

WHO. (2010). International Statistical Classification of Diseases and related health problems. ICD Update and Revision Platform: Change the Definition of Blindness

WHO. (2018). *Non Communicable Diseases*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

WHO. (2019). *World Report on vision*. Retrieved from: <https://www.who.int/health-topics/blindness-and-vision-loss>

Wilson, L., Catalano, D., Sung, C., Phillips, B., Chou, C.-C., Chan, J. Y. C., & Chan, F. (2013). Attachment Style, Social Support, and Coping as Psychosocial Correlates of Happiness in Persons With Spinal Cord Injuries. *Rehabilitation Research, Policy, and Education*, 27(3), 186–205. doi:10.1891/2168-6653.27.3.186

World Health Organization. Office of World Health Reporting. (2002). *The World health report : 2002 : reducing risks, promoting healthy life : overview*. Geneva: World Health Organization. Ανακτήθηκε από: <http://www.who.int/iris/handle/10665/67454>

Wolf, S. T., Cohen, T. R., Panter, A. T., & Insko, C. A. (2010). Shame Proneness and Guilt Proneness: Toward the Further Understanding of Reactions to Public and

Private Transgressions. *Self and Identity*. 9(4), 337-362. doi: 10.1080/15298860903106843

Woolrich, R. A., Kennedy, P., & Tasiemski, T. (2006). A preliminary psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in 963 people living with a spinal cord injury. *Psychology, Health & Medicine*, 11(1), 80-90.

Wright, B. A. (1983). *Physical disability: A psychosocial approach*. (2nd ed.). New York: Harper & Row.

Wu, M.-Y., & Chan, F. (2007). Psychological adjustment patterns of persons with spinal cord injury in Taiwan. *Disability and Rehabilitation*, 29(24), 1847- 1857.

Velotti, P., Garofalo, C., Bottazzi, F., & Caretti, V. (2017). Faces of shame: Implications for self-esteem, emotion regulation, aggression, and well-being. *Journal of Psychology*, 151(2), 1-14. <https://doi.org/10.1080/00223980.2016.1248809>

Yengil, E., Acipayam, C., Kokacya, M. H., Kurhan, F., Oktay, G., & Ozer, C. (2014). Anxiety, depression and quality of life in patients with beta thalassemia major and their caregivers. *Int J Clin Exp Med*, 207(8), 2165–2172.

You, J., & Lu, Q. (2013). Sources of social support and adjustment among Chinese cancer survivors: Gender and age differences. *Supportive Care in Cancer*, 22(3), 697-704. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2024-z>

Xie, F., Ye, L., Chang, J. C., Beyer, A. I., Wang, J., Muench, M. O., & Kan, Y. W. (2014). Seamless gene correction of β -thalassemia mutations in patient-specific iPSCs using CRISPR/Cas9 and piggyBac. *Genome Research*, 24(9), 1526–1533. doi:10.1101/gr.173427.114

Zeanah, C. H., Berlin, L. J., & Boris, N. W. (2011). Practitioner Review: Clinical applications of attachment theory and research for infants and young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 819–833. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02399.x

ZHANG, Q., XIAO, S., YAN, L., SUN, L., WANG, Y., & HUANG, M. (2019). Psychosocial Predictors of Adjustment to Disability Among Patients With Breast Cancer. *Journal of Nursing Research*, 27(2), 1-7. doi:10.1097/jnr.0000000000000283

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βοζίκης, Α., & Σωτηροπούλου, Ε. (2012). Πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας στην Ελλάδα: Ανάλυση των ιδίων πληρωμών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4), 448-453.

Βορδώνη, Π. (2017). *Η προσαρμογή στην αναπηρία και η αυτοεκτίμηση ως παράμετροι της ευτυχίας των ατόμων με αναπηρία: Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις*. Ανακτήθηκε από: <http://olympias.lib.uoi.gr/jspui/bitstream/123456789/28073/1/%CE%9C.%CE%95.%20%CE%92%CE%9F%CE%A1%CE%94%CE%A9%CE%9D%CE%97%20%CE%A0%CE%91%CE%9D%CE%91%CE%93%CE%99%CE%A9%CE%A4%CE%91%202017.pdf>

Δασκάλου, Β., & Συγκολίτου, Ε. (2008). Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Σχέσεων Προσκόλλησης (RSQ, Relationship Scales Questionnaire). Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα: Μια συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων, δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον ελληνικό χώρο. (επιμ.) Σταλίκας Α., Τριλίβα Σ., Ρούσση Π. Αθήνα. Ελληνικά Γράμματα.

Goleman, D. (1997). *Η Συναισθηματική Νοημοσύνη. Γιατί το EQ είναι πιο σημαντικό από το IQ;* (Μεταφρ.: Α. Παπασταύρου, Επιμ.: Ι.Νέστορος & Χ. Ξενάκη), Γ' έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Heward, W. L. (2011). *Παιδιά με ειδικές ανάγκες: Μια Εισαγωγή στην Ειδική Εκπαίδευση*. (μτφ. Χ. Λυμπεροπούλου). Α.Δαβάζογλου, Κ. Κόκκινος (Επιμ.). (β'εκδ.). Αθήνα: Τόπος.

Ζώνιου-Σιδέρη, Α., Ντεροπούλου-Ντέρου, Ε., & Βλάχου-Μπαλαφούτη, Α. (2012). *Αναπηρία και εκπαιδευτική πολιτική Κριτική προσέγγιση της ειδικής και ενταξιακής εκπαίδευσης*. Αθήνα: Πεδίο.

Κλεφτάρας, Γ. (2006). Παράγοντες αυτο-αποδοχής της σωματικής δυσλειτουργίας και ψυχολογική συμβουλευτική. *Το βήμα των κοινωνικών επιστημών*, 45, 53- 72

Κλεφτάρας, Γ. (2007). Στάδια προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία: Ο ρόλος της ψυχολογικής συμβουλευτικής. *Το βήμα των κοινωνικών επιστημών*, 49, 149- 180.

Κουτελέκος, Ι., & Χαλιάσος, Ν. (2013). Μεσογειακή αναιμία. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 2(3), 101-112

Lehalle, H., & Mellier, D. (2010). *Ψυχολογία της Ανάπτυξης* (Επιμ.: Λ. Α. Μπεζέ). Αθήνα: Πεδίο.

Νόμος 958/1979, άρθρο 1, παρ. 2, Περί αντικαταστάσεως των άρθρων 1,2 και 5 του Ν. 1904/51 "περί προστασίας και αποκαταστάσεως των τυφλών", Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ-191 Α/ 30-10-2017)

Olkin, R. (2019). Όσα Πρέπει να Γνωρίζουν οι Ψυχοθεραπευτές για την Αναπηρία (Α. Βλάχου & Γ. Κλεφτάρας, επιμ.). Αθήνα: Πεδίο.

Παιδαγωγικό Ινστιτούτο (2011). *Νέο Σχολείο, Σχολική και Κοινωνική Ζωή: Οδηγός εκπαιδευτικού, Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση*. Υπουργείο Παιδείας και Δια Βίου Μάθησης.

Παππά, Β. (2013). *Η Λογική των Συναισθημάτων. Συναισθηματική Ανάπτυξη και Συναισθηματική Νοημοσύνη*. Αθήνα: Οκτώ.

Προβατά, Μ. (2018). *Η προσαρμογή στην αναπηρία ως παράμετρος διαμόρφωσης του ψυχολογικού ευ ζην των ατόμων με αναπηρία*. Ανακτήθηκε από: <http://olympias.lib.uoi.gr/jspui/bitstream/123456789/29266/1/%ce%9c.%ce%95.%20%ce%a0%ce%a1%ce%9f%ce%92%ce%91%ce%a4%ce%91%20%ce%9c%ce%91%ce%a1%ce%99%ce%9d%ce%91%202018.pdf>

Σούλης, Σ. Γ. (2008). *Ένα Σχολείο για Όλους. Από την έρευνα στην Πράξη. Παιδαγωγική της Ένταξης (β' τόμος)*. Αθήνα: GUTENBERG.

Σούλης, Σ. Γ. (2020). *Σπουδή στη νοητική αναπηρία*. Αθήνα: GUTENBERG.

Παράρτημα 1

Συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων «Αξιολόγηση Σχέσεων Προσκόλλησης, «Προσαρμογή στην Αναπηρία» και «Το βίωμα της ντροπής» για την κάθε ομάδα αναπηρίας του δείγματος

Πίνακας 1:

Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων για τα άτομα με μεσογειακή αναιμία

| Κλίμακα | Δείκτης | Αξιολόγηση Σχέσεων Προσκόλλησης | Το βίωμα της ντροπής |
|---------------------------------|----------------|--|-----------------------------|
| Προσαρμογή στην Αναπηρία | R | -0,476** | -0,388* |
| | P | 0,002 | 0,013 |
| | N | 40 | 40 |
| Αξιολόγηση Σχέσεων Προσκόλλησης | R | 1 | 0,184 |
| | P | | 0,256 |
| | N | 40 | 40 |

Πίνακας 2:

Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων για τα άτομα με οπτική αναπηρία

| Κλίμακα | Δείκτης | Αξιολόγηση Σχέσεων Προσκόλλησης | Το βίωμα της ντροπής |
|---------------------------------|----------------|--|-----------------------------|
| Προσαρμογή στην Αναπηρία | R | -0,210 | -0,427** |
| | P | 0,194 | 0,006 |
| | N | 40 | 40 |
| Αξιολόγηση Σχέσεων Προσκόλλησης | R | 1 | 0,422** |
| | P | | 0,007 |
| | N | 40 | 40 |

Πίνακας 3:*Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη*

| Κλίμακα | Δείκτης | Αξιολόγηση Σχέσεων Προσκόλλησης | Το βίωμα της ντροπής |
|---------------------------------|----------------|--|-----------------------------|
| Προσαρμογή στην Αναπηρία | R | -0,381* | -0,407** |
| | P | 0,015 | 0,009 |
| | N | 40 | 40 |
| Αξιολόγηση Σχέσεων Προσκόλλησης | R | 1 | 0,466** |
| | P | | 0,002 |
| | N | 40 | 40 |

Πίνακας 4:*Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων για τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας*

| Κλίμακα | Δείκτης | Αξιολόγηση Σχέσεων Προσκόλλησης | Το βίωμα της ντροπής |
|---------------------------------|----------------|--|-----------------------------|
| Προσαρμογή στην Αναπηρία | R | -0,251 | -0,287 |
| | p | 0,118 | 0,073 |
| | N | 40 | 40 |
| Αξιολόγηση Σχέσεων Προσκόλλησης | r | 1 | 0,161 |
| | p | | 0,321 |
| | N | 40 | 40 |

Πίνακας 5:

Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων για τα άτομα με σωματική αναπηρία

| Κλίμακα | Δείκτης | Αξιολόγηση Προσκόλλησης | Σχέσεων | Το βίωμα της ντροπής |
|---------------------------------|----------------|--------------------------------|----------------|-----------------------------|
| Προσαρμογή στην Αναπηρία | R | -0,653** | | -0,611** |
| | P | 0,000 | | 0,000 |
| | N | 40 | | 40 |
| Αξιολόγηση Σχέσεων Προσκόλλησης | R | 1 | | 0,640** |
| | P | | | 0,000 |
| | N | 40 | | 40 |

Συσχέτιση των υποκλιμάκων της Αξιολόγησης Σχέσεων Προσκόλλησης με τις υποκλίμακες της Προσαρμογής στην Αναπηρία για την κάθε ομάδα αναπηρίας του δείγματος.

Πίνακας 6:

Συσχετίσεις της αξιολόγησης σχέσεων προσκόλλησης με την προσαρμογή στην αναπηρία για τα άτομα με μεσογειακή αναιμία

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Μετατροπή | Περιορισμός | Διεύρυνση | Υποταγή |
|-------------------|----------------|------------------|--------------------|------------------|----------------|
| Διάσταση άγχους | R | -0.440** | -0.468** | -0.456** | -0.530** |
| | P | 0.004 | 0.002 | 0.003 | 0.000 |
| | N | 40 | 40 | 40 | 40 |
| Διάσταση αποφυγής | R | 0.002 | 0.125 | 0.174 | -0.081 |
| | P | 0.991 | 0.441 | 0.284 | 0.620 |
| | N | 40 | 40 | 40 | 40 |

*p<0.05, **p<0.01

Πίνακας 7:

Συσχετίσεις της αξιολόγησης σχέσεων προσκόλλησης με την προσαρμογή στην αναπηρία για τα άτομα με οπτική αναπηρία

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Μετατροπή | Περιορισμός | Διεύρυνση | Υποταγή |
|-------------------|----------------|------------------|--------------------|------------------|----------------|
| Διάσταση άγχους | R | -0.271 | -0.281 | 0.101 | -0.267 |
| | P | 0.091 | 0.079 | 0.534 | 0.096 |
| | N | 40 | 40 | 40 | 40 |
| Διάσταση αποφυγής | R | 0.194 | 0.031 | 0.257 | -0.084 |
| | P | 0.230 | 0.849 | 0.110 | 0.605 |
| | N | 40 | 40 | 40 | 40 |

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Πίνακας 8:

Συσχετίσεις της αξιολόγησης σχέσεων προσκόλλησης με την προσαρμογή στην αναπηρία για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Μετατροπή | Περιορισμός | Διεύρυνση | Υποταγή |
|-------------------|----------------|------------------|--------------------|------------------|----------------|
| Διάσταση άγχους | R | -0.444** | -0.577** | -0.163 | -0.343* |
| | P | 0.004 | 0.000 | 0.316 | 0.030 |
| | N | 40 | 40 | 40 | 40 |
| Διάσταση αποφυγής | R | 0.025 | 0.177 | 0.591** | -0.039 |
| | P | 0.876 | 0.276 | 0.000 | 0.812 |
| | N | 40 | 40 | 40 | 40 |

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Πίνακας 9:

Συσχετίσεις της αξιολόγησης σχέσεων προσκόλλησης με την προσαρμογή στην αναπηρία για τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Μετατροπή | Περιορισμός | Διεύρυνση | Υποταγή |
|-------------------|----------------|------------------|--------------------|------------------|----------------|
| Διάσταση άγχους | R | -0.0329* | -0.282 | -0.132 | -0.424** |
| | P | 0.038 | 0.078 | 0.416 | 0.006 |
| | N | 40 | 40 | 40 | 40 |
| Διάσταση αποφυγής | R | -0.019 | 0.021 | 0.360* | -0.087 |
| | P | 0.910 | 0.897 | 0.023 | 0.592 |
| | N | 40 | 40 | 40 | 40 |

*p<0.05, **p<0.01

Πίνακας 10:

Συσχετίσεις της αξιολόγησης σχέσεων προσκόλλησης με την προσαρμογή στην αναπηρία για τα άτομα με σωματική αναπηρία

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Μετατροπή | Περιορισμός | Διεύρυνση | Υποταγή |
|-------------------|----------------|------------------|--------------------|------------------|----------------|
| Διάσταση άγχους | R | -0,711 ** | -0,703 ** | -0,535 ** | - 0,599 ** |
| | P | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | N | 40 | 40 | 40 | 40 |
| Διάσταση αποφυγής | R | -0,208 | -0,227 | -0,065 | -0,177 |
| | P | 0,199 | 0,160 | 0,688 | 0,273 |
| | N | 40 | 40 | 40 | 40 |

*p<0.05, **p<0.01

Συσχέτιση των υποκλιμάκων της Αξιολόγησης Σχέσεων Προσκόλλησης με τις υποκλίμακες του βιώματος της ντροπής.

Πίνακας 11:

Συσχετίσεις της αξιολόγησης σχέσεων προσκόλλησης με τις υποκλίμακες του βιώματος της ντροπής για τα άτομα με μεσογειακή αναιμία

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Χαρακτηρολογική ντροπή | Συμπεριφορική ντροπή | Σωματική ντροπή |
|-------------------|---------|------------------------|----------------------|-----------------|
| Διάσταση άγχους | R | 0.215 | 0.372* | 0.222 |
| | P | 0.184 | 0.018 | 0.169 |
| | N | 40 | 40 | 40 |
| Διάσταση αποφυγής | R | -0.365* | -0.299 | -0.393* |
| | P | 0.021 | 0.061 | 0.012 |
| | N | 40 | 40 | 40 |

*p<0.05, **p<0.01

Πίνακας 12:

Συσχετίσεις της αξιολόγησης σχέσεων προσκόλλησης με τις υποκλίμακες του βιώματος της ντροπής για τα άτομα με οπτική αναπηρία

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Χαρακτηρολογική ντροπή | Συμπεριφορική ντροπή | Σωματική ντροπή |
|-------------------|---------|------------------------|----------------------|-----------------|
| Διάσταση άγχους | R | 0.516** | 0.209 | 0.326* |
| | P | 0.001 | 0.197 | 0.040 |
| | N | 40 | 404 | 40 |
| Διάσταση αποφυγής | R | -0.008 | 0.109 | -0.104 |
| | P | 0.962 | 0.505 | 0.522 |
| | N | 40 | 40 | 40 |

*p<0.05, **p<0.01

Πίνακας 13:

Συσχετίσεις της αξιολόγησης σχέσεων προσκόλλησης με τις υποκλίμακες του βιώματος της ντροπής για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Χαρακτηρολογική ντροπή | Συμπεριφορική ντροπή | Σωματική ντροπή |
|-------------------|---------|------------------------|----------------------|-----------------|
| Διάσταση άγχους | r | 0.503** | 0.448** | 0.453** |
| | p | 0.001 | 0.004 | 0.003 |
| | N | 40 | 40 | 40 |
| Διάσταση αποφυγής | r | -0.087 | -0.036 | -0.036 |
| | p | 0.593 | 0.824 | 0.825 |
| | N | 40 | 40 | 40 |

*p<0.05, **p<0.01

Πίνακας 14:

Συσχετίσεις της αξιολόγησης σχέσεων προσκόλλησης με τις υποκλίμακες του βιώματος της ντροπής για τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Χαρακτηρολογική ντροπή | Συμπεριφορική ντροπή | Σωματική ντροπή |
|-------------------|---------|------------------------|----------------------|-----------------|
| Διάσταση άγχους | r | 0.165 | 0.181 | 0.228 |
| | p | 0.309 | 0.263 | 0.156 |
| | N | 40 | 40 | 40 |
| Διάσταση αποφυγής | R | -0.106 | 0.030 | 0.072 |
| | p | 0.514 | 0.853 | 0.660 |
| | N | 40 | 40 | 40 |

*p<0.05, **p<0.01

Πίνακας 15:

Συσχετίσεις της αξιολόγησης σχέσεων προσκόλλησης με την προσαρμογή στην αναπηρία για τα άτομα με σωματική αναπηρία

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Χαρακτηρολογική ντροπή | Συμπεριφορική ντροπή | Σωματική ντροπή |
|-------------------|---------|------------------------|----------------------|-----------------|
| Διάσταση άγχους | r | 0.592** | 0.586** | 0.547** |
| | p | 0.000 | 0.000 | 0.000 |
| | N | 40 | 40 | 40 |
| Διάσταση αποφυγής | r | 0.239 | 0.349* | 0.307 |
| | p | 0.137 | 0.027 | 0.054 |
| | N | 40 | 40 | 40 |

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Συσχέτιση των υποκλιμάκων της Προσαρμογής στην Αναπηρία με τις υποκλίμακες του βιώματος της ντροπής.

Πίνακας 16:

Συσχετίσεις της προσαρμογής στην αναπηρία με το βίωμα της ντροπής για τα άτομα με μεσογειακή αναιμία

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Χαρακτηρολογική ντροπή | Συμπεριφορική ντροπή | Σωματική ντροπή |
|-------------|---------|------------------------|----------------------|-----------------|
| Μετατροπή | R | -0.412** | -0.135 | -0.310 |
| | P | 0.008 | 0.406 | 0.052 |
| | N | 40 | 40 | 40 |
| Περιορισμός | R | -0.521** | -0.264 | -0.341 |
| | P | 0.001 | 0.100 | 0.031 |
| | N | 40 | 40 | 40 |
| | r | -0.433** | -0.134 | -0.294 |

| | | | | |
|-----------|---|--------|--------|--------|
| Διεύρυνση | p | 0.005 | 0.410 | 0.066 |
| | N | 40 | 40 | 40 |
| Υποταγή | r | -0.131 | -0.125 | -0.114 |
| | p | 0.420 | 0.441 | 0.485 |
| | N | 40 | 40 | 40 |

Πίνακας 17:

Συσχετίσεις της προσαρμογής στην αναπηρία με το βίωμα της ντροπής για τα άτομα με οπτική αναπηρία

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Χαρακτηρολογική ντροπή | Συμπεριφορική ντροπή | Σωματική ντροπή |
|-------------|---------|------------------------|----------------------|-----------------|
| Μετατροπή | r | -0.230 | -0.151 | -0.536** |
| | p | 0.153 | 0.352 | 0.000 |
| | N | 40 | 40 | 40 |
| Περιορισμός | r | -0.360* | -0.240 | -0.623** |
| | p | 0.023 | 0.136 | 0.000 |
| | N | 40 | 40 | 40 |
| Διεύρυνση | r | -0.187 | -0.066 | -0.354* |
| | p | 0.248 | 0.685 | 0.025 |
| | N | 40 | 40 | 40 |
| Υποταγή | r | -0.538** | -0.498** | -0.348* |
| | p | 0.000 | 0.001 | 0.028 |
| | N | 40 | 40 | 40 |

Πίνακας 18:

Συσχετίσεις της προσαρμογής στην αναπηρία με το βίωμα της ντροπής για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Χαρακτηρολογική ντροπή | Συμπεριφορική ντροπή | Σωματική ντροπή |
|-------------|---------|------------------------|----------------------|-----------------|
| Μετατροπή | R | -0.323* | -0.160 | -0.318* |
| | P | 0.042 | 0.326 | 0.0045 |
| | N | 40 | 40 | 40 |
| Περιορισμός | R | -0.464** | -0.404** | -0.537** |
| | P | 0.003 | 0.010 | 0.000 |
| | N | 40 | 40 | 40 |
| Διεύρυνση | R | 0.119 | 0.079 | 0.001 |
| | P | 0.465 | 0.628 | 0.996 |
| | N | 40 | 40 | 40 |
| Υποταγή | R | -0.481** | -0.383* | -0.326* |
| | P | 0.002 | 0.015 | 0.040 |
| | N | | | |

Πίνακας 19:

Συσχετίσεις της προσαρμογής στην αναπηρία με το βίωμα της ντροπής για τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Χαρακτηρολογική ντροπή | Συμπεριφορική ντροπή | Σωματική ντροπή |
|------------|---------|------------------------|----------------------|-----------------|
| Μετατροπή | r | -0.354* | -0.130 | -0.262 |
| | p | 0.025 | 0.423 | 0.102 |
| | N | 40 | 40 | 40 |
| | r | -0.400* | -0.008 | -0.110 |

| | | | | |
|-------------|---|---------|--------|---------|
| Περιορισμός | p | 0.010 | 0.962 | 0.500 |
| | N | 40 | 40 | 40 |
| Διεύρυνση | r | -0.313* | -0.290 | -0.360* |
| | p | 0.049 | 0.069 | 0.023 |
| | N | 40 | 40 | 40 |
| | r | -0.024 | 0.108 | 0.016 |
| Υποταγή | p | 0.882 | 0.507 | 0.921 |
| | N | 40 | 40 | 40 |

Πίνακας 20:

Συσχετίσεις της προσαρμογής στην αναπηρία με το βίωμα της ντροπής για τα άτομα με σωματική αναπηρία

| Υποκλίμακα | Δείκτης | Χαρακτηρολογική ντροπή | Συμπεριφορική ντροπή | Σωματική ντροπή |
|-------------|---------|------------------------|----------------------|-----------------|
| Μετατροπή | R | -0.569** | -0.432** | -0.484** |
| | P | 0.000 | 0.005 | 0.002 |
| | N | 40 | 40 | 40 |
| Περιορισμός | R | -0.621** | -0.466** | -0.595** |
| | P | 0.000 | 0.002 | 0.000 |
| | N | 40 | 40 | 40 |
| Διεύρυνση | R | -0.594** | -0.388* | -0.405** |
| | P | 0.000 | 0.013 | 0.010 |
| | N | 40 | 40 | 40 |
| Υποταγή | R | -0.441** | -0.477** | -0.416** |
| | P | 0.004 | 0.002 | 0.008 |
| | N | 40 | 40 | 40 |

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Αγαπητοί/ες, στα πλαίσια Μεταπτυχιακού Προγράμματος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων πραγματοποιείται έρευνα σε άτομα με αναπηρία/χρόνιες παθήσεις. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ανώνυμο και παρακαλείστε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, για επιστημονικούς και ερευνητικούς λόγους. Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για το χρόνο και τη συνεργασία σας.

Για τυχόν απορίες και διευκρινήσεις δίνονται τα παρακάτω στοιχεία επικοινωνίας:

Στοιχεία επικοινωνίας:

Ζωή Σάφη: safizoi@hotmail.com

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6943798957

A. Ατομικά στοιχεία

Παρακαλώ σημειώστε ένα X στο τετράγωνο που σας αντιπροσωπεύει.

1. Φύλο:

Άνδρας Γυναίκα

2. Ηλικία:

18-25 26-35 36-45 46-55 55 ετών και άνω

3. Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/-η Έγγαμος/-η Διαζευγμένος/-η Χήρος/-α

4. Ζω:

Μόνος/η Με οικογένεια Με συγγενείς

Με φίλους Άλλα πρόσωπα (φροντιστές)

5. Μορφωτικό επίπεδο:

Δημοτικό ΑΕΙ/ΤΕΙ

Γυμνάσιο Επαγγελματικές σχολές

Λύκειο Μεταπτυχιακές σπουδές

6. Επαγγελματική κατάσταση:

Άνεργος/-η Εργαζόμενος/-η Συνταξιούχος
Φοιτητής/-τρια Ημιαπασχολούμενος/-η

7. Εισόδημα

Από 0-500€ Από 501-1000€ Από 1001-1500€ Άνω των 1500€

8. Πώς αξιολογείτε την υποστήριξη που λαμβάνετε από τα άτομα με τα οποία συναναστρέφεστε;

Καθόλου ικανοποιητική Λίγο ικανοποιητική
Αρκετά ικανοποιητική Πολύ ικανοποιητική

9. Ο ρόλος της θρησκευτικότητας στη ζωή σας:

Καθόλου σημαντικός Λίγο σημαντικός
Αρκετά σημαντικός Πολύ σημαντικός

10. Αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας;

Κανένα Λίγα Αρκετά Πολλά

11. Ύπαρξη κάποιου είδους αναπηρίας/ χρόνιας πάθησης;

Καμία αναπηρία/Χρόνια πάθηση
Οπτική Αναπηρία
Σωματική Αναπηρία
Σκλήρυνση κατά πλάκας
Σακχαρώδη Διαβήτη
Μεσογειακή Αναιμία

12. Η αναπηρία σας είναι:

Εκ γενετής Επίκτητη

13. Διάστημα αναπηρίας:

Έως 5 έτη 6-10 έτη 11-20 έτη 21 και άνω

ΟΔΗΓΙΕΣ

Όλοι, κατά περιόδους, μπορεί να έρθουν σε δύσκολη θέση, να νιώσουν συνεσταλμένοι ή να ντροπιαστούν. Δεν υπάρχει καμία «σωστή» ή «λανθασμένη» απάντηση. Παρακαλούμε, διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

| | ΚΑΘΟΛΟΥ | ΛΙΓΟ | ΣΥΓΚΡΑΤΗΜΕΝΑ | ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ |
|--|---------|------|--------------|-----------|
| 14. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις προσωπικές σας συνήθειες; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τη συμπεριφορά σας απέναντί τους; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Έχετε αποφύγει ποτέ ανθρώπους εξαιτίας της συμπεριφοράς σας; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Έχετε νιώσει ντροπή γι' αυτό που είστε/για τον εαυτό σας, τις προσωπικές συνήθειες και τη συμπεριφορά σας; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις ικανότητές σας; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Έχετε αποφύγει ανθρώπους, εξαιτίας της αδυναμίας σας να κάνετε κάποια πράγματα; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν κάνετε κάτι λάθος; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για εσάς, όταν κάνετε κάτι λάθος; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε πράγματα, τα οποία ντρέπεστε που έχετε κάνει; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Έχετε νιώσει ντροπή για κάτι ανόητο που είπατε; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι για εσάς, όταν είπατε κάτι ανόητο; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν αποτύχατε σε κάτι που ήταν σημαντικό για εσάς; | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 27. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι, όταν αποτύχατε; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Έχετε νιώσει ντροπή για το σώμα σας ή κάποιο σημείο του; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για την εμφάνισή σας; | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Έχετε την επιθυμία να κρύψετε ή να συγκαλύψετε το σώμα σας ή κάποιο σημείο του σώματός σας; | 1 | 2 | 3 | 4 |

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

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 31. Λόγω της αναπηρίας/χρόνιας πάθησής μου, όλες οι πλευρές της ζωής μου επηρεάζονται σε πολύ σημαντικό βαθμό. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Έχοντας αναπηρία/χρόνια πάθηση δυσκολεύομαι να κάνω πράγματα, όπως οι άνθρωποι χωρίς αναπηρία/χρόνια πάθηση. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Με αναπηρία/χρόνια πάθηση ή χωρίς, θα τα καταφέρω στη ζωή μου. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Εξαιτίας της αναπηρίας/χρόνια πάθησής μου, λίγα έχω να προσφέρω στους άλλους ανθρώπους. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Η καλή εξωτερική εμφάνιση και η σωματική ικανότητα είναι τα πιο σημαντικά πράγματα στη ζωή μου. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Ένα άτομο με αναπηρία/χρόνια πάθηση περιορίζεται σε συγκεκριμένους τομείς, αλλά υπάρχουν ακόμη πολλά που μπορεί να κάνει. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Ανεξάρτητα από το πόσο σκληρά προσπαθώ ή από το τι επιτυγχάνω, ποτέ δεν θα μπορέσω να είμαι τόσο καλός/ή, όσο ένα άτομο που δεν έχει την αναπηρία/χρόνια πάθησή μου. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Με κάνει και αισθάνομαι άσχημα το να βλέπω όλα όσα μπορούν να κάνουν οι άνθρωποι χωρίς αναπηρίες/χρόνιες παθήσεις, που εγώ δεν μπορώ να κάνω. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Το πιο σημαντικό πράγμα στον κόσμο είναι να είσαι σωματικά ικανός (αρτιμελής). | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ απόλυτα |
|---|----------------------------|----------------|----------------|----------------------------|
| 40. Εξαιτίας της αναπηρίας/χρόνιας πάθησής μου, οι ζωές των άλλων ανθρώπων έχουν περισσότερο νόημα από τη δική μου. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Εξαιτίας της αναπηρίας/χρόνιας πάθησής μου, αισθάνομαι μίζερος/η τον περισσότερο καιρό. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Παρόλο που έχω αναπηρία/χρόνια πάθηση, η ζωή μου είναι γεμάτη. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Το άτομο που είμαι και τα επιτεύγματά μου είναι λιγότερο σημαντικά από εκείνα των ατόμων χωρίς αναπηρία/χρόνια πάθηση. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. Η σωματική αναπηρία μπορεί να επηρεάζει την νοητική ικανότητα ενός ατόμου. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Εφόσον η αναπηρία/χρόνια πάθησή μου εμπλέκεται σχεδόν σε οτιδήποτε προσπαθώ να κάνω, πρακτικά είναι στο μυαλό μου συνέχεια. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Υπάρχουν πολλά πράγματα που ένα άτομο με την αναπηρία/χρόνια πάθησή μου μπορεί να κάνει. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Η αναπηρία/χρόνια πάθησή μου, αυτή καθαυτή, με επηρεάζει περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό μου. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. Υπάρχουν πολύ πιο σημαντικά πράγματα στη ζωή από την σωματική ικανότητα και εμφάνιση. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. Θεωρώ ότι αντιμετωπίζω δυσκολίες σε κάθε τομέα της ζωής μου. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. Η αναπηρία/χρόνια πάθησή μου με εμποδίζει από σχεδόν οτιδήποτε πραγματικά θέλω να κάνω και από το να γίνω το είδος του ατόμου που θα ήθελα να είμαι. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. Νιώθω ότι είμαι ένα επαρκές άτομο ανεξάρτητα από τους περιορισμούς της αναπηρίας/χρόνιας πάθησής μου. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. Η αναπηρία/χρόνια πάθησή μου επηρεάζει εκείνες τις πλευρές της ζωής μου, για τις οποίες ενδιαφέρομαι περισσότερο. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. Μια αναπηρία/χρόνια πάθηση, σαν τη δική μου, είναι το χειρότερο πράγμα που μπορεί να συμβεί σε έναν άνθρωπο. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. Χρειάζεται να διαθέτει κανείς ένα γερό και αρτιμελές σώμα προκειμένου να έχει ένα καλό | 1 | 2 | 3 | 4 |

| μυαλό. | | | | |
|--|----------------------------|----------------|----------------|----------------------------|
| | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ απόλυτα |
| 55. Υπάρχουν στιγμές που ξεχνώ εντελώς ότι έχω μια αναπηρία/χρόνια πάθηση. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. Η μη ύπαρξη της αναπηρίας/χρόνιας πάθησής μου, θα με έκανε να πιστεύω πως θα ήμουν πολύ καλύτερο άτομο. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57. Όταν σκέφτομαι την αναπηρία μου/χρόνια πάθηση, με κάνει και νιώθω τόσο λυπημένος και αναστατωμένος, που δεν μπορώ να κάνω οτιδήποτε άλλο. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58. Οι άνθρωποι με αναπηρίες/χρόνιες παθήσεις μπορούν να τα καταφέρουν καλά με πολλούς τρόπους. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59. Νιώθω ικανοποιημένος/η με τις ικανότητές μου και η αναπηρία/χρόνια πάθησή μου δεν με απασχολεί πάρα πολύ. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60. Σχεδόν σε καθετί, η αναπηρία/χρόνια πάθησή μου με ενοχλεί τόσο που δεν μπορώ να απολαύσω τίποτα. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 61. Η σωματική ακεραιότητα (αρτιμέλεια) και η εμφάνιση κάνουν έναν άνθρωπο αυτό που είναι. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 62. Γνωρίζω τί δεν μπορώ να κάνω εξαιτίας της αναπηρίας μου/χρόνιας πάθησής μου και αισθάνομαι ότι μπορώ να ζήσω μια γεμάτη ζωή. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Διαβάστε τις παρακάτω προτάσεις και βαθμολογείστε τις, ανάλογα με το βαθμό που πιστεύετε πως η κάθε μία περιγράφει **τα συναισθήματα σας για τις στενές σχέσεις.**

1 = Δε μου ταιριάζει **καθόλου**

2 = Μου ταιριάζει **λίγο**

3 = Μου ταιριάζει **κάπως**

4 = Μου ταιριάζει **αρκετά**

5 = Μου ταιριάζει **πάρα πολύ**

| | Δε μου ταιριάζει καθόλου | Μου ταιριάζει λίγο | Μου ταιριάζει κάπως | Μου ταιριάζει αρκετά | Μου ταιριάζει πάρα πολύ |
|--|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| 63. Μου είναι δύσκολο να εξαρτώμαι από άλλους ανθρώπους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 64. Είναι πολύ σημαντικό για μένα να αισθάνομαι ανεξάρτητος /η. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 65. Μου είναι εύκολο να πλησιάζω συναισθηματικά τους άλλους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 66. Ανησυχώ μήπως πληγωθώ εάν αφήσω τον εαυτό μου να πλησιάσει πάρα πολύ τους άλλους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 67. Νιώθω άνετα χωρίς στενές συναισθηματικές σχέσεις. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 68. Δεν είμαι σίγουρος/η ότι μπορώ πάντα να βασίζομαι στο ότι οι άλλοι θα είναι δίπλα μου όταν τους χρειάζομαι. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 69. Θέλω να είμαι απόλυτα δεμένος συναισθηματικά με τους άλλους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 70. Ανησυχώ μήπως μείνω μόνος /η. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 71. Αισθάνομαι άνετα να εξαρτώμαι από άλλους ανθρώπους | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 72. Μου είναι δύσκολο να εμπιστεύομαι απόλυτα τους άλλους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 73. Ανησυχώ μήπως οι άλλοι με πλησιάσουν πάρα πολύ. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 74. Επιδιώκω στενές συναισθηματικές σχέσεις. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 75. Νιώθω όμορφα όταν έχω ανθρώπους που εξαρτώνται από μένα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 76. Ανησυχώ ότι οι άλλοι δε με εκτιμούν τόσο όσο τους εκτιμώ εγώ. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 77. Οι άνθρωποι δε είναι ποτέ εκεί, όταν τους χρειάζεσαι. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 78. Η επιθυμία μου να γίνομαι "ένα" με τους άλλους (να δεθώ συναισθηματικά) μερικές φορές τους απομακρύνει. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 79. Είναι πολύ σημαντικό για μένα να αισθάνομαι αυτάρκης. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 80. Αισθάνομαι νευρική/ότητα όταν ο οποιοσδήποτε με πλησιάζει πολύ. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 81. Προτιμώ να μην έχω ανθρώπους που να εξαρτώνται από μένα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 82. Νιώθω κάπως άβολα όταν είμαι κοντά στους άλλους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 83. Νιώθω ότι οι άλλοι είναι διστακτικοί να με πλησιάσουν τόσο όσο εγώ θα ήθελα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 84. Ξέρω ότι οι άλλοι θα είναι εκεί όταν τους χρειάζομαι. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 85. Ανησυχώ στην ιδέα ότι μπορεί οι άλλοι να μη με αποδέχονται. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 86. Μου είναι σχετικά εύκολο να πλησιάσω τους άλλους. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |