



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

Διπλωματική Εργασία

**«Η επίδραση της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας
στο ψυχολογικό ευ ζην των Ατόμων με Αναπηρία:
Εκπαιδευτικές Προεκτάσεις»**

Πότση Τατιάνα

Ιωάννινα, 2021

Διπλωματική Εργασία:

**«Η επίδραση της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας
στο ψυχολογικό ευ ζην των Ατόμων με Αναπηρία:
Εκπαιδευτικές Προεκτάσεις»**

Πότση Τατιάνα

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Επιβλέπων: Σούλης Σπυρίδων-Γεώργιος, Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε., Σχολή Επιστημών Αγωγής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μέλος: Μορφίδη Ελένη, Επίκουρη Καθηγήτρια Π.Τ.Δ.Ε., Σχολή Επιστημών Αγωγής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μέλος: Κυπριωτάκη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Π.Τ.Π.Ε., Σχολή Επιστημών Αγωγής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Ιωάννινα, 2021

Ευχαριστίες

Η παρούσα ερευνητική μελέτη πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Επιστήμες της Αγωγής» με κατεύθυνση «Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση» του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Με την πραγματοποίηση της μεταπτυχιακής μου εργασίας ολοκληρώνεται ένας κύκλος με πολύτιμες εμπειρίες, γνώσεις και σημαντικά εφόδια. Στο πλαίσιο αυτού, κρίνεται απαραίτητο να δοθούν ευχαριστίες σε όσους συνέβαλαν με τη στήριξή τους στην ολοκλήρωσή της.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Σούλη Σπυρίδων-Γεώργιο, για την πολύτιμη καθοδήγησή του, για τις εποικοδομητικές συμβουλές του και για τις γνώσεις που μου παρείχε κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών. Η συνεχής ενθάρρυνση και στήριξή του συνέβαλαν καταλυτικά στην ολοκλήρωση του παρόντος ερευνητικού εγχειρήματος.

Ευχαριστώ την κα Μορφίδη Ελένη για τα εφόδια που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος, αλλά και για τις πολύτιμες συμβουλές της. Ευχαριστώ θερμά και την κα Κυπριωτάκη Μαρία για την ιδιαίτερη τιμή να συμμετέχει στην αξιολόγηση της παρούσας εργασίας.

Επίσης, ευχαριστώ τους Συλλόγους και τα Σωματεία, αλλά και τους υπόλοιπους συμμετέχοντες που δέχτηκαν με προθυμία να συμμετάσχουν στην έρευνα και εκδήλωσαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το θέμα της μελέτης.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους εκείνους που, πίστεψαν στις ικανότητές μου και με βοήθησαν να περατώσω τις σπουδές μου. Ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου και τους αγαπημένους μου ανθρώπους, που με υποστήριξαν σε μια απαιτητική χρονιά και στάθηκαν συνοδοιπόροι στις μεταπτυχιακές μου σπουδές, καθώς χωρίς τη συμβολή τους η επίτευξη των στόχων μου θα ήταν ανέφικτη.

Περίληψη

Το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία έχει απασχολήσει ιδιαίτερος την επιστημονική κοινότητα τις τελευταίες δεκαετίες. Δύο όροι της Θετικής Ψυχολογίας, που έχει επισημανθεί πως επιδρούν θετικά στη βίωση ευημερίας, είναι η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα. Η παρούσα εργασία, έχοντας ως δείγμα 550 άτομα, που κατανέμονταν ισάριθμα σε άτομα με Σωματική Αναπηρία, Οπτική Αναπηρία, Ακουστική Αναπηρία, Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Σακχαρώδη Διαβήτη, Καρκίνο, Επιληψία, Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο, Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις του Εντέρου, Παθήσεις του Θυροειδούς Αδένα και 50 άτομα χωρίς αναπηρία, επικεντρώθηκε στη διερεύνηση διαφοροποιήσεων στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας, ενσυνειδητότητας και ψυχολογικού ευ ζην μεταξύ των ομάδων του δείγματος. Επίσης, αναζητήθηκε ο τρόπος με τον οποίο τα ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος επηρεάζουν την ανάπτυξη της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας, η σχέση μεταξύ των δύο αυτών όρων και η επίδραση τους στη ψυχολογική ευημερία. Συγκεκριμένα, διεξήχθη ποσοτική μελέτη, με ερευνητικό εργαλείο ερωτηματολόγιο ατομικής συμπλήρωσης που απαρτιζόταν από την Κλίμακα της Αυτοσυμπόνιας (SCS), την Κλίμακα της Επίγνωσης της Προσοχής και Συνείδησης (MAAS) και την Κλίμακα του Ψυχολογικού Ευ Ζην (PWBS). Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, διαπιστώθηκαν διαφορές στην αυτοσυμπόνια και το ψυχολογικό ευ ζην μεταξύ των ομάδων του δείγματος, ωστόσο δεν προέκυψαν διαφορές σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία. Επιπροσθέτως, αναδείχθηκε η επίδραση ορισμένων δημογραφικών στοιχείων στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας. Τέλος, η αυτοσυμπόνια στην πλειοψηφία των ομάδων του δείγματος φάνηκε να σχετίζεται ισχυρότερα με το ψυχολογικό ευ ζην και να αποτελεί καλύτερο προβλεπτικό παράγοντα αυτού σε σχέση με την ενσυνειδητότητα. Μάλιστα, η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα προέκυψε πως σχετίζονται και αποτελούν καλύτερο προβλεπτικό παράγοντα ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με αναπηρία, σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία. Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να αξιοποιηθούν στην ανάπτυξη και την προώθηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων και συμβουλευτικών παρεμβάσεων, με σκοπό την ανάπτυξη της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας των ατόμων με αναπηρία, ώστε να βιώσουν ψυχολογική ευεξία και μία ζωή με ποιότητα.

Λέξεις-Φράσεις κλειδιά: αναπηρία, χρόνια πάθηση, ψυχολογικό ευ ζην, αυτοσυμπόνια, ενσυνειδητότητα

**“The impact of self-compassion and mindfulness
in the psychological well-being of People with Disability:
Educational Extensions ”**

Abstract

The psychological well-being of people with disabilities has been of particular concern to the scientific community in recent decades. Two terms of Positive Psychology, which have been shown to have a positive effect on experiencing well-being, are self-compassion and mindfulness. The present study, having as a sample 550 people, who were equally distributed in people with Physical Disability, Visual Disability, Acoustic Disability, Multiple Sclerosis, Diabetes, Cancer, Epilepsy, Rheumatoid Arthritis, Systemic Erythematosus Lupus, Inflammatory Bowel Diseases, Diseases of the Thyroid Gland and 50 people without disabilities, focused on exploring differences in the levels of self-compassion, mindfulness and psychological well-being between the groups in the sample. The way in which the individual characteristics of the sample influence the development of self-compassion and mindfulness, the relationship between these two terms and their effect on psychological well-being were also sought. Specifically, a quantitative study was conducted, with the research tool the atomic completion questionnaire, consisting of the Scale of Self-Compassion (SCS), the Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) and the Scale of Psychological Well-Being (PWBS). The statistical analysis of the results revealed differences in self-compassion and psychological well-being were found between the groups of the sample, however, they were not observed any differences in relation with people without disabilities. In addition, the effect of certain demographics on levels of self-compassion and mindfulness emerged. Finally, in most of the sample groups, self-compassion appeared to be more strongly related to psychological well-being and to be a better predictor of it in relation with mindfulness. In fact, self-compassion and mindfulness have emerged that are related and are a better predictor of psychological well-being for people with disabilities unlike to people without disabilities. The results of the research can be used in the development and promotion of educational programs and counseling interventions to develop the self-compassion and mindfulness of people with disabilities and to experience psychological well-being and a quality life.

Keywords: disability, chronic illness, psychological wellbeing, self-compassion, mindfulness

Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες	3
Περίληψη	4
Abstract	5
Κατάλογος Πινάκων	10
Κατάλογος Γραφημάτων	13
Εισαγωγή	15
Α΄ ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΑΝΑΠΗΡΙΩΝ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ	19
1.1 Εννοιολογική οριοθέτηση Αναπηρίας	19
1.1.1 Σωματική Αναπηρία	19
1.1.2 Οπτική Αναπηρία	20
1.1.3 Ακουστική Αναπηρία	21
1.2 Εννοιολογική οριοθέτηση Χρόνιας Πάθησης	22
1.2.1 Σκλήρυνση κατά πλάκας	23
1.2.2 Σακχαρώδης διαβήτης	23
1.2.3 Καρκίνος	24
1.2.4 Επιληψία	24
1.2.5 Ρευματοειδής αρθρίτιδα	25
1.2.6 Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος	25
1.2.7 Παθήσεις του εντέρου	26
1.2.8 Παθήσεις θυροειδούς αδένος	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΕΥ ΖΗΝ	28
2.1 Εννοιολογική οριοθέτηση	28
2.2 Το πολυδιάστατο μοντέλο του Ψυχολογικού ευ ζην	29
2.3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση: Ψυχολογικό ευ ζην ατόμων με Αναπηρία ή Χρόνια Πάθηση	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΥΤΟΣΥΜΠΟΝΙΑ	35
3.1 Εννοιολογική οριοθέτηση	35
3.2 Χαρακτηριστικά Αυτοσυμπόνιας	35
3.3 Βασικά δίπολα στοιχεία Αυτοσυμπόνιας	36
3.4 Εννοιολογικές διασαφηνίσεις	38
3.4.1 Διαφορές μεταξύ Αυτοσυμπόνιας και Αυτοεκτίμησης	38
3.4.2 Διαφορές μεταξύ Αυτοσυμπόνιας και Αυτολύπησης	38
3.4.3 Διαφορές μεταξύ Αυτοσυμπόνιας και Εφησυχασμού/Παθητικότητας	39
3.5 Επίδραση Αυτοσυμπόνιας στο Ψυχολογικό ευ ζην	39
3.6 Βιβλιογραφική ανασκόπηση: Αυτοσυμπόνια ατόμων με Αναπηρία ή Χρόνια Πάθηση	40
3.6.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την Αυτοσυμπόνια των ατόμων με Αναπηρία ή Χρόνια Πάθηση	40
3.6.1.1 Διαφοροποιήσεις στα επίπεδα Αυτοσυμπόνιας ανάλογα με το φύλο	41
3.6.1.2 Διαφοροποιήσεις στα επίπεδα Αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την ηλικία	41
3.6.1.3 Διαφοροποιήσεις στα επίπεδα Αυτοσυμπόνιας ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο	42
3.6.1.4 Διαφοροποιήσεις στα επίπεδα Αυτοσυμπόνιας ανάλογα με τη λήψη ψυχολογικής υποστήριξης	43
3.6.1.5 Διαφοροποιήσεις στα επίπεδα Αυτοσυμπόνιας ανάλογα με τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον	43
3.6.1.6 Διαφοροποιήσεις στα επίπεδα Αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την κοινωνική υποστήριξη	44
3.6.2 Επίδραση της Αυτοσυμπόνιας στο Ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με Αναπηρία ή Χρόνια Πάθηση	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ	47
4.1 Εννοιολογική οριοθέτηση	47
4.2 Παράγοντες Ενσυνειδητότητας	47
4.3 Τρόποι ενίσχυσης και Μηχανισμοί της Ενσυνειδητότητας	48
4.4 Επίδραση Ενσυνειδητότητας στο Ψυχολογικό ευ ζην	49
4.5 Βιβλιογραφική ανασκόπηση: Ενσυνειδητότητα ατόμων με Αναπηρία ή Χρόνια Πάθηση	50

4.5.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την Ενσυνειδητότητα των ατόμων με Αναπηρία ή Χρόνια Πάθηση	50
4.5.2 Επίδραση της Ενσυνειδητότητας στο Ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με Αναπηρία ή Χρόνια Πάθηση	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΥΤΟΣΥΜΠΟΝΙΑ ΚΑΙ ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ	54
5.1 Σχέση μεταξύ Αυτοσυμπόνιας και Ενσυνειδητότητας	54
5.2 Διαφορές μεταξύ Αυτοσυμπόνιας και Ενσυνειδητότητας	55
5.3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση: Έρευνες που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ των εννοιών της Αυτοσυμπόνιας και της Ενσυνειδητότητας και την επίδραση αυτών στο Ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με Αναπηρία ή Χρόνια Πάθηση	56
Β' ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	59
6.1 Σκοπός της Έρευνας – Ερευνητικά Ερωτήματα	59
6.2 Ερευνητικό εργαλείο	60
6.2.1 Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών στοιχείων	60
6.2.2 Ψυχομετρικά Εργαλεία	60
6.3 Διαδικασία συλλογής ερευνητικών δεδομένων	65
6.4 Περιγραφική ανάλυση δείγματος	65
6.5 Περιγραφικά στοιχεία των ερωτηματολογίων	80
6.6 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	83
7.1 Διερεύνηση της διαφοροποίησης της Αυτοσυμπόνιας με βάση τα δημογραφικά στοιχεία ανά ομάδα του δείγματος	83
7.2 Διερεύνηση της διαφοροποίησης της Ενσυνειδητότητας με βάση τα δημογραφικά στοιχεία ανά ομάδα του δείγματος	93
7.3 Διερεύνηση της διαφοροποίησης της Αυτοσυμπόνιας και της Ενσυνειδητότητας μεταξύ των ομάδων του δείγματος	98
7.4 Διερεύνηση της διαφοροποίησης του Ψυχολογικού ευ ζην και των υποκλιμάκων αυτού μεταξύ των ομάδων του δείγματος	100
7.5 Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και του Ψυχολογικού ευ ζην ανά ομάδα του δείγματος	108

7.6 Συσχέτιση της Ενσυνειδητότητας και του Ψυχολογικού ευ ζην ανά ομάδα του δείγματος	113
7.7 Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και της Ενσυνειδητότητας σε όλο συνολικά το δείγμα των ατόμων με Αναπηρία, καθώς και στα άτομα χωρίς αναπηρία	118
7.8 Παλινδρόμηση Ψυχολογικού ευ ζην υπό την επίδραση της αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας	119
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ	126
8.1 Συζήτηση-Συμπεράσματα ευρημάτων	126
8.2 Περιορισμοί της έρευνας-Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	143
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	145
9.1 Παιδαγωγικές Συνεπαγωγές	145
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	147
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	175
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	189

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Δείκτες αξιοπιστίας του SCS	62
Πίνακας 2: Δείκτης αξιοπιστίας MAAS	63
Πίνακας 3: Δείκτες αξιοπιστίας PWBS	64
Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο	66
Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος ως προς την ηλικία	67
Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση	68
Πίνακας 7: Κατανομή του δείγματος ως προς το μορφωτικό επίπεδο	70
Πίνακας 8: Κατανομή του δείγματος ως προς την επαγγελματική κατάσταση	71
Πίνακας 9: Κατανομή του δείγματος ως προς το μηνιαίο εισόδημα	72
Πίνακας 10: Κατανομή του δείγματος ως προς την ύπαρξη χόμπι	73
Πίνακας 11: Κατανομή του δείγματος ως προς τον τρόπο διαβίωσης	74
Πίνακας 12: Κατανομή του δείγματος ως προς τη σχέση με το φιλικό/συγγενικό περιβάλλον	75
Πίνακας 13: Κατανομή του δείγματος ως προς τη λήψη ψυχολογικής υποστήριξης	76
Πίνακας 14: Κατανομή του δείγματος ως προς την αξιολόγηση της κοινωνικής υποστήριξης	77
Πίνακας 15: Κατανομή του δείγματος ως προς την προέλευση της αναπηρίας	78
Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος ως προς το χρονικό διάστημα της αναπηρίας	79
Πίνακας 17: Περιγραφικά στοιχεία της Κλίμακας Μέτρησης της Αυτοσυμπόνιας (SCS)	80
Πίνακας 18: Περιγραφικά στοιχεία της Κλίμακα Μέτρησης της Επίγνωσης της Προσοχής και Συνείδησης (MAAS)	80
Πίνακας 19: Περιγραφικά στοιχεία της Κλίμακας Μέτρησης του Ψυχολογικού ευ ζην (PWBS)	81
Πίνακας 20: Διαφοροποίηση της Αυτοσυμπόνιας μεταξύ των ομάδων του δείγματος. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA.....	99
Πίνακας 21: Διαφοροποίηση της Ενσυνειδητότητας μεταξύ των ομάδων του δείγματος. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	100
Πίνακας 22: Διαφοροποίηση του Ψυχολογικού ευ ζην μεταξύ των ομάδων του δείγματος. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	101
Πίνακας 23: Διαφοροποίηση της υποκλίμακας «Αυτονομία» μεταξύ των ομάδων του δείγματος. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	102

Πίνακας 24: Διαφοροποίηση της υποκλίμακας «Κυριαρχία στο περιβάλλον» μεταξύ των ομάδων του δείγματος. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	103
Πίνακας 25: Διαφοροποίηση της υποκλίμακας «Προσωπική ανάπτυξη» μεταξύ των ομάδων του δείγματος. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	104
Πίνακας 26: Διαφοροποίηση της υποκλίμακας «Θετικές σχέσεις με άλλους» μεταξύ των ομάδων του δείγματος. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	105
Πίνακας 27: Διαφοροποίηση της υποκλίμακας «Σκοπός στη ζωή» μεταξύ των ομάδων του δείγματος. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	106
Πίνακας 28: Διαφοροποίηση της υποκλίμακας «Αποδοχή του εαυτού» μεταξύ των ομάδων του δείγματος. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	107
Πίνακας 29: Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και του Συνολικού Ψυχολογικού ευ ζην ανά ομάδα του δείγματος	108
Πίνακας 30: Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και της υποκλίμακας «Αυτονομία» ανά ομάδα του δείγματος	109
Πίνακας 31: Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και της υποκλίμακας «Κυριαρχία στο περιβάλλον» ανά ομάδα του δείγματος	110
Πίνακας 32: Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και της υποκλίμακας «Προσωπική ανάπτυξη» ανά ομάδα του δείγματος	110
Πίνακας 33: Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και της υποκλίμακας «Θετικές σχέσεις με άλλους» ανά ομάδα του δείγματος	111
Πίνακας 34: Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και της υποκλίμακας «Σκοπός στη ζωή» ανά ομάδα του δείγματος	112
Πίνακας 35: Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και της υποκλίμακας «Αποδοχή του εαυτού» ανά ομάδα του δείγματος	112
Πίνακας 36: Συσχέτιση της Ενσυνειδητότητας και του Συνολικού Ψυχολογικού ευ ζην ανά ομάδα του δείγματος	113
Πίνακας 37: Συσχέτιση της Ενσυνειδητότητας και της υποκλίμακας «Αυτονομία» ανά ομάδα του δείγματος	114
Πίνακας 38: Συσχέτιση της Ενσυνειδητότητας και της υποκλίμακας «Κυριαρχία στο περιβάλλον» ανά ομάδα του δείγματος	115
Πίνακας 39: Συσχέτιση της Ενσυνειδητότητας και της υποκλίμακας «Προσωπική ανάπτυξη» ανά ομάδα του δείγματος	115
Πίνακας 40: Συσχέτιση της Ενσυνειδητότητας και της υποκλίμακας «Θετικές σχέσεις με άλλους» ανά ομάδα του δείγματος	116
Πίνακας 41: Συσχέτιση της Ενσυνειδητότητας και της υποκλίμακας «Σκοπός στη ζωή» ανά ομάδα του δείγματος	117

Πίνακας 42: Συσχέτιση της Ενσυνειδητότητας και της υποκλίμακας «Αποδοχή του εαυτού» ανά ομάδα του δείγματος	117
Πίνακας 43: Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και της Ενσυνειδητότητας σε άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση	118
Πίνακας 44: Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και της Ενσυνειδητότητας σε άτομα χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση	118
Πίνακας 45: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση.....	119
Πίνακας 46: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με σωματική αναπηρία	120
Πίνακας 47: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με οπτική αναπηρία	120
Πίνακας 48: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με ακουστική αναπηρία	121
Πίνακας 49: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας	121
Πίνακας 50: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη	122
Πίνακας 51: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με καρκίνο	122
Πίνακας 52: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με επιληψία.....	123
Πίνακας 53: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα	123
Πίνακας 54: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με συστηματικό ερυθματώδη λύκο	124
Πίνακας 55: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ για τα άτομα με παθήσεις του εντέρου	124
Πίνακας 56: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένα	125
Πίνακας 57: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση	125
Πίνακας 58: Διαφοροποιήσεις Αυτοσυμπόνιας ανά κατηγορία ως προς τα δημογραφικά στοιχεία	189
Πίνακας 59: Διαφοροποιήσεις Ενσυνειδητότητας ανά κατηγορία ως προς τα δημογραφικά στοιχεία	202

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με το φύλο στα άτομα με σωματική αναπηρία. Αποτελέσματα ελέγχου t-test	83
Γράφημα 2: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με το μηνιαίο εισόδημα στα άτομα με σωματική αναπηρία. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	84
Γράφημα 3: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την ύπαρξη χόμπι στα άτομα με σωματική αναπηρία. Αποτελέσματα ελέγχου t-test	84
Γράφημα 4: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον στα άτομα με σωματική αναπηρία. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	85
Γράφημα 5: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την κοινωνική υποστήριξη στα άτομα με σωματική αναπηρία. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	85
Γράφημα 6: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με τη λήψη ψυχολογικής υποστήριξης στα άτομα με ακουστική αναπηρία. Αποτελέσματα ελέγχου t-test	86
Γράφημα 7: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με το χρονικό διάστημα της αναπηρίας στα άτομα με ακουστική αναπηρία. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	86
Γράφημα 8: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα την επαγγελματική κατάσταση στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	87
Γράφημα 9: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση στα άτομα με καρκίνο. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	87
Γράφημα 10: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την ύπαρξη χόμπι στα άτομα με καρκίνο. Αποτελέσματα ελέγχου t-test	88
Γράφημα 11: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με τη λήψη ψυχολογικής υποστήριξης στα άτομα με καρκίνο. Αποτελέσματα ελέγχου t-test	88
Γράφημα 12: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την ύπαρξη χόμπι στα άτομα με επιληψία. Αποτελέσματα ελέγχου t-test	89
Γράφημα 13: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον στα άτομα με επιληψία. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA ...	89
Γράφημα 14: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με τη λήψη ψυχολογικής υποστήριξης στα άτομα με επιληψία. Αποτελέσματα ελέγχου t-test	90
Γράφημα 15: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την κοινωνική υποστήριξη στα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	90
Γράφημα 16: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με το μηνιαίο εισόδημα στα άτομα με παθήσεις του εντέρου. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	91

Γράφημα 17: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την ηλικία στα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένα. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	91
Γράφημα 18: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση στα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένα. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	92
Γράφημα 19: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την ύπαρξη χόμπι στα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένα. Αποτελέσματα ελέγχου t-test	92
Γράφημα 20: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την κοινωνική υποστήριξη στα άτομα παθήσεις του θυροειδούς αδένα. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	93
Γράφημα 21: Κατανομή των τιμών ενσυνειδητότητας ανάλογα με το φύλο στα άτομα με σωματική αναπηρία. Αποτελέσματα ελέγχου t-test	94
Γράφημα 22: Κατανομή των τιμών ενσυνειδητότητας ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση στα άτομα με σωματική αναπηρία. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	94
Γράφημα 23: Κατανομή των τιμών ενσυνειδητότητας ανάλογα με το μηνιαίο εισόδημα στα άτομα με σωματική αναπηρία. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	95
Γράφημα 24: Κατανομή των τιμών ενσυνειδητότητας ανάλογα με την ηλικία στα άτομα με επιληψία. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	95
Γράφημα 25: Κατανομή των τιμών ενσυνειδητότητας ανάλογα με το μηνιαίο εισόδημα στα άτομα με επιληψία. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	96
Γράφημα 26: Κατανομή των τιμών ενσυνειδητότητας ανάλογα με την κοινωνική υποστήριξη στα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	96
Γράφημα 27: Κατανομή των τιμών ενσυνειδητότητας ανάλογα με τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον στα άτομα με συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	97
Γράφημα 28: Κατανομή των τιμών ενσυνειδητότητας ανάλογα με τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον στα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένα. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	97
Γράφημα 29: Κατανομή των τιμών ενσυνειδητότητας ανάλογα με την κοινωνική υποστήριξη στα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένα. Αποτελέσματα ελέγχου ANOVA	98
Γράφημα 30: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας στο μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης	119

Εισαγωγή

Η έννοια του ψυχολογικού ευ ζην αφορά την αποτελεσματική συναναστροφή του ατόμου με υπαρξιακά ζητήματα τα οποία προκύπτουν αναπάντεχα στη ζωή. Ο όρος αυτός περιλαμβάνει έξι διαστάσεις: την αυτονομία, την κυριαρχία στο περιβάλλον, την προσωπική ανάπτυξη, τις θετικές σχέσεις με άλλους, τον σκοπό στη ζωή και την αποδοχή του εαυτού (Ryff & Singer, 2008). Η σύνδεση του ψυχολογικού ευ ζην με την αναπηρία αποτελεί μια παράμετρο εξαιρετικής σημασίας, καθώς η μέτρηση της ευημερίας με ψυχομετρικούς όρους εξυπηρετεί τη δημιουργία παρεμβάσεων για την ελάττωση των επιπέδων των αρνητικών συναισθημάτων (Joseph & Wood, 2010). Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι το ψυχολογικό ευ ζην έχει απασχολήσει και εξακολουθεί να απασχολεί σημαντικά την επιστημονική κοινότητα, δεν είναι πολλές οι έρευνες που έχουν ασχοληθεί με το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία, καθώς και με τεχνικές ενίσχυσης αυτού (García-Cano, Alós, Jiménez-Luque & Polonio, 2018 · Suriá, 2017 · Samsari & Soulis, 2019 · Pinquart & Pfeiffer, 2011 · Alós, Acedo, Herves & Moreno Osella, 2021 · Jooste & Kubayi, 2018 · Al-Dwaikat, Rababah, Al-Hammouri & Chlebowy, 2020 · Wang, Chow & Chan, 2017 · Barak & Achiron, 2011 · Arciuli, Emerson & Llewellyn, 2019 · Emerson et al., 2020 · Kitis, Eraslan, Koc, Giresun, & Usta, 2016).

Δύο έννοιες της Θετικής Ψυχολογίας που φαίνεται όλο και περισσότερο να επηρεάζουν θετικά τη ψυχολογική ευημερία των ατόμων με αναπηρία είναι η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα (Mauder & Levenstein, 2008 · Sirois, Molnar & Hirsch, 2015). Αρχικά, η αυτοσυμπόνια αναφέρεται στην υγιή συμπεριφορά του ατόμου προς τον εαυτό του (Peiró, Bayonab, Caballer & Di Fabio, 2020), ενώ η ενσυνειδητότητα περιλαμβάνει την επικέντρωση της προσοχής σε αυτό που συμβαίνει την παρούσα χρονική στιγμή με αποδοχή, χωρίς επίκριση και προσπάθεια αλλαγής του περιεχομένου, της μορφής και της συχνότητας (Raab, 2014 · Brown, Ryan & Cresswell, 2007 · Kabat-Zinn, 2003 · Cassin & Rector, 2011). Σημαντικό είναι να επισημανθεί ότι η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα είναι δεξιότητες που μπορούν να μαθευτούν, με τις πρακτικές τους να μην είναι στοχοκατευθυνόμενες, αλλά να δημιουργούν δευτερογενή οφέλη (Brown & Ryan, 2003 · Bogosian, et al., 2015 · Kolahkaj & Zargar, 2015 · Grossman et al., 2010).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, προκύπτουν έρευνες στις οποίες διαφαίνεται πως οι δύο αυτοί όροι της Θετικής Ψυχολογίας συσχετίζονται, καθώς προγράμματα παρέμβασης που εστιάζουν στην ενίσχυση της μίας ωφελούν ταυτοχρόνως και τα επίπεδα της άλλης, καθώς και το ψυχολογικό ευ ζην (Sünbül, Yerin & Oya, 2019 · Amutio et al., 2018 · Cash et al., 2015 · Lauche et al., 2013 · Carvalho et al., 2020). Ειδικότερα, σε αρκετές έρευνες υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας αποτελούν προβλεπτικό παράγοντα ψυχολογικού ευ ζην των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση (Costa & Pinto-Gouveia, 2013 · Wren et al., 2012 · Montero-Marin et al., 2020 · Davey, Chilcot, Driscoll & McCracken, 2020 · Emmerich, Friehs, Crombez & Glombiewski, 2020 · Edwards et al., 2019 · Muris & Petrocchi, 2017 · Finlay-Jones et al., 2020 · Sirois, Kitner & Hirsch, 2015 · Carvalho, Pinto-Gouveia, Gillanders, & Castilho, 2018 · Herriot & Wrosch, 2021 · Pinto-Gouveia Duarte, Matos & Fráguas, 2013). Μάλιστα, και η ενσυνειδητότητα έχει σχετιστεί

θετικά με τη σωματική ευεξία, το άγχος, την κατάθλιψη, την ποιότητα ζωής και τη συνολική ψυχική ευεξία των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση (Amutio et al., 2018 · Cash et al., 2015 · Lauche et al., 2013 · Van Gordon et al., 2017 · Schütze, Rees, Preece & Schütze, 2010 · Birtwell, Dubrow-Marshall, Dubrow-Marshall, Duerden & Dunn, 2017).

Με βάση τα προαναφερόμενα διαπιστώνεται πως σε διεθνές επίπεδο, πλήθος ερευνών έχει προβεί στη διερεύνηση της επίδρασης που ασκεί η ενίσχυση των επιπέδων αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας στην ευημερία των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Παρομοίως, έχουν μελετηθεί διεξοδικά οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας. Ωστόσο, η έρευνα στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται ιδιαίτερα περιορισμένη, καθώς ο όρος της αυτοσυμπόνιας ήρθε πρόσφατα στον ελλαδικό χώρο και η έρευνα δεν έχει επεκταθεί ακόμα σε άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Παρόλα αυτά, η διερεύνηση της επίδρασης που ασκεί η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα στο ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία, κρίνεται ιδιαίτερως σημαντική, καθώς μπορεί να συμβάλλει στην υιοθέτηση κατάλληλων προγραμμάτων παρέμβασης με σκοπό την ευημερία των ατόμων αυτών.

Για τον λόγο αυτόν, σκοπός της παρούσας εργασίας αποτέλεσε η διερεύνηση της επίδρασης της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας στο ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Αρχικά, αναζητήθηκαν διαφοροποιήσεις στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας, ενσυνειδητότητας και ψυχολογικού ευ ζην μεταξύ διαφόρων κατηγοριών αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης, καθώς και ατόμων χωρίς αναπηρία. Επιπροσθέτως, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση και στην εξέταση του τρόπου, με τον οποίο τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων επηρεάζουν τόσο την αυτοσυμπόνια όσο και την ενσυνειδητότητα. Ενώ αναζητήθηκε και πιθανή σχέση μεταξύ της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας.

Συγκεκριμένα, η παρούσα ερευνητική εργασία απαρτίζεται από δύο βασικά μέρη. Το πρώτο από αυτά ενσωματώνει πέντε κεφάλαια, τα οποία αποσκοπούν στην αποσαφήνιση των βασικών εννοιών που πλαισιώνουν τη μελέτη, αλλά και στην αναλυτική παρουσίαση ερευνών που αναφέρονται στις έννοιες αυτές. Ειδικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρείται ο προσδιορισμός των αναπηριών και χρόνιων παθήσεων. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στο ψυχολογικό ευ ζην και πραγματοποιείται μία ανασκόπηση ερευνών που έχουν κατά καιρούς εξετάσει το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Στο τρίτο και τέταρτο κεφάλαιο πραγματοποιείται η αποσαφήνιση των εννοιών της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας, αντίστοιχα, αλλά και η περιγραφή μελετών οι οποίες έχουν διερευνήσει τόσο την αυτοσυμπόνια και την ενσυνειδητότητα των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση όσο και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν. Στο τελευταίο κεφάλαιο του πρώτου μέρους επιχειρήθηκε διασαφήνιση των ομοιοτήτων και των διαφορών που εντοπίζονται μεταξύ της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας και πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τον συνδυασμό και των τριών μεταβλητών που μελετήθηκαν στην παρούσα εργασία.

Το δεύτερο μέρος της μελέτης αναφέρεται στην ερευνητική προσέγγιση του θέματος. Συγκεκριμένα, στο έκτο κεφάλαιο παρατίθεται ο σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας, η διαδικασία συλλογής των ερευνητικών δεδομένων, η περιγραφή και ανάλυση του δείγματος, το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε καθώς και η στατιστική

επεξεργασία που εφαρμόστηκε. Στο έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας, με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στην αρχή της έρευνας. Στο όγδοο κεφάλαιο περιλαμβάνεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων της μελέτης, όπου παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν και επιχειρείται η αντιπαραβολή τους με τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών που έχουν διεξαχθεί, προκειμένου να επισημανθούν οι ομοιότητες και οι διαφορές τους. Παράλληλα, στο κεφάλαιο αυτό παρατίθενται τα συμπεράσματα της συζήτησης, εντοπίζονται οι περιορισμοί της έρευνας και διατυπώνονται προτάσεις για μελλοντικές έρευνες. Στο τελευταίο κεφάλαιο, κρίθηκε αναγκαία η αναφορά σε παιδαγωγικές συνιστώσες και εκπαιδευτικές προτάσεις, οι οποίες έχουν ως στόχο την υιοθέτηση προγραμμάτων αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας στο εκπαιδευτικό περιβάλλον με σκοπό τη βελτίωση της ψυχολογικής ευημερίας των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Στο τέλος, παρατίθενται η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα αλλά και τα Παραρτήματα, που περιλαμβάνουν το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε στους συμμετέχοντες, καθώς και ορισμένους πίνακες από την ανάλυση των αποτελεσμάτων.

ΜΕΡΟΣ Α΄
«ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ
ΕΡΕΥΝΑΣ»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΑΝΑΠΗΡΙΩΝ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

1.1 Εννοιολογική οριοθέτηση Αναπηρίας

Η αναπηρία αποτελεί έναν πολυδιάστατο όρο, υπό το πρίσμα του οποίου έχουν διαμορφωθεί με το πέρασμα των χρόνων διάφορες προσεγγίσεις (Σούλης, 2008). Μάλιστα, στο πλαίσιο της, εμπεριέχονται βλάβες και περιορισμοί, όσον αφορά τη συμμετοχή σε δραστηριότητες (Blichfeldt & Nicolaisen, 2011).

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με το ηθικό μοντέλο της αναπηρίας η αναπηρία αποτελεί ένα ελάττωμα που προκαλείται ως συνέπεια ηθικών παραπτώματων ή αμαρτιών και προκαλεί ντροπή στο άτομο. Μάλιστα, για την ύπαρξη της αναπηρίας η ευθύνη επιρρίπτεται στο άτομο και/ή στην οικογένεια του, καθώς εκλαμβάνεται ως «θεϊκή τιμωρία» για αμαρτωλές πράξεις (Κλεφτάρας, 2007).

Η ιατρική θεώρηση της αναπηρίας, η οποία επικρατούσε μέχρι τη δεκαετία του '80, αντιμετωπίζει το άτομο με αναπηρία ως μη «υγιές» και ως μη «φυσιολογικό» (Oliver, 1996). Στο πλαίσιο αυτού του μοντέλου θεωρείται από τις επιστήμες υγείας σημαντικός ο προσδιορισμός των παραγόντων που την προκαλούν, ώστε να παρέχεται στους «ασθενείς» - καθώς για το ιατρικό μοντέλο κατανόησης της αναπηρίας θεωρούνται ασθενείς τα άτομα με αναπηρία- η κατάλληλη θεραπεία, που στοχεύει στην αποκατάσταση (Karam et al., 2016, όπ. αναφ. στο Σούλης, 2020).

Τέλος, σύμφωνα με το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας, το οποίο αναδείχθηκε στις αρχές του 1980, η αναπηρία κατανοήθηκε και προσδιορίστηκε σε σχέση με το κοινωνικό σύνολο (Schalock et al., 2007, όπ. αναφ. στο Σούλης, 2020). Ειδικότερα, υπό το πρίσμα αυτής της θεώρησης η αναπηρία δεν αποτελεί ειδοποιό ατομικό χαρακτηριστικό, αλλά μια 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 (Σούλης, 2020 · Oliver, 2013). Ενώ κλείνοντας, από το κοινωνικό μοντέλο προέκυψε και η αναθεώρηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 2001, σύμφωνα με την οποία, η αναπηρία είναι αποτέλεσμα οργανικών ή περιβαλλοντικών αιτιών, που δημιουργούν εμπόδια και περιορισμούς σε σημαντικούς τομείς της ζωής όπως η αυτοεξυπηρέτηση, η εκπαίδευση, η απασχόληση, η ψυχαγωγία και η γενικότερη συμμετοχή στην κοινωνία (WHO, 2002).

1.1.1 Σωματική Αναπηρία

Η σωματική αναπηρία αποτελεί μία ανομοιογενή μορφή αναπηρίας, η οποία εμφανίζει μεγάλη συχνότητα (Thomson, 2017). Ειδικότερα, η σωματική αναπηρία συνδέεται με την ολική ή μερική απώλεια των σωματικών λειτουργιών, με αποτέλεσμα να περιορίζονται οι καθημερινές δραστηριότητες των ατόμων, αναφορικά με τους ρόλους, τα

καθήκοντα, την αυτοεξυπηρέτηση και την αυτόνομη διαβίωση (Wilson-Jones, Morgan, Shelton, & Thorogood, 2007).

Επίσης, αξίζει να επισημανθεί πως από ιατρικής απόψεως, η σωματική αναπηρία διαχωρίζεται σε μυοσκελετικά προβλήματα και νευρολογικές δυσλειτουργίες. Τα μυοσκελετικά προβλήματα χαρακτηρίζονται από αδυναμία εκτέλεσης δραστηριοτήτων που σχετίζονται με κινήσεις μερών του σώματος λόγω παραμορφώσεων των μυών ή των οστών, ασθενειών ή εκφυλισμού. Ενώ οι νευρολογικές δυσλειτουργίες χαρακτηρίζονται από αδυναμία του ατόμου να εκτελεί ελεγχόμενες κινήσεις των επηρεαζόμενων μερών του σώματος λόγω διαταραχής του κεντρικού νευρικού συστήματος. Παρόλο που τα ορθοπεδικά και τα νευρολογικά προβλήματα είναι δύο διαφορετικοί τύποι αναπηριών μπορεί να προκαλέσουν παρόμοιες κινητικές δυσλειτουργίες, καθώς παρατηρείται στενή σχέση μεταξύ τους. Έρευνες καταδεικνύουν ότι άτομα με αδυναμία κίνησης των ποδιών λόγω βλάβης στο κεντρικό νευρικό σύστημα (νευροκινητικό πρόβλημα) μπορούν να εμφανίσουν και διαταραχές στα οστά και στους μύες των ποδιών (ορθοπεδικό πρόβλημα) (Heward, 2011).

Τέλος, η σωματική αναπηρία ενδέχεται να εμφανίζεται εκ γενετής ή επίκτητα και να είναι μόνιμη ή παροδική. Μάλιστα, τα αίτια που προκαλούν κάποια μορφή σωματικής αναπηρίας είναι ποικίλα και μπορεί να οφείλονται σε προγεννητικούς, περιγεννητικούς ή μεταγεννητικούς παράγοντες. Η σωματική αναπηρία, επομένως, είναι μια πολυπληθής ομάδα που περιλαμβάνει κινητικές δυσκολίες, προερχόμενες από διάφορα αίτια και με ανομοιομορφες εκφάνσεις, τόσο ως προς τη σοβαρότητα της αναπηρίας, όσο και ως προς τα συνοδά προβλήματα που συνθέτουν τη συνολική εικόνα του κάθε ατόμου (Thomson, 2017).

1.1.2 Οπτική Αναπηρία

Η όραση αποτελεί την κυριότερη από τις πέντε ανθρώπινες αισθήσεις, καθώς διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε διάφορες εκφάνσεις και στάδια της ζωής του ατόμου (WHO, 2019). Τα οπτικά προβλήματα διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες, την «κανονική» όραση, την ήπια οπτική βλάβη, τη σοβαρή οπτική βλάβη και τη 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).

Μάλιστα, τα προβλήματα όρασης ορίζονται με βάση την οπτική οξύτητα και το οπτικό πεδίο. Η οπτική οξύτητα, έχει να κάνει με τη δυνατότητα του ατόμου να ξεχωρίζει λεπτομέρειες και σχηματισμούς και 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). Ενώ, το οπτικό πεδίο ενός φυσιολογικού οφθαλμού είναι περίπου 150 μοίρες στον οριζόντιο άξονα και 120 μοίρες στον κατακόρυφο (Koenig, Holbrook, 2000 όπ. αναφ. στο Αργυρόπουλος, 2011).

Όπως αναφέρθηκε, η απώλεια της όρασης οδηγεί σε μια κατάσταση που αναφέρεται ως οπτική αναπηρία (Armstrong, Jovic, Vo-Phuoc, Thorpe, & Doolan, 2012). Συγκεκριμένα, «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).

Η οπτική αναπηρία εμφανίζεται είτε εκ γενετής είτε το άτομο την αποκτά κατά τη διάρκεια της ζωής του (επίκτητη) (Alford et al. 2014). Στα αίτια της μερικής όρασης και τύφλωσης συμπεριλαμβάνονται το γλαύκωμα, ο καταρράκτης, το τράχωμα, η ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας καθώς και η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (WHO, 2019). Ενώ κλείνοντας, στα αίτια συμπεριλαμβάνονται και η ανεπαρκής οξυγόνωση κατά τη γέννηση (υποξία), η υδροκεφαλία, διαθλαστικές ανωμαλίες ή σφάλματα (Heward, 2011), ο στραβισμός και η αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς (Tang et al., 2015).

1.1.3 Ακουστική Αναπηρία

Η ακουστική αναπηρία αποτελεί μία κοινή αισθητηριακή διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από ετερογένεια και επηρεάζει το 5% του παγκόσμιου πληθυσμού (Felicite, 2020 · Sheffield & Smith, 2018). Ειδικότερα, ο όρος ακουστική αναπηρία αναφέρεται στην ολοκληρωτική απουσία της ακοής ή ελάττωσή της κατά τέτοιον βαθμό, ώστε η διάκριση των ήχων να είναι αδύνατη. Η ακουστική αναπηρία σχετίζεται με τη γνωστική και γλωσσική ανάπτυξη των ατόμων (Varshney, 2016), καθώς μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικιακή ομάδα (Nieman & Esther, 2020) και προκύπτει από βλάβη στο ακουστικό κύκλωμα (Lasak, Allen, McVay & Lewis, 2014). Η βλάβη που παρουσιάζεται μπορεί να επηρεάσει το ένα αντί, με την Κώφωση να αποκαλείται μονόπλευρη, ή και τα δύο αυτιά, όπου η απώλεια ακοής ορίζεται ως αμφοτερόπλευρη (Κουρμπέτης και συν, 2007 · Lasak et al., 2014).

Συνεχίζοντας, τα αίτια της ακουστικής αναπηρίας εκτείνονται σε ένα φάσμα γενετικών, κληρονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Shieffed & Smith, 2018 · Walls et al., 2020). Ειδικότερα, υπάρχουν συγγενείς αιτίες που οδηγούν σε απώλεια ακοής κατά τη γέννηση ή αμέσως μετά από αυτή και επίκτητες, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα την απώλεια ακοής σε οποιαδήποτε ηλικία. Στις επίκτητες αιτίες ακουστικής αναπηρίας, συμπεριλαμβάνονται διάφορες μολυσματικές ασθένειες και χρόνιες λοιμώξεις του αυτιού, η λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων, ο τραυματισμός στο κεφάλι ή στο αυτί, η έκθεση σε υπερβολικό θόρυβο αλλά και η γήρανση (WHO, 2021).

Ως προς το μέγεθος της ακουστικής απώλειας, υπάρχουν διάφορες κατηγοριοποιήσεις των ατόμων με ακουστική αναπηρία. Η ακοή μετριέται σε dB και μπορεί να καταναμηθεί σε: α) φυσιολογική ακοή (0-15 dB), β) πολύ μικρού βαθμού ακουστική αναπηρία (15-25 dB), γ) μικρού βαθμού ακουστική αναπηρία (25-40 dB) δ) μετρίου βαθμού ακουστική αναπηρία (40-55 dB), ε) μεγάλου βαθμού ακουστική αναπηρία (55-70 dB) στ) πολύ μεγάλου βαθμού ακουστική αναπηρία (70-90 dB) ζ) πάρα πολύ μεγάλου βαθμού ακουστική αναπηρία (90-110 dB) (Κουρμπέτη & Χατζοπούλου, 2010).

Ενώ τέλος, ανάλογα με την περίοδο εμφάνισης της ακουστικής αναπηρίας τα άτομα μπορούν να διακριθούν σε «προγλωσσικά» και «μεταγλωσσικά» κωφούς. Ως άτομα με «προγλωσσική» κώφωση θεωρούνται εκείνα τα οποία απέκτησαν την αναπηρία στα πρώτα 2 με 3 χρόνια της ζωής τους, πριν δηλαδή καταφέρουν να κατακτήσουν την ομιλία τους. Από

την άλλη πλευρά, ως άτομα με «μεταγλωσσική» κώφωση θεωρούνται εκείνα τα οποία είχαν κατακτήσει την ομιλία και στη συνέχεια απώλεσαν την ακοή τους (Walker, 2013).

1.2 Εννοιολογική οριοθέτηση Χρόνιας Παθήσης

Ο όρος χρόνια πάθηση, αποτελεί ένα γενικό όρο που περιλαμβάνει τόσο χρόνιες παθήσεις, όσο και βλάβες, που αναμένεται να διαρκέσουν ένα χρόνο ή περισσότερο και οδηγούν σε λειτουργικούς περιορισμούς του ατόμου ή στην ανάγκη συνεχούς ιατρικής φροντίδας. Ειδικότερα, οι χρόνιες παθήσεις αποτελούν παθήσεις, οι οποίες δε μεταβιβάζονται από τον έναν οργανισμό στον άλλο, είναι μακράς διάρκειας και προκύπτουν από συνδυασμό γενετικών, περιβαλλοντικών και συμπεριφορικών παραγόντων (WHO, 2018).

Μάλιστα, μεταξύ των χαρακτηριστικών τους, συμπεριλαμβάνεται η παρατεταταμένη κλινική πορεία της νόσου, που πιθανώς να οδηγήσει σε άλλες επιπλοκές υγείας καθώς και η σύνδεση της πάθησης με λειτουργική ανεπάρκεια ή αναπηρία (AIHW, 2011 · WHO, 2018). Θα πρέπει να επισημανθεί πως η πορεία της πάθησης είναι εφικτό να έχει αλλαγές σταδιακά με την πάροδο του χρόνου. Συνήθως για τις αλλαγές αυτές ευθύνονται περισσότεροι από έναν παράγοντες και εφόσον δεν έχει οριστεί θεραπεία, απαιτείται η συνεχόμενη διαχείριση για μία χρονική περίοδο ετών ή και δεκαετιών (Ποντισίδης & Μπελλάλη, 2015).

Μάλιστα, οι χρόνιες παθήσεις μπορεί να είναι συγγενείς, όταν το άτομο γεννιέται με την πάθηση ή επίκτητες, όταν το άτομο αποκτά την πάθηση κατά τη διάρκεια της ζωής του (Heward, 2011). Τα αίτια των χρόνιων παθήσεων μπορεί να είναι προγεννητικά, περιγεννητικά ή μεταγεννητικά (Χρηστάκης 2011).

Τέλος, στις συχνότερες χρόνιες παθήσεις συγκαταλέγονται (Καρλοβασίτου, 2008):

- Αναπνευστικές παθήσεις (π.χ. βρογχικό άσθμα, κυστική ίνωση)
- Παθήσεις πεπτικού συστήματος (π.χ. ελκώδης κολίτιδα, νόσος Crohn)
- Ρευματοειδείς παθήσεις (π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα, λύκος)
- Μορφές καρκίνου (π.χ. λευχαιμία)
- Λοιμώδη νοσήματα (π.χ. AIDS)
- Αιμολυτικές αναιμίες (π.χ. μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική νόσος)
- Νευρολογικές παθήσεις (π.χ. επιληψία, σκλήρυνση κατά πλάκας)
- Μυοσκελετικές παθήσεις (π.χ. μυϊκή δυστροφία)
- Μεταβολικές παθήσεις (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, παθήσεις θυροειδούς)
- Δερματολογικές παθήσεις (π.χ. ιχθύαση, ψωρίαση, έκζεμα)

1.2.1 Σκλήρυνση κατά πλάκας

Η σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣκΠ) ή Πολλαπλή Σκλήρυνση αποτελεί μία επίκτητη, αυτοάνοση πάθηση που επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα (Multiple Sclerosis Society, 2018). Συνήθως εκδηλώνεται στην πρώιμη ενήλικη ζωή και μπορεί να επηρεάσει οποιαδήποτε περιοχή του εγκεφάλου, του νωτιαίου μυελού και του οπτικού νεύρου (Κανανος et al., 2016). Υπάρχουν τρεις βασικοί τύποι σκλήρυνσης κατά πλάκας η Υποτροπιάζουσα-Διαλείπουσα ΣκΠ, η Πρωτοπαθώς Προοδευτική ή Προϊούσα ΣκΠ και η Δευτεροπαθής Προϊούσα ΣκΠ (Brownlee, Hardy, Fazekas, & Miller, 2017).

Η σκλήρυνση κατά πλάκας χαρακτηρίζεται από περιόδους εξάρσεων των συμπτωμάτων, με το άτομο να εμφανίζει δυσκολίες στην ισορροπία και κινητικότητα, καθώς και στην όραση, στην ομιλία και στην ακοή (Κανανος et al., 2016 · Brownlee et al., 2017). Μεταξύ των συμπτωμάτων συμπεριλαμβάνονται 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 et al., 2017).

Η εμφάνιση της είναι συνδυασμός γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, με τα ακριβή αίτια που την προκαλούν να παραμένουν ακόμα άγνωστα (Βοζίκης & Σωτηροπούλου, 2012). Τέλος, περισσότερα από 2,3 εκατομμύρια άτομα επηρεάζονται από σκλήρυνση κατά πλάκας, με τις γυναίκες να εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης (Multiple Sclerosis Society, 2018).

1.2.2 Σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μία χρόνια πάθηση που προκύπτει από την έλλειψη παραγωγής ινσουλίνης, μίας ορμόνης που ρυθμίζει το σάκχαρο του αίματος, ή την αδυναμία χρήσης της από τον οργανισμό. Μάλιστα, τα βασικά προβλήματα που προκύπτουν είναι η υπεργλυκαιμία, δηλαδή η αύξηση του σακχάρου στο αίμα ή η υπογλυκαιμία, η έλλειψη σακχάρου (WHO, 2019).

Σύμφωνα με την American Diabetes Association (2019) κυριότεροι τύποι σακχαρώδη διαβήτη είναι:

- ✓ ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου I (Ινσουλινοεξαρτώμενος ή νεανικός διαβήτης)
- ✓ ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου II (μη ινσουλινοεξαρτώμενος)
- ✓ ο Σακχαρώδης Διαβήτης κήσης (εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της κήσης και υποχωρεί μετά τον τοκετό)

Ιδιαίτερα εντυπωσιακό αποτελεί το γεγονός ότι το 2014 το 8,5% των ενηλίκων ηλικίας 18 ετών 24 και άνω είχε σακχαρώδη διαβήτη. Ενώ παράλληλα, το 2016 ο διαβήτης αποτέλεσε αιτία θανάτου για 1,6 εκατομμύρια ανθρώπους και το 2012 για 2,2 εκατομμύρια ανθρώπους (WHO, 2019).

1.2.3 Καρκίνος

Ο καρκίνος αποτελεί μία από τις σοβαρότερες χρόνιες παθήσεις που παρατηρούνται σήμερα στις αναπτυγμένες χώρες. Συνήθως, προσβάλλει ανθρώπους μεγάλης ηλικίας, υπάρχουν όμως και μορφές καρκίνου που εμφανίζονται σε νεαρής ηλικίας άτομα, ακόμη και σε παιδιά (WHO, 2021). Ειδικότερα, ο καρκίνος είναι ένας γενικός όρος για μια μεγάλη ομάδα παθήσεων που μπορεί να επηρεάσουν οποιοδήποτε μέρος του σώματος. Άλλοι όροι που χρησιμοποιούνται είναι κακοήθεις όγκοι και νεοπλάσματα (Pinto-Gouveia et al., 2013).

Στην ιατρική ορολογία, ο καρκίνος είναι η πάθηση που προκαλείται από άναρχο και αφύσικο πολλαπλασιασμό παθολογικών κυττάρων στους ιστούς του σώματος, που συνακόλουθα, προκαλούν το σχηματισμό κακοήθων όγκων στον οργανισμό. Ουσιαστικά, ο καρκίνος αποτελεί κυτταρική νόσο (Lathren, Bluth, Campo, Tan & Futch, 2018). Πέραν όμως της δημιουργίας μη φυσιολογικών κυττάρων, αυτά στη συνέχεια εισβάλουν σε γειτονικά μέρη του σώματος και εξαπλώνονται σε άλλα όργανα, με τη διαδικασία αυτή να αναφέρεται ως μετάσταση. Οι μεταστάσεις είναι η κύρια αιτία θανάτου από καρκίνο (Pinto-Gouveia et al., 2013).

Οι αλλαγές στα ανθρώπινα κύτταρα αποδίδονται σε αλληλεπίδραση μεταξύ των γενετικών παραγόντων ενός ατόμου και τριών κατηγοριών εξωτερικών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων, των φυσικών καρκινογόνων ουσιών, των χημικών καρκινογόνων ουσιών και των βιολογικών καρκινογόνων ουσιών (Lathren et al., 2018). Η θεραπεία του καρκίνου, εξαρτάται από τον τύπο και το στάδιο. Συνήθως, περιλαμβάνει χημειοθεραπεία, χειρουργική επέμβαση, ακτινοθεραπεία, βιοθεραπεία και μεταμόσχευση (Matziou, Perdikaris, Galanis, Dousis & Tzoumakas, 2008).

Τέλος, αξίζει να επισημανθεί ότι ο καρκίνος αποτέλεσε την κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως, αντιπροσωπεύοντας σχεδόν 10 εκατομμύρια θανάτους το 2020, με τις πιο συνηθισμένες μορφές να αποτελούν, ο καρκίνος του στήθους και των πνευμόνων (WHO, 2021).

1.2.4 Επιληψία

Σύμφωνα με τον WHO (2021), η επιληψία αποτελεί μία χρόνια μη μεταδοτική πάθηση του εγκεφάλου, που επηρεάζει σχεδόν 50 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Ειδικότερα, η επιληψία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες επιληπτικές κρίσεις, που αποτελούν σύντομα επεισόδια ακούσιας κίνησης σε ένα μέρος του σώματος (μερικό) ή ολόκληρο το σώμα (γενικευμένο) και μερικές φορές συνοδεύονται από απώλεια συνείδησης και έλεγχο της λειτουργίας του εντέρου ή της ουροδόχου κύστης (WHO, 2021). Ουσιαστικά, η επιληψία είναι μία κατάσταση, που επέρχεται όταν τα κέντρα του εγκεφάλου δε λειτουργούν κανονικά, ενώ επιληπτική κρίση προκαλείται από υπέρμετρη παθολογική νευρωνική εκφόρτιση μέσα στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Χρηστάκης, 2011).

Τα αίτια χωρίζονται σε δομικά, γενετικά, μολυσματικά, μεταβολικά, ανοσολογικά και άγνωστα. Αν και πολλοί υποκείμενοι μηχανισμοί ασθένειας μπορούν να οδηγήσουν σε επιληψία, η ακριβής αιτία της πάθησης παραμένει ακόμα άγνωστη σε περίπου 50% των

περιπτώσεων παγκοσμίως (WHO, 2021). Μάλιστα, με βάση τα αίτια της η επιληψία μπορεί να διακριθεί σε ιδιοπαθείς γενικευμένη επιληψία, όταν τα αίτια που την προκαλούν δεν είναι ακριβώς καθορισμένα και συμπτωματική επιληψία, όταν υπάρχουν συγκεκριμένα αίτια ή εγκεφαλική βλάβη (Καρλοβασίτου, 2008).

Ενώ τέλος, για τον έλεγχο των ατόμων με επιληψία χορηγούνται αντιεπιληπτικά φάρμακα τα οποία βέβαια προκαλούν αρκετές παρενέργειες όπως υπερβολική κόπωση, ναυτία, ψευδή λόγο, ελλείμματα μάθησης, συμπεριφορικά προβλήματα κ.α. (Heward, 2011).

1.2.5 Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια αυτοάνοση ρευματοειδής πάθηση που επηρεάζει κυρίως τις αρθρώσεις του ανθρώπινου σώματος. Ειδικότερα, η αλλοίωση του αρθρικού υγρού οδηγεί σε μια επώδυνη φλεγμονώδη διαδικασία που με την πάροδο του χρόνου μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια συστηματική φλεγμονή (Nielen et al. 2004).

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα περιλαμβάνει περιόδους παροξύσεων που ακολουθούνται από υποχωρήσεις. Στα συμπτώματα της συμπεριλαμβάνονται κυρίως πόνος, δυσκαμψία, οίδημα και ερυθρότητα γύρω από τις αρθρώσεις. Με τα άτομα να έχουν τη τάση να παρουσιάζουν συμπτώματα στα χέρια, τους ώμους, τους αγκώνες, τους γοφούς και τα γόνατα (Nyklicek, Hoogwegt & Westgeest, 2015).

Παραδοσιακά, η ρευματοειδής αρθρίτιδα θεωρείται μια χρόνια ιδιοπαθής φλεγμονώδης διαταραχή, που σημαίνει ότι η αιτία της είναι άγνωστη. Βέβαια, υπάρχουν ενδείξεις ότι η πλειοψηφία των ασθενών έχουν γενετική προδιάθεση, ενώ σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα μπορεί να προκληθεί από περιβαλλοντικές τοξίνες, ευαισθησίες τροφίμων, αλλεργίες, στρες, τραύματα, λοιμώξεις, βακτηριακή υπερανάπτυξη, σύνδρομο διαρροής εντέρου και ορμονικές ανισορροπίες (Deane et al., 2017).

1.2.6 Συστηματικός ερυθματώδης λύκος

Ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος, αποτελεί τη συνηθέστερη μορφή λύκου (L.F.A, 2021). Πρόκειται για μία χρόνια αυτοάνοση πάθηση, που προσβάλλει διάφορα όργανα του σώματος όπως δέρμα, αρθρώσεις, αίμα, αγγεία, νεφρά, καρδιά, εγέφαλο και νευρικό σύστημα, δημιουργώντας φλεγμονές. Πήρε το όνομά του από τα εξανθήματα και τις εξελκώσεις του προσώπου που θυμίζουν λύκο και ταξινομείται στα συστηματικά ρευματικά νοσήματα (Ρεντούκας & Λάζαρος, 2007).

Στην περίπτωση του συστηματικού ερυθματώδη λύκου το ανοσιακό σύστημα λειτουργεί λανθασμένα και παράγει, μεταξύ άλλων αυτοαντισώματα που αναγνωρίζουν τα φυσιολογικά κύτταρα του ίδιου του ατόμου ως ξένα και γι' αυτό τα καταστρέφουν, με αποτέλεσμα τη δημιουργία φλεγμονών. Μάλιστα, όπως αναφέρθηκε αποτελεί μία αυτοάνοση μη μεταδοτική πάθηση, που μπορεί ωστόσο να είναι κληρονομική (L.F.A., 2021).

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει ειδικό φάρμακο για την θεραπεία του πάθησης. Βέβαια επειδή η πλειονότητα των συμπτωμάτων οφείλεται σε φλεγμονή η αγωγή προσανατολίζεται

στην μείωση αυτής (Ρεντούκας & Λάζαρος, 2007). Συγκεκριμένα, τα κυριότερα συμπτώματα που εμφανίζουν τα άτομα με συστηματικό ερυθματώδη λύκο είναι κούραση, αδιαθεσία, πυρετός, ανορεξία-απώλεια βάρους, δερματικά εξανθήματα, φωτοευαισθησία, έλκη στη ρινική και στοματική κοιλότητα, εξάνθημα πεταλούδας, τριχόπτωση, πρησμένες αρθρώσεις με μυϊκό πόνο, αναιμία, αιμορραγία, πονοκέφαλος, υψηλή πίεση και οιδήματα σε πόδια, γάμπες, βλέφαρα (L.F.A., 2021).

1.2.7 Παθήσεις του εντέρου

Οι φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου, συμπεριλαμβανομένου της ελκώδους κολίτιδας και της νόσου του Crohn είναι δια βίου, υποτροπιάζουσες, διαλείπουσες, φλεγμονώδεις καταστάσεις που έχουν υψηλή επίπτωση στην ποιότητα της ζωής και τη σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα (CCFA, 2021).

Ειδικότερα, η ελκώδης κολίτιδα προσβάλλει κυρίως την εσωτερική επιφάνεια του παχέος εντέρου, δημιουργώντας φλεγμονή και αναπτύσσοντας μικρές ανοιχτές πληγές ή έλκη που παράγουν πύον και βλεννογόνο (Van Assche et al., 2013). Τα ακριβή αίτια της νόσου δεν είναι ακόμη γνωστά και δεν υπάρχει κάποια μόνιμη θεραπεία. Βέβαια, κύριος στόχος των θεραπειών είναι η ρύθμιση της εύρυθμης λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος (Χαραλάμπους, 2009). Μεταξύ των κυριότερων συμπτωμάτων της ελκώδους κολίτιδας συμπεριλαμβάνονται κοιλιακή δυσφορία, συχνές εκκενώσεις, απώλεια όρεξης, απώλεια βάρους, αίσθημα κόπωσης, χαμηλή ενέργεια, αίμα στα κόπρανα, άγχος, κατάθλιψη, κρίσεις πανικού, μανία και υπερκινητικότητα (CCFA, 2021).

Αναφορικά, με τη νόσο του Crohn προκύπτει ότι επηρεάζει μέρη όλου του γαστρεντερικού σωλήνα από το στόμα ως τον πρωκτό σε όλο το πάχος του τοιχώματος του εντέρου (Van Assche et al., 2013). Μάλιστα, άνδρες και γυναίκες είναι εξίσου πιθανό να νοσήσουν σε οποιαδήποτε ηλικία, με πιο σύνηθες το ηλικιακό φάσμα 15 έως 35 (Van Assche et al., 2013). Οι αιτίες εμφάνισής της δεν είναι γνωστές. Βέβαια, ερευνητές υποστηρίζουν πως οφείλεται σε κληρονομικούς, γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, με την διατροφή και το άγχος να προκαλούν την επιδείνωσή της (CCFA, 2021). Μεταξύ των συμπτωμάτων της πάθησης συγκαταλέγονται κοιλιακοί πόνοι, επίμονη διάρροια συνοδευμένη με αίμα, πόνος στον οισοφάγο ή στο στομάχι, πυρετός, απώλεια βάρους, κόπωση, νυχτερινές εφιδρώσεις, ευαισθησία στις μολύνσεις, καθώς και αλλαγές διάθεσης (Χαραλάμπους, 2009).

1.2.8 Παθήσεις θυροειδούς αδένου

Οι διαταραχές του θυροειδούς αδένου διακρίνονται σε δυο κατηγορίες: τις μορφολογικές και τις λειτουργικές. Στις μορφολογικές συγκαταλέγονται διογκώσεις του θυροειδούς αδένου, που καλούνται βρογχοκήλες (American Thyroid Association, 2021). Από την άλλη πλευρά στις λειτουργικές περιλαμβάνονται διαταραχές με βάση τη λειτουργία. Ειδικότερα, οι λειτουργικές θυροειδικές διαταραχές κατατάσσονται σε διαταραχές

χαρακτηριζόμενες από υπερθυρεοειδισμό, από ευθυρεοειδισμό και από υποθυρεοειδισμό (Krassas, Poppe & Glinoeer, 2010).

Ως υπερθυρεοειδισμός ορίζεται η αυξημένη παραγωγή θυρεοειδικών ορμονών στους ιστούς, που μπορεί να οφείλεται είτε σε αυξημένη σύνθεση θυρεοειδικών ορμονών, είτε σε αυξημένη απελευθέρωση ήδη σχηματισμένων ορμονών από τα θυρεοειδικά θυλάκια, λόγω καταστροφής τους, στο πλαίσιο θυρεοειδίτιδας (θυρεοτοξίκωση). Μάλιστα, ο υπερθυρεοειδισμός είναι πιο συχνός σε γυναίκες μεταξύ 30-40 ετών και τα κυριότερα συμπτώματά του να είναι νευρική ανησυχία, υπερκινητικότητα, απώλεια βάρους, αυξημένη εφίδρωση, θερμική δυσανεξία, ζεστό και υγρό δέρμα, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία, τρόμος χεριών και οφθαλμοπάθεια-εξόφθαλμος (Brent, 2012).

Από την άλλη πλευρά, ο υποθυρεοειδισμός αποτελεί την πιο κοινή μορφή ενδοκρινικής διαταραχής, που οφείλεται σε ανεπάρκεια θυρεοειδικών ορμονών. Η αυτοάνοση νόσος του θυρεοειδή (νόσος Hashimoto), αποτελεί την πιο κοινή αιτία υποθυρεοειδισμού, με την ανεπάρκεια ιωδίου να παραμένει η κύρια αιτία υποθυρεοειδισμού παγκοσμίως. Παράλληλα, τα κυριότερα συμπτώματα του υποθυρεοειδισμού είναι απώλεια ενέργειας, κόπωση, υπνηλία – λήθαργος, αύξηση βάρους, δυσανεξία στο κρύο, ξηρό δέρμα, τριχόπτωση, συναισθηματική αστάθεια, κατάθλιψη, διαταραχές εμμήνου ρύσεως και μειωμένη γονιμότητα (Vanderpump, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΕΥ ΖΗΝ

2.1 Εννοιολογική οριοθέτηση

Η έννοια του ψυχολογικού ευ ζην (psychological well-being) αντανακλά τη βέλτιστη ψυχολογική κατάσταση, στο πλαίσιο αποτελεσματικής συναναστροφής του ατόμου με υπαρξιακά ζητήματα τα οποία προκύπτουν αναπάντεχα στη ζωή (Ryff & Singer, 2008). Δεν αποτελεί έναν καινούργιο όρο, καθώς έχει απασχολήσει Έλληνες φιλοσόφους από αρχαιοτάτων χρόνων. Ο Δημόκριτος, ο Σωκράτης, ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης στα έργα τους κάνουν λόγο για την «ευδαιμονία», δηλαδή για την ευτυχία και την ευημερία του ανθρώπου. Ωστόσο, η ορθή εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου, αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα, με την επιρροή του ευ ζην στον ψυχικό και σωματικό κόσμο του ατόμου να έχει τεκμηριωθεί ποικιλοτρόπως επιστημονικά (Ryff, 2014 · Renaud & Bedard, 2013).

Η έννοια της ψυχολογικής ευεξίας, απαντά σε δύο μορφές, την ηδονική και την ευδαιμονική (Alós et al., 2021). Ο ηδονισμός αφορά τη σχέση μεταξύ ευεξίας και ευτυχίας, με την παρουσία θετικών επιπτώσεων και την απουσία αρνητικών (Diener, 2009) και αποτελείται από δύο βασικά χαρακτηριστικά, την ικανοποίηση από τη ζωή και την ευτυχία (Ryan & Deci, 2006). Από την άλλη πλευρά, η ευδαιμονική προοπτική, δεν αναφέρεται απλά στην ευτυχία, αλλά προτείνει την ευημερία ως μια μορφή πλήρους ζωής (Al-Dwaikat et al., 2020). Η ευδαιμονία δεν αποτελεί μονάχα το αποτέλεσμα μιας κατάστασης ή ενέργειας, αλλά κατά κύριο λόγο είναι η διαδικασία της ολοκλήρωσης του ατόμου που βασίζεται στην πραγμάτωση όλων των ανθρώπινων δυνατοτήτων και την αρμονική ανάπτυξή τους (Deci & Ryan, 2006). Σύμφωνα με αυτή την προοπτική, ένα άτομο που βιώνει υψηλή ψυχολογική ευημερία βρίσκει τη ζωή ικανοποιητική και σημαντική, ανεξαρτήτως της παρουσίας ή της απουσίας υψηλών επιπέδων θετικών συναισθημάτων και χαμηλών επιπέδων αρνητικών (Tong, Lum, Sasaki & Yu, 2018).

Ο Αριστοτέλης αποτέλεσε έναν από τους πρώτους φιλοσόφους που ασχολήθηκαν με την ευδαιμονική θεώρηση. Μάλιστα, στα «Ηθικά Νικομάχεια», αναφέρεται σε δύο πολύ σημαντικούς όρους το «ευ ζην» και το «ευ πράττειν» (Shiau-Fang Chao, 2012). Οι όροι αυτοί εμπεριέχουν μέσα τους την ευδαιμονία, που αποτελεί το σπουδαιότερο όλων των αγαθών και τον απώτερο σκοπό της ζωής του ανθρώπου (Jooste & Kubayi, 2018). Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη, ο άνθρωπος είναι σωστό να αξιοποιεί όλες τις δυνατότητες του για να φτάσει στην ευζωία με το συνδυασμό του «αισθάνομαι καλά» και του «λειτουργώ αποτελεσματικά». Μάλιστα, ορίζει την ευδαιμονία ως ενέργεια της ψυχής, η επίτευξη της οποίας πραγματοποιείται μέσω μίας συμπεριφοράς, που διέπεται από τάξη, αρμονία, σταθερότητα, συνέπεια και συντονισμό. Με άλλα λόγια, η ευδαιμονία πραγματοποιείται σύμφωνα με τους κανόνες της τέλει αρετής («Ἡ εὐδαιμονία ἐστὶ ψυχῆς ἐνέργειά τις κατ' ἀρετὴν τελείαν» (Mprofu, Sefotho & Maree, 2017).

2.2 Το πολυδιάστατο μοντέλου του Ψυχολογικού ευ ζην

Σύμφωνα με τον Browman (2010), οι θεωρητικές ρίζες της ψυχολογικής ευζωίας στηρίζονται στην έννοια της αυτοπραγμάτωσης του Maslow (1968), στο μοντέλο των σταδίων ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του Erikson (1959) και στη διατύπωση της έννοιας της εξατομίκευσης από τον Jung (1933). Στο πλαίσιο αυτών, η Ryff το 1989a, επιχείρησε να διατυπώσει έναν ορισμό του ψυχολογικού ευ ζην (Tough, Siegrist & Fekete, 2017).

Ειδικότερα, όρισε το ψυχολογικό ευ ζην ως την ενεργή συμμετοχή του ατόμου σε προβλήματα-προκλήσεις με υπαρξιακό περιεχόμενο και πρότεινε την κατανόηση του όρου ως ανάπτυξη του πραγματικού δυναμικού κάποιου (Tong et al., 2018). Η Ryff κατέληξε στη δημιουργία ενός πολυδιάστατου επεξηγηματικού μοντέλου, που συγκροτείται από τις εξής βασικές ψυχολογικές αρχές για το άτομο (Ryff, 1995):

- ✓ να αποκτήσει την αίσθηση του αυτοπροσδιορισμού και προσωπικών αρχών
- ✓ να διαμορφώσει με τέτοιο τρόπο το περιβάλλον του, ώστε να καλύπτονται οι προσωπικές του ανάγκες και επιθυμίες
- ✓ να αναπτύξει στο μέγιστο δυνατό βαθμό τα ταλέντα και τις δεξιότητες του
- ✓ να έχει αναπτύξει αλλά και διατηρήσει ζεστές διαπροσωπικές σχέσεις
- ✓ να βρει νόημα στις προσπάθειες του και τις προκλήσεις
- ✓ να νιώθει καλά με τον εαυτό του

Ειδικότερα, σύμφωνα με το μοντέλο της Ryff, το ψυχολογικό ευ ζην είναι ένας όρος πολλών διαστάσεων, στο πλαίσιο του οποίου συγκαταλέγονται υποκειμενικές, κοινωνικές και ψυχολογικές διαστάσεις (Ryff, 2014). Μάλιστα, συντίθεται από τις εξής έξι υποκλίμακες (Cheng & Sin, 2020):

1. Αυτονομία (autonomy), η ικανότητα του ατόμου να αντέχει την κοινωνική πίεση, διατηρώντας τον αυτοπροσδιορισμό, την ανεξαρτησία, την ετοιμότητα, την ατομικότητα και την ικανότητα αυτοδιάθεσης. Ειδικότερα, αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να σκέφτεται ή να ενεργεί με συγκεκριμένο τρόπο, να καθορίζει τη συμπεριφορά με γνώμονα εσωτερικές διεργασίες και να αξιολογεί τον εαυτό του σε σύγκριση με προσωπικά πρότυπα.

2. Κυριαρχία στο περιβάλλον (environmental mastery), αποτελεί την ικανότητα δημιουργίας ή επιλογής περιβαλλοντικών συνθηκών, που αντικατοπτρίζουν τις ανάγκες και τις αξίες του ατόμου. Εστιάζει σε μια αίσθηση του ατόμου ότι είναι σε θέση να επιβάλλεται και διαχειρίζεται αποτελεσματικά το περιβάλλον, ώστε να ασκεί ουσιαστικό έλεγχο σε εξωτερικές δραστηριότητες και να αξιοποιεί τις ευκαιρίες που του παρουσιάζονται.

3. Προσωπική ανάπτυξη (personal growth), είναι μια αίσθηση συνεχούς ανάπτυξης από το άτομο. Ειδικότερα, περιλαμβάνει την ανοιχτότητα κάποιου σε νέες εμπειρίες, καθώς και αίσθηση εκπλήρωσης των προσωπικών δυνατοτήτων. Αναφέρεται στην αδιάκοπη εξέλιξη του ατόμου, στην πρόοδο της δυναμικότητάς του και στη βελτίωση της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς, με τη μεταστροφή του εγώ, ώστε να εκπέμπει αυτογνωσία και αποτελεσματικότητα.

4.Θετικές σχέσεις με τους άλλους (positive relations with others), οι οποίες αναφέρονται σε σταθερές, στενές και ζεστές σχέσεις εμπιστοσύνης με τα άτομα του περιβάλλοντος. Το άτομο έχοντας φίλους εμπιστεύεται και αποκτά ικανότητα ενσυναίσθησης, νιώθει αγάπη και ανησυχία για την ευημερία των συνανθρώπων, καθώς συνειδητοποιεί ότι οι σχέσεις των ανθρώπων δεν είναι παρά ένα σύστημα δούναι και λαβείν.

5.Σκοπός στη ζωή (purpose in life), που είναι η ικανότητα καθορισμού στόχων και κατευθύνσεων στη ζωή. Συγκεκριμένα, επισημαίνει τη σημασία της ικανότητας προσανατολισμού στη ζωή για το άτομο, καθώς καλλιεργεί πεποιθήσεις που μπορούν να δώσουν νόημα στη ζωή του και βρίσκει νόημα σε καταστάσεις που έλαβαν χώρα στο παρελθόν και αυτές που θα συμβούν στο μέλλον.

6.Αυτο-αποδοχή (self-acceptance), αποτελεί την ικανότητα των ανθρώπων να αισθάνονται καλά για τον εαυτό τους, ακόμη και όταν γνωρίζουν τους δικούς τους περιορισμούς. Αναφέρεται στο επίπεδο που το άτομο βλέπει με θετική ματιά τον εαυτό του, καθώς αποδέχεται τις θετικές και αρνητικές πτυχές και συμβιβάζεται με τις παρελθοντικές του εμπειρίες και τα λάθη του.

Ωστόσο, θα πρέπει να επισημανθεί πως ο πατέρας της Θετικής Ψυχολογίας Seligman (2011), έχει διατυπώσει έναν καινούργιο ορισμό για το ευ ζην (Shah & Siddiqui, 2015). Συγκεκριμένα, τονίζει πως το ευ ζην αποτελείται από τα θετικά συναισθήματα, την εμπλοκή, το νόημα, τις θετικές σχέσεις και την ολοκλήρωση (García-Cano et al., 2018). Βασικός πυρήνας της θεωρίας είναι η επίτευξη και ανατροφοδότηση των παραπάνω χαρακτηριστικών καταλλήλως, με σκοπό την ομαλοποίηση του συναισθηματικού κόσμου του ατόμου (Tough et al., 2017).

2.3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση: Ψυχολογικό ευ ζην ατόμων με Αναπηρία ή Χρόνια Πάθηση

Κάθε μορφή αναπηρίας σημαίνει αυτομάτως την έλλειψη μιας σημαντικής λειτουργίας για τη ζωή του ατόμου, με αποτέλεσμα τόσο ο σωματικός όσο και ο πνευματικός τομέας να επηρεάζονται σημαντικά. Το άτομο με αναπηρία χάνει την αίσθηση κυριαρχίας αλλά και ελέγχου, εμφανίζοντας σημάδια απογοήτευσης, ανησυχίας, φόβου και χαμηλής αυτοεκτίμησης. Μάλιστα, θρηνεί για την απώλεια, την οποία σχετίζει με διάφορους περιορισμούς στον εργασιακό χώρο, στις καθημερινές δραστηριότητες και σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, βιώνοντας κοινωνική αποστροφή και κατάθλιψη. Ενώ συχνά αρνείται να συμβιβαστεί και να προσαρμοστεί, παρουσιάζοντας χαμηλό ψυχολογικό ευ ζην (Stevellink, Malcolm & Fear, 2015).

Αρκετές έρευνες έχουν ασχοληθεί με το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με σωματική αναπηρία. Σύμφωνα με τους Elliott, Uswatte, Lewis & Palmatier (2000), τα άτομα που έχουν αποκτήσει κινητική αναπηρία στη διάρκεια της ζωής τους φαίνεται να παρουσιάζουν

ποικίλες διακυμάνσεις στην ευημερία τους. Οι διακυμάνσεις αυτές, προέκυψε πως καθορίζονται από την αντίδραση και αντιμετώπιση της αναπηρίας από το ίδιο το άτομο, αλλά και από περιβαλλοντικά στοιχεία (Elliott, et al., 2000). Αναλυτικότερα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε παίκτες μπάσκετ με αναπηρικά αμαξίδια από τους Jooste & Kubayi (2018), τα άτομα με αναπηρία φάνηκε να εμφανίζουν υψηλά επίπεδα υποκειμενικής ζωτικότητας και ψυχολογικού ευ ζην, όταν δέχονται θετική ανατροφοδότηση από το κοινωνικό τους περιβάλλον. Σε παρόμοιο αποτέλεσμα κατέληξε και έρευνα των Mrofu et al. (2017), στην οποία διαπιστώθηκε ότι οι έφηβοι με σωματικές αναπηρίες που λαμβάνουν κοινωνική υποστήριξη και ζουν σε περιβάλλοντα χωρίς αποκλεισμούς, έχουν υψηλά επίπεδα αυτονομίας, σκοπού στη ζωή, θετικών σχέσεων, προσωπικής ανάπτυξης και αυτο-αποδοχής.

Παράλληλα, πληθώρα ερευνών έχει εξετάσει το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με οπτική αναπηρία. Αρχικά, οι Linely & Joseph (2005), παρατήρησαν ότι τα επίπεδα κατάθλιψης και κακής ψυχολογικής ευημερίας σε άτομα με προβλήματα όρασης είναι τουλάχιστον δύο φορές υψηλότερα από τα άτομα χωρίς οπτική αναπηρία. Ειδικότερα, προέκυψε πως η οπτική απώλεια οδηγεί σε έλλειψη της αυτοκυριαρχίας και του προσωπικού ελέγχου, με το άτομο να κυριεύεται από έντονη ανησυχία, ανασφάλεια, φόβο, χαμηλή αυτοπεποίθηση, μοναξιά και κοινωνική απομόνωση (Linely & Joseph, 2005). Ωστόσο, σε συστηματική ανασκόπηση των Nyman, Gosney και Victor (2009) σε ενήλικες με προβλήματα όρασης εντοπίστηκε μόνο μέτρια μείωση στη ψυχική ευημερία, την κοινωνική λειτουργικότητα, την ποιότητα ζωής και τα επίπεδα ψυχοκοινωνικής ευημερίας στα άτομα με οπτική αναπηρία συγκριτικά με τους βλέποντες. Σε αντίθεση με τα παραπάνω βρίσκεται το εύρημα του Kef (2002), ο οποίος μελετώντας άτομα ηλικίας 14 έως 24 ετών με προβλήματα όρασης, παρατήρησε ότι η πλειοψηφία του δείγματος παρουσίαζε υψηλή αυτοεκτίμηση και χαμηλή αίσθηση μοναξιάς. Γενικότερα, τα άτομα με οπτική αναπηρία είχαν αποδεχθεί τις συνέπειες της αναπηρίας και εμφάνιζαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ευημερίας σε σχέση με τους βλέποντες (Kef, 2002).

Μελέτες έχουν καταλήξει σε ενθαρρυντικά αποτελέσματα και αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων με Κώφωση. Ειδικότερα, οι Haukedal, Lyxell & Wie (2019) και Fellingner, Holzinger, Gerich & Goldberg (2007) διαπίστωσαν πως οι συμμετέχοντες με ακουστική αναπηρία σημείωσαν υψηλές βαθμολογίες στους τομείς της ευημερίας. Παρομοίως, στην έρευνά τους οι Werngren-Elgstrom, Dehlin & Iwarsson (2003), στην οποία συμμετείχαν 97 άτομα με Κώφωση, ανέδειξαν τη θετική εικόνα της ποιότητας ζωής αλλά και της κοινωνικής ευημερίας των συμμετεχόντων. Η ευημερία των ατόμων με Κώφωση επιβεβαιώνεται και από τις μελέτες των Kumar et al. (2015), Duarte, Santos, Rego & Nunes (2014) και Meserole et al. (2013), στις οποίες τα άτομα με απώλεια ακοής παρουσίασαν υψηλές βαθμολογίες. Σε αντίθεση με τις παραπάνω έρευνες, οι Cieśła, Lewandowska & Skarżyński (2015), ανέδειξαν πως τα άτομα με απώλεια ακοής συγκεντρώνουν αρνητικές βαθμολογίες στους τομείς της σωματικής και ψυχολογικής υγείας. Οι ερευνητές απέδωσαν τα παραπάνω αποτελέσματα στο γεγονός πως η απώλεια ακοής ωθεί τα άτομα να επικεντρώνονται με ιδιαίτερη προσοχή σε θέματα υγείας, οδηγώντας τους συχνά αντιμετώπους με αρνητικά συναισθήματα. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα και από τις έρευνες των Haukedal, Torkildsen, Lyxell & Wie (2018), McAbee., Drasgow & Lowrey

(2017), Skrbic, Milankov, Veselinovic & Todorovic (2013) και Fellingner, Holzinger, Schoberberger & Lenz (2005). Ενώ τέλος, τα μειωμένα επίπεδα ψυχοκοινωνικής ευημερίας και κοινωνικής αλληλεπίδρασης των ατόμων με ακουστική αναπηρία διαφαίνονται και στις μελέτες των Niemensivu, Roine, Sintonen & Kentala (2018) και Huber et al., (2015).

Συνεχίζοντας, αναφορικά με τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, έχει προκύψει ότι παρουσιάζουν μειωμένη ποιότητα ζωής σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό (Hyphantis et al., 2007), εμφανίζοντας κυρίως χαμηλά επίπεδα κυριαρχίας στο περιβάλλον και κοινωνικών αλληλεπιδράσεων (Dehghani et al., 2017). Σύμφωνα με έρευνα των Bonilla, Fedio, Johnson & Sexton (2013), τα άτομα με σκλήρυνση αισθάνονται ντροπή, η οποία σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τη σταδιακή απώλεια των λειτουργιών στον κοινωνικό τομέα, με μειωμένη ποιότητα ζωής καθώς και με αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Από την άλλη πλευρά, ωστόσο σε έρευνα των Lule et al. (2011), υποστηρίχθηκε ότι παρά τους φυσικούς περιορισμούς που προκαλεί η σκλήρυνση, τα άτομα προσαρμόζονται επιτυχώς στην αναπηρία. Σε παρόμοιο εύρημα κατέληξαν και οι Barak & Achiron (2011), επισημαίνοντας ότι τόσο η ευτυχία όσο και η προσωπική ανάπτυξη δε διαφέρουν μεταξύ ατόμων με σκλήρυνση και αυτών χωρίς, ενώ ο δείκτης ικανοποίησης από τη ζωή διαφέρει ελάχιστα, αναδεικνύοντας το ρεαλιστικό αντίκτυπο της αναπηρίας.

Έρευνες έχουν ασχοληθεί και με το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη. Σε μελέτη των Lopez, Annunziata, Bailey, Morisky & Rupnow (2014), παρατηρήθηκε ότι οι ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη είναι τρεις έως τέσσερις φορές πιο πιθανό να βιώνουν αρνητικά συναισθήματα, μειωμένη ευημερία, χαμηλά επίπεδα κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και παραγωγικότητας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Παρόμοιο ήταν και το εύρημα των Bachmeier et al. (2019) και των Sparapani, Vde. Jacob & Nascimento (2015), σύμφωνα με τους οποίους τα άτομα με διαβήτη εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ψυχολογικών διαταραχών που λειτουργούν επιβαρυντικά στο ψυχολογικό ευ ζην, στην ανάπτυξη σχέσεων και στη βελτίωση των κοινωνικών δικτύων. Ενώ σε έρευνά τους οι Al-Dwaikat et al. (2020) σε άνδρες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, αναφέρθηκαν στον θετικό ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης προς την ενίσχυση του ψυχολογικού ευ ζην των ατόμων με διαβήτη.

Ταυτοχρόνως, τα αποτελέσματα σχετικά με την ευημερία των ατόμων με καρκίνο είναι αντιφατικά. Αναλυτικότερα, σε έρευνα των Carlson et al. (2013) παρατηρήθηκε μειωμένη ευημερία των ατόμων με καρκίνο και επισημάνθηκε πως η οικογενειακή και συναισθηματική ζωή, η καθημερινή διαβίωση και η θεραπευτική αντιμετώπιση που ακολουθείται αποτελούν παράγοντες επιρροής. Ενώ από την άλλη πλευρά, οι Wang et al. (2017), σε έρευνά τους σε άτομα με καρκίνο προχωρημένου ή τελικού σταδίου, ηλικίας 18 ετών και άνω, κατέληξαν πως τα προγράμματα ανασκόπησης επιφέρουν επιθυμητή επίδραση στο ευ ζην, συμβάλλοντας στην βελτίωση της ψυχικής ευημερίας των ατόμων και στη βίωση μίας ζωής με ποιότητα τόσο σωματική όσο και ψυχική.

Αναφορικά με την ευημερία των ατόμων με επιληψία, σύμφωνα με τους Gandy, Sharpe & Perry (2012), τα άτομα αυτά βιώνουν άγχος και κατάθλιψη. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από έρευνα των Peterson, Walker & Shears (2014). Ενώ σε έρευνες των

Gandy et al. (2015) και Jacoby, Snape, Lane & Baker (2015), η επιληψία σχετίστηκε με χαμηλά επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην και αυτοεκτίμησης, καθώς τα άτομα βίωναν νευρωτισμό και στίγμα, με τις μόνες τεχνικές στο πλαίσιο αύξησης της να είναι η κοινωνική υποστήριξη και η αντιμετώπιση.

Επιπροσθέτως, έρευνες έχουν εξετάσει και την ευημερία των ατόμων με ρευματοειδείς παθήσεις, με τους Matcham, Rayner, Steer & Hotopf (2013) να αναφέρουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας. Σε παρόμοιο εύρημα κατέληξαν στην έρευνά τους και οι Chou & Brauer (2005), επισημαίνοντας πως οι συνέπειες της ρευματοειδούς αρθρίτιδας επιδρούν αρνητικά στη σωματική και ψυχική ευημερία των ατόμων. Μάλιστα, οι Norton, Sacker, Young & Done (2011), αναφέρουν ότι στα άτομα με ρευματοειδή πάθηση παρατηρούνται σημαντικά ατομικές διαφορές αναφορικά με τη ψυχολογική ταλαιπωρία κατά την πάροδο του χρόνου, καθώς όχι μόνο η δραστηριότητα της νόσου επηρεάζει τη δυσφορία και την ποιότητα ζωής, αλλά και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνουν στη μελέτη τους και οι Dekkers et al. (2001). Ενώ κλείνοντας, η αισιόδοξη στάση στα άτομα με ρευματοειδείς παθήσεις, σύμφωνα με τους Treharne, Lyons, Booth & Kitas (2007), αποτελεί ένα χαρακτηριστικό που σχετίζεται με χαμηλότερη ψυχολογική δυσφορία και καλύτερο ψυχολογικό ευ ζην.

Τέλος, έρευνες επισημαίνουν τον αρνητικό αντίκτυπο της έλλειψης εναλλακτικών θεραπειών στην ποιότητα ζωής των ατόμων με παθήσεις του εντέρου (Zingone et al., 2015). Συγκεκριμένα, σε έρευνα των Casellas et al. (2008), σε δείγμα ατόμων με κοιλιοκάκη εντοπίστηκαν χαμηλά επίπεδα ευημερίας και υψηλά επίπεδα αρνητικών συμπτωμάτων, όπως άγχος και κατάθλιψη. Ενώ παράλληλα, σύμφωνα και με τους Hall, Rubin & Charnock (2009), τα άτομα αυτά βιώνουν χαμηλά επίπεδα σωματικής και ψυχολογικής ευημερίας, εξαιτίας της καθημερινής μάχης που δίνουν με την πάθησή τους.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, εντοπίζονται και αρκετές συγκριτικές μελέτες που έχουν εξετάσει διαφορές στα επίπεδα ψυχολογικής ευημερίας μεταξύ κατηγοριών αναπηρίας, καθώς και με τα άτομα χωρίς αναπηρία (García-Cano et al., 2018 · Suriá, 2017 · Samsari & Soulis, 2019 · Piquart & Pfeiffer, 2011 · Cheng & Sin, 2020 · Alós et al., 2021 · Dong & Lucas, 2014 · Ekelman, Bazyk & Bazyk, 2013 · Σιδέρη, 2018 · Canha, Simões, Gaspar Matos & Owens, 2016 · Abubakar et al., 2013).

Ειδικότερα, οι Samsari & Soulis (2019) διαπίστωσαν ότι η υποκειμενική ευεξία ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε άτομα με σωματική αναπηρία σε σύγκριση με άτομα χωρίς αναπηρία. Σε παρόμοιο αποτέλεσμα κατέληξαν και οι Piquart & Pfeiffer (2011), σε έρευνα σε άτομα με προβλήματα όρασης και οι Cheng & Sin (2020) σε άτομα με ακουστική αναπηρία. Συγκριτική μελέτη διεξήχθη και από τους Alós et al., (2021), κατά την οποία προέκυψαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων με και χωρίς αναπηρία, τόσο στο συνολικό ψυχολογικό ευ ζην όσο και στις διαστάσεις θετικές σχέσεις, αυτονομία, κυριαρχία στο περιβάλλον και προσωπική ανάπτυξη. Αναλυτικότερα, τα άτομα χωρίς αναπηρία φάνηκε να παρουσιάζουν καλύτερο ψυχολογικό ευ ζην, ενώ η χαμηλότερη βαθμολογία στα άτομα με αναπηρία σημειώθηκε στη διάσταση των θετικών σχέσεων με άλλους, στοιχείο που αντανακλά το συναίσθημα μοναξιάς (Alós et al., 2021). Σε παρόμοιο εύρημα κατέληξαν και

οι Dong & Lucas (2014) και Ekelman et al. (2013), που επισήμαναν την ανάγκη των ατόμων με αναπηρία για κοινωνική υποστήριξη και την επιθυμία να ανήκουν σε μια ομάδα ή να μοιράζονται.

Ταυτοχρόνως, η Σιδέρη (2018), σε έρευνα που διεξήγαγε επισήμανε ισχυρή συσχέτιση ως προς όλες τις διαστάσεις του ψυχολογικού ευ ζην και ως προς το συνολικό στα άτομα με και χωρίς αναπηρία. Συγκεκριμένα, τα άτομα με οπτική αναπηρία εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα αυτονομίας, ακολουθούσαν τα άτομα χωρίς αναπηρία και στο τέλος βρίσκονταν τα άτομα με σωματική και ακουστική αναπηρία. Το ίδιο μοτίβο παρατηρήθηκε και στις υπόλοιπες υποκλίμακες του ψυχολογικού ευ ζην, καθώς και στο συνολικό ψυχολογικό ευ ζην, με τα άτομα με προβλήματα όρασης να φαίνεται πως αποδέχονται την προσωπικότητά τους περισσότερο από τις υπόλοιπες ομάδες (Σιδέρη, 2018).

Τέλος, συγκριτική μελέτη σε 213 έφηβους με σωματική, οπτική και ακουστική αναπηρία πραγματοποίησαν και οι Canha et al. (2016), στην οποία ανέφεραν ότι τα άτομα με αναπηρία με καλύτερη αυτοαξιολόγηση υγείας ήταν πιο ευτυχισμένα και πιο ικανοποιημένα με τη ζωή τους. Μάλιστα, τα άτομα με αναπηρίες εμφάνισαν περισσότερα συμπτώματα και χαμηλότερη αντίληψη για την υγεία από τους συνομηλίκους τους χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση (Canha et al., 2016). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από μελέτη που πραγματοποίησαν οι Abubakar et al. (2013), σε εφήβους με σωματική και οπτική αναπηρία.

Γίνεται κατανοητό πως η διερεύνηση του ψυχολογικού ευ ζην των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση είναι ιδιαίτερος σημαντική. Κατανοώντας τις ελλείψεις που παρουσιάζουν τα άτομα αυτά στη σωματική και ψυχολογική ευημερία, μπορούμε μετέπειτα να προχωρήσουμε στη διαμόρφωση κατάλληλων προγραμμάτων παρέμβασης για τη βελτίωση της ευημερίας και της γενικότερης ζωής τους. Επομένως, η σύνδεση του ψυχολογικού ευ ζην με την αναπηρία αποτελεί μια παράμετρο εξαιρετικής σημασίας, και κρίνεται απαραίτητη η μέτρηση της ευημερίας με ψυχομετρικούς όρους (Joseph & Wood, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΥΤΟΣΥΜΠΟΝΙΑ

3.1 Εννοιολογική οριοθέτηση

Ψυχολόγοι έχουν προσπαθήσει να εισάγουν έννοιες, οι οποίες περιγράφουν την υγιή συμπεριφορά ενός ατόμου προς τον εαυτό του, καθώς μία τέτοια συμπεριφορά προστατεύει τους ανθρώπους από αρνητικές συνέπειες αυτοκριτικής, απομόνωσης και καταθλιπτικής διάθεσης (Di Fabio & Saklofske, 2020). Ένας εξ αυτών είναι ο όρος της «αυτοσυμπόνιας» (self-compassion), που έχει ρίζες στη βουδιστική φιλοσοφία και έχει εμφανιστεί πρόσφατα στη δυτική ψυχολογία (Baer, Lykins & Peters, 2012).

Κατά τη βουδιστική παράδοση, η συμπόνια μελετάται ταυτοχρόνως ως προς τον εαυτό και ως προς τους άλλους, καθώς η έννοια της αυτοσυμπόνιας δε διαχωρίζεται από το γενικό όρο (Neff et al., 2018 · Bluth & Neff, 2018 · Reizer, 2019). Αναλυτικότερα, η συμπόνια αποτελεί μια έννοια με την οποία οι άνθρωποι φαίνεται να είναι περισσότερο εξοικειωμένοι και περιλαμβάνει την ευαισθησία και την κατανόηση σε εμπειρίες που σχετίζονται με πόνο, σε συνδυασμό με επιθυμία ανακούφισης αυτής της ταλαιπωρίας. Τα άτομα που χαρακτηρίζονται από συμπόνια τείνουν να επιλέγουν μία μη επικριτική στάση προς το άτομο που υποφέρει (Di Fabio & Saklofske, 2020).

Η αυτοσυμπόνια αποτελεί μία νέα μεν καίρια δε εννοιολογική κατασκευή της επιστήμης της Θετικής Ψυχολογίας, με πλήθος ερευνών να αναδεικνύουν τις θετικές της επιδράσεις στην ευημερία των ατόμων (Karakasidou & Stalikas, 2017). Η διερεύνησή της ως ξεχωριστή έννοια, ξεκίνησε από τη Neff (2003a), η οποία αναφέρθηκε σε μια στάση καλοσύνης και αποδοχής του εαυτού σε στιγμές πόνου και αποτυχίας, (Neff, 2003b). Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τη Neff, τα άτομα υιοθετώντας μια μη επικριτική στάση στην αποτυχία και ανεπάρκεια και αντιλαμβανόμενα τις εμπειρίες τους ως μέρος της ανθρώπινης φύσης, βλέπουν πιο θετικά τον εαυτό τους (Montero-Marín et al., 2020). Όπως ακριβώς το άτομο είναι ικανό να αισθανθεί συμπόνια για τον πόνο των άλλων, με τον ίδιο τρόπο, είναι εφικτό να αισθανθεί και προς τον ίδιο του τον εαυτό σε περιστάσεις πόνου, ανεξαρτήτως προέλευσης. Συγκεκριμένα, ο πόνος μπορεί να προκύψει είτε από εξωτερικές περιστάσεις είτε από λάθη και προσωπικές ανεπάρκειες (Neff, 2009).

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί πως η αυτοσυμπόνια δεν αποτελεί ένα χαρακτηριστικό προσωπικότητας με το οποίο γεννιέται κάποιος, αλλά μία στάση ζωής στην οποία μπορεί να εκπαιδευτεί. Η ανάπτυξη της αυτοσυμπόνιας μάλιστα προϋποθέτει την καλλιέργεια τριών βασικών θετικών χαρακτηριστικών που περιλαμβάνει (Karakasidou & Stalikas, 2017).

3.2 Χαρακτηριστικά Αυτοσυμπόνιας

Σύμφωνα με τη Neff (2003a), η αυτοσυμπόνια ως έννοια αποτελείται από τρία βασικά χαρακτηριστικά (Latifi, Soltani & Mousavi, 2020 · Zhu et al., 2019):

- ✓ την καλοσύνη και κατανόηση προς τον εαυτό (self-kindness)

✓ τη θεώρηση των αρνητικών εμπειριών ως μέρος της ανθρώπινης φύσης (common humanity)

✓ την ενσυνειδητότητα (mindfulness), την αποδοχή και διατήρηση των οδυνηρών σκέψεων και συναισθημάτων σε μια ισορροπία

Το πρώτο στοιχείο της καλοσύνης προς τον εαυτό αφορά μία στάση αυτοκατανόησης και αυτοδεκτικότητας, όταν το άτομο βιώνει αποτυχία, ανεπάρκεια ή καταστάσεις που δυσκολεύεται (Neff, 2003a · Finlay-Jones et al., 2020). Ειδικότερα, αυτοκαλοσύνη σημαίνει κατανόηση και αποδοχή του ότι κάποιος δεν είναι τέλειος και ότι μπορεί να στραφεί προς τον εαυτό του για να του προσφέρει συμπαράσταση σε μία δύσκολη κατάσταση (Neff & Vonk, 2009 · Neff, 2011). Έρευνες έχουν δείξει πως η υιοθέτηση μίας στάσης αποδοχής προς τις ατέλειες οδηγεί σε μείωση της επίδρασης των αρνητικών συναισθημάτων. Η στάση αυτή υιοθετείται από το άτομο απέναντι σε όλες τις πλευρές του εαυτού του, στις συμπεριφορές, στα συναισθήματα και στις σκέψεις του (Neff, 2011).

Η θεώρηση των αρνητικών πλευρών ως μέρος της ανθρώπινης εμπειρίας περιλαμβάνει την αποδοχή της πεποίθησης πως το άτομο αποτελεί μέρος του ανθρώπινου συνόλου. Στο πλαίσιο της κοινής ανθρωπότητας όλα τα μέλη μοιράζονται τις ανεπάρκειες του ανθρώπινου είδους (Neff, 2003b · Neff & Vonk, 2009 · Neff, 2011), αποτυγχάνουν, κάνουν λάθη και εμπλέκονται σε μη υγιείς συμπεριφορές (Edward et al., 2019 · Lutz et al., 2020).

Τέλος, το τρίτο στοιχείο αναφέρεται στην ενσυνειδητότητα, η οποία περιλαμβάνει την επικέντρωση της προσοχής, την επίγνωση και την αποδοχή, κυρίως των αρνητικών επώδυνων σκέψεων και συναισθημάτων που βιώνει κάποιος στο παρόν (Shapiro et al., 2007 · Herriot & Wrosch, 2021). Με τον τρόπο αυτό το άτομο είναι σε θέση να παρατηρήσει και να επεξεργαστεί τα επώδυνα συναισθήματα και σκέψεις χωρίς να τα αρνηθεί ή να τα αποφύγει, δια μέσου υπερβατικής απόστασης και προοπτικής (Neff, 2003a · Neff & Vonk, 2009 · Neff, 2011) και χωρίς να ασκεί κριτική σε αυτά (Kabat-Zinn, 2003).

Αξιοσημείωτο είναι ότι, ενώ οι τρεις πτυχές της αυτοσυμπόνιας είναι ξεχωριστές και βιώνονται με διαφορετικό τρόπο σε ένα φαινομενολογικό επίπεδο, ωστόσο αλληλοεπιδρούν και αλληλοενισχύονται αμοιβαία (Di Fabio & Saklofske, 2020). Συγκεκριμένα, η διατήρηση των αρνητικών συναισθημάτων σε μια ισορροπία μειώνει την αυτοκριτική και ενισχύει την κατανόηση. Από την άλλη, η ευγένεια προς τον εαυτό φαίνεται να αυξάνει τα επίπεδα ενσυνειδητότητας και αυτο-αποδοχής (Neff, 2003a · Reizer, 2019).

3.3 Βασικά δίπολα στοιχεία Αυτοσυμπόνιας

Το κάθε συστατικό της αυτοσυμπόνιας απαρτίζεται από δύο μέρη, την παρουσία ενός χαρακτηριστικού και την απουσία ενός άλλου (Neff, 2003a · Baer et al., 2012). Αναλυτικότερα, η αυτοσυμπόνια περιλαμβάνει τρία βασικά δίπολα στοιχεία που συνολικά, αλληλένδετα και αδιαίρετα τη σχηματίζουν (Barnard & Curry, 2011 · Emmerich et al., 2020), χωρίς οι έννοιες αυτές να είναι αμοιβαία αποκλειόμενες (Herriot & Wrosch, 2021):

i. η στάση καλοσύνης και κατανόησης προς τον εαυτό έναντι μίας επικριτικής στάσης (Self-kindness vs Self-judgment)

ii. το κοινό της ανθρώπινης ύπαρξης έναντι της απομόνωσης (Common humanity vs Isolation)

iii. η ενσυνειδητότητα έναντι της υπερβολικής ταύτισης ή αποφυγής αρνητικών στοιχείων (Mindfulness vs Over-identification)

Η πρώτη διάσταση αφορά το δίπολο της ευγένειας προς τον εαυτό έναντι της επικριτικής στάσης (Boggiss et al., 2020). Η αυτοσυμπόνια αφορά την ευγένεια προς τον εαυτό με την έννοια της ζεστασιάς, της υπομονής, της αυτοσυγχώρεσης και της ενσυναίσθησης (Herriot & Wrosch, 2021). Μάλιστα, περιλαμβάνει την επιβεβαίωση πως ακόμα και μετά από αποτυχίες ο εαυτός αξίζει να τύχει αγάπης και να είναι ευτυχισμένος (Edwards et al., 2019). Σε αντίθεση, με την ευγένεια προς τον εαυτό, το άτομο ενδεχομένως να αναπτύσσει υπερβολική επίκριση, η οποία περιλαμβάνει την εχθρότητα και την αυστηρότητα προς τον εαυτό (Barnard & Curry, 2011 · Arambasic, Sherman & Elder, 2019). Η επικριτική στάση προς τον εαυτό προκαλεί αρνητικά συναισθήματα και επομένως δε δημιουργεί δυνατά κίνητρα για περαιτέρω εξέλιξη (Beaumont, Durkin, Martin & Carson, 2016), σε αντίθεση με την αυτοσυμπόνια που οδηγεί σε αλλαγή και προσωπική ανάπτυξη (Beaton, Sirois & Milne, 2020).

Ο δεύτερος άξονας αφορά την κοινή ανθρωπιά έναντι της απομόνωσης. Κατά τη βουδιστική παράδοση, όλοι οι άνθρωποι είναι συνδεδεμένοι μεταξύ τους και η εξατομικευμένη θεώρηση των ανθρώπων συνιστά μια υπαρξιακή πλάνη (Arambasic et al., 2019). Η ευρύτερη αυτή θεώρηση ενισχύει την αυτοσυγχώρεση, καθώς εξετάζοντας το άτομο τα στοιχεία του υπό το ευρύτερο πρίσμα των άλλων διαπιστώνει πως είναι φυσιολογικό να είναι ατελής (Barnard & Curry, 2011). Σε αντίθεση, το άτομο ενδεχομένως να οδηγείται σε απομόνωση (Beaton et al., 2020), ως απόρροια της τάσης πως οι αδυναμίες συνιστούν παθογένεια (Barnard & Curry, 2011).

Τέλος, η ενσυνειδητότητα σχετίζεται με την επίγνωση, την προσοχή, την αποδοχή και διατήρηση των οδυνηρών σκέψεων και συναισθημάτων σε μια ισορροπία χωρίς αποφυγή, αλλά ούτε υπερβολική ταύτιση (Shapiro et al., 2007 · Costa & Pinto-Gouveia, 2013). Ειδικότερα, η ενσυνειδητότητα συνδέεται με όλου του είδους τις εμπειρίες της παρούσας στιγμής (Neff & Vonk, 2009) και αναφέρεται στην παρατήρηση των συναισθημάτων, παρά την αντίδραση προς αυτά, την κατηγοριοποίηση τους και την ονοματοδοσία τους (Davey et al., 2020 · Barnard & Curry, 2011). Ωστόσο, έρχεται σε αντιπαράθεση με τη βιωματική αποφυγή των οδυνηρών σκέψεων, αλλά και με την υπερβολική ταύτιση, η οποία οδηγεί σε μεγέθυνση των αρνητικών εμπειριών με αποτέλεσμα οι άνθρωποι να δυσκολεύονται στη διαχείριση της απογοήτευσής τους. Ο υπερεντοπισμός περιλαμβάνει το μηρυκασμό για τυχόν ατέλειες του εαυτού και αδυναμίες, καθώς το άτομο υπερεπικεντρώνεται σε αυτές τις πτυχές του εαυτού του, ενώ η αποφυγή περιλαμβάνει την αποφυγή των επίπονων εμπειριών, σκέψεων και συναισθημάτων, οδηγώντας έτσι σε καταστολή των συναισθημάτων και των σχετικών εμπειριών (Barnard & Curry, 2011 · Davey et al., 2020).

3.4 Εννοιολογικές διασαφηνίσεις

Η έννοια της αυτοσυμπόνιας αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα για τους ερευνητές, καθώς έχουν επικρατήσει μύθοι και ανακρίβειες γύρω από τον ορισμό και τις επιδράσεις της (Boggiss et al., 2020). Θα ήταν θεμιτό προκειμένου να είναι ξεκάθαρος ο ορισμός της να γίνει ένας διαχωρισμός από άλλες έννοιες με τις οποίες θα μπορούσε να σχετιστεί (Campos et al., 2016).

3.4.1 Διαφορές μεταξύ Αυτοσυμπόνιας και Αυτοεκτίμησης

Η αυτοσυμπόνια και η αυτοεκτίμηση είναι δύο έννοιες που συγχέονται συχνά (Neff, 2003b). Ειδικότερα, η αυτοεκτίμηση περιλαμβάνει την κριτική προς τον εαυτό και συγκρίσεις σε σχέση με τους άλλους. Από την άλλη πλευρά, η αυτοσυμπόνια είναι πιο εύκολο να καλλιεργηθεί, καθώς δε βασίζεται σε μη ρεαλιστικές εικόνες για τον εαυτό και σύγκριση (Boggiss et al., 2020).

Μάλιστα, η αυτοσυμπόνια μπορεί να είναι βοηθητική ακόμα και όταν η αυτοεκτίμηση είναι χαμηλή ή υψηλή, προστατεύοντας από τους αμυντικούς μηχανισμούς της, όπως είναι ο ναρκισσισμός (Emmerich et al., 2020). Συγκεκριμένα, ο ναρκισσισμός αποτελεί ένα από τα πιθανά προβλήματα της υψηλής αυτοεκτίμησης (Carvalho et al., 2018). Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, η αυτοεκτίμηση παρουσιάζει σημαντική θετική συσχέτιση με τον ναρκισσισμό, ενώ η συσχέτιση μεταξύ αυτοσυμπόνιας και ναρκισσισμού είναι σχεδόν μηδενική (Emmerich et al., 2020). Αυτό ενδεχομένως αναδεικνύει ότι τα άτομα που δείχνουν συμπόνια προς τον εαυτό τους δε χρειάζεται να διογκώνουν το «εγώ» τους, καθώς είναι συμφιλωμένοι με τις αδυναμίες τους και τα δυνατά τους στοιχεία (Zhang & Wang, 2019 · Neff, 2003a).

Γενικότερα, η αυτοσυμπόνια σχετίζεται με την ευεξία, καθώς βοηθάει τους ανθρώπους να αισθάνονται ασφαλείς, ενώ η αυτοεκτίμηση σχετίζεται με την ικανοποίηση από τη ζωή εν μέρει βοηθώντας τους ανθρώπους να αισθάνονται ανώτεροι (Wilson, Weiss & Shook, 2020). Έτσι, η αυτοσυμπόνια είναι προτιμότερο να αποτελεί μέτρο μέτρησης της υγιούς συμπεριφοράς του ατόμου προς τον εαυτό, συγκριτικά με την αυτοεκτίμηση, καθώς προσφέρει τα περισσότερα οφέλη αυτής, χωρίς να περιλαμβάνει τις αρνητικές της επιπτώσεις (Neff, 2009 · Zhu et al., 2019).

3.4.2 Διαφορές μεταξύ Αυτοσυμπόνιας και Αυτολύπησης

Η αυτοσυμπόνια διαφέρει από την αυτολύπηση. Αναλυτικότερα, όταν κάποιος αισθάνεται λύπηση αυτομάτως αποσυνδέεται και διαχωρίζει τον εαυτό του από την πιθανότητα να ήταν ή να βρεθεί εκείνος στην ίδια κατάσταση (Davey et al., 2020). Ενώ, όταν κάποιος αισθάνεται λύπηση για τον εαυτό του, με κάποιο τρόπο απορροφάται από τα συναισθήματα και τις σκέψεις του με αποτέλεσμα να διογκώνονται, χωρίς να αντιλαμβάνεται ότι και άλλοι άνθρωποι είναι δυνατόν να βιώνουν παρόμοια προβλήματα (López, Sanderman, Ranchor & Schroevers, 2017 · Boggiss et al., 2020). Επομένως, η βίωση λύπησης είτε για

τους άλλους είτε για τον εαυτό ακυρώνει τον παράγοντα της κοινής ανθρώπινης εμπειρίας (Zhang & Wang, 2019).

Από την άλλη πλευρά, η αυτοσυμπόνια επιτρέπει στο άτομο να δει τις εμπειρίες, είτε θετικές είτε αρνητικές, εν δυνάμει κοινές για όλους τους ανθρώπους, μειώνοντας το αίσθημα απομόνωσης και αποσύνδεσης από τους υπόλοιπους (Barnard & Curry, 2011 · Neff; 2003a). Η αυτοσυμπόνια διαφέρει από την αυτολύπηση, καθώς συνδέονται με διαφορετικά συναισθηματικά και φυσιολογικά συστήματα, και ως εκ τούτου δεν μπορεί να μετρηθούν ως ένα (Arambasic et al., 2019). Ενώ, φαίνεται η αυτολύπηση ως έννοια να μοιράζεται μόνο το στοιχείο της καλοσύνης προς τον εαυτό με την αυτοσυμπόνια (Friis, Johnson, Cutfield & Consedine, 2015).

3.4.3 Διαφορές μεταξύ Αυτοσυμπόνιας και Εφησυχασμού/Παθητικότητας

Τέλος, είναι σημαντικό να γίνει διαχωρισμός της αυτοσυμπόνιας από τον εφησυχασμό και την παθητικότητα. Όταν κάποιος είναι αυτοσυμπονετικός αναγνωρίζει τις αποτυχίες ή τα λάθη του, χωρίς να είναι αμυντικός και επικριτικός προς τον εαυτό του (Neff, 2003b), ερμηνεύοντάς τα ως κοινή εμπειρία όλων των ανθρώπων (Beaton et al., 2020).

Μάλιστα, η αυτοσυμπόνια αφορά την ισορροπία, την ηρεμία και όχι την αδιαφορία και παραίτηση (Barnard & Curry, 2011). Αντιθέτως, η έλλειψη αυτοσυμπόνιας μπορεί να οδηγήσει σε αδιαφορία και παθητική συμπεριφορά (Finlay-Jones et al., 2020). Όταν κάποιος συμπεριφέρεται επικριτικά προς τον εαυτό του, πιστεύοντας πως θα βελτιωθεί, ενεργοποιεί τους μηχανισμούς άμυνας του «εγώ», καθώς απειλείται η αυτοπεποίθησή του και με αυτό τον τρόπο οι αδυναμίες του παραμένουν έξω από την συνείδησή του (Neff, 2003b). Έτσι, χωρίς τη συνειδητοποίηση των αδυναμιών είναι πολύ δύσκολο αυτές να αλλάξουν και το άτομο να εξελιχθεί (Friis et al., 2015 · Sirois, Kitner & Hirsch, 2015 · Sirois et al., 2015).

3.5 Επίδραση Αυτοσυμπόνιας στο Ψυχολογικό ευ ζην

Ένα από τα πιο συχνά ευρήματα στη βιβλιογραφία, είναι η αρνητική σχέση της αυτοσυμπόνιας με τη ψυχοπαθολογία. Αναλυτικότερα, υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης (Germer & Neff, 2013 · MacBeth & Gumley 2012), ντροπής, υπερανάλυσης (Homan & Sirois, 2017), φόβου αποτυχίας, πίεσης και επαγγελματικής εξουθένωσης (Beaumont et al., 2016).

Ενώ από την άλλη πλευρά, η συμπόνια και η αυτοσυμπόνια είναι μεταξύ των πολλών παραγόντων που συνδέονται με τη ψυχολογική υγεία και προωθούν την ατομική ψυχολογική ευημερία (Di Fabio & Saklofske, 2020). Μέχρι σήμερα, η πλειονότητα των ερευνών έχει δείξει ότι άτομα με υψηλότερη αυτοσυμπόνια παρουσιάζουν λιγότερα αρνητικά συναισθήματα και υψηλότερα επίπεδα σωματικής και ψυχολογικής ευεξίας (Di Fabio & Saklofske, 2020 · Bluth & Neff, 2018 · Reizer, 2019 · López et al., 2017 · Neff, 2003a · Neff, 2009 · Homan & Sirois, 2017). Γενικότερα, υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας σχετίζονται με περισσότερη ικανοποίηση από τη ζωή, ευτυχία (Campos et al., 2016 · Germer & Neff,

2013), υγιείς κοινωνικές επαφές (Neff & McGehee, 2010), αισιοδοξία, καλύτερη διάθεση (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007), δημιουργικότητα, ελπίδα και ανθεκτικότητα (Neff & McGehee, 2010).

Μέσω μετα-ανάλυσης που πραγματοποίησαν οι Zessin, Dickhäuser & Garbade (2015), η αυτοσυμπόνια συσχετίστηκε θετικά με την υποκειμενική ευημερία, την ικανοποίηση από τη ζωή και κυρίως τη ψυχολογική ευημερία, με την ηλικία των συμμετεχόντων και το φύλο να επηρεάζει οριακά αυτή τη σχέση. Η αύξηση της σχέσης αυτοσυμπόνιας και ψυχολογικής ευεξίας ανάλογα με την ηλικία, θα μπορούσε να αποδοθεί στις μετρήσεις των παραγόντων που συνθέτουν τη ψυχολογική ευεξία, καθώς η κυριαρχία στο περιβάλλον και οι θετικές σχέσεις με άλλους, αυξάνονται κατά τη διάρκεια της ζωής (Springer, Pudrovska, & Hauser, 2011). Μάλιστα, τα ευρήματα αυτής της μετα-ανάλυσης επιβεβαιώνονται και από άλλες μελέτες (MacBeth & Gumley, 2012 · Yarnell et al., 2015 · López et al., 2017). Με τον Homan (2016) και τους Azad, Shariat, Farhadi & Shahidi (2018), να αναφέρουν στις έρευνές τους πως η αυτοσυμπόνια σχετίζεται θετικά και μοναδικά με τη ψυχολογική ευεξία και αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της συνολικής ψυχολογικής ευημερίας, καθώς και των έξι παραγόντων που τη συνθέτουν, με τη μικρότερη τιμή να την εμφανίζει η αυτονομία και τη μεγαλύτερη η αυτο-αποδοχή. Σε παρόμοιο εύρημα κατέληξαν και οι Breines & Chen (2012), οι Runyan et al. (2018) και Di Fabio & Saklafske (2020), καθώς παρατηρήθηκε ότι η αυτοσυμπόνια αυξάνει την επιθυμία των ανθρώπων για προσωπική ανάπτυξη, περιβαλλοντική κυριαρχία και ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων.

3.6 Βιβλιογραφική ανασκόπηση: Αυτοσυμπόνια ατόμων με Αναπηρία ή Χρόνια Πάθηση

Η αυτοσυμπόνια αποτελεί μία έννοια, που τα τελευταία χρόνια μελετάται όλο και συχνότερα στο πλαίσιο των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση (Maunder & Levenstein, 2008 · Sirois et al., 2015), καθώς οδηγεί σε αυτορρύθμιση και αυτοδιαχείριση της κατάστασής τους (Neff et al., 2007 · Friis et al., 2015). Υπό το πρίσμα αυτών, πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών που εξέταζαν την αυτοσυμπόνια σε δείγμα ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Αρχικά, αναζητήθηκαν έρευνες που αναφέρονταν στους παράγοντες που συμβάλλουν στη διαφοροποίηση των επιπέδων αυτοσυμπόνιας. Εν συνεχεία, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση ερευνών που εξέταζαν την επίδραση της αυτοσυμπόνιας στο ψυχολογικό ευ ζην.

3.6.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την Αυτοσυμπόνια των ατόμων με Αναπηρία ή Χρόνια Πάθηση

Πληθώρα μελετών που διερευνά την αυτοσυμπόνια των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση δεν έχει καταλήξει σε σαφή συμπεράσματα αναφορικά με τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι τα άτομα με αναπηρία ή χρόνια

πάθηση αποτελούν μια ετερογενή ομάδα, η οποία παρουσιάζει ποικίλα χαρακτηριστικά (Herriot & Wrosch, 2021 · Sirois, Kitner & Hirsch, 2015 · Sirois et al., 2015 · Carvalho et al., 2018). Παρακάτω πραγματοποιείται μια αναφορά σε έρευνες, οι οποίες διερεύνησαν, μεταξύ άλλων, τους παράγοντες που επηρεάζουν την αυτοσυμπόνια των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση.

3.6.1.1 Διαφοροποιήσεις στα επίπεδα Αυτοσυμπόνιας ανάλογα με το φύλο

Αρκετές έρευνες έχουν αναζητήσει διαφορές στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας των ατόμων ανάλογα με το φύλο (Neff & McGehee, 2010 · Yarnell et. al., 2015 · Neff & Pommier, 2013 · Lopez et. al., 2017 · Ferrari, Dal Cin & Steele, 2017 · Karakasidou, Raftopoulou & Stalikas, 2020 · MacBeth & Gumley, 2012 · Sirois et al., 2015 · Lathren et al., 2018 · Stuntzner, 2014 · López et al., 2017 · Γιακουμάκη, 2018 · Τσιβλικάκη, 2020).

Αρχικά, σύμφωνα με έρευνες των Yarnell et al. (2015), Lopez et. al. (2017) και Neff & McGehee (2010), οι άνδρες υπερέχουν, καθώς εκδηλώνουν περισσότερη προσοχή, φροντίδα και κατανόηση προς τον εαυτό του, ενώ οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλές βαθμολογίες στους αρνητικούς παράγοντες της αυτοσυμπόνιας, σε συνδυασμό με χαμηλά επίπεδα ενσυνειδητότητας. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από μελέτη των Ferrari et al. (2017) σε ενήλικους με σακχαρώδη διαβήτη. Ωστόσο σε αντίθεση έρχονται τα ευρήματα των Karakasidou et. al. (2020), MacBeth & Gumley (2012), Sirois et al. (2015), Lathren et al. (2018) και Stuntzner (2014), οι οποίοι επισημαίνουν στις έρευνές τους πως οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας συγκριτικά με τους άνδρες. Αναλυτικότερα, οι Sirois et al. (2015), σε μελέτη που πραγματοποίησαν σε άτομα με ρευματοειδείς παθήσεις και παθήσεις του εντέρου, καθώς και οι Lathren et al. (2018) σε γυναίκες με καρκίνο επισήμαναν πως υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας είναι ιδιαίτερος ευεργετικός για το γυναικείο φύλο, καθώς σχετίζονται με υψηλά επίπεδα αυτοκαλοσύνης. Παράλληλα, στο πλαίσιο εξέτασης της επίδραση της αυτοσυμπόνιας στη σεξουαλικότητα των γυναικών με αναπηρία, επισημάνθηκε πως το μοντέλο με υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί από γυναίκες με αναπηρία (Stuntzner, 2014). Τέλος, σε αντίθεση έρχεται η έρευνα των Neff & Pommier (2013), σύμφωνα με τους οποίους τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας δε διαφοροποιούνται μεταξύ των δύο φύλων, καθώς γυναίκες και άνδρες δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

3.6.1.2 Διαφοροποιήσεις στα επίπεδα Αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την ηλικία

Συνεχίζοντας, έρευνες που περιλαμβάνουν πλήρες φάσμα ενηλικίωσης έχουν βρει σημαντική συσχέτιση μεταξύ αυτοσυμπόνιας και ηλικίας (Herriot & Wrosch, 2021), υποδηλώνοντας ότι τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας αυξάνονται, καθώς η ηλικία αυξάνεται (Neff, 2009 · Przedziecki et al., 2013 · Homan, 2016 · Neff & Vonk, 2009 · Karakasidou et al., 2020 · Herriot & Wrosch, 2021 · Neff et. al., 2007).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, τα άτομα νεαρότερης ηλικίας, προκύπτει πως διακατέχονται από αίσθημα εγωκεντρισμού, έλλειψη εμπειρίας, υψηλότερα επίπεδα αυτοκριτικής και χαμηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας (Homan, 2016 · Neff & Pommier, 2013). Σε έρευνα των Finlay-Jones et al. (2020), σε άτομα με χρόνια πάθηση, ηλικίας 16 έως 25 ετών προέκυψε πως οι έφηβοι σε σχέση με τους νεαρούς ενήλικες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μειωμένης αυτοσυμπόνιας, καθώς με το πέρασμα των χρόνων η αυτοσυμπόνια αυξάνεται. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από πλήθος άλλων μελετών (Friis et al., 2015 · Sirois, Kitner & Hirsch, 2015).

Εν συνεχεία, έρευνες έχουν καταλήξει και σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες, που παρουσιάζουν υψηλή αυτοσυμπόνια. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τους Sirois et al. (2015) η αυτοσυμπόνια φαίνεται να επιδρά καλύτερα στη ψυχική υγεία των ενηλίκων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση που βρίσκονται στο ηλικιακό φάσμα 18 έως 25 ετών. Ενώ, από την άλλη πλευρά σε πληθώρα μελετών τα άτομα που βρίσκονταν στο ηλικιακό φάσμα, 50 ετών και άνω, επισημαίνεται ότι εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας, καθώς τα επίπεδα υπερβολικής ταύτισης μειώνονται, ενώ τα επίπεδα καλοσύνης προς τον εαυτό αυξάνονται (Yarnell et al., 2015 · Homan, 2016 · Wren et al., 2012 · Karakasidou et al., 2020). Συγκεκριμένα, οι Neff & Vonk (2009), ανέφεραν ότι η αυτοσυμπόνια δεν μπορεί να αυξηθεί έως ότου οι άνθρωποι φτάσουν στο στάδιο που περιλαμβάνει μια ενδοσκοπική αναθεώρηση, καθώς η συσσώρευση εμπειρίας ζωής σταδιακά οδηγεί σε μία πιο ευσπλαχνική προσέγγιση.

Τέλος, σε αντίθεση με τα παραπάνω σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε έφηβους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και διατροφικές διαταραχές προέκυψε ότι τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας δε διαφοροποιούνται ανάλογα με την ηλικία, καθώς ανεξαρτήτως αυτής τα άτομα με χρόνια πάθηση εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας (Boggiss et al., 2020).

3.6.1.3 Διαφοροποιήσεις στα επίπεδα Αυτοσυμπόνιας ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο

Αναφορικά με τη σχέση του μορφωτικού επιπέδου με την αυτοσυμπόνια υπάρχουν περιορισμένα ερευνητικά δεδομένα (Ferrari et al., 2017 · López et al., 2017 · Pinto-Gouveia et al., 2013 · Sirois et al., 2015 · Τσιβλικάκη, 2020 · Γιακουμάκη, 2018).

Ειδικότερα, σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Ferrari et al., (2017), σε ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη προέκυψε ότι όσοι κατείχαν πτυχίο πανεπιστημίου είχαν υψηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από αυτούς σε προπτυχιακό επίπεδο σπουδών, ενώ τα υψηλότερα επίπεδα εμφανίστηκαν στους συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό τίτλο. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν στην έρευνα τους και οι López et al. (2017), καθώς διαπίστωσαν πως άτομα με κατώτερο μορφωτικό επίπεδο κατείχαν χαμηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας. Μάλιστα, οι Pinto-Gouveia et al. (2013), σε συγκριτική έρευνα που διεξήγαγαν μεταξύ ατόμων με χρόνιες παθήσεις και χωρίς, επισήμαναν ότι το επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίστηκε αρνητικά με τα επίπεδα αυτοκριτικής και θετικά τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας. Εύρημα που παρατηρήθηκε και σε άλλες έρευνες σε άτομα με χρόνιες παθήσεις (Sirois et al., 2015 · Τσιβλικάκη, 2020). Βέβαια, κλείνοντας σε αντίθεση έρχονται τα ευρήματα της

Γιακουμάκη (2018), η οποία παρατήρησε πως το μορφωτικό επίπεδο δεν επηρεάζει τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας των γυναικών με καρκίνο του μαστού.

3.6.1.4 Διαφοροποιήσεις στα επίπεδα Αυτοσυμπόνιας ανάλογα με τη λήψη ψυχολογικής υποστήριξης

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έχει προκύψει ότι η λήψη ψυχολογικής υποστήριξης επηρεάζει τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, κυρίως όταν κατά τη διάρκεια αυτής εφαρμόζονται προγράμματα που έχουν ως βάση τεχνικές αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας (McKay & Walker, 2021 · Friis et al., 2015 · Sirois et al., 2015 · Muris & Petrocchi, 2017 · Zernicke et al., 2014 · Pinto-Gouveia et al., 2013 · Latifi et al., 2020 · Finlay-Jones et al., 2020 · Lathren et al., 2018).

Συγκεκριμένα, οι Muris & Petrocchi (2017), πραγματοποίησαν μία συστηματική ανασκόπηση στην οποία αναζήτησαν έρευνες σε άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Από την ανάλυση των μελετών, προέκυψε ότι η συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση σε ψυχολογικές παρεμβάσεις αυτοσυμπόνιας ή ενσυνειδητότητας, οδηγεί σε αυξημένα επίπεδα αυτοσυμπόνιας. Μάλιστα, σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε και σε έρευνες των Zernicke et al. (2014), Pinto-Gouveia et al. (2013) και Latifi et al. (2020), σε άτομα με διάφορες μορφές καρκίνου, των Finlay-Jones et al. (2020) σε άτομα με χρόνια πάθηση, των Friis et al. (2015) σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και των Sirois et al. (2015), σε άτομα με διάφορους τύπους ρευματοειδών παθήσεων και παθήσεων του εντέρου.

3.6.1.5 Διαφοροποιήσεις στα επίπεδα Αυτοσυμπόνιας ανάλογα με τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον

Περιορισμένος είναι ο αριθμός των ερευνών που έχουν διερευνήσει το πως επιδρά η σχέση με το συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση (Bayir & Lomas, 2016 · Neff et al., 2018 · Beaton et al., 2020).

Σύμφωνα με τους Bayir & Lomas (2016) και τους Beaton et al. (2020), υψηλά επίπεδα κριτικής από το συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον, μπορούν να οδηγήσουν σε υψηλά επίπεδα αυτοκριτικής για το άτομο με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, καθώς και χαμηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας. Αναλυτικότερα, κατά τους Gilbert & Procter (2006), τα άτομα που ζουν σε ασφαλή και υποστηρικτικά περιβάλλοντα, μπορούν να σχετίζονται οι ίδιοι με φροντίδα και συμπονετικό τρόπο με τον εαυτό τους, ενώ εκείνοι που ανατρέφονται σε ανασφαλή, αγχωτικά ή απειλητικά περιβάλλοντα είναι πιο επικριτικοί. Παρόμοιο είναι και το εύρημα εμπειρικής μελέτης, στην οποία έχει προκύψει ότι τα παιδιά και οι νεαροί ενήλικες που αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα κριτικής και λιγότερη υποστήριξη από τους γονείς, δείχνουν λιγότερη συμπόνια απέναντι στον εαυτό τους, από εκείνους που αναφέρουν τους γονείς τους ως ζεστούς και υποστηρικτικούς (Neff et al., 2018).

3.6.1.6 Διαφοροποιήσεις στα επίπεδα Αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την κοινωνική υποστήριξη

Τέλος, περιορισμένα ερευνητικά δεδομένα υπάρχουν και γύρω από την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση (Wilson et al., 2020 · Neely, Schallert, Mohammed, Roberts & Chen, 2009 · Stallman, Ohan & Chiera, 2018).

Ειδικότερα, οι Wilson et al. (2020) σε έρευνα που πραγματοποίησαν κατέληξαν πως η κοινωνική υποστήριξη που δέχονται τα άτομα σχετίζεται θετικά με τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας, καθώς υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης οδηγούν σε υψηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας. Η κοινωνική στήριξη φαίνεται να σχετίζεται με μεγαλύτερη αυτοκαλοσύνη, με την αυτοκαλοσύνη να μεσολαβεί στη σχέση μεταξύ μεγαλύτερης λαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και λιγότερης ψυχολογικής δυσφορία (Stallman et al., 2018). Ενώ τέλος, μέσω της μελέτης τους οι Neely et al. (2009), κατέληξαν πως η αυτοσυμπόνια αποτελεί και ισχυρότερη πρόβλεψη της ευημερίας, σε σχέση με την κοινωνική υποστήριξη, με την κοινωνική υποστήριξη να παραμένει ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας.

3.6.2 Επίδραση της Αυτοσυμπόνιας στο Ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με Αναπηρία ή Χρόνια Πάθηση

Τα τελευταία χρόνια, η έρευνα έχει εστιάσει στην επίδραση της Θετικής Ψυχολογίας στην προσαρμογή των ατόμων με αναπηρία (Van Dam, Sheppard, Forsyth & Earleywine, 2011 · Barnard & Curry, 2011). Πλήθος μελετών διερευνά τη σχέση αυτοσυμπόνιας και ψυχολογικής ευεξίας, καθώς η αυτοσυμπόνια θεωρείται ως «αντίδοτο» της αυτοκριτικής που ασκούν τα άτομα με αναπηρία στις ελλείψεις και αδυναμίες τους (Luoma & Platt, 2015 · Neff, 2003b · Neff et al., 2018 · Sirois et al., 2015 · Wren et al., 2012).

Αναλυτικότερα, τα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, όπως φαίνεται και από έρευνα των Zhang & Wang (2019) σε 112 φοιτητές με αναπηρία, παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας, ως απόρροια της θυματοποίησης και της μειωμένης κοινωνικοποίησης που βιώνουν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα διαρκώς να υιοθετούνται προγράμματα παρέμβασης με στόχο την ενίσχυση της αυτοσυμπόνιας και κατ' επέκταση της ευημερίας τόσο σε άτομα με αναπηρία (Hayter & Dorstyn, 2013), όσο και σε άτομα με διάφορες χρόνιες παθήσεις (Sirois et al., 2015 · Herriot & Wrosch, 2021 · Finlay-Jones et al., 2020 · Muris & Petrocchi, 2017). Παρακάτω πραγματοποιείται μία ανασκόπηση ερευνών που έχουν εξετάσει τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας των ατόμων με αναπηρία, καθώς και την επίδραση αυτής στο ψυχολογικό ευ ζην.

Πλήθος ερευνών έχει επισημάνει την ωφέλεια της αυτοσυμπόνιας στα άτομα με χρόνιο πόνο. Ειδικότερα, μέσω έρευνας των Wren et al. (2012) σε 88 παχύσαρκους με έντονο μυοσκελετικό πόνο και των Davey et al., (2020), σε 420 άτομα με χρόνιο πόνο, η αυτοσυμπόνια φάνηκε να αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα αυτο-αποδοχής, προσωπικής

ανάπτυξης και υγείων διαπροσωπικών σχέσεων. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από πλήθος άλλων μελετών σε άτομα με χρόνια πόνος (Montero-Marín et al., 2020 · Costa & Pinto-Gouveia, 2010 · Costa & Pinto-Gouveia, 2013), στις οποίες γίνεται λόγος για τον καθοριστικό ρόλο της κοινής ανθρωπιάς, παράγοντα της αυτοσυμπόνιας στη ψυχική υγεία. Από την άλλη πλευρά, σε έρευνες των Pinto-Gouveia et al. (2013) και Edwards et al. (2019), επισημάνθηκε και ο αρνητικός αντίκτυπος χαμηλών επιπέδων αυτοσυμπόνιας, καθώς μειωμένη αυτοσυμπόνια αποτέλεσε προβλεπτικό παράγοντα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και χαμηλής ποιότητας ζωής.

Συνεχίζοντας, μεταξύ των διαφόρων χρόνιων παθήσεων, η σχέση αυτοσυμπόνιας και ευεξίας έχει εξεταστεί και σε άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας. Οι Nery-Hurwit, Yun & Ebbeck (2017), σε έρευνα τους σε 259 άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, κατέληξαν πως η αυτοσυμπόνια καθορίζει την ευημερία. Υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας σχετίστηκαν με υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής και ψυχικής υγείας, με την αυτοσυμπόνια να αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα ποιότητας ζωής, αυτο-αποδοχής, κυριαρχίας στο περιβάλλον και υγείων διαπροσωπικών σχέσεων για τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας (Nery-Hurwit et al., 2017).

Έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί και σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Οι Friis et al. (2015), μέσω μελέτης τους επισήμαναν τη σχέση χαμηλών επιπέδων αυτοσυμπόνιας με τη ψυχολογική δυσφορία, καθώς και τον προβλεπτικό ρόλο υψηλών επιπέδων αυτοσυμπόνιας στη προσωπική ανάπτυξη, κυριαρχία στο περιβάλλον και αποδοχή του εαυτού. Σε παρόμοιο εύρημα κατέληξαν στην έρευνά τους σε έφηβους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I και διατροφικές διαταραχές και οι Boggiss et al. (2020), καθώς η αυτοσυμπόνια σχετίστηκε με χαμηλά επίπεδα αυτοκριτικής και συνέβαλε ώστε οι έφηβοι να γίνουν περισσότερο δεκτικοί και ευγενικοί προς τον εαυτό τους. Τέλος, σε έρευνα των Ferrari et al. (2017), σε 310 ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη, πέραν της θετικής συσχέτισης μεταξύ αυτοσυμπόνιας και ψυχολογικής ευημερίας, η αυτοσυμπόνια προέκυψε πως προέβλεπε και σημαντική αναλογία διακύμανσης για την ευημερία.

Επιπροσθέτως, έρευνες έχουν λάβει χώρα και σε άτομα με διάφορες μορφές καρκίνου, επισημαίνοντας σημαντικά οφέλη της αυτοσυμπόνιας (Pinto-Gouveia et al., 2013 · Zernicke et al., 2014 · Arambasic et al., 2019). Αναλυτικότερα, σε έρευνες των Zhu et al. (2019) και Krieger, Berger, Grosse & Holtforth (2016), σε άτομα με καρκίνο, οι αρνητικοί παράγοντες αυτοσυμπόνιας συσχετίστηκαν με άγχος, κατάθλιψη, κόπωση και ψυχολογική δυσφορία, ενώ οι θετικοί παράγοντες αποτέλεσαν προβλεπτικούς παράγοντες ευημερίας. Συγκεκριμένα, μέσω ερευνών υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας έχουν συσχετιστεί με υψηλά επίπεδα καλοσύνης προς τον εαυτό, αποδοχής του εαυτού και ανεπτυγμένες διαπροσωπικές σχέσεις (Lathren et al., 2018 · Boyle, Stanton, Ganz, Crespi & Bower, 2017), καθώς και μείωση της κοινωνικής απομόνωσης και ενίσχυση του αισθήματος του ανήκειν (Estrange, Timulak, Kinsella & Alton, 2016 · Latifi et al., 2020 · Przewdziecki et al., 2013).

Έρευνες έχουν εξετάσει την επίδραση των επιπέδων αυτοσυμπόνιας και σε άτομα με επιληψία (Clegg, Sirois & Reuber, 2019 · Baker, Caswell & Eccles, 2019 · Sirois et al., 2015 · MacBeth & Gumley, 2012 · Pino-Gouveia et al., 2013). Σε συγκριτική μελέτη οι Clegg et al. (2019), σε 74 άτομα με επιληψία, 46 με ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις και 89 με

καμία χρόνια πάθηση, εντόπισαν υψηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας στα άτομα χωρίς επιληψία σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες και αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ αυτοσυμπόνιας, άγχους και κατάθλιψης τόσο στα άτομα με επιληψία, όσο και στα άτομα χωρίς. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες (MacBeth & Gumley, 2012 · Pinto-Gouveia et al., 2013 · Sirois et al., 2015), καθώς η αυτοσυμπόνια έχει συσχετιστεί αρνητικά με το άγχος και την κατάθλιψη και θετικά με την ευημερία. Τέλος, αξίζει να επισημανθεί και το εύρημα των Baker et al., (2019), σε έρευνά σε 270 άτομα με επιληψία, καθώς εντόπισαν τον προβλεπτικό ρόλο της αυτοσυμπόνιας στον καθορισμό ψυχολογικών αποτελεσμάτων.

Αναφορικά με τα άτομα με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου τα ερευνητικά δεδομένα είναι περιορισμένα (Dowd & Jung, 2017 · Sirois et al., 2015). Οι Dowd & Jung (2017), πραγματοποίησαν μελέτη σε 200 άτομα με κοιλιοκάκη στην οποία η αυτοσυμπόνια προέκυψε πως προβλέπει βελτιωμένη ποιότητα ζωής, καθώς και υψηλά επίπεδα σε όλους τους παράγοντές της. Επιπροσθέτως, οι Sirois et al. (2015), εξετάζοντας δείγμα 155 ατόμων με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, διαπίστωσαν ότι υψηλότερη αυτοσυμπόνια συμβάλλει στην προσαρμογή, στη βίωση ευημερίας και σε καλύτερες στρατηγικές αντιμετώπισης στους ενήλικες που αντιμετωπίζουν φλεγμονώδη πάθηση του εντέρου.

Συνοψίζοντας, γίνεται κατανοητό πως η σχέση αυτοσυμπόνιας και ευημερίας έχει εξεταστεί στο πλαίσιο αναπηριών και χρόνιων παθήσεων. Ειδικότερα, υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, καθώς συμβάλλουν στην αποδοχή της κατάστασης τους και στη βίωση μίας ζωής με ποιότητα, τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Ενώ ο αριθμός των ερευνών στο πλαίσιο των οποίων η ψυχολογική ευεξία δε σχετίζεται σημαντικά με την αυτοσυμπόνια είναι αρκετά περιορισμένος (Emmerich et al., 2020 · López, Sanderman & Schroevers, 2016 · Muris & Petrocchi, 2017). Ωστόσο, κρίνεται απαραίτητο να εξεταστούν περαιτέρω τα οφέλη της αυτοσυμπόνιας σε διάφορες κατηγορίες αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης, ώστε να γίνεται η επιλογή του κατάλληλου προγράμματος παρέμβασης για την ενίσχυση της ευεξίας τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ

4.1 Εννοιολογική οριοθέτηση

Μία ακόμη σημαντική έννοια της Θετικής Ψυχολογίας, που έχει τις απαρχές της σε βουδιστικά διδάγματα, είναι η «ενσυνειδητότητα» (mindfulness) (Hollis-Walker & Colosimo, 2011). Σύμφωνα με τον ορισμό του Kabat-Zinn (1994), αναφέρεται στην επικέντρωση της προσοχής σε αυτό που συμβαίνει την παρούσα χρονική στιγμή με αποδοχή, χωρίς επίκριση και προσπάθεια αλλαγής του περιεχομένου, της μορφής και της συχνότητας (Raab, 2014 · Brown et al., 2007 · Kabat-Zinn, 2003 · Cassin & Rector, 2011).

Στο πλαίσιο των βουδιστικών διδαγμάτων οι πηγές του ανθρώπινου πόνου είναι η επικριτική σκέψη, η διάκριση των εμπειριών και η προσπάθεια προσέγγισης των καλών και αποφυγής των κακών. Με αποτέλεσμα αναπόφευκτα να βιώσει κανείς απογοήτευση, δυσφορία, ανησυχία, άγχος και κατάθλιψη (Mettler, Carsley, Joly, & Heath, 2017). Μέσω της ενσυνειδητότητας η προσέγγιση των σκέψεων και των συναισθημάτων με ειλικρίνεια, δεκτικότητα, ενδιαφέρον και αποδοχή, βοηθά στην αντίληψη των έντονων συναισθημάτων ως λιγότερο απειλητικών και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της αποφυγής ή καταπίεσης. Έτσι, δημιουργείται μία πιο συμπονετική στάση προς τον εαυτό, που μέσω εξάσκησης εξελίσσεται σε συνεχόμενη συμπονετική σχέση με τον εαυτό (Bluth & Blanton, 2014 · Wilson et al., 2020). Βέβαια, ο όρος αποδοχή δεν πρέπει να συγχέεται με την παθητική συμπεριφορά και την παραίτηση, καθώς η ενσυνειδητότητα αναφέρεται στη βίωση των εμπειριών στο έπακρο (Keng, Smoski & Robins, 2011), χωρίς προκαταλήψεις, κριτική και υπεκφυγές των εσωτερικών ή εξωτερικών γεγονότων και προσπάθεια απόδρασης από τα χαρακτηριστικά τους (Bear, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006).

Σύμφωνα με τη Θετική Ψυχολογία, η ενσυνειδητότητα συμβάλλει στη βελτίωση της ψυχικής και σωματικής υγείας, στην ανάπτυξη της προσωπικότητας και στην πραγματοποίηση των στόχων (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Επιπροσθέτως, ο Langer (2000), στα πλαίσια της Κοινωνικής Ψυχολογίας, παρουσιάζει την ενσυνειδητότητα ως μία ευέλικτη κατάσταση του νου, που δημιουργεί ένα είδος σύνδεσης και ευαισθησίας των ατόμων με παροντικά χαρακτηριστικά του κοινωνικού πλαισίου στο οποίο αλληλεπιδρούν.

Αξίζει να επισημανθεί η διάκριση της ενσυνειδητότητας από τους Shapiro & Carlson (2009), σε Ενσυνειδητότητα με κεφαλαίο «Ε» και σε ενσυνειδητότητα με πεζό «ε». Η πρώτη αναφέρεται στον θεμελιώδη τρόπο ζωής, που περιλαμβάνει τη βίωση κάθε εμπειρίας από το άτομο με όλο του το «είναι». Ενώ η δεύτερη περιλαμβάνει τυπικές πρακτικές διαλογισμού και οραματισμού και τους τρόπους κατάκτησης της Ενσυνειδητότητας.

4.2 Παράγοντες Ενσυνειδητότητας

Τα τρία χαρακτηριστικά που οδηγούν την ενσυνειδητότητα σε απόκτηση συγκεκριμένης ταυτότητας, είναι η σκοπιμότητα, η προσοχή και η στάση (Greeson &

Gabrielle, 2018). Θα πρέπει να αναφερθεί, πως πλήθος ερευνητών αναφερόμενοι στην ενσυνειδητότητα εστιάζουν σχεδόν αποκλειστικά στον παράγοντα προσοχή (Brown & Ryan, 2003).

Ειδικότερα, η προσοχή αναφέρεται στην άμεση και στιγμιαία γνώση του τι συμβαίνει σε παροντικό χρόνο και επιτυγχάνεται με την απόκτηση κινήτρων, στοχευμένου και συνειδητού προσανατολισμού, αλλά και συνεχούς αλλαγής της προσοχής. Η σκοπιμότητα περιλαμβάνει τη γνώση του γιατί εστιάζει κάποιος την προσοχή του σε συγκεκριμένα θέματα, αποτελώντας ένα είδος αυτορρυθμιζόμενης προσοχής (Dehghan et al., 2020). Τέλος, η στάση, σχετίζεται με τον τρόπο εστίασης της προσοχής περιλαμβάνοντας την υιοθέτηση μίας ανοιχτής, μη αντιδραστικής, αποδεκτικής και με περιέργεια συμπεριφοράς ως προς τα εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα (Bear et al., 2006).

Βέβαια, μελετητές υιοθετούν και το μοντέλο των Bishop et al. (2006), σύμφωνα με το οποίο η ενσυνειδητότητα αποτελείται από 2 παράγοντες, τον αυτοέλεγχο της προσοχής και την υιοθέτηση ενός συγκεκριμένου προσανατολισμού προς την εμπειρία που βιώνει κάποιος. Συγκεκριμένα, ο αυτοέλεγχος της προσοχής αναφέρεται στην παρατήρηση και επίγνωση των αισθήσεων, των σκέψεων και των συναισθημάτων κάποιου και στην ικανότητα αλλαγής της προσοχής από τη μία πτυχή της εμπειρίας στην άλλη (Ghabeesh, Kalaldah, Rayan, Rifai, & Halaiqa, 2019). Ενώ, ο προσανατολισμός προς την εμπειρία που βιώνει κάποιος αναφέρεται στην ευγενική περιέργεια, στη δεκτικότητα και αποδοχή προς την εμπειρία και όχι στην επικριτικότητα, αγνόηση ή υποτίμησή της, ακόμα κι όταν αυτή είναι αρνητική (Bishop et al., 2006).

Είτε ως χαρακτηριστικό είτε ως κατάσταση, η ενσυνειδητότητα αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα θετικών συναισθηματικών καταστάσεων και συμπεριφορών αυτοελέγχου (Keng et al., 2011). Μέσα από την ενίσχυση της ενσυνειδητότητας είναι δυνατό να αναγνωριστούν οι μη βοηθητικές επαναλαμβανόμενες σκέψεις και συμπεριφορές και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία νέων πιο λειτουργικών τρόπων ανταπόκρισης (Fortney, Luchterhand, Zakletskaia, Zgierska & Rakel, 2013).

4.3 Τρόποι ενίσχυσης και Μηχανισμοί της Ενσυνειδητότητας

Σημαντικό είναι να επισημανθεί ότι η ενσυνειδητότητα είναι μια δεξιότητα που μπορεί να μαθευτεί, με τις πρακτικές της να μην είναι στοχοκατευθυνόμενες, αλλά να δημιουργούν δευτερογενή οφέλη. Αναλυτικότερα, στις ασκήσεις ενσυνειδητότητας δεν υπάρχουν προσδοκίες για συγκεκριμένα αποτελέσματα, καθώς προκύπτουν σε δευτερογενή χρόνο (Brown & Ryan, 2003 · Bogosian et al., 2015 · Kollahkaj & Zargar, 2015 · Grossman et al., 2010).

Η ενσυνειδητότητα καλλιεργείται με διάφορες τεχνικές που περιλαμβάνουν ένα στοιχείο διαλογισμού. Στις τεχνικές αυτές συμπεριλαμβάνεται η ιδέα της ενσυνειδητότητας σε καθημερινή βάση, δηλαδή σε απλές καθημερινές δραστηριότητες. Μάλιστα, έμφαση δίνεται στο να παρατηρεί κανείς τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις αισθήσεις του, χωρίς να προσπαθεί να τα αλλάξει ή να τα δημιουργήσει και στην εξάλειψη διαίρεσης της

προσοχής σε παραπάνω από μία δραστηριότητες. Ενώ συνδέεται και με γνωστικές θεωρίες ως εργαλείο αποστασιοποίησης από παροντικές εμπειρίες και ανάπτυξης μεταγνωστικών δεξιοτήτων (Gu, Strauss, Bond & Cavanagh, 2015).

Από έρευνες προκύπτει πως οι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ενίσχυση της ενσυνειδητότητας έχουν θετικές επιπτώσεις στη ψυχική υγεία, καθώς ενισχύουν την αποδοχή των χαρακτηριστικών ενός αγχωτικού γεγονότος. Ειδικότερα, στο πλαίσιο ερευνών έχουν μελετηθεί μηχανισμοί που συμβάλλουν στη σχέση ενσυνειδητότητας και καλύτερης ψυχικής υγείας. Στους μηχανισμούς ενίσχυσης των θετικών αποτελεσμάτων συμπεριλαμβάνονται η ενσυνείδητη επίγνωση, η έκθεση, η αποδοχή, ο έλεγχος της προσοχής, η μνήμη, η διευκρίνιση των αξιών και ο συμπεριφοριστικός αυτοέλεγχος (Coffey, Hartman, Fredrickson, 2010 · Keng et al., 2011).

Η ενσυνείδητη επίγνωση αφορά την ικανότητα αποστασιοποίησης από σκέψεις και συναισθήματα σαν να είναι γνωστικά γεγονότα, αποτρέποντας τη βύθιση σε αρνητικές και επαναλαμβανόμενες σκέψεις που σχετίζονται με την κατάθλιψη (Keng et al., 2011). Η έκθεση και η αποδοχή, σχετίζονται με έναν πιο ανοιχτό και μη επικριτικό τρόπο προσέγγισης των εμπειριών, καθώς βιώνεται απευαισθητοποίηση σε δυσάρεστες αισθήσεις, σκέψεις και συναισθήματα που ειδάλλως μπορεί να αποφεύγονταν (Baer et al., 2012). Η αύξηση της οικειότητας και η μείωση αντιδραστικότητας στην εσωτερική εμπειρία βελτιώνουν την ικανότητα διαχείρισης των αρνητικών συναισθημάτων. Τέλος, μέσω της ενσυνειδητότητας καλλιεργείται η αποφυγή προσκόλλησης σε προσδοκίες που προκαλούν συναισθηματική ταλαιπωρία, καθώς αντιπροσωπεύουν στόχους με τη μορφή επιθυμητών εμπειριών ή αντικειμένων (Coffey et al., 2010).

4.4 Επίδραση Ενσυνειδητότητας στο Ψυχολογικό ευ ζην

Το ενδιαφέρον για τα οφέλη της ενσυνειδητότητας αυξάνεται διαρκώς με το πέρασμα των χρόνων, με την εκπαίδευση στις τεχνικές ενσυνειδητότητας να ενσωματώνεται όλο και πιο συχνά στο εκπαιδευτικό σύστημα, στους εργασιακούς χώρους αλλά και στον χώρο της υγείας (Robins, Kiken, Hoit & McCain, 2014). Μάλιστα, πλήθος μελετών έχει επισημάνει τη σχέση της ενσυνειδητότητας με παράγοντες είτε σε ψυχολογικό είτε σε φυσικό-σωματικό επίπεδο (Bluth & Blanton, 2014).

Ειδικότερα, τα αποτελέσματα ερευνών έχουν αναφερθεί στην επίδραση των υψηλών επιπέδων ενσυνειδητότητας στην ικανοποίηση από τη ζωή και τη ζωτικότητα, στην αυτοεκτίμηση, στην ενσυναίσθηση, στην αισιοδοξία (Brown & Ryan, 2003) και στην αύξηση των θετικών σκέψεων (Bluth & Blanton, 2014 · Shapiro et al., 2007). Από την άλλη πλευρά, η ενσυνειδητότητα έχει σχετιστεί αρνητικά με την κατάθλιψη (Brown & Ryan, 2003 · Fortney et al., 2013), τον νευρωτισμό, τη συναισθηματική αποσύνθεση, το κοινωνικό άγχος, τις όποιες δυσκολίες στη συναισθηματική ρύθμιση (Bear et al., 2006) και την αρνητική διάθεση (Reed, 2018).

Αναλυτικότερα, η ενσυνειδητότητα προσφέρει τον κατάλληλο χώρο για να προβεί το άτομο στις καλύτερες για τη ψυχική του ευημερία επιλογές, καθώς βοηθάει στην αίσθηση

απόκτησης του πλήρους ελέγχου της ζωής. Επιπροσθέτως, προσφέρει στα άτομα μία αίσθηση ηρεμίας και τη δυνατότητα ακολουθίας ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Όλα αυτά συμβάλλουν ώστε το άτομο να ανακαλύψει την ευτυχία δίνοντας περισσότερη προσοχή τις θετικές, ευχάριστες λεπτομέρειες των διαπροσωπικών σχέσεων και της ζωής του συνολικά (Carmody & Bear, 2007).

4.5 Βιβλιογραφική ανασκόπηση: Ενσυνειδητότητα ατόμων με Αναπηρία ή Χρόνια Πάθηση

Προγράμματα Παρέμβασης που εστιάζουν στην ανάπτυξη της ενσυνειδητότητας φαίνεται σε άτομα με αναπηρία ή χρόνιες παθήσεις να επιδρούν θετικά στην ένταση του πόνου, στη σωματική ευεξία, στο άγχος, στην κατάθλιψη, στην ποιότητα ζωής και στη γενικότερη ψυχική ευεξία (Amutio et al., 2018 · Cash et al., 2015 · Lauche et al., 2013 · Van Gordon et al., 2017 · Veehof et al., 2016).

Στο πλαίσιο αυτών, πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών που εξέταζαν την ενσυνειδητότητα σε δείγμα ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Αρχικά, αναζητήθηκαν έρευνες που αναφέρονταν στους παράγοντες που συμβάλλουν στη διαφοροποίηση των επιπέδων ενσυνειδητότητας σε άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση ερευνών που εξέταζαν την επίδραση της ενσυνειδητότητας στο ψυχολογικό ευ ζην.

4.5.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την Ενσυνειδητότητα των ατόμων με Αναπηρία ή Χρόνια Πάθηση

Διάφοροι δημογραφικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, η εθνικότητα, η συννοσηρότητα και τα επίπεδα αναπηρίας έχει προκύψει ερευνητικά ότι επηρεάζουν τα επίπεδα ενσυνειδητότητας σε άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση (Simpson, Mair & Mercer, 2017). Από την άλλη πλευρά, το μορφωτικό επίπεδο και το χρονικό διάστημα της αναπηρίας φαίνεται να μη διαφοροποιούν τα επίπεδα ενσυνειδητότητας (McCracken, Gauntlett-Gilbert & Vowles, 2007). Βέβαια, από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτουν εξαιρετικά περιορισμένα δεδομένα.

Ειδικότερα, αναφορικά με τις διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων, σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα των Brown & Ryan (2003), MacKillop & Anderson (2007) και McCracken et al. (2007), δεν εντοπίζονται διαφορές ενσυνειδητότητας μεταξύ των ανδρών και γυναικών. Ωστόσο σε έρευνα των Alispahic & Hasanbegovic-Anic (2017), οι γυναίκες έχει αποδειχθεί ότι σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα «παρατήρηση» ενώ οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες στην υποκλίμακα «προσοχή και επίγνωση».

Συνεχίζοντας αναφορικά με την ηλικία, τα δεδομένα που έχουν προκύψει είναι αντιφατικά και περιορισμένα. Αρχικά, σύμφωνα με έρευνες των Thirumaran, Vijayaraman ,

Irfan, Moinuddin & Shafaque (2020) και Alispahic & Hasanbegovic-Anic (2017), καθώς η ηλικία αυξάνεται μεγαλώνουν και τα επίπεδα ενσυνειδητότητας, διότι μεγαλώνοντας οι άνθρωποι γίνονται πιο συγκεντρωμένοι στο παρόν. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει και πλήθος ερευνών, στις οποίες δεν προέκυψε κάποια συσχέτιση μεταξύ ενσυνειδητότητας και ηλικίας (Ghabeesh et al., 2019 · Fong & Ho, 2020 · Dehghan et al., 2020 · McCracken et al., 2007).

Τέλος, μελέτες έχουν εξετάσει τη σχέση μεταξύ ενσυνειδητότητας και κοινωνικής ή οικογενειακής υποστήριξης σε άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Η ενσυνειδητότητα σε έρευνες των Klainin-Yobas et al. (2016) και Mettler et al. (2017), παρουσίασε θετική συσχέτιση με την αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη, καθώς και με την οικογενειακή υποστήριξη. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ ενσυνειδητότητας και κοινωνικής ή οικογενειακής υποστήριξης, με την ενσυνειδητότητα να αποτελεί ισχυρότερο προβλεπτικό παράγοντα ευημερίας.

4.5.2 Επίδραση της Ενσυνειδητότητας στο Ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με Αναπηρία ή Χρόνια Πάθηση

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, στην πλειοψηφία των μελετών προκύπτει πως υψηλά επίπεδα ενσυνειδητότητας συμβάλλουν στη ψυχική υγεία και στην ευρύτερη ψυχολογική ευημερία των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση (Amutio et al., 2018 · Cash et al., 2015 · Lauche et al., 2013 · Van Gordon et al., 2017 · Veehof et al., 2016 · Schütze et al., 2010 · Birtwell et al., 2017 · Chan & Larson, 2015 · Hoge et al., 2013 · Meize-Grochowski et al., 2015 · Michaelsen et al., 2016). Ωστόσο, προκύπτουν και έρευνες που αναφέρουν μικρή επίδραση της ενσυνειδητότητας στην ποιότητα ζωής, στην κατάθλιψη, στον πόνο, στο άγχος και στη σωματική ευημερία (Schmidt et al., 2011), μέτρια επίδραση (Lakhan & Schofield, 2013 · Lauche et al., 2013 · Bohlmeijer, Prenger, Taal, Cuijpers, 2010 · Khoury et al., 2013), καθώς και καμία επίδραση (Fjorback et al., 2013).

Αναλυτικότερα, σε έρευνα που διεξήγαγαν οι Schütze et al. (2010), σε δείγμα 104 ατόμων με χρόνια πάθηση, η ενσυνειδητότητα προέβλεψε μοναδικά τη μείωση του πόνου και σχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα δυσφορίας. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από έρευνα των Birtwell et al. (2017), σε άτομα με Πάρκινσον, καθώς και από συστηματικές ανασκοπήσεις των Hilton et al. (2016) και Kohut, Stinson, Davies-Chalmers, Ruskin & van Wyk (2017). Παράλληλα, πλήθος ερευνών έχει αναφερθεί και στον προβλεπτικό ρόλο της ενσυνειδητότητας στην ευημερία των ατόμων με χρόνια πόνο (Gardner-Nix, 2009 · Curtin & Norris, 2017 · Song, Lu, Chen, Geng & Wang, 2014). Ενώ, η αρνητική συσχέτιση ενσυνειδητότητας και κατάθλιψης, άγχους, σωματικής και ψυχοκοινωνικής αναπηρίας επισημάνθηκε σε μελέτη 105 ατόμων με χρόνια πόνο (McCracken et al., 2007).

Συνεχίζοντας, μεταξύ των διαφόρων χρόνιων παθήσεων, πληθώρα μελετών σε άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας έχει επισημαίνει τη θετική συσχέτιση ενσυνειδητότητας και ποιότητας ζωής, με μόνο τους Simpson et al. (2017) να παρατηρούν ελάχιστη θετική συσχέτιση. Αναλυτικότερα, οι Pagnini et al., (2018), σε έρευνα που διεξήγαγαν σε 156 άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας κατέληξαν ότι υψηλά επίπεδα ενσυνειδητότητας προβλέπουν

καλή ποιότητα ζωή και μειωμένα συμπτώματα ψυχικής ασθένειας, εύρημα που έχει προκύψει και σε άλλες μελέτες (Schirda et al., 2020 · Simpson et al., 2014 · Blankespoor, Schellekens, Vos, Speckens, & de Jong, 2017). Η ενσυνειδητότητα έχει σχετιστεί και με διάφορους παράγοντες του ψυχολογικού ευ ζην, καθώς οι Crescentini et al. (2018) αναφέρθηκαν στη σχέση της ενσυνειδητότητας με την αυτο-αποδοχή και την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων, ενώ μέσω άλλων μελετών έχει εντοπιστεί συσχέτιση με την αυτονομία, ωριμότητα, αξιοπιστία, σκοπιμότητα και κοινωνική αποδοχή (Bogosian et al., 2015 · Kolahkaj, Zargar, 2015 · Grossman et al., 2010 · Burschka, Keune, Oy, Oschmann & Kuhn., 2014).

Η έρευνα γύρω από το θετικό αντίκτυπο της ενσυνειδητότητας έχει επεκταθεί και σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, καταλήγοντας σε μικτά αποτελέσματα. Η πλειοψηφία των μελετών επισημαίνει το όφελος (Rosenzweig et al., 2007 · Gainey, Himathongkam, Tanaka & Suksom, 2016 · Kopf et al., 2014), ενώ μικρός αριθμός δεν αναφέρει κάποια επίδραση (Hartmann et al., 2012 · Van Son et al., 2012). Αναλυτικότερα, πρόσφατες ερευνητικές προσπάθειες σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη αναφέρουν τη σχέση της ενσυνειδητότητας με μείωση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων του πόνου, καθώς και βελτιωμένη λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής (Nathan et al., 2017). Οι Tonote et al. (2014) μέσω της έρευνας τους επισήμαναν ότι η ενίσχυση των δεξιοτήτων ενσυνειδητότητας, όπως η δράση με επίγνωση και μη κριτική στάση, από κοινού με την αύξηση της παρατήρησης και της μη αντιδραστικότητας μεσολαβούν στη μείωση της κατάθλιψης και του άγχους και στην ενίσχυση της ψυχολογικής ευημερίας. Ωστόσο σε αντίθεση, οι Massey et al. (2018), σε συστηματική ανασκόπηση που διεξήγαγαν εντόπισαν πως η βιβλιογραφία δεν παρέχει ακόμη οριστικά δεδομένα σχετικά με το ποιες παρεμβάσεις είναι πιο αποτελεσματικές για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και συμβάλλουν στη ψυχολογική ευημερία.

Αναφορικά με τα άτομα με καρκίνο υψηλά επίπεδα ενσυνειδητότητας έχει βρεθεί ότι μειώνουν συνεχώς το άγχος, βελτιώνουν τη συναισθηματική ευεξία αυξάνουν την ποιότητα ζωής και μειώνουν τη κατάθλιψη (Henderson et al., 2011). Ειδικότερα, οι Oberoi et al. (2020), πραγματοποίησαν συστηματική ανασκόπηση σε 28 έρευνες σε άτομα με καρκίνο, κατά την οποία η ενσυνειδητότητα συσχετίστηκε με σημαντικές μειώσεις του άγχους και της κατάθλιψης βραχυπρόθεσμα και βελτιωμένη ποιότητα ζωής, εύρημα που έχει επισημανθεί και σε μελέτες των Baniasadi, Kashani, & Jamshidifar (2014) και των Ghabeesh et al. (2019). Ενώ οι Dehghan et al. (2020), επισήμαναν τον προβλεπτικό ρόλο της ενσυνειδητότητας στη ποιότητα ζωής. Τέλος, οι Zhong, Bao & Xu (2019), μέσω μελέτης κατέληξαν ότι όσο υψηλότερη είναι η ενσυνειδητότητα, τόσο χαμηλότερα είναι τα ψυχολογικά συμπτώματα, καθώς αυξάνεται η βίωση θετικών συναισθημάτων και η αίσθηση ενέργειας και ευτυχίας, Παρόμοια αποτελέσματα έχουν εντοπιστεί σε πληθώρα άλλων ερευνών σε δείγμα ατόμων με καρκίνο (Ghabeesh et al., 2019 · Fong & Ho, 2020 · Zimmermann, Burrell & Jordan, 2018).

Αξίζει να αναφερθούμε και σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε άτομα με επιληψία. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφία ο αριθμός των ερευνών που εξετάζουν τη σχέση ενσυνειδητότητας και ευημερίας σε δείγμα ατόμων με επιληψία είναι περιορισμένος. Ειδικότερα, έρευνα των Wood, Lawrence, Jani, Simpson & Mercer (2017), εστιάζει στη

μικρή βελτίωση που μπορούν να βιώσουν τα άτομα μέσω της ενίσχυσης της ενσυνειδητότητας, στα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και ποιότητας ζωής.

Περιορισμένος είναι και ο αριθμός των ερευνών που έχει ασχοληθεί με την επίδραση της ενσυνειδητοτητας στη ψυχολογική ευεξία των ατόμων με ρευματοειδείς παθήσεις (Nyklíček et al., 2015 · Zhou et al., 2020 · Costa, Pinto-Gouveia & Marôco, 2016). Οι Nyklíček et al. (2015), πραγματοποίησαν έρευνα σε 21 άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα, στην οποία διερεύνησαν την επίδραση των επιπέδων ενσυνειδητότητας στην αίσθηση αναπηρίας και στη ψυχολογική δυσφορία. Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι υψηλότερα επίπεδα ενσυνειδητότητας σχετίστηκαν με μειωμένη αίσθηση αναπηρίας και ψυχολογικής δυσφορίας, ενώ η ενσυνειδητότητα συσχετίστηκε θετικά με τη ψυχολογική ευημερία. Με το εύρημα αυτό να έχει προκύψει και μέσω άλλων μελετών (Pradhan et al., 2007 · Zhou et al., 2020). Τέλος, σε έρευνα των Costa et al. (2016) σε 55 άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα και σωματική αναπηρία, παρόλο που η ενσυνειδητότητα συσχετίστηκε σημαντικά με την αποδοχή του εαυτού, δεν αποτέλεσε μέτρο διακούμανσης της γενικότερης ψυχολογικής ευεξίας.

Ταυτοχρόνως, στο πλαίσιο ρευματοειδών παθήσεων μελέτες έχουν διεξαχθεί και σε άτομα με συστηματικό ερυθματώδη λύκο. Οι Farrokhi, Yousefzadeh, Saeedi, Behnam & Ghahari (2017) επισήμαναν ότι παρεμβάσεις που βασίζονται στην αύξηση της ενσυνειδητότητας, συμβάλλουν στη μείωση των επιπέδων άγχους, κατάθλιψης και στη βελτίωση της ψυχολογικής ευημερίας. Ενώ παράλληλα, σε άλλη έρευνα επισημάνθηκε σημαντική επίδραση στα ψυχολογικά συμπτώματα και στην ποιότητα ζωής, αλλά δε προέκυψε σημαντική βελτίωση στα σωματικά συμπτώματα της νόσου (Solati, Mousavi, Kheiri & Hasanpour-Dehkordi, 2017).

Κλείνοντας, η ενσυνειδητότητα έχει αποδειχθεί ότι προσφέρει οφέλη και στη ψυχολογική ευημερία ατόμων με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου (Hess, 2018). Ειδικότερα, μέσω μετα-ανάλυσης των Ewais et al. (2019), προέκυψε ότι οι παρεμβάσεις ενσυνειδητότητας έχουν σημαντικές μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και μικρές αλλά όχι στατιστικά σημαντικές βελτιώσεις στο άγχος. Το εύρημα αυτό παρατηρείται και σε έρευνα των Hood & Jedel (2017).

Επομένως, διαπιστώνεται ότι πλήθος ερευνών έχει εξετάσει την επίδραση της ενσυνειδητότητας στην ευημερία ατόμων με διάφορους τύπους αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης, με τα αποτελέσματα που προκύπτουν να είναι αντιφατικά. Άρα κρίνεται απαραίτητο να διερευνηθεί περαιτέρω η ωφέλεια της ενσυνειδητότητας στην ψυχολογική ευεξία των ατόμων, ώστε να ξεκαθαριστεί η σκοπιμότητα ή μη των παρεμβάσεων ενσυνειδητότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΥΤΟΣΥΜΠΟΝΙΑ ΚΑΙ ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ

5.1 Σχέση μεταξύ Αυτοσυμπόνιας και Ενσυνειδητότητας

Η σχέση μεταξύ της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας είναι πολύπλοκη τόσο σε εννοιολογικό όσο και σε εμπειρικό επίπεδο, καθώς οι δύο έννοιες μοιράζονται αλληλοεπικαλυπτόμενες διαστάσεις, και παίζουν σημαντικό ρόλο στη ψυχική υγεία (Germer & Neff, 2013). Βιβλιογραφικά προκύπτει πως παρόλο που η ενσυνειδητότητα αποτελεί προϋπόθεση αυτοσυμπόνιας, λειτουργώντας ως προβλεπτικός παράγοντας αυτής, καθώς και στοιχείο της, οι δύο αυτές έννοιες δεν είναι ίδιες (Erkin & Senuzun, 2020 · Shapiro et al., 2007 · Birnie et al., 2010).

Στις ομοιότητες μεταξύ των δύο εννοιών συγκαταλέγονται οι λειτουργικές τους ομοιότητες και οι κοινές τους ρίζες στη βουδιστική φιλοσοφία (Erkin & Senuzun, 2020). Τόσο η αυτοσυμπόνια όσο και η ενσυνειδητότητα συνδέονται με την επίγνωση και κατανόηση της τρέχουσας βιωματικής εμπειρίας, ακόμα και όταν προκαλούνται δυσάρεστα συναισθήματα (Estrange et al., 2016). Μάλιστα και οι δύο έννοιες, περιλαμβάνουν πρακτικές δοκιμές που στοχεύουν στην καλλιέργεια γνώσεων και ικανοτήτων αποδοχής (Neff & Dahm, 2015).

Αναλυτικότερα, η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα αλληλοσχετίζονται (Baer et al., 2012 · Erkin & Senuzun, 2020), καθώς η μία διευκολύνει και ενισχύει την ύπαρξη της άλλης (Neff, 2003a). Η έννοια της ενσυνειδητότητας περιλαμβάνει την αίσθηση της παρουσίας στην κάθε στιγμή που βιώνει το άτομο στοργικά, φιλικά και συμπονετικά προς αυτή και τον εαυτό του (Kabat-Zinn, 2003). Παράλληλα, συμβάλλει στη συνειδητοποίηση της επικριτικής στάσης κάποιου προς τον εαυτό του και στον βαθμό επικριτικότητας, με αυτό να αποτελεί την αρχή για την κατανόηση της αυτοσυμπόνιας (Bluth και Blanton, 2014 · McKay & Walker, 2021 · Sünbül et al., 2019). Επιπροσθέτως, κατά τη βίωση δύσκολων και επώδυνων συναισθημάτων ή σκέψεων, μία αντίδραση με συμπόνια προς τον εαυτό προϋποθέτει την παρατήρηση και συνειδητοποίηση (ενσυνειδητότητα) και όχι την αποφυγή ή υπερανάλυση, καθώς η αυτοσυμπόνια ενισχύει τη μείωση της αντιλαμβανόμενης σοβαρότητας ή απειλής, με αποτέλεσμα να είναι πιο εύκολη η διατήρηση σε συνειδητό επίπεδο (Baer et al., 2012).

Τέλος, οι δύο έννοιες έχει προκύψει πως αποτελούν και σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες ψυχικής ευεξίας (McKay & Walker, 2021 · Baer et al., 2012 · Raab, 2014 · Campos et al., 2016 · Hollis-Walker & Colosimo, 2011). Πλήθος μελετών επισημαίνει πως η αυτοσυμπόνια αποτελεί καλύτερο προβλεπτικό παράγοντα ψυχικής ευεξίας σε σχέση με την ενσυνειδητότητα (Van Dam et al., 2011 · Pauley & McPherson, 2010), καθώς περιλαμβάνει ένα επιπλέον συναισθηματικό παράγοντα (Birnie et al., 2010) και προσανατολισμό στη δράση (Pauley & McPherson 2010 · Van Dam et al., 2011). Ενώ τέλος, η ενσυνειδητότητα μπορεί να προβλέπει την ψυχολογική ευημερία, με την αυτοσυμπόνια να παίζει διαμεσολαβητικό ρόλο (Wilson et al., 2020).

5.2 Διαφορές μεταξύ Αυτοσυμπόνιας και Ενσυνειδητότητας

Από την άλλη πλευρά, εντοπίζονται και κάποιες διακριτές διαφορές μεταξύ των εννοιών της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας ως προς τον τρόπο λειτουργίας τους και το περιεχόμενό τους (McKay & Walker, 2021).

Η αυτοσυμπόνια ως σύνολο καλύπτει ένα ευρύ φάσμα της ανθρώπινης εμπειρίας, καθώς περιλαμβάνει την ευγένεια προς τον εαυτό, τη στάση απέναντι σε οδυνηρές καταστάσεις και την αυτοκριτική, ενώ από την άλλη πλευρά η ενσυνειδητότητα δε συνδέεται με τέτοιες έννοιες (Bishop et al., 2006). Επίσης, η ενσυνειδητότητα εστιάζει στην αποδοχή και συνειδητοποίηση σκέψεων και συναισθημάτων χωρίς επικριτική στάση, ενώ η αυτοσυμπόνια αναφέρεται σε μία ενεργή στάση και συμπεριφορά με σκοπό τη ανακούφιση σε επώδυνα βιώματα (Germer, 2009). Οι πρακτικές ενσυνειδητότητας ενθαρρύνουν το άτομο να βιώσει τα επώδυνα συναισθήματα, ενώ η αυτοσυμπόνια πέραν αυτού περιλαμβάνει και την αναγνώριση των βιωμάτων ως μέρος της ανθρώπινης ζωής (Bluth & Blanton, 2014). Τέλος, η ενσυνειδητότητα αναφέρεται στη σχέση κάποιου την παρούσα στιγμή με τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις αισθήσεις, ενώ η αυτοσυμπόνια εστιάζει σε κάτι γενικότερο, καθώς αναφέρεται στη σχέση κάποιου με τον εαυτό του (Baer et al., 2012).

Βέβαια, ένα κομμάτι που χρειάζεται να επισημανθεί αφορά τη διάκριση της ενσυνειδητότητας ως στοιχείο της αυτοσυμπόνιας και της γενικότερης έννοιας της ενσυνειδητότητας (Fresnics, Wang & Borders, 2019). Η ενσυνειδητότητα ως συστατικό της αυτοσυμπόνιας, αναφέρεται σε μία ισορροπημένη επίγνωση των αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων ανάλογα με τις προσωπικές δυσκολίες κάποιου (Montero-Marín et al., 2020). Ο τύπος αυτός της ενσυνειδητότητας είναι πιο περιορισμένος σε σχέση με την ανεξάρτητη έννοια, καθώς αντιπροσωπεύει μια στάση ψυχικής ισορροπίας (Kabat-Zinn, 2003) και σχετίζεται κυρίως με τον προσωπικό πόνο σε σχέση με τη γενικότερη επίγνωση των προηγούμενων εμπειριών του ατόμου και τη διατήρηση σε ισορροπία των αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων (Fresnics et al., 2019). Από την άλλη πλευρά, η ενσυνειδητότητα ως ανεξάρτητη έννοια περιλαμβάνει την ικανότητα κάποιου να είναι παρών με ηρεμία και αποδοχή, σε κάθε εμπειρία που βιώνει είτε είναι αρνητική είτε θετική είτε ουδέτερη (Germer & Neff, 2013). Γενικότερα, σχετίζεται με την αναγνώριση και βίωση όλων των συναισθημάτων και όχι μόνο τη διατήρηση σε ισορροπία των αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων (Neff & Dahm, 2015 · Bluth & Blanton, 2014 · Germer, 2009 · Birnie et al., 2010).

Τέλος, κλείνοντας αξίζει να αναφερθεί η διαφοροποίηση των δύο εννοιών στο κομμάτι της φυσιολογίας, καθώς η ενσυνειδητότητα αφορά μια μεταγνωστική διεργασία η οποία είναι ευεργετική στη ρύθμιση των συναισθημάτων και συνδέεται με αυξημένη δραστηριότητα στις περιοχές του προμετωπιαίου φλοιού του εγκεφάλου και της αμυγδαλής. Αντιθέτως, η αυτοσυμπόνια προκύπτει πως σχετίζεται με το παρασυμπαθητικό αυτόνομο νευρικό σύστημα, καθώς επιβραδύνει τον καρδιακό ρυθμό, που συνδέεται με το άγχος ή τη δυσφορία, και με την οξυτοκίνη, που σχετίζεται με συναίσθημα ασφαλούς προσκόλλησης (Doll et al., 2016).

5.3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση: Έρευνες που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ των εννοιών της Αυτοσυμπόνιας και της Ενσυνειδητότητας και την επίδραση αυτών στο Ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με Αναπηρία ή Χρόνια Πάθηση

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί σε άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση προκύπτει πλήθος ερευνών στις οποίες η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα παρουσιάζουν σημαντική θετική συσχέτιση, καθώς με την υιοθέτηση προγραμμάτων παρέμβασης για την ενίσχυση της μίας, ταυτοχρόνως παρατηρούνται σημαντικά οφέλη και στα επίπεδα της άλλης. Βέβαια, πέραν της θετικής σχέσης μεταξύ αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας, οι δύο αυτές έννοιες έχει προκύψει πως αποτελούν και προβλεπτικούς παράγοντες ψυχολογικού ευ ζην.

Αρχικά αναφορικά με τη σχέση μεταξύ αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας οι Pereira et al. (2020) και οι Blankespoor et al. (2017), σε έρευνες που διεξήγαγαν σε άτομα με σωματική αναπηρία και σκλήρυνση κατά πλάκας αντίστοιχα, παρατήρησαν μετά από παρεμβάσεις ενσυνειδητότητας αύξηση της αυτοσυμπόνιας, με υψηλά επίπεδα καλοσύνης προς τον εαυτό και μείωση της υπερβολικής ταύτισης. Ενώ, αντίστοιχα αποτελέσματα παρατήρησαν και οι Boyle et al. (2017), σε έρευνα τους σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, μετά από την εφαρμογή παρέμβασης αυτοσυμπόνιας, καθώς αυξήθηκαν τα επίπεδα καλοσύνη προς τον εαυτό και τα επίπεδα ενσυνειδητότητας. Αξίζει να επισημανθεί πως πλήθος ερευνών σε άτομα με καρκίνο, έχουν καταλήξει σε παρόμοιο αποτέλεσμα, επισημαίνοντας τη θετική επίδραση προγραμμάτων αυτοσυμπόνιας στα επίπεδα ενσυνειδητότητας (Kvillemo & Bränström, 2011 · Hollis-Walker & Colosimo, 2011 · Rimes & Wingrove, 2011 · Shapiro et al., 2007). Ενώ, μέσω μελέτης των Sünbül et al. (2019), παρατηρήθηκε πως πέραν της θετικής συσχέτισης, η ενσυνειδητότητα αποτελεί και προβλεπτικό παράγοντα της αυτοσυμπόνιας, καθώς οι δύο έννοιες οδηγούν σε ρύθμιση συναισθήματος, ψυχική ανθεκτικότητα και ψυχολογική ευημερία.

Παράλληλα, η επίδραση των δύο αυτών όρων στα επίπεδα ευημερίας, έχει επισημανθεί σε πληθώρα ερευνών σε άτομα με αναπηρία. Αναλυτικότερα, μέσω έρευνας των Pereira et al. (2020), η ενίσχυση των επιπέδων αυτοσυμπόνιας, ενσυνειδητότητας και αυτο-αποδοχής μέσω προγραμμάτων παρέμβασης φάνηκε να προβλέπει σημαντικά υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικής ικανοποίησης και κοινωνικών σχέσεων. Σε παρόμοια αποτελέσματα, έχουν καταλήξει και άλλες προγενέστερες έρευνες σε άτομα με αναπηρία των Hocaloski, Elliott, Brotto, Breckon & McBride (2016) και των Senders et al. (2012). Ενώ ταυτοχρόνως, σε έρευνες των Dahm et al. (2015) σε άτομα με αναπηρία και των Estrange et al. (2016) σε άτομα με καρκίνο, τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας φάνηκε να επηρεάζουν τα επίπεδα μετατραυματικού στρες και να εξηγούν σημαντικό ποσοστό αναλογίας διακύμανσης για τη σωματική και ψυχική ευημερία, αποτελώντας προβλεπτικούς παράγοντες.

Εν συνεχεία, σε έρευνα των Montero-Marin et al. (2020), σε 42 άνδρες με ρευματοειδή πάθηση η ενσυνειδητότητα σχετίστηκε με την αυτοσυμπόνια, τη σωματική και ψυχική ευημερία. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες που εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας βίωσαν καλύτερη ψυχολογική ευημερία, με την κοινή ανθρωπιά, παράγοντα της αυτοσυμπόνιας, να αποτελεί κύριο διαμεσολαβητή. Σε παρόμοια

αποτελέσματα κατέληξαν και οι Carvalho et al. (2020) σε μελέτη τους, όπου τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας σχετίστηκαν θετικά, με την αυτοσυμπόνια να αποτελεί καλύτερο προγνωστικό παράγοντα της ψυχικής υγείας από την ενσυνειδητότητα. Ενώ το εύρημα σχετικά με την υπεροχή της αυτοσυμπόνιας έχει επισημανθεί και σε έρευνες των Amutio et al. (2018), Cash et al. (2015), Lauche et al. (2013), Van Gordon et al. (2017), Veehof et al. (2016) και Boyle et al. (2017). Παρόμοια ευρήματα είχαν και οι Hill, McKernan, Wang & Coronado (2017) και Yang & Mak (2016), οι οποίοι πραγματοποίησαν έρευνες σε 130 άτομα με χρόνιες παθήσεις και 291 με HIV αντίστοιχα, μέσω των οποίων η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα συσχετίστηκαν θετικά με την ευημερία και το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης αποκάλυψε πως αλλαγές στην αυτοσυμπόνια σχετίζονται με αλλαγές στη ψυχολογική ευημερία.

Κλείνοντας, αρκετές μελέτες έχουν αναδείξει και την ισχυρότερη αρνητική συσχέτιση της αυτοσυμπόνιας αναφορικά με τα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους, αρνητικών επιπτώσεων και ντροπής, σε σχέση με την ενσυνειδητότητα (Woodruff et al., 2013 · Woods & Proeve, 2014). Συγκεκριμένα, σε συγκριτική μελέτη που πραγματοποίησαν οι Hoge et al. (2013), σε 87 άτομα με διαταραχή γενικευμένου άγχους και 49 άτομα χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση, προέκυψε ότι τα άτομα με διαταραχή γενικευμένου άγχους παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας και ότι οι δύο έννοιες σχετίζονται αρνητικά με τα επίπεδα άγχους, ανησυχίας και ευαισθησίας. Ενώ τέλος, σε όμοιο εύρημα κατέληξε και η συστηματική ανασκόπηση των Kiliç et al. (2020), που συμπεριέλαβε 15 μελέτες από το 2004 έως το 2019, σε δείγμα ατόμων με χρόνιες παθήσεις.

Επομένως, γίνεται φανερό πως πληθώρα ερευνών έχει αναζητήσει τόσο τη σχέση μεταξύ αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας, όσο και τον ρόλο αυτών στο ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Ωστόσο, τα ευρήματα των μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί δεν είναι σαφή. Κρίνεται, άρα απαραίτητο να διερευνηθεί περαιτέρω τόσο η σχέση αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας, όσο και ο προβλεπτικός ρόλος που διαδραματίζουν στην ευημερία, ώστε να υιοθετηθούν κατάλληλα προγράμματα παρέμβασης για τα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση.

ΜΕΡΟΣ Β΄
«ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Σκοπός της Έρευνας – Ερευνητικά Ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας αποτέλεσε η διερεύνηση της επίδρασης που ασκεί η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση στο ψυχολογικό ευ ζην τους. Ειδικότερα, στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν κατηγορίες ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση (Σωματική Αναπηρία, Οπτική Αναπηρία, Ακουστική Αναπηρία, Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Σακχαρώδη Διαβήτης, Καρκίνο, Επιληψία, Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο, Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις του Εντέρου, Παθήσεις του Θυροειδούς Αδένα), καθώς και άτομα χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση, μεταξύ των οποίων αναζητήθηκαν διαφοροποιήσεις ως προς τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας, ενσυνειδητότητας και ψυχολογικού ευ ζην. Παράλληλα, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο τα προσωπικά χαρακτηριστικά του δείγματος επηρεάζουν την αυτοσυμπόνια και την ενσυνειδητότητα, ανά κατηγορία του δείγματος. Τέλος, μελετήθηκε η ύπαρξη σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας, καθώς και η σχέση καθενός από αυτούς τους όρους με το ψυχολογικό ευ ζην.

Ειδικότερα, επιχειρήθηκε να απαντηθούν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

- 1) Πως επηρεάζεται και διαφοροποιείται η αυτοσυμπόνια με βάση τα δημογραφικά στοιχεία ανά ομάδα του δείγματος;
- 2) Πως επηρεάζεται και διαφοροποιείται η ενσυνειδητότητα με βάση τα δημογραφικά στοιχεία ανά ομάδα του δείγματος;
- 3) Παρατηρείται διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων του δείγματος όσον αφορά την αυτοσυμπόνια και την ενσυνειδητότητα;
- 4) Εντοπίζεται διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων του δείγματος όσον αφορά το ψυχολογικό ευ ζην (αυτονομία, κυριαρχία στο περιβάλλον, προσωπική ανάπτυξη, θετικές σχέσεις με τους άλλους, σκοπός στη ζωή, αποδοχή του εαυτού);
- 5) Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της αυτοσυμπόνιας και του ψυχολογικού ευ ζην (αυτονομία, κυριαρχία στο περιβάλλον, προσωπική ανάπτυξη, θετικές σχέσεις με τους άλλους, σκοπός στη ζωή, αποδοχή του εαυτού) ανά ομάδα του δείγματος;
- 6) Παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ της ενσυνειδητότητας και του ψυχολογικού ευ ζην (αυτονομία, κυριαρχία στο περιβάλλον, προσωπική ανάπτυξη, θετικές σχέσεις με τους άλλους, σκοπός στη ζωή, αποδοχή του εαυτού) ανά ομάδα του δείγματος;

7) Εντοπίζεται σχέση μεταξύ της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας, σε όλο συνολικά το δείγμα των ατόμων με αναπηρία, καθώς και στα άτομα χωρίς αναπηρία;

8) Μπορεί να προβλεφθεί το ψυχολογικό ευ ζην από την αυτοσυμπόνια και την ενσυνειδητότητα στο συνολικό δείγμα των ατόμων με αναπηρία, καθώς και ανά ομάδα του δείγματος;

6.2 Ερευνητικό εργαλείο

Για την πραγματοποίηση της παρούσας εργασίας συγκροτήθηκε ένα ερωτηματολόγιο ατομικής συμπλήρωσης, το οποίο αποτελούνταν από δύο ενότητες. Η πρώτη από αυτές αποσκοπούσε στον προσδιορισμό των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων, ενώ η δεύτερη ενότητα περιελάμβανε τα ψυχομετρικά εργαλεία που ενσωματώθηκαν στη μελέτη (βλ. Παράρτημα Ι).

6.2.1 Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών στοιχείων

Αρχικά, επιχειρήθηκε ο προσδιορισμός των ατομικών στοιχείων του δείγματος, με τη χρήση ενός αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου δημογραφικών στοιχείων. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο απευθύνονταν σε άτομα με Αναπηρία ή Χρόνια Πάθηση, καθώς και σε άτομα χωρίς και συνολικά διέθετε 14 ερωτήματα, τα οποία στόχευαν στη συγκέντρωση των προσωπικών πληροφοριών του δείγματος. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν α) να συμπληρώσουν τα ατομικά τους στοιχεία (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική κατάσταση, μηνιαίο εισόδημα), β) να αναφέρουν πληροφορίες αναφορικά με την αναπηρία τους (είδος αναπηρίας, προέλευση αναπηρίας, χρονικό διάστημα αναπηρίας) και τέλος γ) να παρέχουν στοιχεία αναφορικά με την καθημερινή τους ζωή και διαβίωση (ύπαρξη χόμπι, τρόπο διαβίωσης, σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον, λήψη ψυχολογικής υποστήριξης, αξιολόγηση κοινωνικής υποστήριξης).

6.2.2 Ψυχομετρικά Εργαλεία

«Κλίμακα Αυτοσυμπόνιας» (Self-Compassion Scale, SCS)

Η κλίμακα της αυτοσυμπόνιας (SCS), αποτελεί ένα εργαλείο που σκοπεύει στην εκτίμηση της αυτοσυμπόνιας των ατόμων. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από τη Neff (2003a), με σκοπό την επιβεβαίωση της θεωρίας της γύρω από την υπερκείμενη έννοια της αυτοσυμπόνιας με έξι παράγοντες. Η πρώτη προσπάθεια στάθμισης της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό πραγματοποιήθηκε από τους Mantzios et al. (2013). Ενώ πρόσφατα σταθμίστηκε από τους Καρακασίδου, Πεζιρκιανίδης, Γαλανάκης και Σταλίκας (2017), σε

δείγμα 642 Ελλήνων ενηλίκων ηλικίας 18 έως 65 χρονών. Μάλιστα, κατά τη στάθμιση της κλίμακας το μοντέλο των έξι παραγόντων ταίριαξε στα δεδομένα επαρκώς, αποδεικνύοντας ότι η ελληνική εκδοχή της κλίμακας έχει υψηλή δομική εγκυρότητα και αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο (Καρακασίδου, 2017).

Ειδικότερα, η ελληνική εκδοχή του SCS αποτελείται συνολικά από 26 ερωτήματα, τα οποία απαρτίζουν 6 παράγοντες:

1. Αυτο-καλοσύνη “Self – kindness”: περιλαμβάνει 5 ερωτήματα και αναφέρεται στη τάση να κατανοούμε και να προσεγγίζουμε θετικά τον εαυτό μας

2. Οικουμενικότητα “Common Humanity”: περιλαμβάνει 4 ερωτήματα και αναφέρεται στην αναγνώριση της αποτυχίας και των αδυναμιών ως μέρος της ανθρώπινης εμπειρίας

3. Ενσυνειδητότητα “Mindfulness”: αποτελείται από 4 ερωτήματα και επισημαίνει την ικανότητα κάποιου να έχει επίγνωση της εμπειρίας που βιώνει στο παρόν χωρίς κριτική

4. Αυτο-κριτική “Self – Judgment”: περιλαμβάνει 5 ερωτήματα και επισημαίνει την κριτική και εχθρική στάση κάποιου απέναντι στον εαυτό του όταν βιώνει δυσκολίες

5. Απομόνωση “Isolation”: αποτελείται από 4 ερωτήματα και αναφέρεται στο αίσθημα απομόνωσης και μοναξιάς κατά τη διάρκεια αρνητικών εμπειριών

6. Υπερβολική Ταυτοποίηση-Αποφυγή “Over-Identified”: περιλαμβάνει 4 ερωτήματα και αναφέρεται στην υπερβολική αναγνώριση επώδυνων σκέψεων και συναισθημάτων

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δίνονται σε μία πενταβάθμια κλίμακα τύπου Likert, όπου το 1 ισούται με «σχεδόν ποτέ» και το 5 ισούται με «σχεδόν πάντα». Αρχικά, μπορεί να υπολογιστεί ο μέσος όρος των έξι υποκλιμάκων. Επιπροσθέτως, αφού αντιστραφούν τα αρνητικά ερωτήματα, μπορεί να υπολογιστεί το συνολικό σκορ της αυτοσυμπόνιας (Καρακασίδου, 2017). Μάλιστα, προκειμένου να υπάρξει ευκολότερη κατανόηση της αξιολόγησης, η συνολική βαθμολογία της κλίμακας μπορεί να μετατραπεί σε κλίμακα ποσοστιαίας βαθμολόγησης, μέσω υπολογισμού και αναγωγής των αρχικών τιμών. Το εύρος της βαθμολογίας ορίζεται από 0 έως 100, με τις τιμές που προσεγγίζουν το 0 να αντιστοιχούν σε αρνητική κλιμάκωση της αυτοσυμπόνιας και οι τιμές που προσεγγίζουν το 100 σε θετικότερη κλιμάκωση (Neff et al., 2018).

Γενικότερα, σύμφωνα με τους Neff et al. (2018), προτείνεται να μετριέται η συνολική βαθμολογία της αυτοσυμπόνιας με σκοπό τη διευκόλυνση πραγματοποίησης παραμετρικών στατιστικών αναλύσεων, όσο και για την καλύτερη ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Αναφορικά με τον δείκτη αξιοπιστίας του εργαλείου υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach’s alpha, ο οποίος είναι υψηλός ($\alpha=0,905$) για τη συνολική κλίμακα της αυτοσυμπόνιας. Αξιόπιστοι παρουσιάζονται και οι συντελεστές Cronbach’s alpha για τις έξι υποκλίμακες που κυμαίνονταν από 0.713 έως 0.813. Ειδικότερα, για την υποκλίμακα της αυτοκαλοσύνης είναι ($\alpha=0,813$), για την υποκλίμακα της αυτοκριτικής ($\alpha=0,716$), για την οικουμενικότητα ($\alpha=0,713$), για την απομόνωση ($\alpha=0,758$), για την ενσυνειδητότητα

($\alpha=0,713$) και για την υποκλίμακα της υπερβολικής ταύτισης–αποφυγής ($\alpha=0,745$). Οι παραπάνω δείκτες αποτυπώνουν την υψηλή αξιοπιστία του εργαλείου τόσο για το σύνολο των υποκλιμάκων όσο και για το σύνολο των ερωτήσεων (βλ. Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Δείκτες αξιοπιστίας του SCS

Ερευνητικό εργαλείο αξιολόγησης της αυτοσυμπόνιας	Cronbach's alpha	Αριθμός ερωτήσεων
<i>Καλοσύνη προς τον εαυτό</i>	0,813	5
<i>Κριτική προς τον εαυτό</i>	0,716	5
<i>Οικουμενικότητα/Κοινός ανθρωπισμός</i>	0,713	4
<i>Απομόνωση</i>	0,758	4
<i>Ενσυνειδητότητα</i>	0,713	4
<i>Υπερβολική Ταύτιση-Αποφυγή</i>	0,745	4
Σύνολο ερωτήσεων SCS	0,905	26

«Κλίμακα Μέτρησης της Επίγνωσης της Προσοχής και Συνείδησης» (Mindful Attention Awareness Scale, MAAS)

Το MAAS αποτελεί μία κλίμακα 15 ερωτήσεων που έχει σχεδιαστεί για να εκτιμήσει ένα βασικό χαρακτηριστικό της ενσυνειδητότητας, δηλαδή την τάση που έχει κάποιος να λειτουργεί χωρίς να εστιάζει την προσοχή του στην παρούσα στιγμή (Mantzios et al., 2013). Η κλίμακα δημιουργήθηκε από τους Ryan & Brown (2003). Η στάθμιση του ερωτηματολογίου στον ελληνικό πληθυσμό πραγματοποιήθηκε από τους Mantzios et al., (2013) με τη συμμετοχή 433 προπτυχιακών φοιτητών ηλικίας 18 έως 29 ετών. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, δεν περιλαμβάνονται άλλα στοιχεία της ενσυνειδητότητας στην κλίμακα, όπως για παράδειγμα η μη επικριτική συμπεριφορά, καθώς η επίγνωση και η προσοχή στην παρούσα στιγμή αποτελούν τα βασικότερα συστατικά της έννοιας αυτής (Ryan & Brown, 2003).

Οι απαντήσεις δίνονται σε μία εξαβάθμια κλίμακα τύπου Likert, όπου το 1 ισούται με «σχεδόν πάντα» και το 6 με «σχεδόν ποτέ». Ειδικότερα, η ελάχιστη βαθμολογία της κλίμακας MAAS είναι 15 και η μέγιστη βαθμολογία είναι 90. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία, τόσο υψηλότερο είναι το επίπεδο της ενσυνειδητότητας. Για την βαθμολόγηση της κλίμακας κρίνεται σκόπιμο να υπολογίζεται ο συνολικός μέσος όρος των ερωτήσεων (Mantzios et al., 2013).

Αναφορικά με τον δείκτη αξιοπιστίας του εργαλείου υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach's alpha, ο οποίος είναι υψηλός ($\alpha=0.872$) για τη συνολική κλίμακα της ενσυνειδητότητας, υποδεικνύοντας υψηλή αξιοπιστία του εργαλείου (βλ. Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Δείκτης αξιοπιστίας MAAS

Ερευνητικό εργαλείο αξιολόγησης της επίγνωσης προσοχής και συνείδησης	Cronbach's alpha	Αριθμός ερωτήσεων
<i>Ενσυνειδητότητα</i>	0,872	15

«Κλίμακα Μέτρησης του Ψυχολογικού Ευ Ζην» (Psychological Well-Being Scales – Short Scale, PWBS)

Η κλίμακα του ψυχολογικού ευ ζην δημιουργήθηκε από τη Ryff (1989). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο αποτελείται από 84 δηλώσεις. Η στάθμιση του ερωτηματολογίου στον ελληνικό πληθυσμό πραγματοποιήθηκε από τη Λεοντοπούλου (2012).

Ειδικότερα, η συνολική κλίμακα του ψυχολογικού ευ ζην χωρίζεται σε 6 υποκλίμακες (Ryff, 2014):

1.Αυτονομία “Autonomy”: ο συγκεκριμένος τομέας περιλαμβάνει 14 ερωτήματα και διερευνά την ανεξαρτησία των ατόμων. Ειδικότερα, άτομα με υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα αυτή, έχουν την ικανότητα αυτοπροσδιορισμού και αυτορρύθμισης, καθώς κατορθώνουν να αντιστέκονται στις κοινωνικές πιέσεις και να αξιολογούν τον εαυτό τους με βάση προσωπικές αξίες. Αντιθέτως, άτομα με χαμηλή βαθμολογία δε βασίζονται σε δικές τους κρίσεις για τη λήψη αποφάσεων και υποκύπτουν σε κοινωνικές πιέσεις, καθώς ανησυχούν για τις προσδοκίες και αξιολογήσεις των άλλων.

2.Κυριαρχία στο περιβάλλον “Environmental mastery”: περιλαμβάνει 14 ερωτήματα, τα οποία αποσκοπούν στη διερεύνηση της αίσθησης κυριαρχίας. Άτομα με υψηλή βαθμολογία διαχειρίζονται καλά το περιβάλλον τους, χρησιμοποιώντας αποτελεσματικά ευκαιρίες που παρουσιάζονται και επιλέγοντας ή δημιουργώντας περιβαλλοντικές συνθήκες με βάση τις προσωπικές τους ανάγκες και αξίες. Από την άλλη, άτομα με χαμηλή βαθμολογία δυσκολεύονται στις καθημερινές εργασίες, καθώς αισθάνονται ανίκανα να τροποποιήσουν τις συνθήκες τους περιβάλλοντός τους.

3.Προσωπική ανάπτυξη “Personal growth”: η θεματική αυτή ενότητα απαρτίζεται από 14 ερωτήματα, τα οποία εξετάζουν την αίσθηση διαρκούς ανάπτυξης. Άτομα με υψηλές βαθμολογίες σε αυτή την υποκλίμακα αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους ως αναπτυσσόμενο και διευρυνόμενο, βιώνοντας αυτοβελτίωση και εξέλιξη. Αντίθετα, χαμηλή βαθμολογία είναι ενδεικτική μιας αίσθησης προσωπικής στασιμότητας, πλήξης, έλλειψης ενδιαφέροντος για ζωή και ανικανότητας για ανάπτυξη νέων στάσεων και συμπεριφορών.

4.Θετικές σχέσεις με άλλους “Positive relationships”: ο τομέας αυτός περιλαμβάνει 14 ερωτήματα και αναζητά την ύπαρξη σχέσεων εμπιστοσύνης με τους άλλους. Συγκεκριμένα, υψηλές βαθμολογίες σε αυτή την υποκλίμακα υποδεικνύουν για τα άτομα ενδιαφέρον για την ευημερία των άλλων, ενσυναίσθηση, στοργή, οικειότητα καθώς και κατανόηση του δούνα και λαβείν. Από την άλλη μεριά, όσοι εμφανίζουν χαμηλή βαθμολογία έχουν περιορισμένες και προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς δυσκολεύονται να ανοιχτούν και να εκφραστούν στους άλλους.

5.Σκοπός στη ζωή “Purpose in life”: ο τομέας αυτός ενσωματώνει 14 ερωτήματα και η υψηλή βαθμολογία συνεπάγεται επαρκή στοχοθεσία, αίσθηση κατεύθυνσης και νοήματος, καθώς και ύπαρξη πεποιθήσεων που δίνουν σκοπό στη ζωή. Χαμηλή βαθμολογία δηλώνει απουσία σκοπού, νοήματος και κατεύθυνσης στη ζωή.

6.Αποδοχή του εαυτού “Self-acceptance”: ο τομέας της αυτο-αποδοχής περιλαμβάνει 14 ερωτήματα και αναφέρεται σε μια θετική στάση απέναντι στον εαυτό. Συγκεκριμένα, όσοι πετυχαίνουν υψηλές βαθμολογίες φαίνεται να δέχονται τις πολύπλευρες και αντικρουόμενες πτυχές του χαρακτήρα τους και αισθάνονται καλά για το παρελθόν τους. Όσοι δεν επιτύχουν υψηλή βαθμολογία χαρακτηρίζονται από αισθήματα δυσαρέσκειας και απογοήτευσης για το παρελθόν και για τον εαυτό τους.

Οι απαντήσεις των ερωτήσεων δίνονται σε μια εξαβάθμια κλίμακα τύπου Likert που κυμαίνεται από το 1 «διαφωνώ πολύ» έως το 6 «συμφωνώ πολύ». Επιπροσθέτως, οι αρνητικά διατυπωμένες δηλώσεις της κλίμακας αντιστρέφονται. Από το άθροισμα των υποκλιμάκων εξάγεται βαθμολογία για το Συνολικό Ευ Ζην. Μάλιστα, υψηλότερη βαθμολογία καταδεικνύει υψηλότερη αίσθηση Ευ Ζην (Λεοντοπούλου, 2012· Leontoroulou & Triliva, 2012).

Αναφορικά με τον δείκτη αξιοπιστίας του εργαλείου υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach’s alpha, ο οποίος είναι υψηλός ($\alpha=0,958$) για τη συνολική κλίμακα του ψυχολογικού ευ ζην. Αξιόπιστοι παρουσιάζονται και οι συντελεστές Cronbach’s alpha για τις έξι υποκλίμακες που κυμαίνονταν από 0.762 έως 0.911. Ειδικότερα, για την υποκλίμακα της αυτονομίας είναι ($\alpha=0,840$), για την υποκλίμακα της κυριαρχίας στο περιβάλλον ($\alpha=0,838$), για την προσωπική ανάπτυξη ($\alpha=0,762$), για τις θετικές σχέσεις με άλλους ($\alpha=0,876$), για τον σκοπό στη ζωή ($\alpha=0,835$) και για την υποκλίμακα της αποδοχής του εαυτού ($\alpha=0,911$). Οι παραπάνω δείκτες αποτυπώνουν την υψηλή αξιοπιστία του εργαλείου τόσο για κάθε μία από τις υποκλίμακες ξεχωριστά όσο και για το σύνολο των 84 ερωτήσεων (βλ. Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Δείκτες αξιοπιστίας PWBS

Ερευνητικό εργαλείο αξιολόγησης του ψυχολογικού ευ ζην	Cronbach’s alpha	Αριθμός Ερωτήσεων
<i>Αυτονομία</i>	0,840	14
<i>Κυριαρχία στο περιβάλλον</i>	0,838	14
<i>Προσωπική Ανάπτυξη</i>	0,762	14
<i>Θετικές Σχέσεις με άλλους</i>	0,876	14
<i>Σκοπός της ζωής</i>	0,835	14
<i>Αποδοχή του εαυτού</i>	0,911	14
Σύνολο ερωτήσεων PWBS	0,958	84

6.3 Διαδικασία συλλογής ερευνητικών δεδομένων

Η διαδικασία συλλογής του δείγματος πραγματοποιήθηκε από τον Νοέμβριο του 2020 έως τον Μάρτιο του 2021. Συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στους συμμετέχοντες δια ζώσης, μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας, μέσω ταχυδρομείου, αλλά και διαδικτυακά με τη μορφή ηλεκτρονικής φόρμας (Google Forms). Το δείγμα της παρούσας μελέτης ήταν μη πιθανοτικό, καθώς η έρευνα εστιάζει σε άτομα με Σωματική Αναπηρία, Οπτική Αναπηρία, Ακουστική Αναπηρία, Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Σακχαρώδη Διαβήτη, Καρκίνο, Επιληψία, Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο, Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις του Εντέρου, Παθήσεις του Θυροειδούς Αδένα. Ειδικότερα, πρόκειται για μία συγχρονική μελέτη που διεξήχθη σύμφωνα με τα Ηθικά Πρότυπα της Διακήρυξης του World Medical Association του Ελσίνκι (2002).

Το δείγμα της έρευνας συγκεντρώθηκε κατά κύριο λόγο από Σωματεία και Συλλόγους. Αναλυτικότερα, οι συμμετέχοντες προέρχονταν από διάφορες περιοχές της Ελλάδας, με κυριότερες τα Ιωάννινα, την Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη, την Κρήτη, τη Λάρισα και την Άρτα. Η επαφή με τα Σωματεία και τους Συλλόγους πραγματοποιήθηκε είτε τηλεφωνικώς είτε με τη χρήση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, όπου και ενημερώθηκαν σχετικά με το περιεχόμενο της έρευνας. Όλοι οι συμμετέχοντες διαβεβαιώθηκαν για τη τήρηση της ανωνυμίας, καθώς τα στοιχεία θα συλλέγονταν αποκλειστικά για ερευνητικό σκοπό.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χορήγηση ερωτηματολογίου ατομικής συμπλήρωσης, καθώς αποτελεί ένα εύχρηστο και βολικό μέσο, που οι συμμετέχοντες μπορούν να συμπληρώσουν όποτε επιθυμούν και χωρίς χρονική πίεση. Επιπροσθέτως, χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις κλειστού τύπου, καθώς με αυτό τον τρόπο διευκολύνεται η συμπλήρωση από τους ερωτώμενους και παράλληλα καθίσταται ευκολότερη η επεξεργασία των απαντήσεων (Bryman, 2017).

6.4 Περιγραφική ανάλυση δείγματος

Η δομή του δείγματος ως προς τα δημογραφικά του χαρακτηριστικά περιλαμβάνει το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, την επαγγελματική κατάσταση και το μηνιαίο εισόδημα. Επιπροσθέτως, ενσωματώνονται ερωτήματα για την ύπαρξη χόμπι, τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον, τη λήψη ψυχολογικής υποστήριξης και την αξιολόγηση της κοινωνικής υποστήριξης. Τέλος, απαρτίζεται από πληροφορίες αναφορικά με το είδος της αναπηρίας, τη προέλευση και το χρονικό διάστημα.

Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος 600 άτομα, εκ των οποίων οι 550 ήταν άτομα με αναπηρία/χρόνια πάθηση και οι 50 άτομα χωρίς αναπηρία/χρόνια πάθηση. Ειδικότερα, τα 550 άτομα με αναπηρία/χρόνια πάθηση κατανέμονταν ισάριθμα σε άτομα με Σωματική Αναπηρία, Οπτική Αναπηρία, Ακουστική Αναπηρία, Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Σακχαρώδη Διαβήτη, Καρκίνο, Επιληψία, Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο, Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις του Εντέρου και Παθήσεις του Θυροειδούς Αδένα. Σε κάθε κατηγορία αναπηρίας/χρόνιας πάθησης συμπεριλήφθηκαν από 50 άτομα.

Αναφορικά με το φύλο, από το σύνολο των 600 ατόμων, οι 144 ήταν άντρες (ποσοστό 24%) και οι 456 γυναίκες (ποσοστό 76%). Στην κατηγορία των ατόμων χωρίς αναπηρία/χρόνια πάθηση έλαβαν μέρος 11 άνδρες (ποσοστό 22%) και 39 γυναίκες (ποσοστό 78%). Ανά κατηγορία αναπηρίας/χρόνιας πάθησης συμμετείχαν με σωματική αναπηρία 30 άνδρες (ποσοστό 60%) και 20 γυναίκες (ποσοστό 40%), με οπτική αναπηρία 25 άνδρες (ποσοστό 50%) και 25 γυναίκες (ποσοστό 50%), με ακουστική αναπηρία 13 άνδρες (ποσοστό 26%) και 37 γυναίκες (ποσοστό 74%), με σκλήρυνση κατά πλάκας 12 άνδρες (ποσοστό 24%) και 38 γυναίκες (ποσοστό 76%), με σακχαρώδη διαβήτη 15 άνδρες (ποσοστό 30%) και 35 γυναίκες (ποσοστό 70%), με καρκίνο 12 άνδρες (ποσοστό 24%) και 38 γυναίκες (ποσοστό 76%), με επιληψία 9 άνδρες (ποσοστό 18%) και 41 γυναίκες (ποσοστό 82%), με ρευματοειδή αρθρίτιδα 4 άνδρες (ποσοστό 8%) και 46 γυναίκες (ποσοστό 92%), με ερυθριματώδη λύκο 3 άνδρες (ποσοστό 6%) και 47 γυναίκες (ποσοστό 94%), με παθήσεις του εντέρου 5 άνδρες (ποσοστό 10%) και 45 γυναίκες (ποσοστό 90%) και με παθήσεις του θυροειδούς αδένος 6 άνδρες (ποσοστό 12%) και 44 γυναίκες (ποσοστό 88%) (βλ. Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο

Κατηγορίες	Σωματική Αναπηρία		Οπτική Αναπηρία		Ακουστική Αναπηρία		Σκλήρυνση κατά πλάκας		Σακχαρώδης Διαβήτης		Καρκίνος		Επιληψία		Ρευματοειδής Αρθρίτιδα		Συστηματικός Ερυθριματώδης Λόκος		Παθήσεις Εντέρου		Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα		Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση		Συνολικό δείγμα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
άνδρας	30	60	25	50	13	26	12	24	15	30	12	24	9	18	4	8	3	6	5	10	6	12	11	22	144	24
γυναίκα	20	40	25	50	37	74	38	76	35	70	38	76	41	82	46	92	47	94	45	90	44	88	39	78	456	76

Ως προς την ηλικία, στο σύνολο συμμετείχαν 4 άτομα <18 ετών (ποσοστό 0,7%), 55 άτομα 18-25 ετών (ποσοστό 9,2%), 121 άτομα 26-35 ετών (ποσοστό 20,2%), 194 άτομα 36-45 ετών (ποσοστό 32,3%), 134 άτομα 46-55 ετών (ποσοστό 22,3%) και 92 άτομα ηλικίας >55 ετών (ποσοστό 15,3%). Στην κατηγορία των ατόμων χωρίς αναπηρία/χρόνια πάθηση έλαβαν μέρος 9 άτομα 18-25 ετών (ποσοστό 18%), 14 άτομα 26-35 ετών (ποσοστό 28%), 16 άτομα 36-45 ετών (ποσοστό 32%), 8 άτομα 46-55 ετών (ποσοστό 16%) και 3 άτομα ηλικίας >55 ετών (ποσοστό 6%). Στα άτομα με σωματική αναπηρία ήταν 5 άτομα 18-25 ετών (ποσοστό 10%), 6 άτομα 26-35 ετών (ποσοστό 12%), 15 άτομα 36-45 ετών (ποσοστό 30%), 12 άτομα 46-55 ετών (ποσοστό 24%) και 12 άτομα ηλικίας >55 ετών (ποσοστό 24%). Στα άτομα με οπτική αναπηρία 1 άτομο ήταν ηλικίας <18 ετών (ποσοστό 2%), 8 άτομα 18-25 ετών (ποσοστό 16%), 11 άτομα 26-35 ετών (ποσοστό 22%), 11 άτομα 36-45 ετών (ποσοστό 22%), 11 άτομα 46-55 ετών (ποσοστό 22%) και 8 άτομα ηλικίας >55 ετών (ποσοστό 16%). Στην κατηγορία των ατόμων με ακουστική αναπηρία συμμετείχαν 1 άτομο ηλικίας <18 ετών (ποσοστό 2%), 8 άτομα 18-25 ετών (ποσοστό 16%), 10 άτομα 26-35 ετών (ποσοστό 20%), 16 άτομα 36-45 ετών (ποσοστό 32%), 8 άτομα 46-55 ετών (ποσοστό 16%) και 7 άτομα ηλικίας >55 ετών (ποσοστό 14%). Από τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας 2 ήταν 18-25 ετών (ποσοστό 4%), 11 άτομα 26-35 ετών (ποσοστό 22%), 14 άτομα 36-45 ετών (ποσοστό

28%), 13 άτομα 46-55 ετών (ποσοστό 26%) και 10 άτομα >55 ετών (ποσοστό 20%). Στην κατηγορία του σακχαρώδη διαβήτη 7 άτομα ήταν 18-25 ετών (ποσοστό 14%), 6 άτομα 26-35 ετών (ποσοστό 12%), 19 άτομα 36-45 ετών (ποσοστό 38%), 14 άτομα 46-55 ετών (ποσοστό 28%) και 4 άτομα ηλικίας >55 ετών (ποσοστό 8%). Από τα άτομα με καρκίνο 5 άτομα ήταν 26-35 ετών (ποσοστό 10%), 12 άτομα 36-45 ετών (ποσοστό 24%), 18 άτομα 46-55 ετών (ποσοστό 36%) και 15 άτομα ηλικίας >55 ετών (ποσοστό 30%). Παράλληλα, στα άτομα με επιληψία έλαβαν μέρος 1 άτομο ηλικίας <18 ετών (ποσοστό 2%), 3 άτομα 18-25 ετών (ποσοστό 6%), 17 άτομα 26-35 ετών (ποσοστό 34%), 21 άτομα 36-45 ετών (ποσοστό 42%), 4 άτομα 46-55 ετών (ποσοστό 8%) και 4 άτομα ηλικίας >55 ετών (ποσοστό 8%). Από τα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα ήταν 1 ηλικίας 18-25 ετών (ποσοστό 2%), 9 ηλικίας 26-35 ετών (ποσοστό 18%), 21 ηλικίας 36-45 ετών (ποσοστό 42%), 13 ηλικίας 46-55 ετών (ποσοστό 26%) και 6 άτομα ηλικίας >55 ετών (ποσοστό 12%). Ταυτοχρόνως, τα άτομα με ερυθματώδη λύκο κατανέμονταν ηλικιακά σε 1 άτομο ηλικίας <18 ετών (ποσοστό 2%), 2 άτομα 18-25 ετών (ποσοστό 4%), 11 άτομα 26-35 ετών (ποσοστό 22%), 14 άτομα 36-45 ετών (ποσοστό 28%), 14 άτομα 46-55 ετών (ποσοστό 28%) και 8 άτομα ηλικίας >55 ετών (ποσοστό 16%). Στην κατηγορία των παθήσεων του εντέρου έλαβαν μέρος 6 άτομα 18-25 ετών (ποσοστό 12%), 15 άτομα 26-35 ετών (ποσοστό 30%), 15 άτομα 36-45 ετών (ποσοστό 30%), 9 άτομα 46-55 ετών (ποσοστό 18%) και 5 άτομα ηλικίας >55ετών (ποσοστό 10%). Τέλος, αναφορικά με τις παθήσεις του θυροειδούς αδένος 4 άτομα ήταν 18-25 ετών (ποσοστό 8%), 6 άτομα 26-35 ετών (ποσοστό 12%), 20 άτομα 36-45 ετών (ποσοστό 40%), 10 άτομα 46-55 ετών (ποσοστό 20%) και 10 άτομα ηλικίας >55 ετών (ποσοστό 20%) (βλ. Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Κατανομή του δείγματος ως προς την ηλικία

Κατηγορίες	Σωματική Αναπηρία		Οπτική Αναπηρία		Ακουστική Αναπηρία		Σκέληρυνση κατά πλάκας		Σακχαρώδης Διαβήτης		Καρκίνος		Επιληψία		Ρευματοειδής Αρθρίτιδα		Συστηματικός Ερθηματώδης Λύκος		Παθήσεις Εντέρου		Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα		Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση		Συνολικό δείγμα			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<18	0	0	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0,7
18-25	5	10	8	16	8	16	2	4	7	14	0	0	3	6	1	2	2	4	6	12	4	8	9	18	55	9,2		
26-35	6	12	11	22	10	20	11	22	6	12	5	10	17	34	9	18	11	22	15	30	6	12	14	28	121	20,2		
36-45	15	30	11	22	16	32	14	28	19	38	12	24	21	42	21	42	14	28	15	30	20	40	16	32	194	32,3		
46-55	12	24	11	22	8	16	13	26	14	28	18	36	4	8	13	26	14	28	9	18	10	20	8	16	134	22,3		
>55	12	24	8	16	7	14	10	20	4	8	15	30	4	8	6	12	8	16	5	10	10	20	3	6	92	15,3		

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση του συνολικού δείγματος, 279 άτομα ήταν έγγαμα (ποσοστό 46,5%), 168 άγαμα (ποσοστό 28%), 76 σε σχέση (ποσοστό 12,7%), 60 διαζευγμένα (ποσοστό 10%) και 17 σε κατάσταση χηρείας (ποσοστό 2,8%). Στα άτομα χωρίς αναπηρία/χρόνια πάθηση, 22 άτομα ήταν έγγαμα (ποσοστό 44%), 20 άγαμα (ποσοστό 40%),

6 σε σχέση (ποσοστό 12%), 1 διαζευγμένο (ποσοστό 2%) και 1 σε κατάσταση χηρείας (ποσοστό 2%). Στα άτομα με σωματική αναπηρία 22 ήταν έγγαμοι (ποσοστό 44%), 18 άγαμοι (ποσοστό 36%), 3 σε σχέση (ποσοστό 6%), 4 διαζευγμένοι (ποσοστό 8%) και 3 σε κατάσταση χηρείας (ποσοστό 6%). Στα άτομα με οπτική αναπηρία 16 ήταν έγγαμοι (ποσοστό 32%), 23 άγαμοι (ποσοστό 46%), 7 σε σχέση (ποσοστό 14%), 3 διαζευγμένοι (ποσοστό 6%) και 1 σε κατάσταση χηρείας (ποσοστό 2%). Από τα άτομα με ακουστική αναπηρία 18 ήταν έγγαμοι (ποσοστό 36%), 20 άγαμοι (ποσοστό 40%), 4 σε σχέση (ποσοστό 8%), 5 διαζευγμένοι (ποσοστό 10%) και 3 σε κατάσταση χηρείας (ποσοστό 6%). Μεταξύ των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας οι 26 ήταν έγγαμοι (ποσοστό 52%), 12 άγαμοι (ποσοστό 24%), 7 σε σχέση (ποσοστό 14%), 3 διαζευγμένοι (ποσοστό 6%) και 2 σε κατάσταση χηρείας (ποσοστό 4%). Στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη συμπεριλαμβάνονταν 21 έγγαμοι (ποσοστό 42%), 16 άγαμοι (ποσοστό 32%), 7 σε σχέση (ποσοστό 14%), 4 διαζευγμένοι (ποσοστό 8%) και 2 σε κατάσταση χηρείας (ποσοστό 4%). Στα άτομα με καρκίνο έλαβαν μέρος 25 άτομα έγγαμοι (ποσοστό 50%), 10 άγαμοι (ποσοστό 20%), 4 σε σχέση (ποσοστό 8%), 9 διαζευγμένοι (ποσοστό 18%) και 2 σε κατάσταση χηρείας (ποσοστό 4%). Από τα άτομα με επιληψία, 26 ήταν έγγαμοι (ποσοστό 52%), 14 άγαμοι (ποσοστό 28%), 8 σε σχέση (ποσοστό 16%) και 2 διαζευγμένοι (ποσοστό 4%). Ταυτοχρόνως, στα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα συμπεριλήφθηκαν 24 έγγαμοι (ποσοστό 48%), 11 άγαμοι (ποσοστό 22%), 4 σε σχέση (ποσοστό 8%), 9 διαζευγμένοι (ποσοστό 18%) και 2 σε κατάσταση χηρείας (ποσοστό 4%). Η κατηγορία των ατόμων με συστηματικό ερυθρελάτη λυκοαπαρτίστηκε από 31 έγγαμους (ποσοστό 62%), 7 άγαμους (ποσοστό 14%), 5 σε σχέση (ποσοστό 10%) και 7 διαζευγμένους (ποσοστό 14%). Στα άτομα με παθήσεις του εντέρου ήταν 23 άτομα έγγαμοι (ποσοστό 46%), 8 άγαμοι (ποσοστό 16%), 14 σε σχέση (ποσοστό 28%) και 5 διαζευγμένοι (ποσοστό 10%). Τέλος, στην κατηγορία των ατόμων με παθήσεις του θυροειδούς αδένα υπήρξαν 25 άτομα έγγαμοι (ποσοστό 50%), 9 άγαμοι (ποσοστό 18%), 7 σε σχέση (ποσοστό 14%), 8 διαζευγμένοι (ποσοστό 16%) και 1 σε κατάσταση χηρείας (ποσοστό 2%) (βλ. Πίνακας 6).

Πίνακας 6: Κατανομή του δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Κατηγορίες	Σωματική Αναπηρία		Οπτική Αναπηρία		Ακουστική Αναπηρία		Σκλήρυνση κατά πλάκας		Σακχαρώδης Διαβήτης		Καρκίνος		Επιληψία		Ρευματοειδής Αρθρίτιδα		Συστηματικός Ερυθρελάτης		Παθήσεις Εντέρου		Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα		Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση		Συνολικό δείγμα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
έγγαμος/η	22	44	16	32	18	36	26	52	21	42	25	50	26	52	24	48	31	62	23	46	25	50	22	44	279	46,5
άγαμο/η	18	36	23	46	20	40	12	24	16	32	10	20	14	28	11	22	7	14	8	16	9	18	20	40	168	28
σε σχέση	3	6	7	14	4	8	7	14	7	14	4	8	8	16	4	8	5	10	14	28	7	14	6	12	76	12,7
διαζευγμ.	4	8	3	6	5	10	3	6	4	8	9	18	2	4	9	18	7	14	5	10	8	16	1	2	60	10
χήρος/α	3	6	1	2	3	6	2	4	2	4	2	4	0	0	2	4	0	0	0	0	1	2	1	2	17	2,8

Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων του συνολικού δείγματος, 5 άτομα ήταν μαθητές (ποσοστό 0,8%), 34 φοιτητές (ποσοστό 5,7%), 10 απόφοιτοι δημοτικού (ποσοστό 1,7%), 32 απόφοιτοι γυμνασίου (ποσοστό 5,3%), 111 απόφοιτοι λυκείου (ποσοστό 18,5%), 127 απόφοιτοι ΙΕΚ (ποσοστό 21,2%), 190 απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (ποσοστό 31,7%), 89 κάτοχοι μεταπτυχιακού (ποσοστό 14,3%) και 5 κάτοχοι διδακτορικού (ποσοστό 0,8%). Από τα άτομα χωρίς αναπηρία/χρόνια πάθηση, 5 άτομα ήταν φοιτητές (ποσοστό 10%), 5 απόφοιτοι λυκείου (ποσοστό 10%), 10 απόφοιτοι ΙΕΚ (ποσοστό 20%), 19 απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (ποσοστό 38%) και 11 κάτοχοι μεταπτυχιακού (ποσοστό 22%). Στα άτομα με σωματική αναπηρία, 3 φοιτητές (ποσοστό 6%), 2 απόφοιτοι δημοτικού (ποσοστό 4%), 5 απόφοιτοι γυμνασίου (ποσοστό 10%), 12 απόφοιτοι λυκείου (ποσοστό 24%), 9 απόφοιτοι ΙΕΚ (ποσοστό 18%), 14 απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (ποσοστό 28%) και 5 κάτοχοι μεταπτυχιακού (ποσοστό 10%). Η κατηγορία των ατόμων με οπτική αναπηρία, ως προς το μορφωτικό επίπεδο απαρτιζόταν από 2 μαθητές (ποσοστό 4%), 7 φοιτητές (ποσοστό 14%), 2 απόφοιτους δημοτικού (ποσοστό 4%), 3 απόφοιτους γυμνασίου (ποσοστό 6%), 8 απόφοιτους λυκείου (ποσοστό 16%), 9 απόφοιτους ΙΕΚ (ποσοστό 18%), 12 απόφοιτους ΑΕΙ/ΤΕΙ (ποσοστό 24%), 6 κατόχους μεταπτυχιακού (ποσοστό 12%) και 1 κάτοχο διδακτορικού (ποσοστό 2%). Στα άτομα με ακουστική αναπηρία περιλήφθηκαν, 1 μαθητής (ποσοστό 2%), 4 φοιτητές (ποσοστό 8%), 1 απόφοιτος γυμνασίου (ποσοστό 2%), 8 απόφοιτοι λυκείου (ποσοστό 16%), 9 απόφοιτοι ΙΕΚ (ποσοστό 18%), 21 απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (ποσοστό 24%) και 6 κάτοχοι μεταπτυχιακού (ποσοστό 12%). Συνεχίζοντας, στην κατηγορία των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας έλαβαν μέρος 1 φοιτητής (ποσοστό 2%), 3 απόφοιτοι γυμνασίου (ποσοστό 6%), 12 απόφοιτοι λυκείου (ποσοστό 24%), 8 απόφοιτοι ΙΕΚ (ποσοστό 16%), 11 απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (ποσοστό 22%) και 15 κάτοχοι μεταπτυχιακού (ποσοστό 30%). Παράλληλα, τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη απαρτίζονταν από 4 φοιτητές (ποσοστό 8%), 2 απόφοιτους δημοτικού (ποσοστό 4%), 1 απόφοιτο γυμνασίου (ποσοστό 2%), 10 απόφοιτους λυκείου (ποσοστό 20%), 12 απόφοιτους ΙΕΚ (ποσοστό 24%), 16 απόφοιτους ΑΕΙ/ΤΕΙ (ποσοστό 32%), 4 κατόχους μεταπτυχιακού (ποσοστό 8%) και 1 κάτοχο διδακτορικού (ποσοστό 2%). Στα άτομα με καρκίνο συμπεριλήφθηκαν 1 φοιτητής (ποσοστό 2%), 1 απόφοιτος δημοτικού (ποσοστό 2%), 1 απόφοιτος γυμνασίου (ποσοστό 2%), 17 απόφοιτοι λυκείου (ποσοστό 34%), 11 απόφοιτοι ΙΕΚ (ποσοστό 22%), 11 απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (ποσοστό 22%) και 8 κάτοχοι μεταπτυχιακού (ποσοστό 16%). Στα άτομα με επιληψία του δείγματος υπήρξαν 1 μαθητής (ποσοστό 2%), 2 φοιτητές (ποσοστό 4%), 1 απόφοιτος δημοτικού (ποσοστό 2%), 3 απόφοιτοι γυμνασίου (ποσοστό 6%), 9 απόφοιτοι λυκείου (ποσοστό 18%), 17 απόφοιτοι ΙΕΚ (ποσοστό 34%) και 17 απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (ποσοστό 34%). Ταυτοχρόνως, στην κατηγορία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας ως προς το μορφωτικό επίπεδο 1 συμμετέχων ήταν φοιτητής (ποσοστό 2%), 3 απόφοιτοι γυμνασίου (ποσοστό 6%), 7 απόφοιτοι λυκείου (ποσοστό 14%), 16 απόφοιτοι ΙΕΚ (ποσοστό 32%), 14 απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (ποσοστό 28%), 7 κάτοχοι μεταπτυχιακού (ποσοστό 14%) και 2 κάτοχοι διδακτορικού (ποσοστό 4 %). Στα άτομα με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο ήταν 1 μαθητής (ποσοστό 2%), 3 φοιτητές (ποσοστό 6%), 4 απόφοιτοι γυμνασίου (ποσοστό 8%), 5 απόφοιτοι λυκείου (ποσοστό 10%), 9 απόφοιτοι ΙΕΚ (ποσοστό 18%), 22 απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (ποσοστό 44%), και 6 κάτοχοι μεταπτυχιακού (ποσοστό 12%). Επίσης, τα άτομα που έλαβαν μέρος στην κατηγορία των παθήσεων του εντέρου αποτελούνταν από 3 φοιτητές (ποσοστό 6%), 2 απόφοιτους δημοτικού (ποσοστό 4%), 2 απόφοιτους γυμνασίου (ποσοστό 4%), 5 απόφοιτους λυκείου (ποσοστό 10%), 9

απόφοιτους ΙΕΚ (ποσοστό 18%), 15 απόφοιτους ΑΕΙ/ΤΕΙ (ποσοστό 30%) και 14 κατόχους μεταπτυχιακού (ποσοστό 28%). Τέλος, στα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένος 6 άτομα ήταν απόφοιτοι γυμνασίου (ποσοστό 12%), 13 απόφοιτοι λυκείου (ποσοστό 26%), 8 απόφοιτοι ΙΕΚ (ποσοστό 16%), 18 απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (ποσοστό 36%), 4 κάτοχοι μεταπτυχιακού (ποσοστό 8%) και 1 κάτοχος διδακτορικού (ποσοστό 2%) (βλ. Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Κατανομή του δείγματος ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Κατηγορίες	Σωματική Αναπηρία		Οπτική Αναπηρία		Ακουστική Αναπηρία		Σκλήρυνση κατά πλάκας		Σακχαρώδης Διαβήτης		Καρκίνος		Επιληψία		Ρευματοειδής Αρθρίτιδα		Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος		Παθήσεις Εντέρου		Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα		Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση		Συνολικό δείγμα		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Μορφ. Επίπεδο																											
μαθητής	0	0	2	4	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	5	0,8
φοιτητής	3	6	7	14	4	8	1	2	4	8	1	2	2	4	1	2	3	6	3	6	0	0	5	10	34	5,7	
δημοτικό	2	4	2	4	0	0	0	0	2	4	1	2	1	2	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	10	1,7	
γυμνάσιο	5	10	3	6	1	2	3	6	1	2	1	2	3	6	3	6	4	8	2	4	6	12	0	0	32	5,3	
λύκειο	12	24	8	16	8	16	12	24	10	20	17	34	9	18	7	14	5	10	5	10	13	26	5	10	111	18,5	
ΙΕΚ	9	18	9	18	9	18	8	16	12	24	11	22	17	34	16	32	9	18	9	18	8	16	10	20	127	21,2	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	14	28	12	24	21	42	11	22	16	32	11	22	17	34	14	28	22	44	15	30	18	36	19	38	190	31,7	
μεταπτ.	5	10	6	12	6	12	15	30	4	8	8	16	0	0	7	14	6	12	14	28	4	8	11	22	86	14,3	
διδακτ.	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	1	2	0	0	5	0,8	

Ως προς την επαγγελματική κατάσταση του συνολικού δείγματος, 299 άτομα εργάζονταν (ποσοστό 49,8%), 188 ήταν άνεργα (ποσοστό 31,3%) και 113 ήταν συνταξιούχοι (ποσοστό 18,9%). Αναφορικά με τα άτομα χωρίς αναπηρία/χρόνια πάθηση, 30 ήταν εργαζόμενοι (ποσοστό 60%), 16 άνεργοι (ποσοστό 32%) και 4 συνταξιούχοι (ποσοστό 8%). Στα άτομα με σωματική αναπηρία, 15 άτομα εργάζονταν (ποσοστό 30%), οι 19 ήταν άνεργοι (ποσοστό 38%) και οι 16 λάμβαναν σύνταξη (ποσοστό 32%). Ταυτοχρόνως, 24 άτομα με οπτική αναπηρία εργάζονταν (ποσοστό 48%), 12 ήταν άνεργοι (ποσοστό 24%) και οι 14 συνταξιούχοι (ποσοστό 28%). Στην κατηγορία των ατόμων με ακουστική αναπηρία η πλειοψηφία 23 εργάζονταν (ποσοστό 46%), 18 δεν εργάζονταν (ποσοστό 36%) και 9 άτομα ήταν συνταξιούχοι (ποσοστό 18%). Συνεχίζοντας, μεταξύ των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας 21 ήταν εργαζόμενοι (ποσοστό 42%), 12 άνεργοι (ποσοστό 24%) και 17 συνταξιούχοι (ποσοστό 34%). Στην κατηγορία των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη, υπήρξαν 25 εργαζόμενοι (ποσοστό 50%), 18 άνεργοι (ποσοστό 36%) και 7 συνταξιούχοι (ποσοστό 14%). Η ομάδα των ατόμων με καρκίνο απαρτιζόταν από 22 εργαζόμενους (ποσοστό 44%), 12 ανέργους (ποσοστό 24%) και 16 συνταξιούχους (ποσοστό 32%). Παράλληλα, μεταξύ των

ατόμων με επιληψία έλαβαν μέρος 23 άτομα που εργάζονταν (ποσοστό 46%), 22 άνεργα (ποσοστό 44%) και 5 που λάμβαναν σύνταξη (ποσοστό 10%). Στα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα, η πλειοψηφία των 27 ατόμων εργάζονταν (ποσοστό 54%), οι 16 ήταν άνεργοι (ποσοστό 32%) και οι 7 λάμβαναν σύνταξη (ποσοστό 14%). Ταυτοχρόνως, στην κατηγορία των ατόμων με συστηματικό ερυθματώδη λύκο 26 άτομα εργάζονταν (ποσοστό 52%), 15 δεν εργάζονταν (ποσοστό 30%) και 9 άτομα ήταν συνταξιούχοι (ποσοστό 18%). Αναφορικά με τα άτομα με παθήσεις του εντέρου, παρατηρήθηκε η παρουσία 35 εργαζομένων (ποσοστό 70%), 11 ανέργων (ποσοστό 22%) και 4 συνταξιούχων (ποσοστό 8%). Τέλος, μεταξύ των ατόμων με παθήσεις του θυροειδούς αδένος συμμετείχαν 28 εργαζόμενοι (ποσοστό 56%), 17 άνεργοι (ποσοστό 34%) και 5 συνταξιούχοι (ποσοστό 10%) (βλ. Πίνακας 8).

Πίνακας 8: Κατανομή του δείγματος ως προς την επαγγελματική κατάσταση

Κατηγορίες	Σωματική Αναπηρία		Οπτική Αναπηρία		Ακουστική Αναπηρία		Σκλήρυνση κατά πλάκας		Σακχαρώδης Διαβήτης		Καρκίνος		Επιληψία		Ρευματοειδής Αρθρίτιδα		Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος		Παθήσεις Εντέρου		Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα		Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση		Συνολικό δείγμα		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Επαγγελμ. Κατάσταση																											
Εργαζόμ.	15	30	24	48	23	46	21	42	25	50	22	44	23	46	27	54	26	52	35	70	28	56	30	60	299	49,8	
Άνεργος	19	38	12	24	18	36	12	24	18	36	12	24	22	44	16	32	15	30	11	22	17	34	16	32	188	31,3	
Συνταξ.	16	32	14	28	9	18	17	34	7	14	16	32	5	10	7	14	9	18	4	8	5	10	4	8	113	18,9	

Αναφορικά με το μηνιαίο εισόδημα από το συνολικό δείγμα οι 149 λάμβαναν 0-500€ (ποσοστό 29,8%), οι 235 λάμβαναν 501-1000€ (ποσοστό 39,2%), οι 127 κάθε μήνα είχαν απολαβές 1001-1500€ (ποσοστό 21,2%) και 59 άτομα είχαν απολαβές >1500€ (ποσοστό 9,8%). Στα άτομα χωρίς αναπηρία/χρόνια πάθηση παρατηρήθηκε πως οι 18 λάμβαναν 0-500€ (ποσοστό 36%), οι 15 λάμβαναν 501-1000€ (ποσοστό 30%), οι 13 λάμβαναν 1001-1500€ (ποσοστό 26%) και 4 άτομα λάμβαναν >1500€ (ποσοστό 8%). Στην κατηγορία των ατόμων με σωματική αναπηρία, οι 9 συμμετέχοντες λάμβαναν 0-500€ (ποσοστό 18%), 21 άτομα 501-1000€ (ποσοστό 42%), 12 άτομα 1001-1500€ (ποσοστό 24%) και 8 άτομα >1500€ (ποσοστό 16%). Συνεχίζοντας, στα άτομα με οπτική αναπηρία οι 12 είχαν απολαβές αξίας 0-500€ (ποσοστό 24%), οι 30 αξίας 501-1000€ (ποσοστό 60%), οι 5 απολαβές 1001-1500€ (ποσοστό 10%) και 3 άτομα λάμβαναν >1500€ (ποσοστό 6%). Από τους συμμετέχοντες με ακουστική αναπηρία οι 19 λάμβαναν απολαβές 0-500€ (ποσοστό 38%), οι 15 λάμβαναν 501-1000€ (ποσοστό 30%), οι 9 κάθε μήνα είχαν απολαβές 1001-1500€ (ποσοστό 18%) και 7 άτομα λάμβαναν >1500€ (ποσοστό 14%). Στην κατηγορία των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας, για 10 συμμετέχοντες οι απολαβές κυμαίνονταν 0-500€ (ποσοστό 20%), για 20 μεταξύ 501-1000€ (ποσοστό 40%), για 13 ήταν 1001-1500€ (ποσοστό 26%) και για 7 ήταν >1500€ (ποσοστό 14%). Παράλληλα, από τα άτομα με

σακχαρώδη διαβήτη λάμβαναν 17 συμμετέχοντες 0-500€ (ποσοστό 34%), 20 άτομα 501-1000€ (ποσοστό 40%), 10 άτομα 1001-1500€ (ποσοστό 20%) και 3 άτομα λάμβαναν >1500€ (ποσοστό 6%). Επιπροσθέτως, από τα άτομα με καρκίνο 14 λάμβαναν 0-500€ (ποσοστό 28%), οι 16 λάμβαναν 501-1000€ (ποσοστό 32%), οι 14 κάθε μήνα είχαν απολαβές 1001-1500€ (ποσοστό 28%) και 6 άτομα είχαν απολαβές >1500€ (ποσοστό 12%). Από τα άτομα με επιληψία που έλαβαν μέρος στην έρευνα 18 λάμβαναν μηνιαίως 0-500€ (ποσοστό 36%), 18 εισέπρατταν 501-1000€ (ποσοστό 36%), 7 λάμβαναν 1001-1500€ (ποσοστό 14%) και 7 λάμβαναν >1500€ (ποσοστό 14%). Αναφορικά με το μηνιαίο εισόδημα των ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα, παρατηρήθηκε ότι 16 είχαν αποδοχές 0-500€ (ποσοστό 32%), 16 αποδοχές 501-1000€ (ποσοστό 32%), 13 εισέπρατταν μηνιαίως 1001-1500€ (ποσοστό 26%) και 5 εισέπρατταν >1500€ (ποσοστό 10%). Εν συνεχεία, στα άτομα με συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο οι 16 είχαν απολαβές αξίας 0-500€ (ποσοστό 32%), οι 21 αξίας 501-1000€ (ποσοστό 42%), οι 11 απολαβές 1001-1500€ (ποσοστό 22%) και 2 άτομα λάμβαναν >1500€ (ποσοστό 4%). Ταυτοχρόνως, το μηνιαίο εισόδημα των ατόμων με παθήσεις του εντέρου ανέρχονταν για 10 άτομα 0-500€ (ποσοστό 20%), για 25 άτομα 501-1000€ (ποσοστό 50%), για 13 άτομα 1001-1500€ (ποσοστό 26%) και για 2 άτομα >1500€ (ποσοστό 4%). Τέλος, στα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένος παρατηρήθηκε πως λάμβαναν 20 συμμετέχοντες 0-500€ (ποσοστό 40%), 18 άτομα 501-1000€ (ποσοστό 36%), 7 άτομα 1001-1500€ (ποσοστό 14%) και 5 συμμετέχοντες λάμβαναν >1500€ (ποσοστό 10%) (βλ. Πίνακας 9).

Πίνακας 9: Κατανομή του δείγματος ως προς το μηνιαίο εισόδημα

Κατηγορίες	Σωματική Αναπηρία		Οπτική Αναπηρία		Ακουστική Αναπηρία		Σκλήρυνση κατά πλάκα		Σακχαρώδης Διαβήτης		Καρκίνος		Επιληψία		Ρευματοειδής Αρθρίτιδα		Συστηματικός Ερυθρηματώδης Λύκος		Παθήσεις Εντέρου		Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα		Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση		Συνολικό δείγμα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0-500	9	18	12	24	19	38	10	20	17	34	14	28	18	36	16	32	16	32	10	20	20	40	18	36	179	29,8
501-1000	21	42	30	60	15	30	20	40	20	40	16	32	18	36	16	32	21	42	25	50	18	36	15	30	235	39,2
1001-1500	12	24	5	10	9	18	13	26	10	20	14	28	7	14	13	26	11	22	13	26	7	14	13	26	127	21,2
>1500	8	16	3	6	7	14	7	14	3	6	6	12	7	14	5	10	2	4	2	4	5	10	4	8	59	9,8

Ως προς την ενασχόληση με κάποιο χόμπι, από το σύνολο του δείγματος 451 άτομα απάντησαν θετικά (ποσοστό 75,17%), ενώ 149 άτομα απάντησαν αρνητικά (ποσοστό 24,83%). Μεταξύ των ατόμων χωρίς αναπηρία/χρόνια πάθηση 43 άτομα απάντησαν πως είχαν χόμπι (ποσοστό 86%) και 7 άτομα δήλωσαν πως δεν είχαν κάποια ενασχόληση (ποσοστό 14%). Από τα άτομα με σωματική αναπηρία, 39 απάντησαν πως είχαν κάποιο χόμπι (ποσοστό 78%) και 11 πως δεν είχαν (ποσοστό 22%). Από τα άτομα με οπτική αναπηρία, 39 απάντησαν πως είχαν κάποιο χόμπι (ποσοστό 78%) και 11 πως δεν είχαν

(ποσοστό 22%). Στα άτομα με ακουστική αναπηρία απάντησαν πως είχαν κάποιο χόμπι 39 άτομα (ποσοστό 78%) και 11 πως δεν είχαν (ποσοστό 22%). Παράλληλα, τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας απάντησαν πως διέθεταν κάποιο χόμπι 34 άτομα (ποσοστό 68%) και 16 πως δε διέθεταν (ποσοστό 32%). Από τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη απάντησαν πως δραστηριοποιούνταν σε κάποιο χόμπι 39 άτομα (ποσοστό 78%) και 11 πως δεν είχαν (ποσοστό 22%). Συνεχίζοντας, από τα άτομα με καρκίνο ανέφεραν την ύπαρξη δραστηριότητας 40 άτομα (ποσοστό 80%) και 10 την απουσία (ποσοστό 20%). Μεταξύ των ατόμων με επιληψία 32 άτομα (ποσοστό 64%) είχαν χόμπι, ενώ 18 άτομα (ποσοστό 36%) όχι. Στα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα 39 είχαν χόμπι (ποσοστό 78 %) και 11 όχι (ποσοστό 22%). Παράλληλα, από τους συμμετέχοντες με συστηματικό ερυθματώδη λύκο 38 είχαν κάποια ασχολία (ποσοστό 76%), ενώ αντίθετα 12 δεν είχαν (ποσοστό 24%). Αναφορικά με τις παθήσεις του εντέρου παρατηρήθηκε πως 33 συμμετέχοντες ανέφεραν την παρουσία χόμπι (ποσοστό 66%) και 17 όχι (ποσοστό 34%). Τέλος, μεταξύ των ατόμων με παθήσεις του θυροειδούς αδένος υπήρξαν 36 άτομα που δραστηριοποιούνταν σε χόμπι (ποσοστό 72%) και 14 άτομα που δεν απασχολούνταν (ποσοστό 28%) (βλ. Πίνακας 10).

Πίνακας 10: Κατανομή του δείγματος ως προς την ύπαρξη χόμπι

Κατηγορίες	Σωματική Αναπηρία		Οπτική Αναπηρία		Ακουστική Αναπηρία		Σκλήρυνση κατά πλάκας		Σακχαρώδης Διαβήτης		Καρκίνος		Επιληψία		Ρευματοειδής Αρθρίτιδα		Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος		Παθήσεις Εντέρου		Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα		Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση		Συνολικό δείγμα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ναι	39	78	39	78	39	78	34	68	39	78	40	80	32	64	39	78	38	76	33	66	36	72	43	86	451	75,17
όχι	11	22	11	22	11	22	16	32	11	22	10	20	18	36	11	22	12	24	17	34	14	28	7	14	149	24,83

Αναφορικά με τον τρόπο διαβίωσης των ατόμων 106 (ποσοστό 17,67%) άτομα απάντησαν πως ζούσαν μόνα και 494 (82,33%) με άλλα άτομα. Μεταξύ των ατόμων χωρίς αναπηρία/χρόνια πάθηση οι 6 (ποσοστό 12%) ζούσαν μόνοι και οι 44 (ποσοστό 88%) με άλλα άτομα. Στην κατηγορία των ατόμων με σωματική αναπηρία υπήρξαν 11 άτομα (ποσοστό 22%) που διαβίωναν μόνοι και 39 άτομα (ποσοστό 78%) που ζούσαν με άλλα άτομα. Μεταξύ των ατόμων με οπτική αναπηρία 14 άτομα (ποσοστό 28%) ζούσαν μόνα και 36 (ποσοστό 72%) με άλλα άτομα. Συνεχίζοντας, αναφορικά με τον τρόπο διαβίωσης των ατόμων με ακουστική αναπηρία παρατηρήθηκε πως 11 άτομα (ποσοστό 22%) ζούσαν μόνα και 78 με άλλα άτομα (ποσοστό 43%). Μεταξύ των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας έλαβαν μέρος 7 άτομα (ποσοστό 14%) που ζούσαν μόνα και 43 (ποσοστό 86%), που ζούσαν με άλλα άτομα. Μεταξύ των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη, υπήρξαν 8 (ποσοστό 16%) που διαβίωναν μόνα και 42 (ποσοστό 84%) με άλλα άτομα. Στην ομάδα των ατόμων με καρκίνο συμμετείχαν 12 άτομα που ζούσαν μόνα (ποσοστό 24%) και 38 που ζούσαν με άλλα άτομα (ποσοστό 76%). Στα άτομα με επιληψία τα 10 ζούσαν μόνα (ποσοστό 20%) και τα 40 με άλλα άτομα (ποσοστό 80%). Επιπροσθέτως, στα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα τα 10

(ποσοστό 20%) διαβίωναν μόνα και τα 40 (ποσοστό 80%) με άλλα άτομα. Μεταξύ των ατόμων με συστηματικό ερυθματώδη λύκο 7 άτομα ζούσαν μόνα (ποσοστό 14%) και 43 άτομα (ποσοστό 43%) διαβίωναν από κοινού με άλλους. Στα άτομα με παθήσεις του εντέρου συμπεριλήφθηκαν 3 άτομα που ζούσαν μόνα (ποσοστό 6%) και 47 άτομα που ζούσαν με άλλα άτομα (ποσοστό 94%). Τέλος, στην κατηγορία των ατόμων με παθήσεις του θυροειδούς αδένος έλαβαν μέρος 7 άτομα που ζούσαν μόνα (ποσοστό 14%), καθώς και 43 άτομα που ζούσαν από κοινού με άλλα (ποσοστό 86%) (βλ. Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Κατανομή του δείγματος ως προς τον τρόπο διαβίωσης

Κατηγορίες	Σωματική Αναπηρία		Οπτική Αναπηρία		Ακουστική Αναπηρία		Σκλήρυνση κατά πλάκας		Σακχαρώδης Διαβήτης		Καρκίνος		Επιληψία		Ρευματοειδής Αρθρίτιδα		Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος		Παθήσεις Εντέρου		Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα		Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση		Συνολικό δείγμα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
μόνος	11	22	14	28	11	22	7	14	8	16	12	24	10	20	10	20	7	14	3	6	7	14	6	12	106	17,67
με άλλα άτομα	39	78	36	72	39	78	43	86	42	84	38	76	40	80	40	80	43	86	47	94	43	86	44	88	494	82,33

Αναφορικά με τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον από το συνολικό δείγμα 284 άτομα τη χαρακτήρισαν «εξαιρετική» (ποσοστό 47,33%), 245 άτομα «καλή» (ποσοστό 40,83%), 64 άτομα «μέτρια» (ποσοστό 10,67%) και 7 άτομα (ποσοστό 1,17%) «κακή». Στα άτομα χωρίς αναπηρία/χρόνια πάθηση 19 άτομα τη χαρακτήρισαν «εξαιρετική» (ποσοστό 38%), 25 άτομα «καλή» (ποσοστό 50%) και 6 άτομα «μέτρια» (ποσοστό 12%). Στην ομάδα των ατόμων με σωματική αναπηρία 22 άτομα τη χαρακτήρισαν «εξαιρετική» (ποσοστό 44%), 19 άτομα «καλή» (ποσοστό 38%) και 9 άτομα «μέτρια» (ποσοστό 18%). Μεταξύ των ατόμων με οπτική αναπηρία 28 άτομα ανέφεραν τη σχέση με συγγενείς και φίλους ως «εξαιρετική» (ποσοστό 56%), 17 άτομα ως «καλή» (ποσοστό 34%) και 5 άτομα ως «μέτρια» (ποσοστό 10 %). Συνεχίζοντας, στην κατηγορία των ατόμων με ακουστική αναπηρία 25 άτομα τη χαρακτήρισαν «εξαιρετική» (ποσοστό 50%), 24 άτομα «καλή» (ποσοστό 48%) και 1 άτομα «μέτρια» (ποσοστό 2%). Παράλληλα, μεταξύ των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας η σχέση με τα φιλικό συγγενικό περιβάλλον χαρακτηρίστηκε από 29 άτομα «εξαιρετική» (ποσοστό 58%), από 18 άτομα «καλή» (ποσοστό 36%) και από 3 άτομα «μέτρια» (ποσοστό 6%). Στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη η σχέση με φίλους και συγγενείς αξιολογήθηκε από 26 άτομα «εξαιρετική» (ποσοστό 52%), 18 άτομα «καλή» (ποσοστό 36%), 5 άτομα «μέτρια» (ποσοστό 10%) και 1 άτομο (ποσοστό 2%) «κακή». Στην κατηγορία των ατόμων με καρκίνο από τους συμμετέχοντες 22 (ποσοστό 44%) αξιολόγησαν τη σχέση «εξαιρετική», 23 άτομα «καλή» (ποσοστό 46%), 3 άτομα (ποσοστό 6%) «μέτρια» και 2 άτομα (ποσοστό 4%) «κακή». Συνεχίζοντας, στην κατηγορία των ατόμων με επιληψία 26 άτομα τη χαρακτήρισαν «εξαιρετική» (ποσοστό 52%), 15 άτομα «καλή» (ποσοστό 30%) και 9 άτομα «μέτρια» (ποσοστό 18%). Στα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα η σχέση με φίλους και συγγενείς αξιολογήθηκε από 22 άτομα «εξαιρετική» (ποσοστό 44%), 21 άτομα «καλή»

(ποσοστό 42%), 5 άτομα «μέτρια» (ποσοστό 10%) και 2 άτομα (ποσοστό 4%) «κακή». Στα άτομα με συστηματικό ερυθματώδη λύκο 25 άτομα τη χαρακτήρισαν «εξαιρετική» (ποσοστό 50%), 21 άτομα «καλή» (ποσοστό 42%), 3 άτομα «μέτρια» (ποσοστό 6%) και 1 άτομο (ποσοστό 2%) «κακή». Ταυτοχρόνως, στην κατηγορία των ατόμων με παθήσεις του εντέρου 20 άτομα τη χαρακτήρισαν «εξαιρετική» (ποσοστό 40%), 26 άτομα «καλή» (ποσοστό 52%) και 4 άτομα «μέτρια» (ποσοστό 8%). Τέλος, στην κατηγορία των ατόμων με παθήσεις του θυροειδούς αδένα από τους συμμετέχοντες 20 (ποσοστό 40%) αξιολόγησαν τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον «εξαιρετική», 18 άτομα «καλή» (ποσοστό 36%), 11 άτομα (ποσοστό 22%) «μέτρια» και 1 άτομο (ποσοστό 2%) «κακή» (βλ. Πίνακας 12).

Πίνακας 12: Κατανομή του δείγματος ως προς τη σχέση με το φιλικό/συγγενικό περιβάλλον

Κατηγορίες	Σωματική Αναπηρία		Οπτική Αναπηρία		Ακουστική Αναπηρία		Σκλήρυνση κατά πλάκας		Σακχαρώδης Διαβήτης		Καρκίνος		Επιληψία		Ρευματοειδής Αρθρίτιδα		Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος		Παθήσεις Εντέρου		Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα		Κεφαία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση		Συνολικό δείγμα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
εξαιρετική	22	44	28	56	25	50	29	58	26	52	22	44	26	52	22	44	25	50	20	40	20	40	19	38	284	47,33
καλή	19	38	17	34	24	48	18	36	18	36	23	46	15	30	21	42	21	42	26	52	18	36	25	50	245	40,83
μέτρια	9	18	5	10	1	2	3	6	5	10	3	6	9	18	5	10	3	6	4	8	11	22	6	12	64	10,67
κακή	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	4	0	0	2	4	1	2	0	4	1	2	0	0	7	1,17

Αναφορικά με τη λήψη ψυχολογικής υποστήριξης στο σύνολο του δείγματος 336 άτομα (ποσοστό 56%) δήλωσαν πως είχαν λάβει ή λαμβάνουν και 264 άτομα (ποσοστό 44%) πως δεν έχουν λάβει ποτέ. Στα άτομα χωρίς αναπηρία/χρόνια πάθηση 21 δήλωσαν πως έλαβαν στο παρελθόν ή λαμβάνουν τώρα (ποσοστό 42%) και 29 πως δεν έχουν λάβει ποτέ (ποσοστό 58%). Στην κατηγορία των ατόμων με σωματική αναπηρία 17 δήλωσαν πως έλαβαν στο παρελθόν ή λαμβάνουν τώρα (ποσοστό 34%) και 33 πως δεν έχουν λάβει ποτέ (ποσοστό 66%). Στην κατηγορία των ατόμων με οπτική αναπηρία 16 δήλωσαν πως έλαβαν στο παρελθόν ή λαμβάνουν τώρα (ποσοστό 32%) και 34 πως δεν έχουν λάβει ποτέ (ποσοστό 66%). Συνεχίζοντας, στην κατηγορία των ατόμων με ακουστική αναπηρία 25 δήλωσαν πως έλαβαν στο παρελθόν ή λαμβάνουν τώρα (ποσοστό 50%) και 25 πως δεν έχουν λάβει ποτέ (ποσοστό 50%). Στην κατηγορία των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας 17 δήλωσαν πως έλαβαν στο παρελθόν ή λαμβάνουν τώρα (ποσοστό 34%) και 33 πως δεν έχουν λάβει ποτέ (ποσοστό 66%). Ενώ παράλληλα, στην κατηγορία των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη 17 δήλωσαν πως έλαβαν στο παρελθόν ή λαμβάνουν τώρα (ποσοστό 34%) και 33 πως δεν έχουν λάβει ποτέ (ποσοστό 66%). Στην κατηγορία των ατόμων με καρκίνο 24 δήλωσαν πως έλαβαν στο παρελθόν ή λαμβάνουν τώρα (ποσοστό 48%) και 26 πως δεν έχουν λάβει ποτέ (ποσοστό 52%). Στην κατηγορία των ατόμων με επιληψία 27 δήλωσαν πως έλαβαν στο παρελθόν ή λαμβάνουν τώρα (ποσοστό 54%) και 23 πως δεν έχουν λάβει ποτέ (ποσοστό 46%).

Ταυτοχρόνως, στην κατηγορία των ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα 23 δήλωσαν πως έλαβαν στο παρελθόν ή λαμβάνουν τώρα (ποσοστό 46%) και 27 πως δεν έχουν λάβει ποτέ (ποσοστό 54%). Στην κατηγορία των ατόμων με συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο 24 δήλωσαν πως έλαβαν στο παρελθόν ή λαμβάνουν τώρα (ποσοστό 48%) και 26 πως δεν έχουν λάβει ποτέ (ποσοστό 52%). Στην κατηγορία των ατόμων με παθήσεις του εντέρου 22 δήλωσαν πως έλαβαν στο παρελθόν ή λαμβάνουν τώρα (ποσοστό 44%) και 28 πως δεν έχουν λάβει ποτέ (ποσοστό 56%). Κλείνοντας, την κατηγορία των ατόμων παθήσεις θυροειδούς αδένα 20 δήλωσαν πως έλαβαν στο παρελθόν ή λαμβάνουν τώρα ψυχολογική υποστήριξη (ποσοστό 40%) και 30 πως δεν έχουν λάβει ποτέ (ποσοστό 60%) (βλ. Πίνακας 13).

Πίνακας 13: Κατανομή του δείγματος ως προς τη λήψη ψυχολογικής υποστήριξης

Κατηγορίες	Σωματική Αναπηρία		Οπτική Αναπηρία		Ακουστική Αναπηρία		Σκλήρυνση κατά πλάκας		Σακχαρώδης Διαβήτης		Καρκίνος		Επιληψία		Ρευματοειδής Αρθρίτιδα		Συστηματικός Ερυθρηματώδης Λύκος		Παθήσεις Εντέρου		Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα		Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση		Συνολικό δείγμα		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ψυχολογική Υποστήριξη																											
ναι	17	34	16	32	25	50	26	52	17	34	24	48	27	54	23	46	24	48	22	44	20	40	21	42	336	56	
όχι	33	66	34	68	25	50	24	48	33	66	26	52	23	46	27	54	26	52	28	56	30	60	29	58	264	44	

Αναφορικά με την αξιολόγηση της κοινωνικής υποστήριξης από το συνολικό δείγμα 113 άτομα τη χαρακτήρισαν «εξαιρετική» (ποσοστό 18,83%), 298 άτομα «καλή» (ποσοστό 49,67%), 163 άτομα «μέτρια» (ποσοστό 27,17%) και 26 άτομα (ποσοστό 4,33%) «κακή». Στα άτομα χωρίς αναπηρία/χρόνια πάθηση αναφορικά με την κοινωνική υποστήριξη 6 άτομα τη χαρακτήρισαν «εξαιρετική» (ποσοστό 12%), 29 άτομα «καλή» (ποσοστό 58%) και 15 άτομα «μέτρια» (ποσοστό 30%). Παράλληλα, στην ομάδα των ατόμων με σωματική αναπηρία 13 άτομα τη χαρακτήρισαν «εξαιρετική» (ποσοστό 26%), 17 άτομα «καλή» (ποσοστό 34%), 13 άτομα «μέτρια» (ποσοστό 26%) και 7 άτομα (ποσοστό 14%) «κακή». Μεταξύ των ατόμων με οπτική αναπηρία 6 άτομα ανέφεραν τη κοινωνική υποστήριξη ως «εξαιρετική» (ποσοστό 12%), 34 άτομα ως «καλή» (ποσοστό 68%), 9 άτομα ως «μέτρια» (ποσοστό 18%) και 1 άτομο (ποσοστό 2%) ως «κακή». Συνεχίζοντας, στην κατηγορία των ατόμων με ακουστική αναπηρία 14 άτομα τη χαρακτήρισαν «εξαιρετική» (ποσοστό 28%), 21 άτομα «καλή» (ποσοστό 42%), 14 άτομα «μέτρια» (ποσοστό 28%) και 1 άτομο (ποσοστό 2%) ως «κακή». Μεταξύ των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας η λήψη κοινωνικής υποστήριξης χαρακτηρίστηκε από 12 άτομα «εξαιρετική» (ποσοστό 24%), από 26 άτομα «καλή» (ποσοστό 52%), από 11 άτομα «μέτρια» (ποσοστό 22%) και 1 άτομο (ποσοστό 2%) ως «κακή». Στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη αξιολογήθηκε από 10 άτομα «εξαιρετική» (ποσοστό 20%), 24 άτομα «καλή» (ποσοστό 48%), 13 άτομα «μέτρια» (ποσοστό 26%) και 3 άτομα (ποσοστό 6%) «κακή». Στην κατηγορία των ατόμων με καρκίνο από τους συμμετέχοντες 10 (ποσοστό 20%) τη χαρακτήρισαν «εξαιρετική», 28 άτομα «καλή»

(ποσοστό 26%), 9 άτομα (ποσοστό 18%) «μέτρια» και 3 άτομα (ποσοστό 6%) «κακή». Ταυτοχρόνως, στην κατηγορία των ατόμων με επιληψία 15 άτομα χαρακτήρισαν την κοινωνική υποστήριξη «εξαιρετική» (ποσοστό 30%), 19 άτομα «καλή» (ποσοστό 38%), 14 άτομα «μέτρια» (ποσοστό 28%) και 2 άτομα «κακή» (ποσοστό 4%). Στα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα η κοινωνική υποστήριξη αξιολογήθηκε από 6 άτομα «εξαιρετική» (ποσοστό 12%), 24 άτομα «καλή» (ποσοστό 48%), 16 άτομα «μέτρια» (ποσοστό 32%) και 4 άτομα (ποσοστό 8%) «κακή». Στα άτομα με συστηματικό ερυθρελάτη λύκο 9 άτομα τη χαρακτήρισαν «εξαιρετική» (ποσοστό 18%), 22 άτομα «καλή» (ποσοστό 44%) και 18 άτομα «μέτρια» (ποσοστό 36%) και 1 άτομο (ποσοστό 2%) «κακή». Εν συνεχεία, στην κατηγορία των ατόμων με παθήσεις του εντέρου 8 άτομα χαρακτήρισαν τη κοινωνική υποστήριξη «εξαιρετική» (ποσοστό 16%), 26 άτομα «καλή» (ποσοστό 52%), 16 άτομα «μέτρια» (ποσοστό 32%). Τέλος, στην κατηγορία των ατόμων με παθήσεις του θυροειδούς αδένος από τους συμμετέχοντες 4 (ποσοστό 8%) αξιολόγησαν την κοινωνική υποστήριξη «εξαιρετική», 28 άτομα «καλή» (ποσοστό 56%), 15 άτομα (ποσοστό 30%) «μέτρια» και 3 άτομα (ποσοστό 6%) «κακή» (βλ. Πίνακας 14).

Πίνακας 14: Κατανομή του δείγματος ως προς την αξιολόγηση της κοινωνικής υποστήριξης

Κατηγορίες	Σωματική Αναπηρία		Οπτική Αναπηρία		Ακουστική Αναπηρία		Σκλήρυνση κατά πλάκας		Σακχαρώδης Διαβήτης		Καρκίνος		Επιληψία		Ρευματοειδής Αρθρίτιδα		Συστηματικός Ερυθρελάτης λύκος		Παθήσεις Εντέρου		Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα		Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση		Συνολικό δείγμα		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Κοινωνική Υποστήριξη																											
εξαιρετική	13	26	6	12	14	28	12	24	10	20	10	20	15	30	6	12	9	18	8	16	4	8	6	12	113	18,83	
καλή	17	34	34	68	21	42	26	52	24	48	28	56	19	38	24	48	22	44	26	52	28	56	29	58	298	49,67	
μέτρια	13	26	9	18	14	28	11	22	13	26	9	18	14	28	16	32	18	36	16	32	15	30	15	30	163	27,17	
κακή	7	14	1	2	1	2	1	2	3	6	3	6	2	4	4	8	1	2	0	0	3	6	0	0	26	4,33	

Αναφορικά με την προέλευση της αναπηρίας στο συνολικό δείγμα των 550 ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, τα 445 άτομα δήλωσαν πως ήταν επίκτητη (ποσοστό 80,90%) και 105 άτομα είχαν την αναπηρία/χρόνια πάθηση εκ γενετής (ποσοστό 19,10%). Ειδικότερα, μεταξύ των ατόμων με σωματική αναπηρία υπήρχαν 31 άτομα (ποσοστό 62%) με επίκτητη αναπηρία, ενώ 19 άτομα (ποσοστό 38%) είχαν την αναπηρία εκ γενετής. Από τα άτομα με οπτική αναπηρία 22 άτομα (ποσοστό 44%) είχαν επίκτητη αναπηρία, ενώ 28 άτομα (ποσοστό 56%) εκ γενετής. Αναφορικά με την προέλευση της αναπηρίας των ατόμων με ακουστική αναπηρία, 27 άτομα (ποσοστό 54%) δήλωσαν πως ήταν επίκτητη και 23 άτομα (ποσοστό 46%) εκ γενετής. Συνεχίζοντας, μεταξύ των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας 48 άτομα (ποσοστό 96%), ανέφεραν πως η χρόνια πάθησή τους ήταν επίκτητη και 2 άτομα (ποσοστό 4%) εκ γενετής. Από τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη 46 άτομα (ποσοστό 92%) είχαν

επίκτητα αποκτήσκει την χρόνια πάθησή τους, ενώ 4 άτομα (ποσοστό 8%) εκ γενετής. Αναφορικά με τα άτομα με καρκίνο παρατηρήθηκε πως όλα τα 50 άτομα (ποσοστό 100%) δήλωσαν πως η χρόνια πάθησή τους ήταν επίκτητη. Ταυτοχρόνως, μεταξύ των ατόμων με επιληψία υπήρχαν 41 άτομα (ποσοστό 9%) που δήλωσαν πως ήταν επίκτητη, ενώ 9 άτομα (ποσοστό 18%) εκ γενετής. Μεταξύ των ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα υπήρχαν 47 άτομα (ποσοστό 94%) που ανέφεραν πως η χρόνια πάθησή τους ήταν επίκτητη, ενώ 3 άτομα (ποσοστό 6%) εκ γενετής. Παράλληλα, στην ομάδα των ατόμων με συστηματικό ερυθματώδη λύκο εντοπίστηκαν 46 άτομα (ποσοστό 92%) που δήλωσαν πως απέκτησαν την αναπηρία τους επίκτητα και 4 άτομα (ποσοστό 8%) εκ γενετής. Τέλος, μεταξύ των ατόμων με παθήσεις του εντέρου 41 άτομα (ποσοστό 82%), δήλωσαν πως απέκτησαν τη χρόνια πάθηση επίκτητα και 9 άτομα (ποσοστό 18%) εκ γενετής, ενώ μεταξύ των ατόμων με παθήσεις του θυροειδούς αδένος 46 άτομα (ποσοστό 92%) δήλωσαν πως η χρόνια πάθησή τους ήταν επίκτητη και 4 άτομα (ποσοστό 8%) εκ γενετής (βλ. Πίνακας 15).

Πίνακας 15: Κατανομή του δείγματος ως προς την προέλευση της αναπηρίας

Κατηγορίες	Σωματική Αναπηρία		Οπτική Αναπηρία		Ακουστική Αναπηρία		Σκλήρυνση κατά πλάκας		Σακχαρώδης Διαβήτης		Καρκίνος		Επιληψία		Ρευματοειδής Αρθρίτιδα		Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος		Παθήσεις Εντέρου		Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα		Συνολικό δείγμα		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Προέλευση Αναπηρίας																									
επίκτητη	31	62	22	44	27	54	48	96	46	92	50	100	41	82	47	94	46	92	41	82	46	92	445	80,90	
εκ γενετής	19	38	28	56	23	46	2	4	4	8	0	0	9	18	3	6	4	8	9	18	4	8	105	19,10	

Αναφορικά με το χρονικό διάστημα της αναπηρίας στο συνολικό δείγμα των 550 ατόμων με αναπηρία/χρόνια πάθηση 195 άτομα (ποσοστό 35,45%), είχαν την αναπηρία για περισσότερα των 20 ετών, 116 άτομα (ποσοστό 21,09%) για 1-5 έτη, 90 άτομα (ποσοστό 16,37%) για 5-10 έτη, ενώ ακολουθούσαν 89 άτομα (ποσοστό 16,19%) που είχαν την αναπηρία για 10-15 έτη, τέλος 60 άτομα (ποσοστό 10,90) είχαν την αναπηρία για 15-20 έτη. Μεταξύ των ατόμων με σωματική αναπηρία 6 άτομα (ποσοστό 12%) δήλωσαν πως είχαν την αναπηρία για 1-5 έτη, 4 άτομα (ποσοστό 8%) για 5-10 έτη, 6 άτομα (ποσοστό 12%) για 10-15 έτη, 3 άτομα (ποσοστό 6%) για 15-20 έτη και τέλος η πλειοψηφία των 31 ατόμων (ποσοστό 62%) για >20 έτη. Συνεχίζοντας, μεταξύ των ατόμων με οπτική αναπηρία 5 άτομα (ποσοστό 10%) δήλωσαν πως είχαν την αναπηρία για 1-5 έτη, 2 άτομα (ποσοστό 4%) για 5-10 έτη, 6 άτομα (ποσοστό 12%) για 10-15 έτη, 9 άτομα (ποσοστό 18%) για 15-20 έτη και τέλος η πλειοψηφία των 28 ατόμων (ποσοστό 56%) για >20 έτη. Στα άτομα με ακουστική αναπηρία 5 δήλωσαν (ποσοστό 10%) πως είχαν την αναπηρία για 1-5 έτη, 1 άτομο (ποσοστό 2%) για 5-10 έτη, 2 άτομα (ποσοστό 4%) για 10-15 έτη, 7 άτομα (ποσοστό 14%) για 15-20 έτη και τέλος η πλειοψηφία των 35 ατόμων (ποσοστό 70%) για >20 έτη. Αναφορικά με τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας εντοπίστηκαν 10 άτομα (ποσοστό 20%) που δήλωσαν πως

είχαν την αναπηρία για 1-5 έτη, 9 άτομα (ποσοστό 18%) για 5-10 έτη, 8 άτομα (ποσοστό 16%) για 10-15 έτη, 12 άτομα (ποσοστό 24%) για 15-20 έτη και 11 άτομα (ποσοστό 22%) για >20 έτη. Στην κατηγορία των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη 8 άτομα (ποσοστό 16%) ανέφεραν πως είχαν την αναπηρία για 1-5 έτη, 5-10 έτη και 10-15 έτη, ενώ παράλληλα 12 άτομα (ποσοστό 24%) είχαν την αναπηρία για 15-20 έτη και 11 (ποσοστό 22%) για >20 ετών. Επιπροσθέτως, μεταξύ των ατόμων με καρκίνο τα μισά άτομα, 25, (ποσοστό 50%) δήλωσαν πως είχαν την αναπηρία για 1-5 έτη, 12 άτομα (ποσοστό 24%) για 5-10 έτη, 7 άτομα (ποσοστό 14%) για 10-15 έτη, 1 άτομο (ποσοστό 2%) για 15-20 έτη και τέλος 5 άτομα (ποσοστό 10%) για >20 έτη. Στα άτομα με επιληψία υπήρχαν 7 άτομα (ποσοστό 14%) που είχαν την αναπηρία για 1-5 έτη, 6 (ποσοστό 12%) για 5-10 έτη, 11 άτομα (ποσοστό 22%) για 10-15 έτη, 9 άτομα (ποσοστό 18%) για 15-20 έτη και 17 άτομα (ποσοστό 34%) για >20 έτη. Αναφορικά με τα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα, 14 δήλωσαν (ποσοστό 28%) πως είχαν την αναπηρία για 1-5 έτη, 13 (ποσοστό 26%) για 5-10 έτη, 11 άτομα (ποσοστό 22%) για 10-15 έτη, 1 άτομο (ποσοστό 2%) για 15-20 έτη και 12 άτομα (ποσοστό 24%) για >20 έτη. Ταυτοχρόνως, στα άτομα με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο υπήρχαν 10 άτομα (ποσοστό 20%) που είχαν την αναπηρία για 1-5 έτη, 13 άτομα (ποσοστό 26%) για 5-10 έτη, 11 άτομα (ποσοστό 22%) για 10-15 έτη, 1 άτομο (ποσοστό 2%) για 15-20 έτη και 15 άτομα (ποσοστό 30%) για >20 έτη. Αναφορικά με τα άτομα με παθήσεις του εντέρου εντοπίστηκαν 16 άτομα (ποσοστό 32%) που δήλωσαν πως είχαν την αναπηρία για 1-5 έτη, 6 άτομα (ποσοστό 12%) για 5-10 έτη, 13 άτομα (ποσοστό 26%) για 10-15 έτη, 5 άτομα (ποσοστό 10%) για 15-20 έτη και 10 άτομα (ποσοστό 20%) για >20 έτη. Τέλος, στα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένα υπήρχαν 10 άτομα, (ποσοστό 20%) που είχαν την αναπηρία για 1-5 έτη, 16 άτομα (ποσοστό 32%) για 5-10 έτη, 8 άτομα (ποσοστό 16%) για 10-15 έτη, 7 άτομα (ποσοστό 14%) για 15-20 έτη και 9 άτομα (ποσοστό 18%) για >20 έτη (βλ. Πίνακας 16).

Πίνακας 16: Κατανομή του δείγματος ως προς το χρονικό διάστημα της αναπηρίας

Κατηγορίες	Σωματική Αναπηρία		Οπτική Αναπηρία		Ακουστική Αναπηρία		Σκέληρση κατά πλάκας		Σακχαρώδης Διαβήτης		Καρκίνος		Επιληψία		Ρευματοειδής Αρθρίτιδα		Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος		Παθήσεις Εντέρου		Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα		Συνολικό δείγμα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1-5 έτη	6	12	5	10	5	10	10	20	8	16	25	50	7	14	14	28	10	20	16	32	10	20	116	21,09
5-10 έτη	4	8	2	4	1	2	9	18	8	16	12	24	6	12	13	26	13	26	6	12	16	32	90	16,37
10-15 έτη	6	12	6	12	2	4	8	16	8	16	7	14	11	22	9	18	11	22	13	26	8	16	89	16,19
15-20 έτη	3	6	9	18	7	14	12	24	4	8	1	2	9	18	2	4	1	2	5	10	7	14	60	10,90
>20 έτη	31	62	28	56	35	70	11	22	22	44	5	10	17	34	12	24	15	30	10	20	9	18	195	35,45

6.5 Περιγραφικά στοιχεία των ερωτηματολογίων

Παρακάτω αναλύονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στα τρία ψυχομετρικά εργαλεία που ενσωματώθηκαν στην παρούσα έρευνα.

«Κλίμακα Αυτοσυμπόνιας» (Self-Compassion Scale, SCS)

Αναλύοντας τα στοιχεία της Κλίμακας της Αυτοσυμπόνιας (SCS), παρατηρείται πως η μέση τιμή σε κάθε παράγοντα ορίζεται ως εξής: καλοσύνη προς τον εαυτό Μ.Τ.=3,28 (Τ.Α.=0,90), κριτική προς τον εαυτό Μ.Τ.=2,93 (Τ.Α.=0,84), οικουμενικότητα/κοινός ανθρωπισμός Μ.Τ.=3,19 (Τ.Α.=0,89), απομόνωση Μ.Τ.=3,03 (Τ.Α.=1,00), ενσυνειδητότητα Μ.Τ.=3,48 (Τ.Α.=0,84) και υπερβολική ταύτιση-αποφυγή Μ.Τ.=2,68 (Τ.Α.=0,96). Τέλος, ως προς τη συνολική αυτοσυμπόνια Μ.Τ.=3,1 (Τ.Α.=0,67) (βλ. Πίνακας 17).

Πίνακας 17: Περιγραφικά στοιχεία SCS

Υποκλίμακες Αυτοσυμπόνιας	N	Min	M.T.	T.A.	Max
<i>Καλοσύνη προς τον εαυτό</i>	600	1,00	3,28	0,90	5,00
<i>Κριτική προς τον εαυτό</i>	600	1,00	2,93	0,84	5,00
<i>Οικουμενικότητα/Κοινός ανθρωπισμός</i>	600	1,00	3,19	0,89	5,00
<i>Απομόνωση</i>	600	1,00	3,03	1,00	5,00
<i>Ενσυνειδητότητα</i>	600	1,00	3,48	0,84	5,00
<i>Υπερβολική Ταύτιση – Αποφυγή</i>	600	1,00	2,68	0,96	5,00
<i>Συνολική Αυτοσυμπόνια</i>	600	1,00	3,10	0,67	4,88

«Κλίμακα Μέτρησης της Επίγνωσης της Προσοχής και Συνείδησης» (Mindful Attention Awareness Scale, MAAS)

Αναφορικά με τα περιγραφικά στοιχεία της Κλίμακας της Επίγνωσης της Προσοχής και Συνείδησης (MAAS), παρατηρείται πως η μέση τιμή ορίζεται Μ.Τ.=3,93 (Τ.Α.=0,95) (βλ. Πίνακας 18).

Πίνακας 18: Περιγραφικά στοιχεία MAAS

	N	Min	M.T.	T.A.	Max
<i>Ενσυνειδητότητα</i>	600	1,00	3,93	0,95	5,93

«Κλίμακα Μέτρησης του Ψυχολογικού Ευ Ζην» (Psychological Well-Being Scales - Short Scales, PWBS)

Εξετάζοντας τα στοιχεία της Κλίμακας του Ψυχολογικού Ευ Ζην (PWBS), παρατηρείται πως η μέση τιμή σε κάθε υποκλίμακα του ψυχολογικού ευ ζην ορίζεται ως εξής: αυτονομία Μ.Τ.=52,31 (Τ.Α.=10,37), κυριαρχία στο περιβάλλον Μ.Τ.=54,93 (Τ.Α.=11,97), προσωπική ανάπτυξη Μ.Τ.=63,12 (Τ.Α.=9,96), θετικές σχέσεις με άλλους Μ.Τ.=61,38 (Τ.Α.=13,42), σκοπός στη ζωή Μ.Τ.=61,74 (Τ.Α.=12,04), αποδοχή του εαυτού Μ.Τ.=56,18 (Τ.Α.=15,42). Αναφορικά, με το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην παρατηρείται η μέση τιμή Μ.Τ.=349,65 (Τ.Α.=60,59) (βλ. Πίνακας 19).

Πίνακας 19: Περιγραφικά στοιχεία PWBS

Υποκλίμακες Ψυχολογικού ευ ζην	N	Min	M.T.	T.A.	Max
<i>Αυτονομία</i>	600	17,00	52,31	10,37	72,00
<i>Κυριαρχία στο περιβάλλον</i>	600	14,00	54,93	11,97	83,00
<i>Προσωπική Ανάπτυξη</i>	600	36,00	63,12	9,96	84,00
<i>Θετικές Σχέσεις με άλλους</i>	600	21,00	61,38	13,42	84,00
<i>Σκοπός της ζωής</i>	600	21,00	61,74	12,04	82,00
<i>Αποδοχή του εαυτού</i>	600	14,00	56,18	15,42	84,00
Συνολικό Ψυχολογικό ευ ζην	600	158,00	349,65	60,59	470,00

6.6 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου IBM SPSS version 23 (Statistical Package for Social Sciences – Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες).

Για την αποτύπωση των κατηγορικών δεδομένων και διατάξιμων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν πλήθη και ποσοστά, ενώ για την περιγραφή των συνεχών μεταβλητών (πενταβάθμιων και εξαβάθμιων εκβάσεων) χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις. Επιπροσθέτως, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι t-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα, για τη διαφοροποίηση των εκβάσεων ανάλογα με την ιδιότητα ή με άλλες παραμέτρους που εκφράζονται σε δύο κατηγορίες, μετά από ελέγχους κανονικότητας. Παράλληλα, για τη σύγκριση μέσων όρων περισσότερων από δύο πληθυσμών ως προς μια εξαρτημένη μεταβλητή πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης (ANOVA), λαμβάνοντας και πάλι ως προϋπόθεση την κανονική κατανομή των δεδομένων. Ενώ, για την εξέταση των σχέσεων μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας Pearson Chi

Square, αλλά και ο έλεγχος Fisher's Exact σε περιπτώσεις μη πλήρωσης των προϋποθέσεων του πρώτου. Τέλος, πραγματοποιήθηκε πολλαπλή ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (multiple linear regression analysis).

Ο έλεγχος αξιοπιστίας έγινε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's Alpha, όπου ο δείκτης αξιοπιστίας αξιολογήθηκε ως εξής:

1. $\alpha < 0,6$: Μη αξιόπιστη κλίμακα
2. $0,6 \leq \alpha < 0,7$: Ελάχιστο αποδεκτό όριο
3. $0,7 \leq \alpha < 0,9$: Υψηλή αξιοπιστία
4. $0,9 \leq \alpha$: Πολύ υψηλή αξιοπιστία

Για τον έλεγχο της κανονικότητας των δεδομένων πραγματοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος κανονικότητας Shapiro-Wilk. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε η τιμή 0,05. Οι τιμές του στατιστικού ελέγχου που αντιστοιχούν στο επίπεδο σημαντικότητας p αποκαλούνται κρίσιμες τιμές και προσδιορίζουν την ύπαρξη συσχέτισης-διαφοράς ή όχι μεταξύ των μεταβλητών. Επίπεδο σημαντικότητας p μικρότερο των κρίσιμων τιμών μεταφράζεται ως στατιστικά σημαντική σχέση ή διαφορά μεταξύ των μεταβλητών. Αναλυτικότερα, όσο μικρότερη είναι η κρίσιμη τιμή τόσο περισσότερο στατιστικά σημαντική συσχέτιση ή διαφορά υποδεικνύεται.

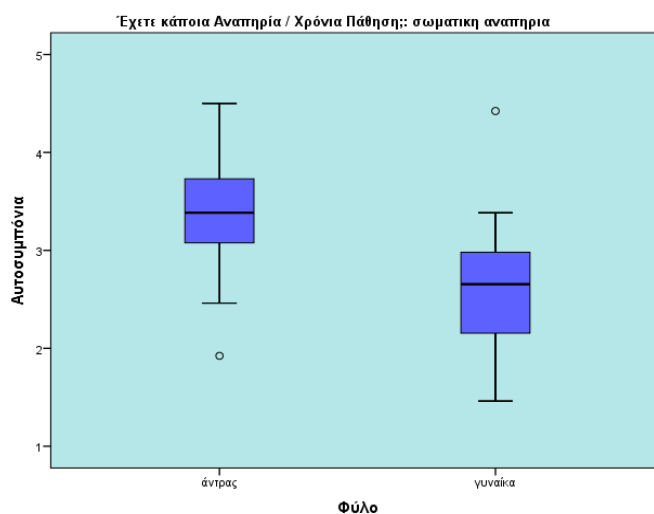
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

7.1 Διερεύνηση της διαφοροποίησης της Αυτοσυμπόνιας με βάση τα δημογραφικά στοιχεία ανά ομάδα του δείγματος

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, «Πως επηρεάζεται και διαφοροποιείται η αυτοσυμπόνια με βάση τα δημογραφικά στοιχεία ανά ομάδα του δείγματος;», διερευνά τη διαφοροποίηση της Αυτοσυμπόνιας ως προς τα δημογραφικά στοιχεία ανά ομάδα του δείγματος. Για την απάντηση του ερωτήματος πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι ανεξαρτησίας t-test και έλεγχοι ανάλυσης διακύμανσης F-test (ANOVA). Χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni, για ανά δύο συγκρίσεις, καθώς αφορά περίπτωση πολλαπλών συγκρίσεων. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, σε κάθε περίπτωση ορίστηκε στο 0,05. Τα αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων παρουσιάζονται αναλυτικά στο Παράρτημα II.

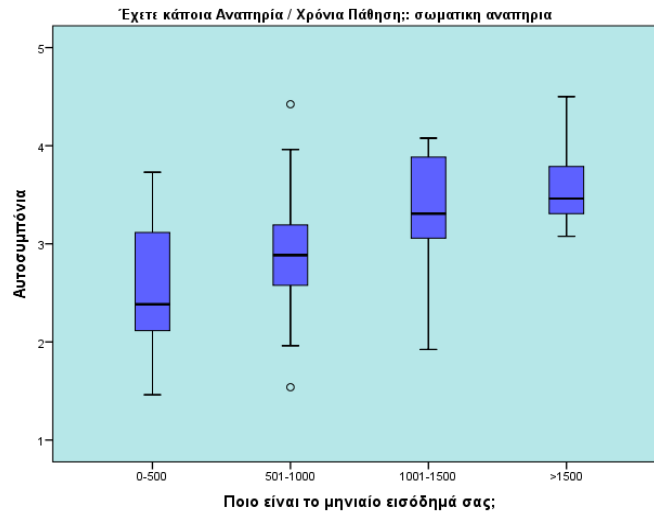
Θα πρέπει να επισημανθεί πως για τις ομάδες των ατόμων με **καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση, οπτική αναπηρία, σακχαρώδη διαβήτη και συστηματικό ερυθματώδη λύκο** δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μετά την εξέταση των δημογραφικών στοιχείων. Άρα, για τα άτομα αυτά τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας δε διαφοροποιούνται με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Επιπροσθέτως, μεταξύ των ομάδων που προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία δεν προέκυψε αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο, την προέλευση της αναπηρίας και τον τρόπο διαβίωσης. Αντιθέτως, ως προς όλα τα υπόλοιπα δημογραφικά στοιχεία προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (βλ. Παράρτημα II). Παρακάτω θα πραγματοποιηθεί αναλυτική περιγραφή ανά ομάδα.

Αναφορικά με την κατηγορία των ατόμων με **σωματική αναπηρία** στατιστικά σημαντικοί παράγοντες διαμόρφωσης της αυτοσυμπόνιας προέκυψε πως είναι το φύλο ($p=0,014$), το μηνιαίο εισόδημα ($F=6,532$, $p<0,01$), η ύπαρξη χόμπι ($p=0,013$), η σχέση με συγγενείς/φίλους ($F=5,514$, $p<0,01$) και η κοινωνική υποστήριξη ($F=5,075$, $p<0,01$). Αναλυτικότερα, παρατηρείται πως οι άντρες (Μ.Τ.=3,43, Τ.Α.=0,38) έχουν μεγαλύτερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας σε σχέση με τις γυναίκες (Μ.Τ.=2,93, Τ.Α.=0,80) (βλ. Γράφημα 1).



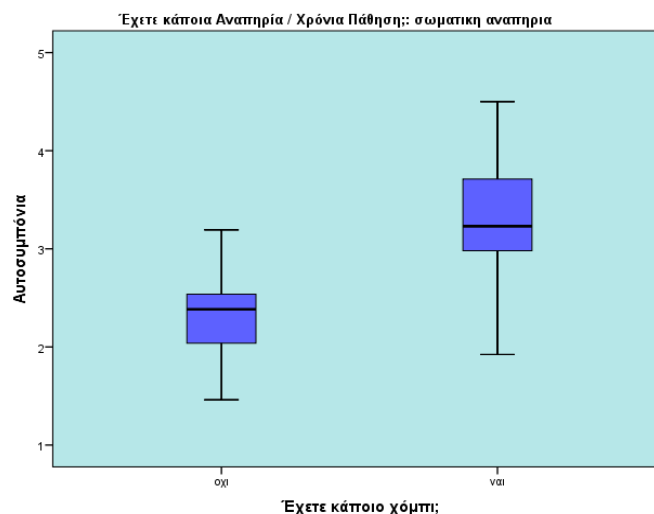
Γράφημα 1: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με το φύλο στα άτομα με σωματική αναπηρία

Συνεχίζοντας, αναφορικά με το μηνιαίο εισόδημα, τα άτομα με σωματική αναπηρία που έχουν απολαβές 0-500€ (Μ.Τ.=2,55, Τ.Α.=0,71) έχουν στατιστικά σημαντικά μικρότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας σε σχέση με εκείνους με μηνιαίο εισόδημα 1001-1500€ (Μ.Τ.=3,58, Τ.Α.=0,37). Παράλληλα, τα άτομα με μηνιαίο εισόδημα μεγαλύτερο των 1500€ (Μ.Τ.=3,38, Τ.Α.=0,41) έχουν μεγαλύτερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από τα άτομα με σωματική αναπηρία με εισόδημα 0-500€ (Μ.Τ.=2,55, Τ.Α.=0,71) και στατιστικά σημαντικά μικρότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας σε σχέση με εκείνους οι οποίοι έχουν μηνιαίο εισόδημα 501-1000€ (Μ.Τ.=3,27, Τ.Α.=0,59) (βλ. Γράφημα 2).



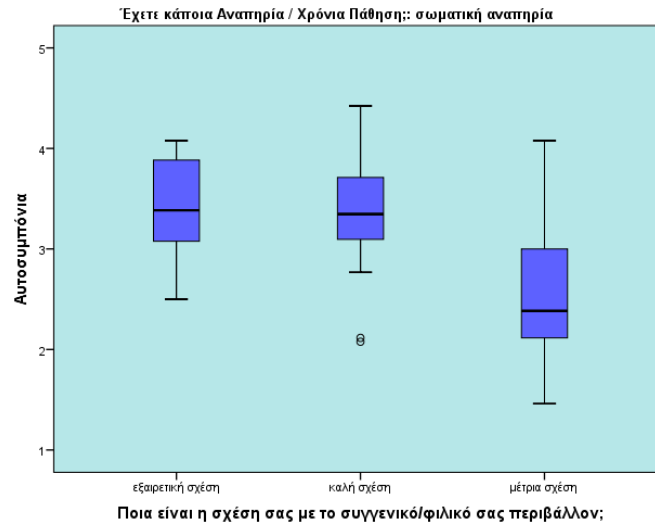
Γράφημα 2: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με το μηνιαίο εισόδημα στα άτομα με σωματική αναπηρία

Στα άτομα με σωματική αναπηρία προέκυψε πως όσοι δεν έχουν κάποιο χόμπι (Μ.Τ.=2,82, Τ.Α.=0,77) έχουν στατιστικά χαμηλότερη αυτοσυμπόνια σε σχέση με τα άτομα που έχουν κάποιο χόμπι (Μ.Τ.=3,35, Τ.Α.=0,54) (βλ. Γράφημα 3).



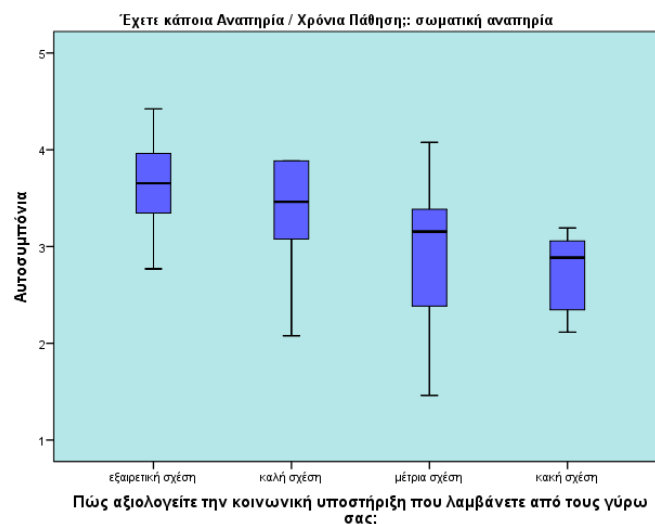
Γράφημα 3: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την ύπαρξη χόμπι στα άτομα με σωματική αναπηρία

Αναφορικά με τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον στα άτομα με σωματική αναπηρία από τις στατιστικές αναλύσεις προέκυψε πως τα άτομα που έχουν εξαιρετική σχέση (Μ.Τ.=3,39, Τ.Α.=0,44) έχουν μεγαλύτερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από αυτούς που έχουν μέτρια σχέση (Μ.Τ.=2,65, Τ.Α.=0,82) (βλ. Γράφημα 4).



Γράφημα 4: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον στα άτομα με σωματική αναπηρία

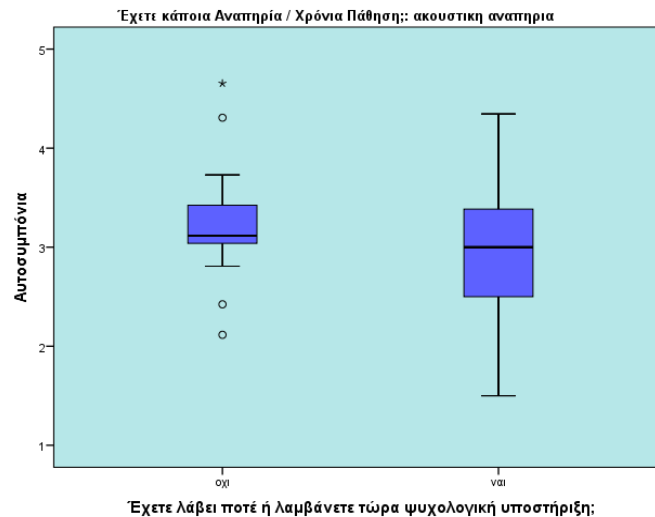
Τέλος, τα άτομα με σωματική αναπηρία που λαμβάνουν εξαιρετική κοινωνική υποστήριξη (Μ.Τ.=3,58, Τ.Α.=0,47) έχουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από αυτούς που λαμβάνουν μέτρια (Μ.Τ.=2,95, Τ.Α.=0,75), αλλά και κακή (Μ.Τ.=2,71, Τ.Α.=0,44) (βλ. Γράφημα 5).



Γράφημα 5: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την κοινωνική υποστήριξη στα άτομα με σωματική αναπηρία

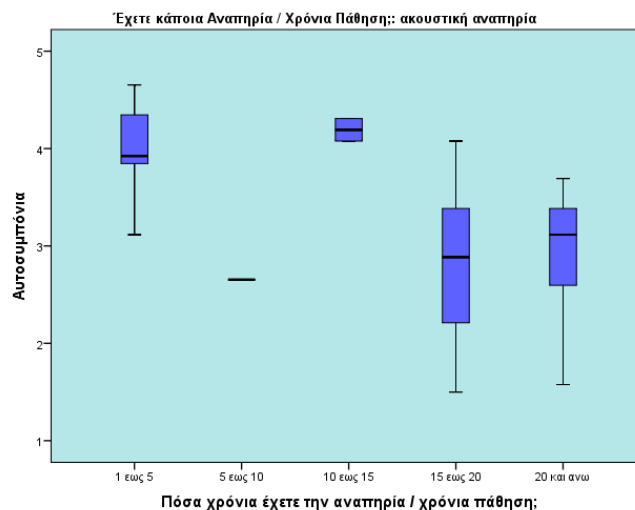
Εν συνεχεία, στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας των ατόμων με **ακουστική αναπηρία** στατιστικά σημαντικοί παράγοντες επίδρασης είναι η λήψη ψυχολογικής υποστήριξης ($p=0,028$) και το χρονικό διάστημα της αναπηρίας ($F=0,718$, $p<0,01$).

Ειδικότερα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία που έχουν λάβει ή λαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη (Μ.Τ.=2,88, Τ.Α.=0,56), έχουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν λάβει ποτέ (Μ.Τ.=3,31, Τ.Α.=0,76) (βλ. Γράφημα 6).



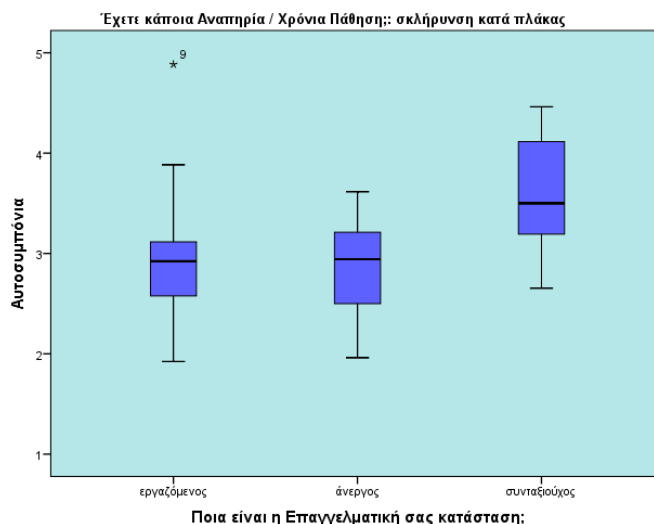
Γράφημα 6: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με τη λήψη ψυχολογικής υποστήριξης στα άτομα με ακουστική αναπηρία

Επίσης, τα άτομα με ακουστική αναπηρία που έχουν την αναπηρία για 1 έως 5 έτη (Μ.Τ.=3,98, Τ.Α.=0,58) έχουν μεγαλύτερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από εκείνους που την έχουν 15 έως 20 έτη (Μ.Τ.=2,81, Τ.Α.=0,91), αλλά και για περισσότερα από 20 έτη (Μ.Τ.=2,98, Τ.Α.=0,54). Παράλληλα, τα άτομα με ακουστική αναπηρία για 10 έως 15 χρόνια (Μ.Τ.=4,19, Τ.Α.=0,16) έχουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από εκείνους που την έχουν 15 έως 20 έτη, (Μ.Τ.=2,81, Τ.Α.=0,91), αλλά και 20 έτη και άνω (Μ.Τ.=2,98, Τ.Α.=0,54) (βλ. Γράφημα 7).



Γράφημα 7: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με το χρονικό διάστημα της αναπηρίας στα άτομα με ακουστική αναπηρία

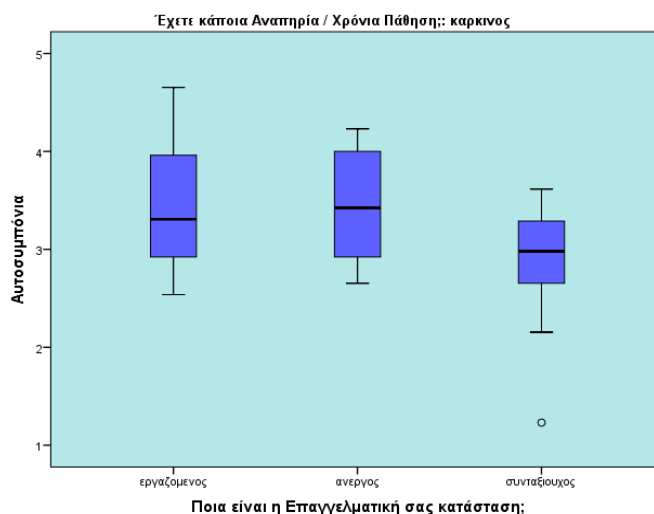
Μεταξύ των ατόμων με **σκλήρυνση κατά πλάκας**, τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας προέκυψε πως διαφέρουν στατιστικά σημαντική ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση ($F=6,288, p<0,01$). Ειδικότερα, τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας που είναι συνταξιούχοι (Μ.Τ.=3,57, Τ.Α.=0,61) έχουν μεγαλύτερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από τους εργαζόμενους (Μ.Τ.=2,98, Τ.Α.=0,67), αλλά και από τους άνεργους (Μ.Τ.=2,86, Τ.Α.=0,5) (βλ. Γράφημα 8).



Γράφημα 8: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας

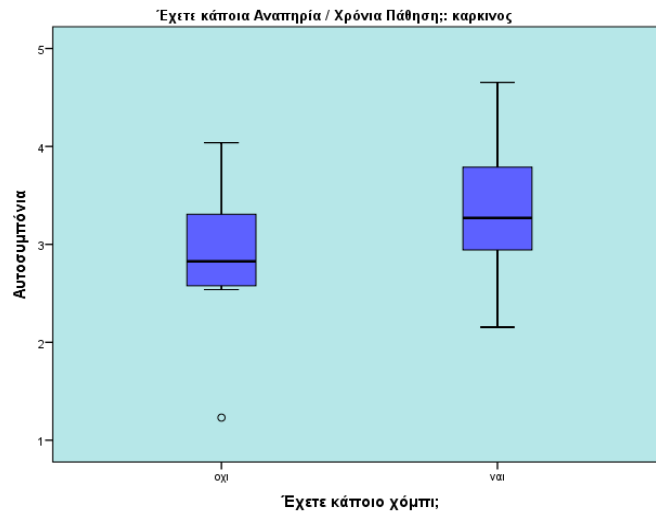
Εν συνεχεία, στα άτομα με **καρκίνο** διαφέρουν τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας στατιστικά σημαντικά ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση ($F=4,313, p=0,019$), την ύπαρξη χόμπι ($p=0,035$) και τη λήψη ψυχολογικής υποστήριξης ($p=0,01$).

Αρχικά, παρατηρείται ότι οι εργαζόμενοι με καρκίνο (Μ.Τ.=3,41, Τ.Α.=0,59) έχουν στατιστικά μεγαλύτερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από τους συνταξιούχους (Μ.Τ.=2,90, Τ.Α.=0,60), ενώ παράλληλα και οι άνεργοι (Μ.Τ.=3,45, Τ.Α.=0,56), έχουν μεγαλύτερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από τους συνταξιούχους (Μ.Τ.=2,90, Τ.Α.=0,60) (βλ. Γράφημα 9).



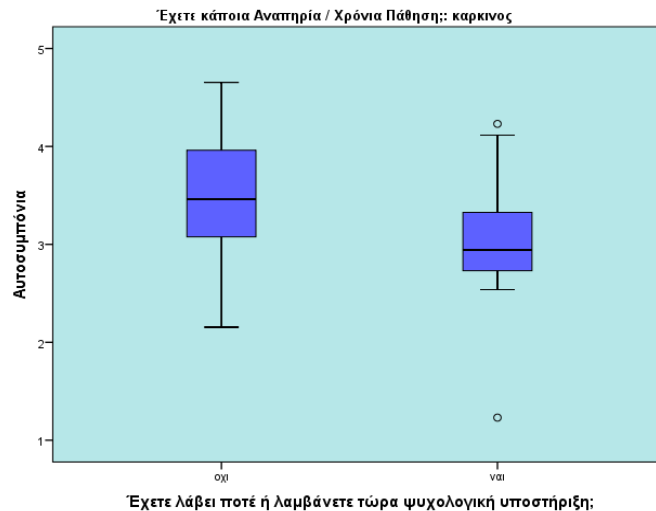
Γράφημα 9: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση στα άτομα με καρκίνο

Παράλληλα, σε σχέση με την ύπαρξη χόμπι, παρατηρείται ότι τα άτομα με καρκίνο που έχουν κάποιο χόμπι (Μ.Τ.=3,35, Τ.Α.=0,56) έχουν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από αυτούς που δεν έχουν (Μ.Τ.=2,89, Τ.Α.=0,76), (βλ. Γράφημα 10).



Γράφημα 10: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την ύπαρξη χόμπι στα άτομα με καρκίνο

Τέλος, άτομα με καρκίνο που δεν έχουν λάβει ποτέ ψυχολογική υποστήριξη (Μ.Τ.=3,47, Τ.Α.=0,58), έχουν μεγαλύτερη αυτοσυμπόνιας από εκείνους που έχουν λάβει ή λαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη (Μ.Τ.=3,03, Τ.Α.=0,60), (βλ. Γράφημα 11).

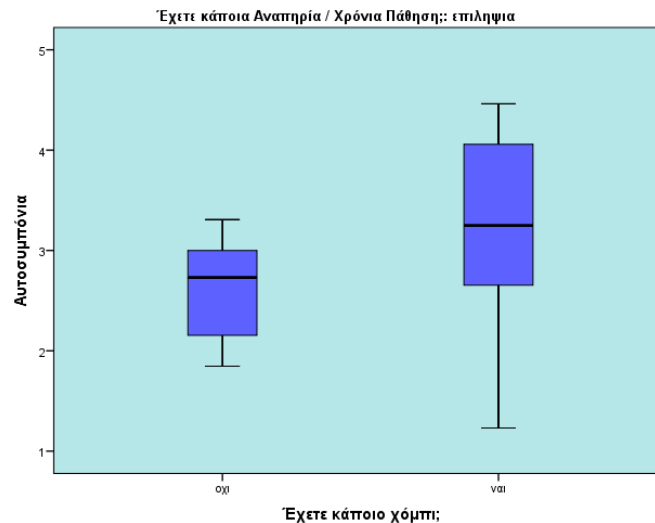


Γράφημα 11: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με τη λήψη ψυχολογικής υποστήριξης στα άτομα με καρκίνο

Αναφορικά με τα άτομα με **επιληψία**, τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας φάνηκε να διαφέρουν ανάλογα με την ύπαρξη χόμπι ($p=0,026$), τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον ($F=0,615$, $p=0,037$), τη λήψη ψυχολογικής υποστήριξης ($p=0,034$) και τη κοινωνική υποστήριξη ($p=0,035$). Αναλυτικότερα, οι ανά δύο συγκρίσεις δεν έδειξαν

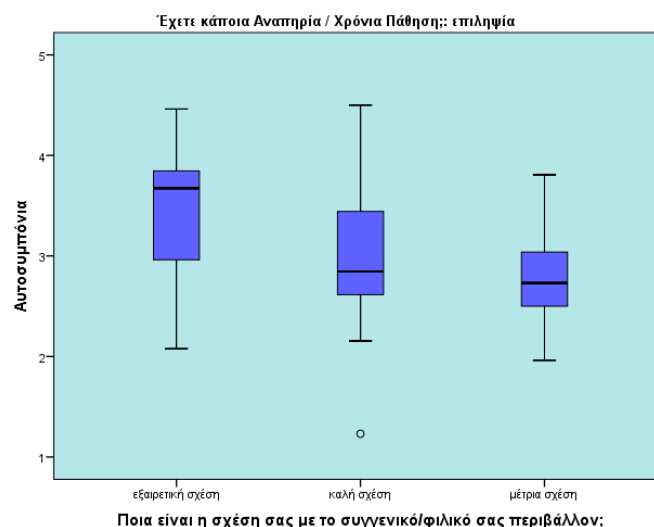
στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την κοινωνική υποστήριξη, ενώ για όλα τα υπόλοιπα προέκυψαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

Ειδικότερα, όσον αφορά την ύπαρξη χόμπι, τα άτομα με επιληψία που έχουν κάποιο χόμπι (Μ.Τ.=3,35, Τ.Α.=0,76) έχουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από αυτούς που δεν έχουν (Μ.Τ.=2,88, Τ.Α.=0,59) (βλ. Γράφημα 12).



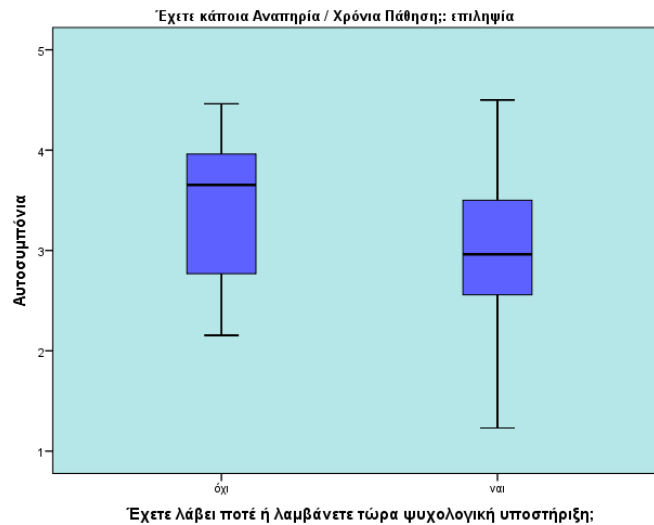
Γράφημα 12: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την ύπαρξη χόμπι στα άτομα με επιληψία

Επιπροσθέτως, για τα άτομα με επιληψία τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας παρατηρείται ότι διαφέρουν και ανάλογα με τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον. Συγκεκριμένα, όταν η σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον είναι εξαιρετική (Μ.Τ.=3,43, Τ.Α.=0,66) τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας είναι μεγαλύτερα από όταν η σχέση είναι μέτρια (Μ.Τ.=2,79, Τ.Α.=0,58) (βλ. Γράφημα 13).



Γράφημα 13: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον στα άτομα με επιληψία

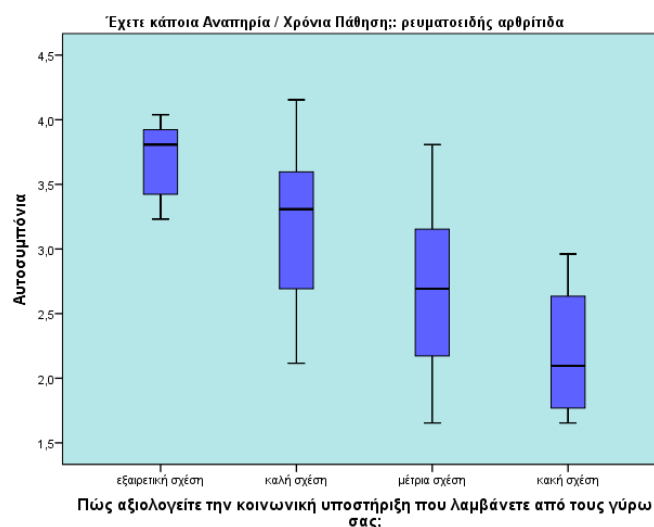
Τέλος, μεταξύ των ατόμων με επιληψία εκείνοι που δεν έχουν λάβει ψυχολογική υποστήριξη (Μ.Τ.=3,42, Τ.Α.=0,68) έχουν μεγαλύτερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από αυτούς που έχουν λάβει (Μ.Τ.=2,98, Τ.Α.=0,73) (βλ. Γράφημα 14).



Γράφημα 14: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με τη λήψη ψυχολογικής υποστήριξης στα άτομα με επιληψία

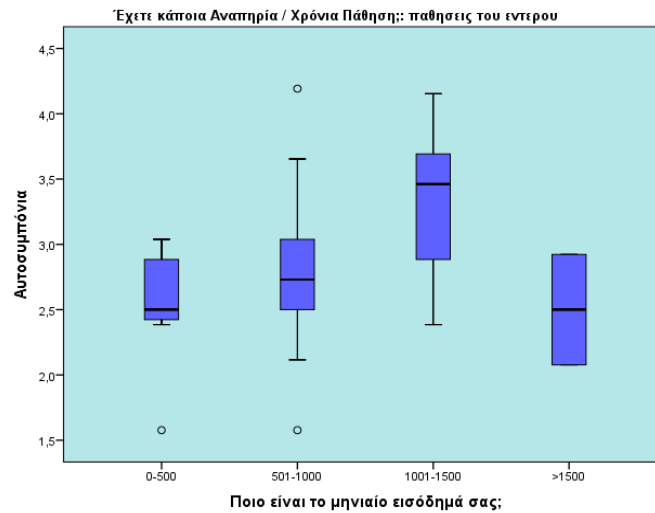
Ταυτοχρόνως, μεταξύ των ατόμων με **ρευματοειδή αρθρίτιδα** τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας φάνηκε να επηρεάζονται από τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον ($p=0,02$) και την κοινωνική υποστήριξη ($F=8,428$, $p<0,01$).

Όσον αφορά τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον, οι συγκρίσεις ανά δύο δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Ενώ αναφορικά με την κοινωνική υποστήριξη, παρατηρείται ότι όσοι λαμβάνουν εξαιρετική (Μ.Τ.=3,71, Τ.Α.=0,31) έχουν μεγαλύτερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από εκείνους που λαμβάνουν μέτρια (Μ.Τ.=2,71, Τ.Α.=0,60), αλλά και κακή (Μ.Τ.=2,20, Τ.Α.=0,57). Επιπλέον, τα άτομα που αξιολογούν καλή την υποστήριξη της κοινωνίας (Μ.Τ.=3,18, Τ.Α.=0,55) έχουν μεγαλύτερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από αυτούς που τη χαρακτηρίζουν κακή (Μ.Τ.=2,20, Τ.Α.=0,57) (βλ. Γράφημα 15).



Γράφημα 15: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την κοινωνική υποστήριξη στα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα

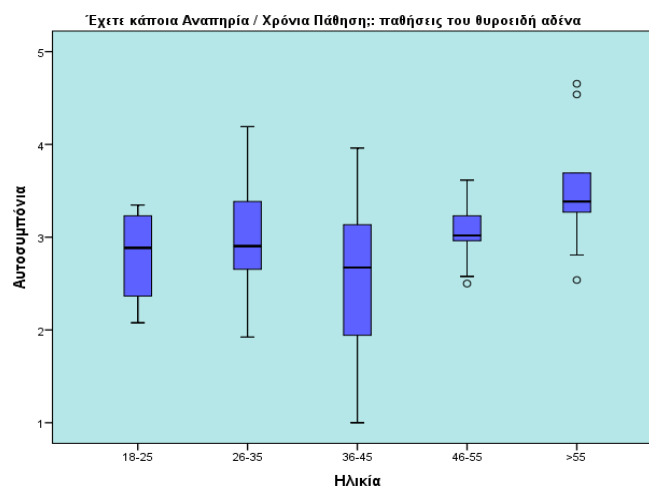
Στα άτομα με **παθήσεις του εντέρου** τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας επηρεάζονται από το μηνιαίο εισόδημα ($F=6,161$, $p<0,01$), καθώς όσοι λαμβάνουν 0-500€ (Μ.Τ.=2,63, Τ.Α.=0,49), έχουν μικρότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας σε σχέση με όσους λαμβάνουν 1001-1500€ (Μ.Τ.=3,40, Τ.Α.=0,53). Επίσης τα άτομα με εισόδημα 501-1000€ (Μ.Τ.=2,80, Τ.Α.=0,55), έχουν μικρότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας σε σχέση με εκείνους με 1001-1500€ (Μ.Τ.=3,40, Τ.Α.=0,53). Τέλος, όσοι λαμβάνουν 1001-1500€ έχουν μεγαλύτερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από εκείνους με άνω των 1500€ (Μ.Τ.=2,50, Τ.Α.=0,60) (βλ. Γράφημα 16).



Γράφημα 16: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με το μηνιαίο εισόδημα στα άτομα με παθήσεις του εντέρου

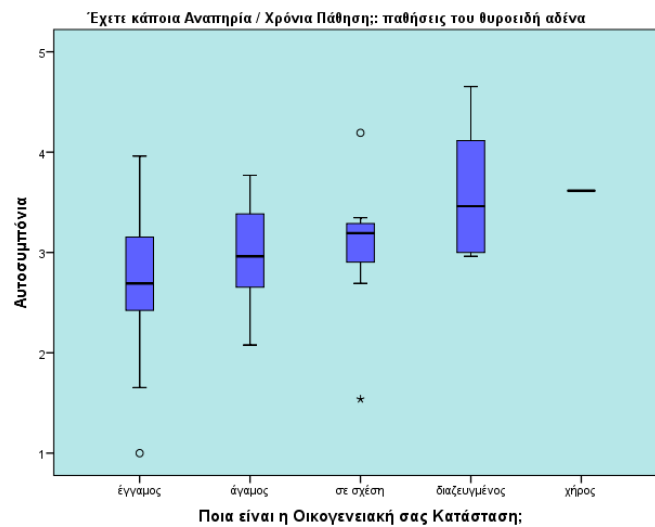
Τέλος, στα άτομα με **παθήσεις του θυροειδούς** τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με την ηλικία ($F=2,944$, $p=0,03$), την οικογενειακή κατάσταση ($F=3,01$, $p=0,028$), την ύπαρξη χόμπι ($p<0,01$), τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον ($p=0,01$) και την κοινωνική υποστήριξη ($F=5,838$, $p=0,002$).

Τα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 55 ετών και άνω (Μ.Τ.=3,52, Τ.Α.=0,66) έχουν υψηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από εκείνους που ανήκουν στην ομάδα των 36-45 ετών (Μ.Τ.=2,63, Τ.Α.=0,81) (βλ. Γράφημα 17).



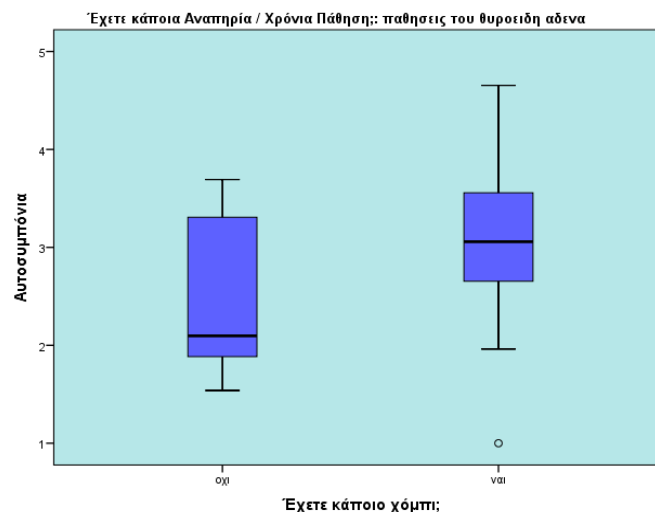
Γράφημα 17: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την ηλικία στα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένος

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, τα διαζευγμένα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένος (Μ.Τ.=3,6, Τ.Α.=0,68) έχουν μεγαλύτερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από τους έγγαμους (Μ.Τ.=2,68, Τ.Α.=0,7) (βλ. Γράφημα 18).



Γράφημα 18: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση στα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένος

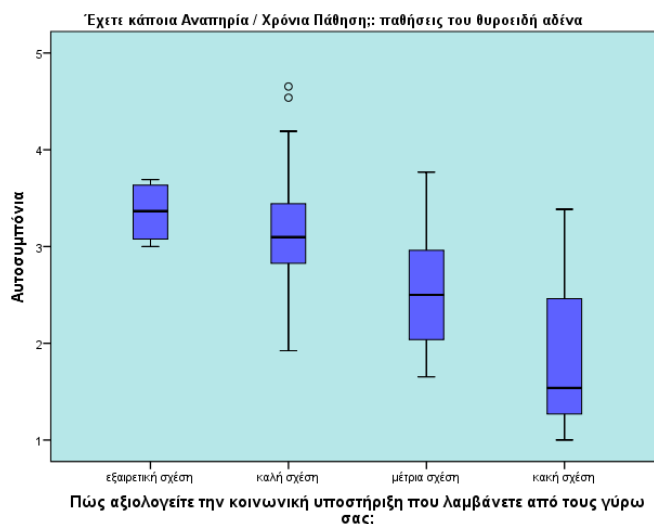
Επίσης, τα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένος που έχουν κάποιο χόμπι (Μ.Τ.=3,12, Τ.Α.=0,76) έχουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από εκείνους που δεν έχουν (Μ.Τ.=2,47, Τ.Α.=0,79) (βλ. Γράφημα 19).



Γράφημα 19: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την ύπαρξη χόμπι στα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένος

Τέλος, όσον αφορά τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον οι ανά δύο συγκρίσεις δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Ενώ για τη κοινωνική υποστήριξη παρατηρήθηκε πως τα άτομα που έχουν εξαιρετική κοινωνική υποστήριξη (Μ.Τ.=3,36, Τ.Α.=0,33) έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από εκείνους που έχουν κακή (Μ.Τ.=1,97, Τ.Α.=1,25). Παράλληλα, τα άτομα που λαμβάνουν καλή

κοινωνική υποστήριξη (Μ.Τ.=3,20, Τ.Α.=0,6) έχουν υψηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από εκείνους που έχουν μέτρια (Μ.Τ.=2,57, Τ.Α.=0,66) αλλά και κακή (Μ.Τ.=1,97, Τ.Α.=1,25) (βλ. Γράφημα 20).



Γράφημα 20: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας ανάλογα με την κοινωνική υποστήριξη στα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένος

7.2 Διερεύνηση της διαφοροποίησης της Ενσυνειδητότητας με βάση τα δημογραφικά στοιχεία ανά ομάδα του δείγματος

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, «Πως επηρεάζεται και διαφοροποιείται η ενσυνειδητότητα με βάση τα δημογραφικά στοιχεία ανά ομάδα του δείγματος;», εξέταξε τη διαφοροποίηση της Ενσυνειδητότητας ως προς τα δημογραφικά στοιχεία ανά ομάδα.

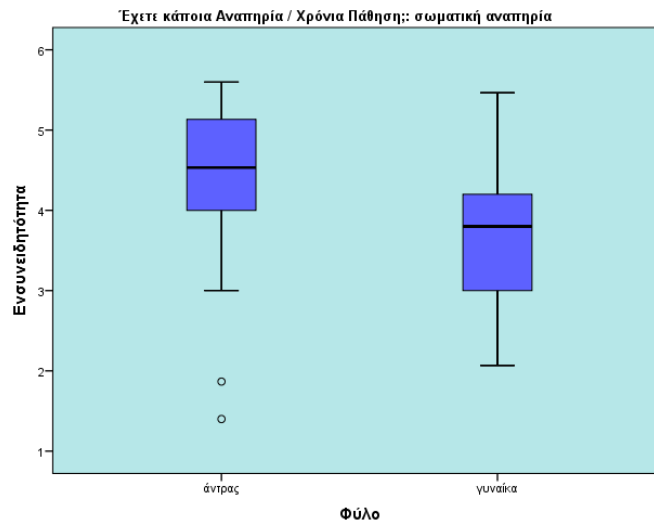
Για την απάντηση του ερωτήματος πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι ανεξαρτησίας t-test και έλεγχοι ανάλυσης διακύμανσης F-test (ANOVA). Μάλιστα, χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni, για ανά δύο συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων, καθώς αφορά περίπτωση πολλαπλών συγκρίσεων. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, σε κάθε περίπτωση ορίστηκε στο 0,05. Τα αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων παρουσιάζονται αναλυτικά στο Παράρτημα II.

Θα πρέπει να επισημανθεί πως για τις ομάδες των ατόμων με **καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση, οπτική αναπηρία, ακουστική αναπηρία, σκλήρυνση κατά πλάκας, σακχαρώδη διαβήτη, καρκίνο και παθήσεις του εντέρου** δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μετά την εξέταση των δημογραφικών στοιχείων. Άρα, για τα άτομα αυτά τα επίπεδα ενσυνειδητότητας δε διαφοροποιούνται με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Επιπροσθέτως, μεταξύ των ομάδων που προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, την προέλευση της αναπηρίας, το χρονικό διάστημα της αναπηρίας, την ύπαρξη χόμπι, τον τρόπο διαβίωσης και τη λήψη ψυχολογικής υποστήριξης. Αντιθέτως, ως προς όλα τα υπόλοιπα δημογραφικά στοιχεία

προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (βλ. Παράρτημα II). Παρακάτω θα πραγματοποιηθεί αναλυτική περιγραφή ανά κατηγορία.

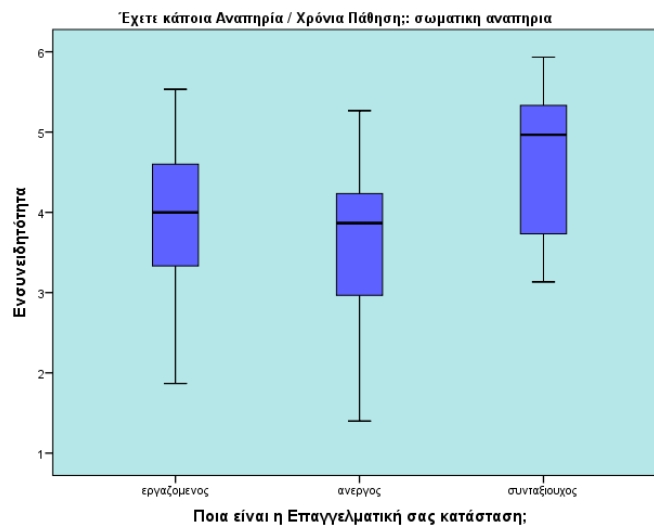
Στην κατηγορία των ατόμων με **σωματική αναπηρία** στατιστικά σημαντικοί παράγοντες διαμόρφωσης της ενσυνειδητότητας προέκυψε πως είναι το φύλο ($p=0,019$), η επαγγελματική κατάσταση ($F=3,859$, $p=0,028$), και το μηνιαίο εισόδημα ($F=7,166$, $p<0,01$).

Αρχικά, οι άντρες με σωματική αναπηρία (Μ.Τ.=4,35, Τ.Α.=1,01), έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη ενσυνειδητότητα από τις γυναίκες (Μ.Τ.=3,68, Τ.Α.=0,88) (βλ. Γράφημα 21).



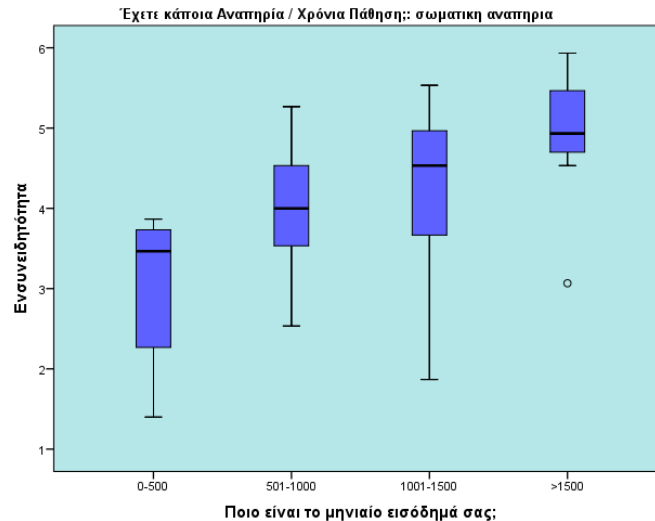
Γράφημα 21: Κατανομή των τιμών ενσυνειδητότητας ανάλογα με το φύλο στα άτομα με σωματική αναπηρία

Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση μεταξύ των ατόμων με σωματική αναπηρία οι άνεργοι (Μ.Τ.=3,66, Τ.Α.=1,02), έχουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη ενσυνειδητότητα από τους συνταξιούχους (Μ.Τ.=4,56, Τ.Α.=0,88) (βλ. Γράφημα 22).



Γράφημα 22: Κατανομή των τιμών ενσυνειδητότητας ανάλογα με την επαγγελματική κατάσταση στα άτομα σωματικής αναπηρία

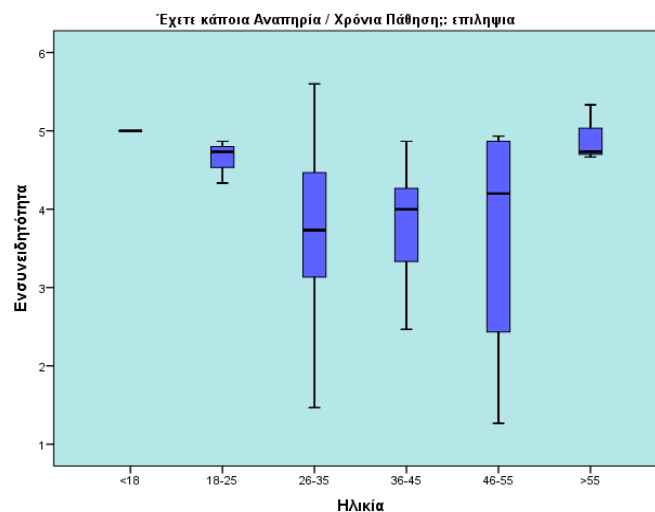
Τέλος, στα επίπεδα ενσυνειδητότητας των ατόμων με σωματική αναπηρία στατιστικά σημαντικά επιδρά το εισόδημα που λαμβάνουν. Αναλυτικότερα, εκείνοι που έχουν μηνιαίο εισόδημα 0-500€ (Μ.Τ.=3,01, Τ.Α.=0,89) έχουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη ενσυνειδητότητα από αυτούς με εισόδημα 501-1000€ (Μ.Τ.=4,11, Τ.Α.=0,80), χαμηλότερη από εκείνους με εισόδημα 1001-1500€ (Μ.Τ.=4,33, Τ.Α.=1,07), καθώς και από τα άτομα με εισόδημα μεγαλύτερο των 1500€ (Μ.Τ.=4,85, Τ.Α.=0,57) (βλ. Γράφημα 23).



Γράφημα 23: Κατανομή των τιμών ενσυνειδητότητας ανάλογα με το μηνιαίο εισόδημα στα άτομα με σωματική αναπηρία

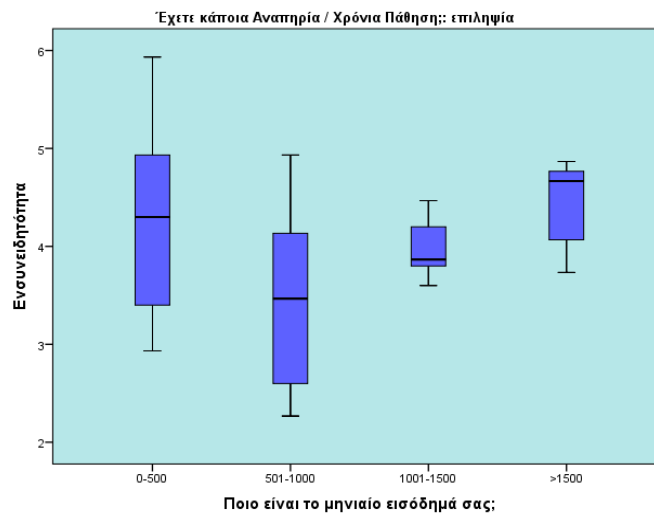
Αναφορικά με τα άτομα με **επιληψία**, στατιστικά σημαντικοί παράγοντες επίδρασης στα επίπεδα ενσυνειδητότητας είναι η ηλικία ($F=3,283$, $p=0,019$) και το μηνιαίο εισόδημα ($F=4,003$, $p=0,002$).

Πιο αναλυτικά τα επίπεδα ενσυνειδητότητας των ατόμων με επιληψία ηλικίας 26-35 ετών (Μ.Τ.=3,58, Τ.Α.=0,95) είναι χαμηλότερα από εκείνων που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των >55 ετών (Μ.Τ.=4,87, Τ.Α.=0,31) (βλ. Γράφημα 24).



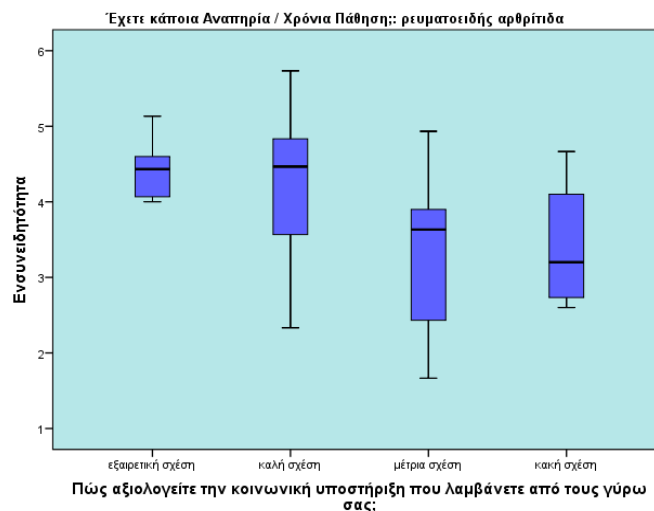
Γράφημα 24: Κατανομή των τιμών ενσυνειδητότητας ανάλογα με την ηλικία στα άτομα με επιληψία

Παράλληλα, αναφορικά με το μηνιαίο εισόδημα τα άτομα με επιληψία με μηνιαίο εισόδημα 501-1000€ (Μ.Τ.=3,47, Τ.Α.=0,87) έχουν μικρότερα επίπεδα ενσυνειδητότητας από εκείνους που λαμβάνουν εισόδημα 0-500€ (Τ.Α.=4,27, Μ.Τ.=0,91) (βλ. Γράφημα 25).



Γράφημα 25: Κατανομή των τιμών ενσυνειδητότητας ανάλογα με το μηνιαίο εισόδημα στα άτομα με επιληψία

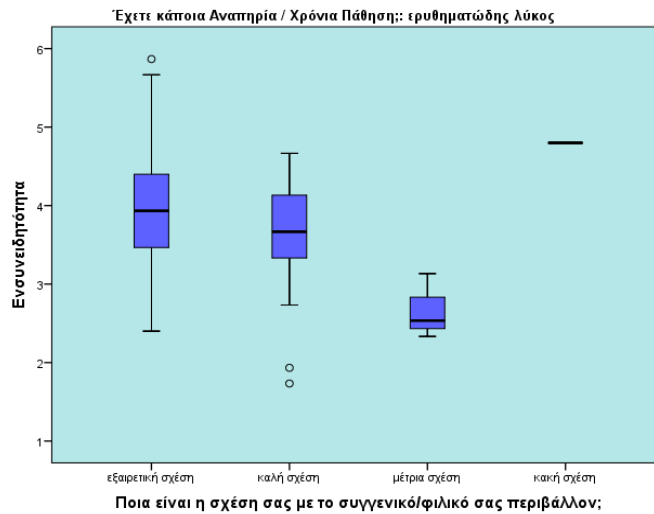
Μεταξύ των ατόμων με **ρευματοειδή αρθρίτιδα** στατιστικά σημαντικό παράγοντα διαμόρφωσης της ενσυνειδητότητας αποτέλεσε η κοινωνική υποστήριξη ($F=3,793$, $p=0,016$). Από την ανάλυση προκύπτει ότι τα άτομα που έχουν καλή κοινωνική υποστήριξη (Μ.Τ.=4,21, Τ.Α.=0,98) έχουν υψηλότερα επίπεδα ενσυνειδητότητας από εκείνους με μέτρια κοινωνική υποστήριξη (Μ.Τ.=3,34, Τ.Α.=0,99) (βλ. Γράφημα 26).



Γράφημα 26: Κατανομή των τιμών ενσυνειδητότητας ανάλογα με την κοινωνική υποστήριξη στα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα

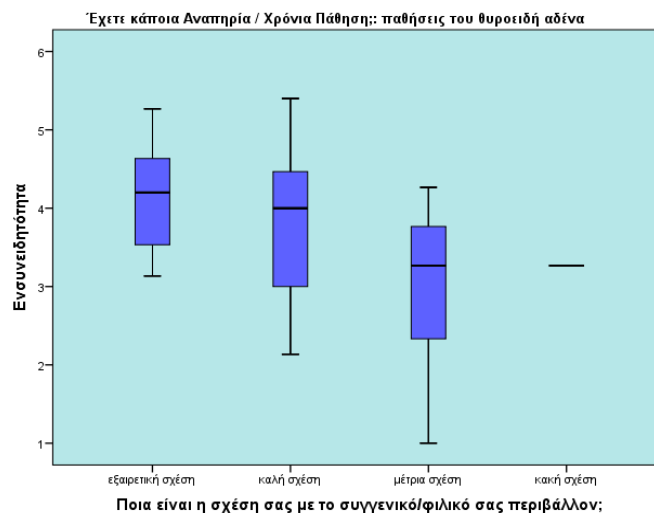
Στα άτομα με **συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο** παράγοντα διαμόρφωσης ενσυνειδητότητας αποτέλεσε η σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον ($F=3,857$,

$p=0,028$), με τα άτομα με εξαιρετική σχέση (Μ.Τ.=4,03, Τ.Α.=0,94) με συγγενείς και φίλους να έχουν υψηλότερα επίπεδα από αυτά με μέτρια (Μ.Τ.=2,67, Τ.Α.=0,42) (βλ. Γράφημα 27).



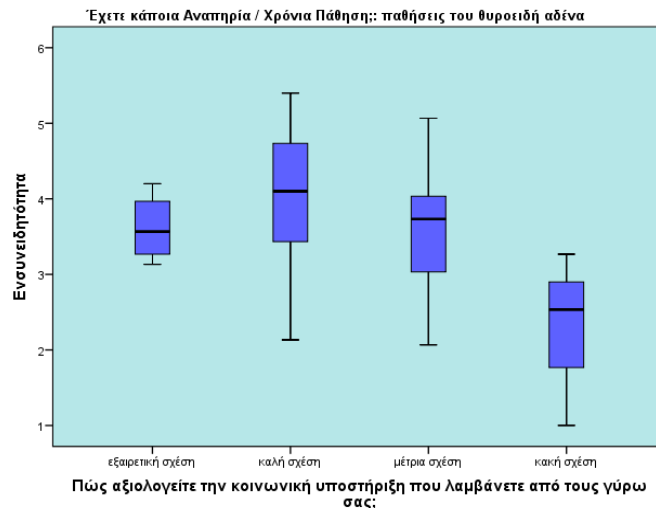
Γράφημα 27: Κατανομή των τιμών ενσυνειδητότητας ανάλογα με τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον στα άτομα με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο

Τέλος, στα άτομα με **παθήσεις του θυροειδούς** τα επίπεδα ενσυνειδητότητας διαφοροποιούνται σημαντικά ανάλογα με τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον ($F=5,607$, $p=0,007$) και την κοινωνική υποστήριξη ($F=4,514$, $p=0,007$). Τα άτομα που έχουν εξαιρετική σχέση (Μ.Τ.=4,15, Τ.Α.=0,64) με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον έχουν υψηλότερα επίπεδα ενσυνειδητότητας από εκείνους με μέτρια σχέση (Μ.Τ.=3,05, Τ.Α.=1,01) (βλ. Γράφημα 28).



Γράφημα 28: Κατανομή των τιμών ενσυνειδητότητας ανάλογα με τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον στα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένος

Επίσης στα άτομα με πάθηση του θυροειδή, όσοι λαμβάνουν καλή κοινωνική υποστήριξη (Μ.Τ.=4,06, Τ.Α.=0,87) έχουν υψηλότερα επίπεδα ενσυνειδητότητας από εκείνους που λαμβάνουν κακή (Μ.Τ.=2,27, Τ.Α.=1,16) (βλ. Γράφημα 29).



Γράφημα 29: Κατανομή των τιμών ενσυνειδητότητας ανάλογα με την κοινωνική υποστήριξη στα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένος

7.3 Διερεύνηση της διαφοροποίησης της Αυτοσυμπόνιας και της Ενσυνειδητότητας μεταξύ των ομάδων του δείγματος

Το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, «Παρατηρείται διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων του δείγματος όσον αφορά την αυτοσυμπόνια και την ενσυνειδητότητα;», διερευνά διαφοροποιήσεις στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας μεταξύ των ομάδων.

Αρχικά, για τη διερεύνηση διαφορών της αυτοσυμπόνιας στις ομάδες του δείγματος πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης F-test (ANOVA). Μάλιστα, χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni, για τις ανά δύο συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων, καθώς αφορά περίπτωση πολλαπλών συγκρίσεων. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, σε κάθε περίπτωση ορίστηκε στο 0,05. Από τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία (Μ.Τ.=3,32, Τ.Α.=0,56) παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας συγκριτικά με όλες τις υπόλοιπες κατηγορίες. Εν συνεχεία, ακολουθούν τα άτομα με καρκίνο (Μ.Τ.=3,26, Τ.Α.=0,63), με συστηματικό ερυθματώδη λύκο (Μ.Τ.=3,24, Τ.Α.=0,65), με σκλήρυνση κατά πλάκας (Μ.Τ.=3,18, Τ.Α.=0,76), με σακχαρώδη διαβήτη (Μ.Τ.=3,09, Τ.Α.=0,68), με ακουστική αναπηρία (Μ.Τ.=3,08, Τ.Α.=0,59), χωρίς καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση (Μ.Τ.=3,07, Τ.Α.=0,58), με σωματική αναπηρία (Μ.Τ.=3,06, Τ.Α.=0,70), με επιληψία (Μ.Τ.=3,03, Τ.Α.=0,75) και τα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Μ.Τ.=3,02, Τ.Α.=0,64). Ενώ τέλος, τα χαμηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας προέκυψαν μεταξύ των ατόμων με παθήσεις του θυροειδούς αδένος (Μ.Τ.=2,94, Τ.Α.=0,82) και των ατόμων με παθήσεις του εντέρου (Μ.Τ.=2,90, Τ.Α.=0,60). Μάλιστα, θα πρέπει να τονιστεί πως μεταξύ όλων των ομάδων παρατηρήθηκαν χαμηλά έως μέτρια επίπεδα αυτοσυμπόνιας, καθώς οι μέσες τιμές κυμαίνονταν από 2,90 έως 3,32. Αναλυτικότερα, μέτρια επίπεδα αυτοσυμπόνιας εντοπίστηκαν σε όλες τις ομάδες του δείγματος, πέραν των ατόμων με παθήσεις του εντέρου και του θυροειδούς αδένος που εμφάνισαν χαμηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας.

Από τον έλεγχο F-test (ANOVA) προέκυψε ότι οι πληθυσμιακοί μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ($F=1,837$, $p=0,045$). Επομένως, η αυτοσυμπόνια μεταξύ των ομάδων του δείγματος διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά. Ειδικότερα, πραγματοποιώντας ανά δύο ελέγχους και χρησιμοποιώντας τη διόρθωση Bonferroni, καταγράφεται διαφορά στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας στα άτομα με οπτική αναπηρία (Μ.Τ.=3,32, Τ.Α.=0,56) σε σχέση με τα άτομα με παθήσεις του εντέρου (Μ.Τ.=2,90, Τ.Α.=0,60), με τα πρώτα να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ($p=0,032$) (βλ. Πίνακας 20).

Πίνακας 20: Διαφοροποίηση της Αυτοσυμπόνιας μεταξύ των ομάδων του δείγματος

Αυτοσυμπόνια					
Κατηγορίες	Μ.Τ.	Τ.Α.	F	P	Post-Hoc
<i>Σωματική Αναπηρία</i>	3,06	0,70	1,837	0,045	2>9* p=0,032
<i>Οπτική Αναπηρία</i>	3,32	0,56			
<i>Ακουστική Αναπηρία</i>	3,08	0,59			
<i>Σκλήρυνση κατά πλάκας</i>	3,18	0,76			
<i>Σακχαρώδης Διαβήτης</i>	3,09	0,68			
<i>Καρκίνος</i>	3,26	0,63			
<i>Επιληψία</i>	3,03	0,75			
<i>Ρευματοειδής Αρθρίτιδα</i>	3,02	0,64			
<i>Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος</i>	3,24	0,65			
<i>Παθήσεις Εντέρου</i>	2,90	0,60			
<i>Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα</i>	2,94	0,82			
<i>Καμία Αναπηρία/ Χρόνια Πάθηση</i>	3,07	0,58			

Σημείωση: *άτομα με Οπτική Αναπηρία>άτομα με Παθήσεις του Εντέρου

Εν συνεχεία, διερευνήθηκε η ύπαρξη διαφοροποίησης στα επίπεδα ενσυνειδητότητας μεταξύ των ομάδων του δείγματος. Για την εύρεση στατιστικά σημαντικών διαφοροποιήσεων πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης F-test (ANOVA) και επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05. Από τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι τα άτομα με οπτική αναπηρία (Μ.Τ.=4,21, Τ.Α.=0,81) παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ενσυνειδητότητας. Εν συνεχεία, ακολουθούν τα άτομα με καρκίνο (Μ.Τ.=4,06, Τ.Α.=0,83), με σωματική αναπηρία (Μ.Τ.=4,05, Τ.Α.=1,04), με καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση (Μ.Τ.=3,98, Τ.Α.=0,85), με σκλήρυνση κατά πλάκας (Μ.Τ.=3,97, Τ.Α.=0,99), με ακουστική αναπηρία (Μ.Τ.=3,96, Τ.Α.=0,88), με επιληψία (Μ.Τ.=3,92, Τ.Α.=0,96), με συστηματικό ερυθματώδη λύκο (Μ.Τ.=3,92, Τ.Α.=0,98), με σακχαρώδη διαβήτη (Μ.Τ.=3,84, Τ.Α.=0,97)

και με ρευματοειδή αρθρίτιδα (M.T.=3,84, T.A.=1,07). Ενώ τέλος, τα χαμηλότερα επίπεδα ενσυνειδητότητας προέκυψαν μεταξύ των ατόμων με παθήσεις του θυροειδούς αδένα (M.T.=3,75, T.A.=0,99) και των ατόμων με παθήσεις του εντέρου (M.T.=3,69, T.A.=1,02). Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί πως μεταξύ όλων των ομάδων παρατηρήθηκαν μέτρια και υψηλά επίπεδα ενσυνειδητότητας, καθώς οι μέσες τιμές κυμαίνονταν από 3,69 έως 4,21.

Από τον έλεγχο F-test (ANOVA) προέκυψε ότι οι πληθυσμιακοί μέσοι όροι δε διαφέρουν στατιστικά σημαντικά (F=0,792, p=0,649). Επομένως, η ενσυνειδητότητα δε διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά στις κατηγορίες του δείγματος (βλ. Πίνακας 21).

Πίνακας 21: Διαφοροποίηση της Ενσυνειδητότητας μεταξύ των ομάδων του δείγματος

Ενσυνειδητότητα					
Κατηγορίες	M.T.	T.A.	F	P	Post-Hoc
<i>Σωματική Αναπηρία</i>	4,05	1,04	0,792	0,649	-
<i>Οπτική Αναπηρία</i>	4,21	0,81			
<i>Ακουστική Αναπηρία</i>	3,96	0,88			
<i>Σκλήρυνση κατά πλάκας</i>	3,97	0,99			
<i>Σακχαρώδης Διαβήτης</i>	3,84	0,97			
<i>Καρκίνος</i>	4,06	0,83			
<i>Επιληψία</i>	3,92	0,96			
<i>Ρευματοειδής Αρθρίτιδα</i>	3,84	1,07			
<i>Συστηματικός Ερυθρηματώδης Λύκος</i>	3,92	0,98			
<i>Παθήσεις Εντέρου</i>	3,69	1,02			
<i>Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα</i>	3,75	0,99			
<i>Καμία Αναπηρία/ Χρόνια Πάθηση</i>	3,98	0,85			

7.4 Διερεύνηση της διαφοροποίησης του Ψυχολογικού ευ ζην και των υποκλιμάκων αυτού μεταξύ των ομάδων του δείγματος

Προς απάντηση του τέταρτου ερευνητικού ερωτήματος, «*Εντοπίζεται διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων του δείγματος όσον αφορά το ψυχολογικό ευ ζην (αυτονομία, κυριαρχία στο περιβάλλον, προσωπική ανάπτυξη, θετικές σχέσεις με τους άλλους, σκοπός στη ζωή, αποδοχή του εαυτού);*», διερευνήθηκε εάν υπάρχει διαφοροποίηση στο ψυχολογικό ευ ζην, καθώς και στις υποκλίμακες αυτού μεταξύ των ομάδων του δείγματος. Για τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι ανάλυσης διακύμανσης F-test (ANOVA).

Μάλιστα, χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση Bonferroni, για τις ανά δύο συγκρίσεις. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, ορίστηκε στο 0,05.

Όσον αφορά το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων διαπιστώθηκε πως τα άτομα με οπτική αναπηρία (Μ.Τ.=366,10, Τ.Α.=50,97) παρουσιάζουν τα υψηλότερα επίπεδα. Ακολουθούν τα άτομα με ερυθματώδη λύκο (Μ.Τ.=363,62, Τ.Α.=55,60), με καρκίνο (Μ.Τ.=363,58, Τ.Α.=55,17), με καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση (Μ.Τ.=363,52, Τ.Α.=58,75), με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Μ.Τ.=356,80, Τ.Α.=55,71), με σκλήρυνση κατά πλάκας (Μ.Τ.=355,00, Τ.Α.=65,19), με σακχαρώδη διαβήτη (Μ.Τ.=345,24, Τ.Α.=69,01), με σωματική αναπηρία (Μ.Τ.=342,18, Τ.Α.=63,04), με παθήσεις του θυροειδούς αδένος (Μ.Τ.=339,42, Τ.Α.=65,07) και του εντέρου (Μ.Τ.=336,42, Τ.Α.=58,67). Ενώ, τα χαμηλότερα επίπεδα προέκυψαν μεταξύ των ατόμων με επιληψία (Μ.Τ.=332,16, Τ.Α.=58,35) και ακουστική αναπηρία (Μ.Τ.=331,80, Τ.Α.=59,70).

Από τον έλεγχο F-test (ANOVA) προέκυψε ότι οι πληθυσμιακοί μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ($F=2,429$, $p=0,006$). Επομένως, διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά το ψυχολογικό ευ ζην μεταξύ των ομάδων του δείγματος. Τέλος, πραγματοποιώντας ανά δύο ελέγχους και χρησιμοποιώντας τη διόρθωση Bonferroni, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (βλ. Πίνακας 22).

Πίνακας 22: Διαφοροποίηση του Ψυχολογικού ευ ζην μεταξύ των ομάδων του δείγματος

Ψυχολογικό ευ ζην					
Κατηγορίες	Μ.Τ.	Τ.Α.	F	P	Post-Hoc
<i>Σωματική Αναπηρία</i>	342,18	63,04	2,429	0,006	-
<i>Οπτική Αναπηρία</i>	366,10	50,97			
<i>Ακουστική Αναπηρία</i>	331,80	59,70			
<i>Σκλήρυνση κατά πλάκας</i>	355,00	65,19			
<i>Σακχαρώδης Διαβήτης</i>	345,24	69,01			
<i>Καρκίνος</i>	363,58	55,17			
<i>Επιληψία</i>	332,16	58,35			
<i>Ρευματοειδής Αρθρίτιδα</i>	356,80	55,71			
<i>Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος</i>	363,62	55,60			
<i>Παθήσεις Εντέρου</i>	336,42	58,67			
<i>Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα</i>	339,42	65,07			
<i>Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση</i>	363,52	58,75			

Αναφορικά με την υποκλίμακα του ψυχολογικού ευ ζην «Αυτονομία», παρατηρήθηκε πως τα άτομα με καρκίνο σημειώνουν τη μεγαλύτερη βαθμολογία (Μ.Τ.=55,84, Τ.Α.=8,50). Εν συνεχεία, ακολουθούν τα άτομα με συστηματικό ερυθματώδη λύκο (Μ.Τ.=54,34, Τ.Α.=9,73), με σκλήρυνση κατά πλάκας (Μ.Τ.=54,08, Τ.Α.=9,76), με καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση (Μ.Τ.=54,06, Τ.Α.=9,83), με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Μ.Τ.=53,70, Τ.Α.=10,31), με οπτική αναπηρία (Μ.Τ.=53,60, Τ.Α.=8,51), με σωματική αναπηρία (Μ.Τ.=52,46, Τ.Α.=10,70), με παθήσεις του θυροειδούς αδένος (Μ.Τ.=52,46, Τ.Α.=10,66), με σακχαρώδη διαβήτη (Μ.Τ.=50,82, Τ.Α.=11,82) και με επιληψία (Μ.Τ.=49,78, Τ.Α.=11,46). Ενώ, τα χαμηλότερα επίπεδα αυτονομίας προέκυψαν στα άτομα με παθήσεις του εντέρου (Μ.Τ.=48,56, Τ.Α.=11,37) και ακουστική αναπηρία (Μ.Τ.=47,98, Τ.Α.=8,95).

Από τον έλεγχο F-test (ANOVA) προέκυψε ότι οι πληθυσμιακοί μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ($F=2,969$, $p=0,001$). Επομένως, η αυτονομία μεταξύ των ομάδων του δείγματος διαφοροποιείται. Ειδικότερα, πραγματοποιώντας ανά δύο ελέγχους και χρησιμοποιώντας τη διόρθωση Bonferroni, καταγράφεται διαφορά στα επίπεδα αυτονομίας στα άτομα με καρκίνο (Μ.Τ.=55,84, Τ.Α.=8,50) σε σχέση με τα άτομα με παθήσεις του εντέρου (Μ.Τ.=48,56, Τ.Α.=11,37), με τα πρώτα να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα αυτονομίας ($p=0,025$). Επιπροσθέτως, τα άτομα με καρκίνο (Μ.Τ.=55,84, Τ.Α.=8,50) εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη αυτονομία και σε σχέση με τα άτομα με ακουστική αναπηρία (Μ.Τ.=47,98, Τ.Α.=8,95), καθώς ($p=0,008$) (βλ. Πίνακας 23).

Πίνακας 23: Διαφοροποίηση της υποκλίμακας «Αυτονομία» μεταξύ των ομάδων του

Αυτονομία						
Κατηγορίες	Μ.Τ.	Τ.Α.	F	P	Post-Hoc	
Σωματική Αναπηρία	52,46	10,70	2,969	0,001	6>10* p=0,025	
Οπτική Αναπηρία	53,60	8,51				
Ακουστική Αναπηρία	47,98	8,95				
Σκλήρυνση κατά πλάκας	54,08	9,76				
Σακχαρώδης Διαβήτης	50,82	11,82				
Καρκίνος	55,84	8,50				
Επιληψία	49,78	11,46				
Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	53,70	10,31				6>3** p=0,008
Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος	54,34	9,73				
Παθήσεις Εντέρου	48,56	11,37				
Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα	52,46	10,66				
Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση	54,06	9,83				

Σημείωση: *άτομα με Καρκίνο>άτομα με Παθήσεις του Εντέρου
**άτομα με Καρκίνο>άτομα με Ακουστική Αναπηρία

Αναφορικά με την υποκλίμακα του ψυχολογικού ευ ζην «Κυριαρχία στο περιβάλλον», παρατηρήθηκε πως τα άτομα με οπτική αναπηρία σημείωσαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία (Μ.Τ.=58,56, Τ.Α.=10,45). Εν συνεχεία, ακολουθούν τα άτομα με καρκίνο (Μ.Τ.=58,10, Τ.Α.=12,22), με καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση (Μ.Τ.=58,08, Τ.Α.=11,82), με σκλήρυνση κατά πλάκας (Μ.Τ.=56,48, Τ.Α.=14,06), με σακχαρώδη διαβήτη (Μ.Τ.=54,72, Τ.Α.=11,99), με σωματική αναπηρία (Μ.Τ.=54,66, Τ.Α.=12,38), με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Μ.Τ.=54,18, Τ.Α.=11,14), με συστηματικό ερυθματώδη λύκο (Μ.Τ.=53,88, Τ.Α.=11,45), με ακουστική αναπηρία (Μ.Τ.=53,68, Τ.Α.=11,04), με επιληψία (Μ.Τ.=53,02, Τ.Α.=10,95) και με παθήσεις του θυροειδούς αδένου (Μ.Τ.=52,52, Τ.Α.=13,01). Ενώ τέλος, τα χαμηλότερα επίπεδα κυριαρχίας στο περιβάλλον προέκυψαν μεταξύ των ατόμων με παθήσεις του εντέρου (Μ.Τ.=51,30, Τ.Α.=11,33).

Από τον έλεγχο F-test (ANOVA) προέκυψε ότι οι πληθυσμιακοί μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ($F=1,989$, $p=0,027$). Επομένως, η κυριαρχία στο περιβάλλον μεταξύ των ομάδων του δείγματος διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά. Ειδικότερα, πραγματοποιώντας ανά δύο ελέγχους και χρησιμοποιώντας τη διόρθωση Bonferroni δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (βλ. Πίνακας 24).

Πίνακας 24: Διαφοροποίηση της υποκλίμακας «Κυριαρχία στο περιβάλλον» μεταξύ των ομάδων του δείγματος

Κυριαρχία στο περιβάλλον					
Κατηγορίες	Μ.Τ.	Τ.Α.	F	P	Post-Hoc
<i>Σωματική Αναπηρία</i>	54,66	12,38	1,989	0,027	-
<i>Οπτική Αναπηρία</i>	58,56	10,45			
<i>Ακουστική Αναπηρία</i>	53,68	11,04			
<i>Σκλήρυνση κατά πλάκας</i>	56,48	14,06			
<i>Σακχαρώδης Διαβήτης</i>	54,72	11,99			
<i>Καρκίνος</i>	58,10	12,22			
<i>Επιληψία</i>	53,02	10,95			
<i>Ρευματοειδής Αρθρίτιδα</i>	54,18	11,14			
<i>Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος</i>	53,88	11,45			
<i>Παθήσεις Εντέρου</i>	51,30	11,33			
<i>Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα</i>	52,52	13,01			
<i>Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση</i>	58,08	11,82			

Εν συνεχεία, από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι στην υποκλίμακα του ψυχολογικού ευ ζην «Προσωπική ανάπτυξη», τα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα σημείωσαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία (Μ.Τ.=66,76, Τ.Α.=9,54), ακολουθώντας τους τα άτομα με συστηματικό ερυθματώδη λύκο (Μ.Τ.=66,06, Τ.Α.=8,54), με οπτική αναπηρία (Μ.Τ.=65,00, Τ.Α.=9,35), με καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση (Μ.Τ.=64,92, Τ.Α.=9,08), με σκλήρυνση κατά πλάκας (Μ.Τ.=62,92, Τ.Α.=11,19), με καρκίνο (Μ.Τ.=62,74, Τ.Α.=9,60), με παθήσεις του εντέρου (Μ.Τ.=62,60, Τ.Α.=9,90), με παθήσεις του θυροειδούς αδένου (Μ.Τ.=62,56, Τ.Α.=10,92), με σωματική αναπηρία (Μ.Τ.=61,82, Τ.Α.=9,43) και με σακχαρώδη διαβήτη (Μ.Τ.=61,62, Τ.Α.=11,04). Ενώ τέλος, τα χαμηλότερα επίπεδα προσωπικής ανάπτυξης προέκυψαν μεταξύ των ατόμων με ακουστική αναπηρία (Μ.Τ.=60,42, Τ.Α.=8,73) και επιληψία (Μ.Τ.=60,04, Τ.Α.=10,34).

Από τον έλεγχο F-test (ANOVA) προέκυψε ότι οι πληθυσμιακοί μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ($F=2,353$, $p=0,008$). Επομένως, η προσωπική ανάπτυξη μεταξύ των ομάδων του δείγματος διαφοροποιείται. Ειδικότερα, πραγματοποιώντας ανά δύο ελέγχους και χρησιμοποιώντας τη διόρθωση Bonferroni, καταγράφεται διαφορά στα επίπεδα προσωπικής ανάπτυξης στα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Μ.Τ.=66,76, Τ.Α.=9,54) σε σχέση με τα άτομα με επιληψία (Μ.Τ.=60,04, Τ.Α.=10,34), με τα πρώτα να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα προσωπικής ανάπτυξης ($p=0,045$) (βλ. Πίνακας 25).

Πίνακας 25: Διαφοροποίηση της υποκλίμακας «Προσωπική ανάπτυξη» μεταξύ των ομάδων του δείγματος

Προσωπική ανάπτυξη					
Κατηγορίες	Μ.Τ.	Τ.Α.	F	P	Post-Hoc
Σωματική Αναπηρία	61,82	9,43	2,353	0,008	8>7* p=0,045
Οπτική Αναπηρία	65,00	9,35			
Ακουστική Αναπηρία	60,42	8,73			
Σκλήρυνση κατά πλάκας	62,92	11,19			
Σακχαρώδης Διαβήτης	61,62	11,04			
Καρκίνος	62,74	9,60			
Επιληψία	60,04	10,34			
Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	66,76	9,54			
Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος	66,06	8,54			
Παθήσεις Εντέρου	62,60	9,90			
Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα	62,56	10,92			
Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση	64,92	9,08			

Σημείωση: *άτομα με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα>άτομα με Επιληψία

Παράλληλα, εξετάστηκε η υποκλίμακα του ψυχολογικού ευ ζην «Θετικές σχέσεις με τους άλλους» με τα άτομα με οπτική αναπηρία να σημειώνουν τη μεγαλύτερη βαθμολογία (Μ.Τ.=63,62, Τ.Α.=11,16), από κοινού με τα άτομα με συστηματικό ερυθματώδη λύκο (Μ.Τ.=63,62, Τ.Α.=12,51). Εν συνεχεία έπονται τα άτομα με καρκίνο (Μ.Τ.=63,30, Τ.Α.=12,67), με καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση (Μ.Τ.=63,10, Τ.Α.=12,45), με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Μ.Τ.=63,10, Τ.Α.=14,37), με σκλήρυνση κατά πλάκας (Μ.Τ.=62,24, Τ.Α.=14,64), με σακχαρώδη διαβήτη (Μ.Τ.=62,10, Τ.Α.=13,95), με παθήσεις του εντέρου (Μ.Τ.=61,66, Τ.Α.=14,26), με ακουστική αναπηρία (Μ.Τ.=59,26, Τ.Α.=14,84) και με παθήσεις του θυροειδούς αδένος (Μ.Τ.=59,08, Τ.Α.=13,70). Ενώ τέλος, τα χαμηλότερα επίπεδα προσωπικής ανάπτυξης προέκυψαν μεταξύ των ατόμων με επιληψία (Μ.Τ.=57,86, Τ.Α.=12,05) και με σωματική αναπηρία (Μ.Τ.=57,64, Τ.Α.=13,24).

Από τον έλεγχο F-test (ANOVA) προέκυψε ότι οι πληθυσμιακοί μέσοι όροι δε διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ($F=1,454$, $p=0,145$). Επομένως, οι θετικές σχέσεις με τους άλλους μεταξύ των ομάδων του δείγματος δε διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά (βλ. Πίνακας 26).

Πίνακας 26: Διαφοροποίηση της υποκλίμακας «Θετικές σχέσεις με άλλους» μεταξύ των ομάδων του δείγματος

Θετικές σχέσεις με άλλους					
Κατηγορίες	Μ.Τ.	Τ.Α.	F	P	Post-Hoc
<i>Σωματική Αναπηρία</i>	57,64	13,24	1,454	0,145	-
<i>Οπτική Αναπηρία</i>	63,62	11,16			
<i>Ακουστική Αναπηρία</i>	59,26	14,84			
<i>Σκλήρυνση κατά πλάκας</i>	62,24	14,64			
<i>Σακχαρώδης Διαβήτης</i>	62,10	13,95			
<i>Καρκίνος</i>	63,30	12,67			
<i>Επιληψία</i>	57,86	12,05			
<i>Ρευματοειδής Αρθρίτιδα</i>	63,10	14,37			
<i>Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος</i>	63,62	12,51			
<i>Παθήσεις Εντέρου</i>	61,66	14,26			
<i>Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα</i>	59,08	13,70			
<i>Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση</i>	63,10	12,45			

Αναφορικά με την υποκλίμακα του ψυχολογικού ευ ζην «Σκοπός στη ζωή», παρατηρήθηκε πως τα άτομα με οπτική αναπηρία σημείωσαν την υψηλότερη βαθμολογία (Μ.Τ.=65,20, Τ.Α.=8,68), από κοινού με τα άτομα με συστηματικό ερυθματώδη λύκο (Μ.Τ.=65,20, Τ.Α.=10,56). Ακολουθούν τα άτομα με καρκίνο (Μ.Τ.=64,06, Τ.Α.=10,64), χωρίς αναπηρία/χρόνια πάθηση (Μ.Τ.=63,70, Τ.Α.=11,48), με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Μ.Τ.=63,08, Τ.Α.=11,81), με σκλήρυνση κατά πλάκας (Μ.Τ.=61,34, Τ.Α.=12,57), με παθήσεις του θυροειδούς αδένα (Μ.Τ.=60,62, Τ.Α.=12,39), με σακχαρώδη διαβήτη (Μ.Τ.=60,54, Τ.Α.=13,67), με σωματική αναπηρία (Μ.Τ.=60,32, Τ.Α.=12,22) και με παθήσεις του εντέρου (Μ.Τ.=59,32, Τ.Α.=12,06). Ενώ χαμηλότερα επίπεδα εμφανίζουν τα άτομα με επιληψία (Μ.Τ.=58,82, Τ.Α.=13,82) και ακουστική αναπηρία (Μ.Τ.=58,62, Τ.Α.=12,25).

Από τον έλεγχο F-test (ANOVA) προέκυψε ότι οι πληθυσμιακοί μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ($F=2,045$, $p=0,023$). Επομένως, ο σκοπός στη ζωή μεταξύ των ομάδων του δείγματος διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά. Ειδικότερα, πραγματοποιώντας ανά δύο ελέγχους και χρησιμοποιώντας τη διόρθωση Bonferroni δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (βλ. Πίνακας 27).

Πίνακας 27: Διαφοροποίηση της υποκλίμακας «Σκοπός στη ζωή» μεταξύ των ομάδων του δείγματος

Σκοπός στη ζωή					
Κατηγορίες	Μ.Τ.	Τ.Α.	F	P	Post-Hoc
Σωματική Αναπηρία	60,32	12,22	2,045	0,023	-
Οπτική Αναπηρία	65,20	8,68			
Ακουστική Αναπηρία	58,62	12,25			
Σκλήρυνση κατά πλάκας	61,34	12,57			
Σακχαρώδης Διαβήτης	60,54	13,67			
Καρκίνος	64,06	10,64			
Επιληψία	58,82	13,82			
Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	63,08	11,81			
Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος	65,20	10,56			
Παθήσεις Εντέρου	59,32	12,06			
Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα	60,62	12,39			
Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση	63,70	11,48			

Τέλος, αναφορικά με την υποκλίμακα του ψυχολογικού ευ ζην «Αποδοχή του εαυτού», παρατηρήθηκε πως τα άτομα με συστηματικό ερυθματώδη λύκο σημείωσαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία (Μ.Τ.=60,52, Τ.Α.=14,17), ενώ ακολουθούν τα άτομα με οπτική αναπηρία (Μ.Τ.=60,12, Τ.Α.=12,44), με καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση (Μ.Τ.=59,66, Τ.Α.=14,78), με καρκίνο (Μ.Τ.=59,54, Τ.Α.=12,83), με σκλήρυνση κατά πλάκας (Μ.Τ.=57,94, Τ.Α.=16,89), με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Μ.Τ.=55,98, Τ.Α.=14,69), με σακχαρώδη διαβήτη (Μ.Τ.=55,44, Τ.Α.=16,16), με σωματική αναπηρία (Μ.Τ.=55,28, Τ.Α.=16,71), με παθήσεις του εντέρου (Μ.Τ.=52,98, Τ.Α.=16,62) και με επιληψία (Μ.Τ.=52,64, Τ.Α.=15,61). Χαμηλότερα επίπεδα εμφανίζουν τα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένου (Μ.Τ.=52,18, Τ.Α.=16,38) και τα άτομα με ακουστική αναπηρία (Μ.Τ.=51,84, Τ.Α.=14,72).

Από τον έλεγχο F-test (ANOVA) προέκυψε ότι οι πληθυσμιακοί μέσοι όροι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά ($F=2,348$, $p=0,008$). Επομένως, η αποδοχή του εαυτού μεταξύ των ομάδων του δείγματος διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά. Ειδικότερα, πραγματοποιώντας ανά δύο ελέγχους και χρησιμοποιώντας τη διόρθωση Bonferroni δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (βλ. Πίνακας 28).

Πίνακας 28: Διαφοροποίηση της υποκλίμακας «Αποδοχή του εαυτού» μεταξύ των ομάδων του δείγματος

Αποδοχή του εαυτού					
Κατηγορίες	Μ.Τ.	Τ.Α.	F	P	Post-Hoc
<i>Σωματική Αναπηρία</i>	55,28	16,71	2,348	0,008	-
<i>Οπτική Αναπηρία</i>	60,12	12,44			
<i>Ακουστική Αναπηρία</i>	51,84	14,72			
<i>Σκλήρυνση κατά πλάκας</i>	57,94	16,89			
<i>Σακχαρώδης Διαβήτης</i>	55,44	16,16			
<i>Καρκίνος</i>	59,54	12,83			
<i>Επιληψία</i>	52,64	15,61			
<i>Ρευματοειδής Αρθρίτιδα</i>	55,98	14,69			
<i>Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος</i>	60,52	14,17			
<i>Παθήσεις Εντέρου</i>	52,98	16,62			
<i>Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα</i>	52,18	16,38			
<i>Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση</i>	59,66	14,78			

7.5 Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και του Ψυχολογικού ευ ζην ανά ομάδα του δείγματος

Το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα, «Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της αυτοσυμπόνιας και του ψυχολογικού ευ ζην (αυτονομία, κυριαρχία στο περιβάλλον, προσωπική ανάπτυξη, θετικές σχέσεις με τους άλλους, σκοπός στη ζωή, αποδοχή του εαυτού) ανά ομάδα του δείγματος;», διερευνά τον βαθμό στον οποίο η αυτοσυμπόνια που αναπτύσσουν τα άτομα ανά κατηγορία επηρεάζει τόσο το ψυχολογικό ευ ζην όσο και τις υποκλίμακες αυτού (αυτονομία, κυριαρχία στο περιβάλλον, προσωπική ανάπτυξη, θετικές σχέσεις με άλλους, σκοπός στη ζωή, αποδοχή του εαυτού). Ειδικότερα, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Pearson r , εφόσον ελέγχθηκε η κανονικότητα με τον έλεγχο των Shapiro-Wilk. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, σε κάθε περίπτωση ορίστηκε στο 0,05.

Αρχικά, εξετάστηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της αυτοσυμπόνιας και της βίωσης ψυχολογικής ευημερίας για όλες τις ομάδες του δείγματος. Θα πρέπει να επισημανθεί πως για όλες τις κατηγορίες προέκυψαν στατιστικά σημαντικές υψηλές έως πολύ υψηλές θετικές συσχετίσεις. Επομένως, καθώς η αυτοσυμπόνια αυξάνεται για κάθε μία από τις κατηγορίες του δείγματος αυξάνεται και η βίωση συνολικού ψυχολογικού ευ ζην. Αναλυτικότερα, η συσχέτιση μεταξύ αυτοσυμπόνιας και συνολικού ψυχολογικού ευ ζην παρουσιάστηκε υψηλή ($r \geq 0,6$) στα άτομα με οπτική αναπηρία ($r=0,653$, $p<0,01$), με καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση ($r=0,662$, $p<0,01$), με ακουστική αναπηρία ($r=0,679$, $p<0,01$) και με καρκίνο ($r=0,686$, $p<0,01$). Υψηλή θετική συσχέτιση στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας και συνολικού ψυχολογικού ευ ζην, με τον συντελεστή Pearson ($r \geq 0,7$), παρουσιάστηκε στα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα ($r=0,700$, $p<0,01$), σκλήρυνση κατά πλάκας ($r=0,733$, $p<0,01$), συστηματικό ερυθματώδη λύκο ($r=0,728$, $p<0,01$), παθήσεις του θυροειδούς αδένα ($r=0,739$, $p<0,01$) και παθήσεις του εντέρου ($r=0,743$, $p<0,01$). Τέλος, πολύ υψηλή θετική συσχέτιση με πολύ υψηλό συντελεστή συσχέτισης Pearson ($r \geq 0,8$), εντοπίστηκε στα άτομα με επιληψία ($r=0,807$, $p<0,01$), σωματική αναπηρία ($r=0,821$, $p<0,01$) και σακχαρώδη διαβήτη ($r=0,848$, $p<0,01$) (βλ. Πίνακας 29).

Πίνακας 29: Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και του Συνολικού Ψυχολογικού ευ ζην ανά ομάδα του δείγματος

		Συνολικό Ψυχολογικό ευ ζην											
Αυτοσυμπόνια		Σωματική Αναπηρία	Οπτική Αναπηρία	Ακουστική Αναπηρία	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Σακχαρώδης Διαβήτης	Καρκίνος	Επιληψία	Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος	Παθήσεις Εντέρου	Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα	Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση
	r	0,821	0,653	0,679	0,733	0,848	0,686	0,807	0,700	0,728	0,743	0,739	0,662
P	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	
N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	

Συνεχίζοντας, εξετάστηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της αυτοσυμπόνιας και της υποκλίμακας του ψυχολογικού ευ ζην «Αυτονομία». Από την ανάλυση των δεδομένων για όλες τις κατηγορίες προέκυψαν στατιστικά σημαντικές μέτριες έως υψηλές θετικές συσχετίσεις. Επομένως, καθώς η αυτοσυμπόνια αυξάνεται και η αυτονομία των ατόμων μεγαλώνει. Αναλυτικότερα, η συσχέτιση μεταξύ αυτοσυμπόνιας και αυτονομίας παρουσιάστηκε μέτρια με τον συντελεστή Pearson ($r \geq 0,5$), στα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα ($r=0,501$, $p<0,01$), συστηματικό ερυθματώδη λύκο ($r=0,506$, $p<0,01$), καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση ($r=0,518$, $p<0,01$), σκλήρυνση κατά πλάκας ($r=0,534$, $p<0,01$), επιληψία ($r=0,536$, $p<0,01$), παθήσεις του εντέρου ($r=0,561$, $p<0,01$), σακχαρώδη διαβήτη ($r=0,563$, $p<0,01$), καρκίνο ($r=0,563$, $p<0,01$) και παθήσεις του θυροειδούς αδένα ($r=0,564$, $p<0,01$). Ενώ υψηλή θετική συσχέτιση στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας και αυτονομίας, με τον συντελεστή Pearson να είναι αρκετά υψηλός ($r \geq 0,6$), παρουσιάστηκε στα άτομα με σωματική αναπηρία ($r=0,603$, $p<0,01$), οπτική αναπηρία ($r=0,653$, $p<0,01$) και ακουστική αναπηρία ($r=0,692$, $p<0,01$) (βλ. Πίνακας 30).

Πίνακας 30: Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και της υποκλίμακας «Αυτονομία» ανά ομάδα του δείγματος

		Αυτονομία											
Αυτοσυμπόνια		Σωματική Αναπηρία	Οπτική Αναπηρία	Ακουστική Αναπηρία	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Σακχαρώδης Διαβήτης	Καρκίνος	Επιληψία	Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος	Παθήσεις Εντέρου	Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα	Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση
	r	0,603	0,653	0,692	0,534	0,563	0,563	0,536	0,501	0,506	0,561	0,564	0,518
P	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	
N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	

Επίσης, εξετάστηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της αυτοσυμπόνιας και της υποκλίμακας του ψυχολογικού ευ ζην «Κυριαρχία στο περιβάλλον». Από την ανάλυση προέκυψαν στατιστικά σημαντικές μέτριες, υψηλές και πολύ υψηλές θετικές συσχετίσεις. Επομένως, καθώς η αυτοσυμπόνια αυξάνεται για κάθε μία από τις κατηγορίες του δείγματος αυξάνεται και η κυριαρχία στο περιβάλλον. Η συσχέτιση μεταξύ αυτοσυμπόνιας και κυριαρχίας στο περιβάλλον παρουσιάστηκε μέτρια στα άτομα με οπτική αναπηρία ($r=0,521$, $p<0,01$). Ενώ υψηλή θετική συσχέτιση εντοπίστηκε στα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα ($r=0,615$, $p<0,01$), ακουστική αναπηρία ($r=0,670$, $p<0,01$), συστηματικό ερυθματώδη λύκο ($r=0,673$, $p<0,01$), καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση ($r=0,689$, $p<0,01$), σκλήρυνση κατά πλάκας ($r=0,695$, $p<0,01$), παθήσεις του εντέρου ($r=0,697$, $p<0,01$), καρκίνο ($r=0,723$, $p<0,01$), παθήσεις του θυροειδούς ($r=0,733$, $p<0,01$) και σωματική αναπηρία ($r=0,783$, $p<0,01$). Πολύ υψηλή θετική συσχέτιση, με τον συντελεστή Pearson να είναι αρκετά υψηλός ($r \geq 0,8$), παρουσιάστηκε στα άτομα με επιληψία ($r=0,813$, $p<0,01$) και σακχαρώδη διαβήτη ($r=0,846$, $p<0,01$) (βλ. Πίνακας 31).

Πίνακας 31: Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και της υποκλίμακας «Κυριαρχία στο περιβάλλον» ανά ομάδα του δείγματος

		Κυριαρχία στο περιβάλλον											
Αυτοσυμπόνια		<i>Σωματική Αναπηρία</i>	<i>Οπτική Αναπηρία</i>	<i>Ακουστική Αναπηρία</i>	<i>Σκλήρυνση κατά πλάκας</i>	<i>Σακχαρώδης Διαβήτης</i>	<i>Καρκίνος</i>	<i>Επιληψία</i>	<i>Ρευματοειδής Αρθρίτιδα</i>	<i>Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος</i>	<i>Παθήσεις Εντέρου</i>	<i>Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα</i>	<i>Καμία Αναπηρία/ Χρόνια Πάθηση</i>
	r	0,783	0,521	0,670	0,695	0,846	0,723	0,813	0,615	0,673	0,697	0,733	0,689
P	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	
N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	

Εν συνεχεία, διερευνήθηκε η ύπαρξη συσχέτισης της αυτοσυμπόνιας και της υποκλίμακας «Προσωπική Ανάπτυξη». Για τα άτομα με καρκίνο ($r=0,245$, $p=0,087$) και ακουστική αναπηρία ($r=0,272$, $p=0,056$) δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ αυτοσυμπόνιας και προσωπικής ανάπτυξης. Στις υπόλοιπες κατηγορίες προέκυψαν στατιστικά σημαντικές μικρές, μέτριες και υψηλές θετικές συσχετίσεις. Άρα, καθώς η αυτοσυμπόνια αυξάνεται και η προσωπική ανάπτυξη αυξάνεται. Αναλυτικότερα, παρουσιάστηκε μικρή συσχέτιση στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας ($r=0,294$, $p<0,01$), ρευματοειδή αρθρίτιδα ($r=0,394$, $p<0,01$) και παθήσεις του εντέρου ($r=0,397$, $p<0,01$). Ταυτοχρόνως, μέτρια συσχετιζόταν η αυτοσυμπόνια με την προσωπική ανάπτυξη των ατόμων με καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση ($r=0,432$, $p<0,01$), επιληψία ($r=0,436$, $p=0,002$), παθήσεις θυροειδούς ($r=0,478$, $p<0,01$), σωματική αναπηρία ($r=0,524$, $p<0,01$), ερυθηματώδη λύκο ($r=0,547$, $p<0,01$) και οπτική αναπηρία ($r=0,549$, $p<0,01$). Στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, παρατηρήθηκε υψηλή συσχέτιση ($r=0,655$, $p<0,01$) (βλ. Πίνακας 32).

Πίνακας 32: Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και της υποκλίμακας «Προσωπική ανάπτυξη» ανά ομάδα του δείγματος

		Προσωπική ανάπτυξη											
Αυτοσυμπόνια		<i>Σωματική Αναπηρία</i>	<i>Οπτική Αναπηρία</i>	<i>Ακουστική Αναπηρία</i>	<i>Σκλήρυνση κατά πλάκας</i>	<i>Σακχαρώδης Διαβήτης</i>	<i>Καρκίνος</i>	<i>Επιληψία</i>	<i>Ρευματοειδής Αρθρίτιδα</i>	<i>Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος</i>	<i>Παθήσεις Εντέρου</i>	<i>Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα</i>	<i>Καμία Αναπηρία/ Χρόνια Πάθηση</i>
	r	0,524	0,549	0,272	0,294	0,655	0,245	0,436	0,394	0,547	0,397	0,478	0,432
P	<0,01	<0,01	0,056	<0,01	<0,01	0,087	0,002	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	
N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	

Επιπροσθέτως, εξετάστηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της αυτοσυμπόνιας και της υποκλίμακας του ψυχολογικού ευ ζην «Θετικές σχέσεις με άλλους». Από την ανάλυση προέκυψαν στατιστικά σημαντικές μικρές, μέτριες και υψηλές θετικές συσχετίσεις. Επομένως, καθώς η αυτοσυμπόνια αυξάνεται για κάθε μία από τις κατηγορίες του δείγματος αυξάνονται και οι σχέσεις με τους άλλους. Η συσχέτιση παρουσιάστηκε μικρή ($r \geq 0,3$), στα άτομα με καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση ($r=0,321$, $p=0,023$) και παθήσεις του εντέρου ($r=0,324$, $p=0,022$). Ενώ μέτρια θετική συσχέτιση ($r \geq 0,4$), εντοπίστηκε στα άτομα με ακουστική αναπηρία ($r=0,435$, $p<0,01$), ρευματοειδή αρθρίτιδα ($r=0,435$, $p<0,01$) συστηματικό ερυθματώδη λύκο ($r=0,490$, $p<0,01$), οπτική αναπηρία ($r=0,521$, $p<0,01$), επιληψία ($r=0,567$, $p<0,01$), σκλήρυνση κατά πλάκας ($r=0,585$, $p<0,01$), καρκίνο ($r=0,591$, $p<0,01$) και παθήσεις του θυροειδούς ($r=0,592$, $p<0,01$). Παράλληλα, υψηλή θετική συσχέτιση ($r \geq 0,6$), παρουσιάστηκε στα άτομα με σωματική αναπηρία ($r=0,621$, $p<0,01$) και σακχαρώδη διαβήτη ($r=0,660$, $p<0,01$) (βλ. Πίνακας 33).

Πίνακας 33: Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και της υποκλίμακας «Θετικές σχέσεις με άλλους» ανά ομάδα του δείγματος

		Θετικές σχέσεις με άλλους											
Αυτοσυμπόνια		Σωματική Αναπηρία	Οπτική Αναπηρία	Ακουστική Αναπηρία	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Σακχαρώδης Διαβήτης	Καρκίνος	Επιληψία	Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος	Παθήσεις Εντέρου	Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα	Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση
	r		0,621	0,521	0,435	0,585	0,660	0,591	0,567	0,435	0,490	0,324	0,592
P		<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,022	<0,01	0,023
N		50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

Διερευνήθηκε επίσης, η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της αυτοσυμπόνιας και της υποκλίμακας του ψυχολογικού ευ ζην «Σκοπός στη ζωή». Από την ανάλυση προέκυψαν στατιστικά σημαντικές μέτριες, υψηλές και πολύ υψηλές θετικές συσχετίσεις. Επομένως, καθώς η αυτοσυμπόνια αυξάνεται για κάθε μία από τις κατηγορίες του δείγματος αυξάνεται και ο σκοπός στη ζωή. Η συσχέτιση παρουσιάστηκε μέτρια στα άτομα με οπτική αναπηρία ($r=0,452$, $p<0,01$), παθήσεις θυροειδούς αδένα ($r=0,506$, $p<0,01$), ρευματοειδής αρθρίτιδα ($r=0,533$, $p<0,01$), καρκίνο ($r=0,560$, $p<0,01$) και σκλήρυνση κατά πλάκας ($r=0,574$, $p<0,01$). Ενώ υψηλή θετική συσχέτιση ($r \geq 0,6$), εντοπίστηκε στα άτομα με ακουστική αναπηρία ($r=0,619$, $p<0,01$), καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση ($r=0,654$, $p<0,01$), συστηματικό ερυθματώδη λύκο ($r=0,677$, $p<0,01$), επιληψία ($r=0,689$, $p<0,01$), παθήσεις του εντέρου ($r=0,704$, $p<0,01$) και σωματική αναπηρία ($r=0,734$, $p<0,01$). Πολύ υψηλή θετική συσχέτιση, με τον συντελεστή Pearson να είναι αρκετά υψηλός ($r \geq 0,8$), παρουσιάστηκε στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη ($r=0,804$, $p<0,01$) (βλ. Πίνακας 34).

Πίνακας 34: Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και της υποκλίμακας «Σκοπός στη ζωή» ανά ομάδα του δείγματος

		Σκοπός στη ζωή											
Αυτοσυμπόνια		Σωματική Αναπηρία	Οπτική Αναπηρία	Ακουστική Αναπηρία	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Σακχαρώδης Διαβήτης	Καρκίνος	Επιληψία	Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος	Παθήσεις Εντέρου	Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα	Καμία Αναπηρία/ Χρόνια Πάθηση
	r		0,734	0,452	0,619	0,574	0,804	0,560	0,689	0,533	0,677	0,704	0,506
P		<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
N		50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

Τέλος, αναζητήθηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της αυτοσυμπόνιας και της υποκλίμακας του ψυχολογικού ευ ζην «Αποδοχή του εαυτού». Από την ανάλυση προέκυψαν στατιστικά σημαντικές μέτριες, υψηλές και πολύ υψηλές θετικές συσχετίσεις. Επομένως, καθώς η αυτοσυμπόνια αυξάνεται για κάθε μία από τις κατηγορίες του δείγματος αυξάνεται και η αποδοχή του εαυτού. Η συσχέτιση παρουσιάστηκε μέτρια στα άτομα με οπτική αναπηρία ($r=0,596$, $p<0,01$). Ενώ υψηλή θετική συσχέτιση ($r\geq 0,6$), εντοπίστηκε στα άτομα με καρκίνο ($r=0,656$, $p<0,01$), καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση ($r=0,691$, $p<0,01$), συστηματικό ερυθηματώδη λύκο ($r=0,698$, $p<0,01$), με επιληψία ($r=0,715$, $p<0,01$), ακουστική αναπηρία ($r=0,716$, $p<0,01$), ρευματοειδή αρθρίτιδα ($r=0,729$, $p<0,01$), παθήσεις του εντέρου ($r=0,738$, $p<0,01$) και παθήσεις του θυροειδούς αδένα ($r=0,789$, $p<0,01$). Τέλος, πολύ υψηλή θετική συσχέτιση, με τον συντελεστή Pearson να είναι αρκετά υψηλός ($r\geq 0,8$), παρουσιάστηκε σε άτομα με σωματική αναπηρία ($r=0,808$, $p<0,01$), σκλήρυνση κατά πλάκας ($r=0,812$, $p<0,01$) και σακχαρώδη διαβήτη ($r=0,885$, $p<0,01$) (βλ. Πίνακας 35).

Πίνακας 35: Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και της υποκλίμακας «Αποδοχή του εαυτού» ανά ομάδα του δείγματος

		Αποδοχή του εαυτού											
Αυτοσυμπόνια		Σωματική Αναπηρία	Οπτική Αναπηρία	Ακουστική Αναπηρία	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Σακχαρώδης Διαβήτης	Καρκίνος	Επιληψία	Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος	Παθήσεις Εντέρου	Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα	Καμία Αναπηρία/ Χρόνια Πάθηση
	r		0,808	0,596	0,716	0,812	0,885	0,656	0,715	0,729	0,698	0,738	0,789
P		<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
N		50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

7.6 Συσχέτιση της Ενσυνειδητότητας και του Ψυχολογικού ευ ζην ανά ομάδα του δείγματος

Το έκτο ερευνητικό ερώτημα, «Παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ της ενσυνειδητότητας και του ψυχολογικού ευ ζην (αυτονομία, κυριαρχία στο περιβάλλον, προσωπική ανάπτυξη, θετικές σχέσεις με τους άλλους, σκοπός στη ζωή, αποδοχή του εαυτού) ανά ομάδα του δείγματος;», διερευνά εάν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ενσυνειδητότητας με το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην αλλά και τις υποκλίμακες αυτού, με τον συντελεστή γραμμικής συσχέτισης Pearson r , δεδομένου ότι ακολουθούνταν κανονική κατανομή. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, σε κάθε περίπτωση ορίστηκε στο 0,05.

Αρχικά, αναφορικά με το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τα επίπεδα ενσυνειδητότητας για τα άτομα με επιληψία ($r=0,212$, $p=0,139$). Ενώ σε όλες τις υπόλοιπες ομάδες εντοπίστηκε μικρή, μέτρια και υψηλή θετική συσχέτιση, καθώς όταν αυξάνεται η ενσυνειδητότητα ταυτοχρόνως αυξάνεται και το ψυχολογικό ευ ζην. Στα άτομα με οπτική αναπηρία, παρατηρήθηκε μικρή συσχέτιση μεταξύ ενσυνειδητότητας και συνολικού ψυχολογικού ευ ζην ($r=0,399$, $p=0,004$), καθώς και στα άτομα με ακουστική αναπηρία ($r=0,433$, $p=0,002$). Μέτρια συσχέτιση ($r \geq 0,5$), παρατηρήθηκε στα άτομα με σωματική αναπηρία ($r=0,505$, $p < 0,01$), σακχαρώδη διαβήτη ($r=0,513$, $p < 0,01$), ρευματοειδή αρθρίτιδα ($r=0,522$, $p < 0,01$), καρκίνο ($r=0,529$, $p < 0,01$), καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση ($r=0,557$, $p < 0,01$), συστηματικό ερυθματώδη λύκο ($r=0,568$, $p < 0,01$) και παθήσεις του εντέρου ($r=0,577$, $p < 0,01$). Τέλος, υψηλή συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων ενσυνειδητότητας και συνολικού ψυχολογικού ευ ζην εντοπίστηκε στα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένα ($r=0,607$, $p < 0,01$) και σκλήρυνση κατά πλάκας ($r=0,634$, $p < 0,01$), καθώς ο συντελεστής συσχέτισης Pearson ($r \geq 0,6$) (βλ. Πίνακας 36).

Πίνακας 36: Συσχέτιση της Ενσυνειδητότητας και του Συνολικού Ψυχολογικού ευ ζην ανά ομάδα του δείγματος

		Συνολικό Ψυχολογικό ευ ζην											
Ενσυνειδητότητα		Σωματική Αναπηρία	Οπτική Αναπηρία	Ακουστική Αναπηρία	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Σακχαρώδης Διαβήτης	Καρκίνος	Επιληψία	Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος	Παθήσεις Εντέρου	Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα	Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση
	r	0,505	0,399	0,433	0,634	0,513	0,529	0,212	0,522	0,568	0,577	0,607	0,557
	P	<0,01	0,004	0,002	<0,01	<0,01	<0,01	0,139	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

Συνεχίζοντας, εξετάστηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ενσυνειδητότητας και της υποκλίμακας του ψυχολογικού ευ ζην «Αυτονομία». Από την ανάλυση των δεδομένων για όλες τις κατηγορίες προέκυψαν στατιστικά σημαντικές μικρές έως υψηλές θετικές συσχετίσεις. Επομένως, καθώς η ενσυνειδητότητα αυξάνεται και η αυτονομία των ατόμων

αυξάνεται. Αναλυτικότερα, η συσχέτιση μεταξύ ενσυνειδητότητας και αυτονομίας παρουσιάστηκε μικρή με τον συντελεστή Pearson ($r \leq 0,4$), στα άτομα με επιληψία ($r=0,326$, $p=0,021$), καρκίνο ($r=0,349$, $p<0,01$), οπτική αναπηρία ($r=0,357$, $p=0,011$), σωματική αναπηρία ($r=0,374$, $p<0,01$), ακουστική αναπηρία ($r=0,390$, $p<0,01$). Ενώ μέτρια θετική συσχέτιση στα επίπεδα ενσυνειδητότητας και αυτονομίας, με τον συντελεστή Pearson να είναι υψηλός ($r \geq 0,4$), παρουσιάστηκε στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη ($r=0,412$, $p<0,01$), ρευματοειδή αρθρίτιδα ($r=0,419$, $p<0,01$) συστηματικό ερυθματώδη λύκο ($r=0,468$, $p<0,01$), καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση ($r=0,479$, $p<0,01$), με παθήσεις του εντέρου ($r=0,489$, $p<0,01$) και του θυροειδούς αδένος ($r=0,546$, $p<0,01$). Τέλος υψηλή θετική συσχέτιση ($r \geq 0,6$), μεταξύ ενσυνειδητότητας και αυτονομίας παρουσιάστηκε στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας ($r=0,667$, $p<0,01$) (βλ. Πίνακας 37).

Πίνακας 37: Συσχέτιση της Ενσυνειδητότητας και της υποκλίμακας «Αυτονομία» ανά ομάδα του δείγματος

		Αυτονομία											
Ενσυνειδητότητα		<i>Σωματική Αναπηρία</i>	<i>Οπτική Αναπηρία</i>	<i>Ακουστική Αναπηρία</i>	<i>Σκλήρυνση κατά πλάκας</i>	<i>Σακχαρώδης Διαβήτης</i>	<i>Καρκίνος</i>	<i>Επιληψία</i>	<i>Ρευματοειδής Αρθρίτιδα</i>	<i>Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος</i>	<i>Παθήσεις Εντέρου</i>	<i>Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα</i>	<i>Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση</i>
	r		0,374	0,357	0,390	0,667	0,412	0,349	0,326	0,419	0,468	0,489	0,546
P		<0,01	0,011	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,021	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
N		50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

Επίσης, εξετάστηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ενσυνειδητότητας και της υποκλίμακας του ψυχολογικού ευ ζην «Κυριαρχία στο περιβάλλον». Από την ανάλυση προέκυψε πως για στα άτομα με επιληψία δεν υπάρξει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ενσυνειδητότητας και κυριαρχίας στο περιβάλλον ($r=0,249$, $p=0,081$). Στατιστικά σημαντικές μέτριες και υψηλές θετικές συσχετίσεις παρουσιάστηκαν για τις άλλες κατηγορίες. Επομένως, καθώς η ενσυνειδητότητα αυξάνεται για κάθε μία από τις κατηγορίες του δείγματος αυξάνεται και η κυριαρχία στο περιβάλλον. Η συσχέτιση μεταξύ ενσυνειδητότητας και κυριαρχίας στο περιβάλλον παρουσιάστηκε μέτρια ($r \geq 0,4$), στα άτομα με οπτική αναπηρία ($r=0,442$, $p<0,01$), ακουστική αναπηρία ($r=0,466$, $p<0,01$), παθήσεις του εντέρου ($r=0,482$, $p<0,01$), ρευματοειδή αρθρίτιδα ($r=0,513$, $p<0,01$), σακχαρώδη διαβήτη ($r=0,515$, $p<0,01$), σωματική αναπηρία ($r=0,540$, $p<0,01$), καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση ($r=0,548$, $p<0,01$), συστηματικό ερυθματώδη λύκο ($r=0,559$, $p<0,01$), καρκίνο ($r=0,575$, $p<0,01$) και σκλήρυνση κατά πλάκας ($r=0,576$, $p<0,01$). Υψηλή θετική συσχέτιση, με τον συντελεστή Pearson να είναι υψηλός ($r \geq 0,6$), παρουσιάστηκε στα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένος ($r=0,613$, $p<0,01$) (βλ. Πίνακας 38).

Πίνακας 38: Συσχέτιση της Ενσυνειδητότητας και της υποκλίμακας «Κυριαρχία στο περιβάλλον» ανά ομάδα του δείγματος

		Κυριαρχία στο περιβάλλον											
Ενσυνειδητότητα		Σωματική Αναπηρία	Οπτική Αναπηρία	Ακουστική Αναπηρία	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Σακχαρώδης Διαβήτης	Καρκίνος	Επιληψία	Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος	Παθήσεις Εντέρου	Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα	Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση
	r		0,540	0,442	0,466	0,576	0,515	0,575	0,249	0,513	0,559	0,482	0,613
P		<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,081	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
N		50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

Επίσης, διερευνήθηκε η ύπαρξη συσχέτισης της ενσυνειδητότητας και της υποκλίμακας «Προσωπική Ανάπτυξη». Για τα άτομα με οπτική αναπηρία ($r=0,213$, $p=0,138$) επιληψία ($r=0,134$, $p=0,355$), ρευματοειδή αρθρίτιδα ($r=0,147$, $p=0,309$) και παθήσεις του εντέρου ($r=0,261$, $p=0,067$), δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Στις υπόλοιπες κατηγορίες προέκυψαν στατιστικά σημαντικές μικρές και μέτριες θετικές συσχετίσεις. Άρα, καθώς η ενσυνειδητότητα αυξάνεται και η προσωπική ανάπτυξη αυξάνεται. Αναλυτικότερα, παρουσιάστηκε μικρή συσχέτιση ($r \geq 0,3$), στα άτομα με σωματική αναπηρία ($r=0,310$, $p < 0,01$), σκλήρυνση κατά πλάκας ($r=0,319$, $p=0,024$), ακουστική αναπηρία ($r=0,342$, $p=0,015$), καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση ($r=0,342$, $p=0,015$), καρκίνο ($r=0,354$, $p < 0,01$), παθήσεις του θυροειδούς ($r=0,359$, $p=0,01$) και σακχαρώδη διαβήτη ($r=0,391$, $p < 0,01$), Ενώ στα άτομα με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, παρατηρήθηκε μέτρια συσχέτιση ($r=0,493$, $p < 0,01$), καθώς ο συντελεστής Pearson ($r \geq 0,4$) (βλ. Πίνακας 39).

Πίνακας 39: Συσχέτιση της Ενσυνειδητότητας και της υποκλίμακας «Προσωπική ανάπτυξη» ανά ομάδα του δείγματος

		Προσωπική ανάπτυξη											
Ενσυνειδητότητα		Σωματική Αναπηρία	Οπτική Αναπηρία	Ακουστική Αναπηρία	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Σακχαρώδης Διαβήτης	Καρκίνος	Επιληψία	Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος	Παθήσεις Εντέρου	Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα	Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση
	r		0,310	0,213	0,342	0,319	0,391	0,354	0,134	0,147	0,493	0,261	0,359
P		<0,01	0,138	0,015	0,024	<0,01	<0,01	0,355	0,309	<0,01	0,067	0,01	0,015
N		50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

Επιπροσθέτως, εξετάστηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ενσυνειδητότητας και της υποκλίμακας του ψυχολογικού ευ ζην «Θετικές σχέσεις με άλλους». Για τα άτομα με οπτική αναπηρία ($r=0,198$, $p=0,167$) και επιληψία ($r=0,107$, $p=0,461$), δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Από την ανάλυση προέκυψαν στατιστικά σημαντικές μικρές και μέτριες θετικές συσχετίσεις στις υπόλοιπες ομάδες. Επομένως, καθώς η ενσυνειδητότητα αυξάνεται, αυξάνονται και οι σχέσεις με τους άλλους. Η συσχέτιση παρουσιάστηκε μικρή ($r \geq 0,2$), στα άτομα με σωματική αναπηρία ($r=0,291$, $p=0<0,01$) και σακχαρώδη διαβήτη ($r=0,392$, $p=0<0,01$). Ενώ μέτρια θετική συσχέτιση ($r \geq 0,4$), εντοπίστηκε στα άτομα με συστηματικό ερυθματώδη λύκο ($r=0,428$, $p<0,01$), παθήσεις του εντέρου ($r=0,431$, $p<0,01$), παθήσεις του θυροειδούς ($r=0,431$, $p=0,001$), ακουστική αναπηρία ($r=0,451$, $p<0,01$), καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση ($r=0,451$, $p<0,01$), καρκίνο ($r=0,489$, $p<0,01$) και σκλήρυνση κατά πλάκας ($r=0,564$, $p<0,01$) (βλ. Πίνακας 40).

Πίνακας 40: Συσχέτιση της Ενσυνειδητότητας και της υποκλίμακας «Θετικές σχέσεις με άλλους» ανά ομάδα του δείγματος

		Θετικές σχέσεις με άλλους											
Ενσυνειδητότητα		Σωματική Αναπηρία	Οπτική Αναπηρία	Ακουστική Αναπηρία	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Σακχαρώδης Διαβήτης	Καρκίνος	Επιληψία	Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος	Παθήσεις Εντέρου	Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα	Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση
	r		0,291	0,198	0,451	0,564	0,392	0,489	0,107	0,436	0,428	0,431	0,442
P		<0,01	0,167	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,461	<0,01	<0,01	<0,01	0,001	<0,01
N		50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

Διερευνήθηκε επίσης, η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ενσυνειδητότητας και της υποκλίμακας του ψυχολογικού ευ ζην «Σκοπός στη ζωή». Από την ανάλυση προέκυψε μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση για τα άτομα με επιληψία ($r=0,124$, $p=0,389$). Ενώ στατιστικά σημαντικές μέτριες θετικές συσχετίσεις υπήρξαν στις υπόλοιπες κατηγορίες. Επομένως, καθώς η ενσυνειδητότητα αυξάνεται για κάθε μία από τις κατηγορίες του δείγματος αυξάνεται και ο σκοπός στη ζωή. Η συσχέτιση παρουσιάστηκε μέτρια ($r \geq 0,4$), στα άτομα με παθήσεις εντέρου ($r=0,421$, $p<0,01$), οπτική αναπηρία ($r=0,497$, $p=0,002$), σακχαρώδη διαβήτη ($r=0,447$, $p<0,01$), σκλήρυνση κατά πλάκας ($r=0,469$, $p<0,01$), ακουστική αναπηρία ($r=0,483$, $p<0,01$), ρευματοειδή αρθρίτιδα ($r=0,483$, $p<0,01$), καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση ($r=0,483$, $p<0,01$), καρκίνο ($r=0,484$, $p<0,01$), συστηματικό ερυθματώδη λύκο ($r=0,494$, $p<0,01$), σωματική αναπηρία ($r=0,507$, $p<0,01$) και παθήσεις θυροειδούς αδένα ($r=0,583$, $p<0,01$) (βλ. Πίνακας 41).

Πίνακας 41: Συσχέτιση της Ενσυνειδητότητας και της υποκλίμακας «Σκοπός στη ζωή» ανά ομάδα του δείγματος

Σκοπός στη ζωή

Ενσυνειδητότητα	Σωματική Αναπηρία	Οπτική Αναπηρία	Ακουστική Αναπηρία	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Σακχαρώδης Διαβήτης	Καρκίνος	Επιληψία	Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος	Παθήσεις Εντέρου	Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα	Καμία Αναπηρία/ Χρόνια Πάθηση
	r	0,507	0,437	0,483	0,469	0,447	0,484	0,124	0,483	0,494	0,421	0,583
P	<0,01	0,002	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,389	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

Τέλος, αναζητήθηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της ενσυνειδητότητας και της υποκλίμακας «Αποδοχή του εαυτού». Από την ανάλυση προέκυψαν μη στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις στα άτομα με επιληψία ($r=0,098$, $p=0,498$). Ενώ στατιστικά σημαντικές μικρές και μέτριες θετικές συσχετίσεις υπήρξαν στις υπόλοιπες κατηγορίες. Επομένως, καθώς η ενσυνειδητότητα αυξάνεται για κάθε μία από τις κατηγορίες αυξάνεται και η αποδοχή του εαυτού. Η συσχέτιση παρουσιάστηκε μικρή στα άτομα με καρκίνο ($r=0,349$, $p=0,013$), οπτική αναπηρία ($r=0,378$, $p=0,007$) και ρευματοειδή αρθρίτιδα ($r=0,386$, $p<0,01$). Ενώ η συσχέτιση παρουσιάστηκε μέτρια στα άτομα με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο ($r=0,410$, $p<0,01$), σωματική αναπηρία ($r=0,488$, $p<0,01$), ακουστική αναπηρία ($r=0,493$, $p<0,01$), καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση ($r=0,493$, $p<0,01$), παθήσεις θυροειδούς ($r=0,519$, $p<0,01$), σακχαρώδη διαβήτη ($r=0,526$, $p<0,01$), σκλήρυνση κατά πλάκας ($r=0,532$, $p<0,01$) και παθήσεις του εντέρου ($r=0,542$, $p<0,01$) (βλ. Πίνακας 42).

Πίνακας 42: Συσχέτιση της Ενσυνειδητότητα και της υποκλίμακας «Αποδοχή του εαυτού» ανά ομάδα του δείγματος

Αποδοχή του εαυτού

Ενσυνειδητότητα	Σωματική Αναπηρία	Οπτική Αναπηρία	Ακουστική Αναπηρία	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Σακχαρώδης Διαβήτης	Καρκίνος	Επιληψία	Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος	Παθήσεις Εντέρου	Παθήσεις Θυροειδούς Αδένα	Καμία Αναπηρία/ Χρόνια Πάθηση
	r	0,488	0,378	0,493	0,532	0,524	0,349	0,098	0,386	0,410	0,542	0,519
P	<0,01	0,007	<0,01	<0,01	<0,01	0,013	0,498	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

7.7 Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και της Ενσυνειδητότητας σε όλο συνολικά το δείγμα των ατόμων με αναπηρία, καθώς και στα άτομα χωρίς αναπηρία

Το έβδομο ερευνητικό ερώτημα, «*Εντοπίζεται σχέση μεταξύ της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας, σε όλο συνολικά το δείγμα των ατόμων με αναπηρία, καθώς και στα άτομα χωρίς αναπηρία;*», διερευνά τον βαθμό στον οποίο η αυτοσυμπόνια που αναπτύσσουν τα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, καθώς και τα άτομα χωρίς, επηρεάζει την ενσυνειδητότητα. Ειδικότερα, μελετήθηκε εάν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας με τον συντελεστή γραμμικής συσχέτισης Pearson r , δεδομένου ότι ακολουθούνταν κανονική κατανομή. Πραγματοποιήθηκαν δύο έλεγχοι συσχέτισεων. Αρχικά, ελέγχθηκε η σχέση της αυτοσυμπόνιας με την ενσυνειδητότητα στο συνολικό δείγμα των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση ($N=550$) και εν συνεχεία στα άτομα χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση ($N=50$). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, σε κάθε περίπτωση ορίστηκε στο 0,05.

Ειδικότερα, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας για τα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, με τον συντελεστή γραμμικής συσχέτισης Pearson να δείχνει την ύπαρξη μέτριας συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών ($r=0,440$, $p<0,01$) (βλ. Πίνακας 43).

Πίνακας 43: Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και της Ενσυνειδητότητας σε άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση

Αυτοσυμπόνια	Ενσυνειδητότητα	
	r	0,440
P	<0,01	
N	550	

Παράλληλα, στα άτομα χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση ($N=50$), παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας, με τον συντελεστή γραμμικής συσχέτισης Pearson να δείχνει την ύπαρξη μέτριας συσχέτισης ($r=0,461$, $p<0,01$) (βλ. Πίνακας 44).

Πίνακας 44: Συσχέτιση της Αυτοσυμπόνιας και της Ενσυνειδητότητας σε άτομα χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση

Αυτοσυμπόνια	Ενσυνειδητότητα	
	r	0,461
P	<0,01	
N	50	

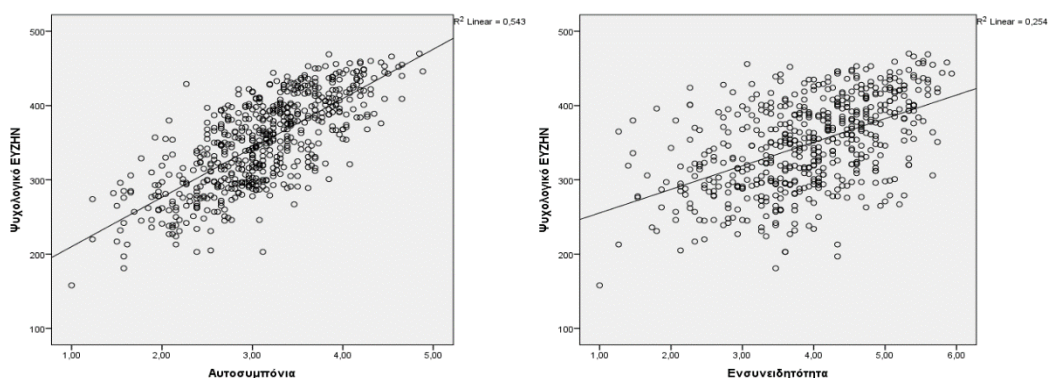
7.8 Παλινδρόμηση Ψυχολογικού ευ ζην υπό την επίδραση της αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας

Προς απάντηση του όγδοου ερευνητικού ερωτήματος, «Μπορεί να προβλεφθεί το ψυχολογικό ευ ζην από την αυτοσυμπόνια και την ενσυνειδητότητα στο συνολικό δείγμα των ατόμων με αναπηρία, καθώς και ανά ομάδα του δείγματος;», διερευνήθηκε εάν η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα, μπορούν να προβλέψουν το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην στο συνολικό δείγμα των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση και ανά ομάδα του δείγματος. Ειδικότερα, πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης στις οποίες ως ανεξάρτητες μεταβλητές λήφθηκαν η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα και ως εξαρτημένη το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην.

Αρχικά, αναζητήθηκε η επίδραση της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας στο ψυχολογικό ευ ζην όλων των **ατόμων με αναπηρίες/χρόνιες παθήσεις** (N=550). Αναλυτικότερα, πραγματοποιήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης από την οποία προέκυψε ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές επιδράσεις ($F=401,376$, $p<0,01$). Παρατηρήθηκε ότι για κάθε μία μονάδα μεγαλύτερης αυτοσυμπόνιας το ψυχολογικό ευ ζην αναμένεται να αυξάνεται κατά $B=57,942$ μονάδες ($p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση αυτή (52,637–63,248). Παράλληλα, για κάθε μία μονάδα περισσότερης ενσυνειδητότητας το ψυχολογικό ευ ζην αυξάνεται κατά $B=13,730$ μονάδες ($p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (9,980–17,481). Τέλος, η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα εξηγούν το 59,5% της συνολικής μεταβλητότητας δηλαδή των διακυμάνσεων στις τιμές του ψυχολογικού ευ ζην (βλ. Πίνακας 45).

Πίνακας 45: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για όλα τα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση

Regression Models							
Ψυχολογικό ευ ζην	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	Sig.	95% Confidence Interval for B		Adjusted R ²
		B	Beta		Lower Bound	Upper Bound	
		Αυτοσυμπόνια	57,942	0,650	<0,01	52,637	63,248
	Ενσυνειδητότητα	13,730	0,218	<0,01	9,980	17,481	



Γράφημα 30: Κατανομή των τιμών αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας στο μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης

Εν συνεχεία εξετάστηκε η επίδραση της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας στο ψυχολογικό ευ ζην ανά κατηγορία. Στα άτομα με **σωματική αναπηρία** (N=50), πραγματοποιήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης από την οποία προέκυψε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικών επιδράσεων ($F=57,607$, $p<0,01$). Παρατηρήθηκε ότι για κάθε μία μονάδα μεγαλύτερης αυτοσυμπόνιας το ψυχολογικό ευ ζην αναμένεται να αυξάνεται κατά $B=66,766$ μονάδες ($p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (51,143-82,390). Παράλληλα, για κάθε μία μονάδα περισσότερης ενσυνειδητότητας το ψυχολογικό ευ ζην αυξάνεται κατά $B=12,472$ μονάδες ($p=0,02$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (2,039-22,904). Ενώ, η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα εξηγούν το 71% της συνολικής μεταβλητότητας, δηλαδή των όποιων διακυμάνσεων στις τιμές του ψυχολογικού ευ ζην (βλ. Πίνακας 46).

Πίνακας 46: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με σωματική αναπηρία

Regression Models							
Ψυχολογικό ευ ζην	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	Sig.	95% Confidence Interval for B		Adjusted R ²
		B	Beta		Lower Bound	Upper Bound	
	<i>Αυτοσυμπόνια</i>	66,766	0,738	<0,01	51,143	82,390	71%
<i>Ενσυνειδητότητα</i>	12,472	0,206	0,02	2,039	22,904		

Παράλληλα, στα άτομα με **οπτική αναπηρία** (N=50) προέκυψαν στατιστικά σημαντικές επιδράσεις ($F=19,810$, $p<0,01$). Συγκεκριμένα παρατηρήθηκε ότι για κάθε μία μονάδα μεγαλύτερης αυτοσυμπόνιας το ψυχολογικό ευ ζην αναμένεται να αυξάνεται κατά $B=52,890$ μονάδες ($p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (31,943-73,838). Παράλληλα, προέκυψε πως για τις μεταβολές στην ενσυνειδητότητα, το ψυχολογικό ευ ζην δε μεταβάλλεται ($p=0,109$). Τέλος, η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα εξηγούν το 45,7% της συνολικής μεταβλητότητας στις τιμές του ψυχολογικού ευ ζην (βλ. Πίνακας 47).

Πίνακας 47: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με οπτική αναπηρία

Regression Models							
Ψυχολογικό ευ ζην	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	Sig.	95% Confidence Interval for B		Adjusted R ²
		B	Beta		Lower Bound	Upper Bound	
	<i>Αυτοσυμπόνια</i>	52,890	0,585	<0,01	31,943	73,838	45,7%
<i>Ενσυνειδητότητα</i>	12,930	0,188	0,109	-2,733	26,510		

Η επίδραση της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας στο ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με **ακουστική αναπηρία** (N=50) διερευνήθηκε μέσω ανάλυσης παλινδρόμησης από την οποία προέκυψαν στατιστικά σημαντικές επιδράσεις ($F=22,678$, $p<0,01$). Παρατηρήθηκε ότι για κάθε μία μονάδα μεγαλύτερης αυτοσυμπόνιας το ψυχολογικό ευ ζην αναμένεται να αυξάνεται κατά $B=60,821$ μονάδες ($p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (37,719-83,923). Ενώ για τις μεταβολές στην ενσυνειδητότητα, το ψυχολογικό ευ ζην δε μεταβάλλεται ($p=0,102$). Η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα εξηγούν το 49,1% της συνολικής μεταβλητότητας του ψυχολογικού ευ ζην (βλ. Πίνακας 48).

Πίνακας 48: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με ακουστική αναπηρία

Regression Models							
Ψυχολογικό ευ ζην	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	Sig.	95% Confidence Interval for B		Adjusted R ²
		B	Beta		Lower Bound	Upper Bound	
	<i>Αυτοσυμπόνια</i>	60,821	0,602	<0,01	37,719	83,923	49,1%
<i>Ενσυνειδητότητα</i>	12,930	0,190	0,102	-2,661	28,521		

Αναφορικά με την επίδραση της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας στο ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με **σκλήρυνση κατά πλάκας** (N=50), πραγματοποιήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης με στατιστικά σημαντικές επιδράσεις ($F=47,006$, $p<0,01$). Για κάθε μία μονάδα μεγαλύτερης αυτοσυμπόνιας το ψυχολογικό ευ ζην αναμένεται να αυξάνεται κατά $B=48,795$ μονάδες ($p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (32,730–64,859). Για κάθε μία μονάδα περισσότερης ενσυνειδητότητας το ψυχολογικό ευ ζην αυξάνεται κατά $B=26,041$ μονάδες ($p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (13,790-38,292). Η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα εξηγούν το 66,7% της συνολικής μεταβλητότητας του ψυχολογικού ευ ζην των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας (βλ. Πίνακας 49).

Πίνακας 49: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας

Regression Models							
Ψυχολογικό ευ ζην	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	Sig.	95% Confidence Interval for B		Adjusted R ²
		B	Beta		Lower Bound	Upper Bound	
	<i>Αυτοσυμπόνια</i>	48,795	0,567	<0,01	32,730	64,859	66,7%
<i>Ενσυνειδητότητα</i>	26,041	0,397	<0,01	13,790	38,292		

Για την εύρεση της επίδρασης της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας στο ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με **σακχαρώδη διαβήτη** (N=50), πραγματοποιήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης με στατιστικά σημαντικές επιδράσεις ($F=62,026$, $p<0,01$). Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι για κάθε μία μονάδα μεγαλύτερης αυτοσυμπόνιας το ψυχολογικό ευ ζην αναμένεται να αυξάνεται κατά $B=80,712$ μονάδες ($p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (62,443–98,981). Παράλληλα, για τις μεταβολές στην ενσυνειδητότητα το ψυχολογικό ευ ζην δε μεταβάλλεται ($p=0,318$). Η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα εξηγούν το 72,5% της συνολικής μεταβλητότητας του ψυχολογικού ευ ζην (βλ. Πίνακας 50).

Πίνακας 50: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη

Regression Models							
Ψυχολογικό ευ ζην	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	Sig.	95% Confidence Interval for B		Adjusted R ²
		B	Beta		Lower Bound	Upper Bound	
	<i>Αυτοσυμπόνια</i>	80,712	0,800	<0,01	62,443	98,981	72,5%
<i>Ενσυνειδητότητα</i>	6,449	0,091	0,318	-6,413	19,311		

Από την ανάλυση παλινδρόμησης που πραγματοποιήθηκε στα άτομα με **καρκίνο** (N=50), για την εύρεση της επίδρασης της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας στο ψυχολογικό ευ ζην προέκυψαν στατιστικά σημαντικές επιδράσεις ($F=29,127$, $p<0,01$). Παρατηρήθηκε πως για κάθε μία μονάδα μεγαλύτερης αυτοσυμπόνιας το ψυχολογικό ευ ζην αναμένεται να αυξάνεται κατά $B=49,908$ μονάδες ($p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (31,182-68,635). Ταυτοχρόνως, για κάθε μία μονάδα περισσότερης ενσυνειδητότητας το ψυχολογικό ευ ζην αυξάνεται κατά $B=20,673$ μονάδες ($p<0,01$) με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (6,640-34,706). Τέλος, η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα εξηγούν το 55,3% της συνολικής μεταβλητότητας στις τιμές του ψυχολογικού ευ ζην (βλ. Πίνακας 51).

Πίνακας 51: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με καρκίνο

Regression Models							
Ψυχολογικό ευ ζην	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	Sig.	95% Confidence Interval for B		Adjusted R ²
		B	Beta		Lower Bound	Upper Bound	
	<i>Αυτοσυμπόνια</i>	49,908	0,566	<0,01	31,182	68,635	55,3%
<i>Ενσυνειδητότητα</i>	20,673	0,313	<0,01	6,640	34,706		

Επιπροσθέτως, αναφορικά με την επίδραση της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας στο ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με **επιληψία** (N=50), πραγματοποιήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης με στατιστικά σημαντικές επιδράσεις (F=46,705, p<0,01). Συγκεκριμένα, για κάθε μία μονάδα μεγαλύτερης αυτοσυμπόνιας το ψυχολογικό ευ ζην αναμένεται να αυξάνεται κατά B=66,701 μονάδες (p<0,01), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (52,323–81,079). Ταυτοχρόνως, για τις μεταβολές στην ενσυνειδητότητα, το ψυχολογικό ευ ζην δε μεταβάλλεται (p=0,16). Η αυτοσυμπόνια από κοινού με την ενσυνειδητότητα εξηγούν το 72,5% της συνολικής μεταβλητότητας, δηλαδή των διακυμάνσεων στις τιμές του ψυχολογικού ευ ζην (βλ. Πίνακας 52).

Πίνακας 52: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με επιληψία

Regression Models							
Ψυχολογικό ευ ζην	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	Sig.	95% Confidence Interval for B		Adjusted R ²
		B	Beta		Lower Bound	Upper Bound	
	<i>Αυτοσυμπόνια</i>	66,701	0,859	<0,01	52,323	81,079	72,5%
<i>Ενσυνειδητότητα</i>	-8,012	-0,132	0,16	-19,290	3,267		

Η επίδραση της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας στο ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με **ρευματοειδή αρθρίτιδα** (N=50), διερευνήθηκε μέσω ανάλυσης παλινδρόμησης στην οποία προέκυψαν στατιστικά σημαντικές επιδράσεις (F=29,502, p<0,01). Παρατηρήθηκε ότι για κάθε μία μονάδα μεγαλύτερης αυτοσυμπόνιας το ψυχολογικό ευ ζην αναμένεται να αυξάνεται κατά B=51,069 μονάδες (p<0,01), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (32,351-69,787). Ενώ για κάθε μία μονάδα περισσότερης ενσυνειδητότητας το ψυχολογικό ευ ζην αυξάνεται κατά B=14,747 μονάδες (p=0,011), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (3,571-25,923). Ειδικότερα, η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα εξηγούν το 55,7% της συνολικής μεταβλητότητας στις τιμές του ψυχολογικού ευ ζην (βλ. Πίνακας 53).

Πίνακας 53: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα

Regression Models							
Ψυχολογικό ευ ζην	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	Sig.	95% Confidence Interval for B		Adjusted R ²
		B	Beta		Lower Bound	Upper Bound	
	<i>Αυτοσυμπόνια</i>	51,069	0,584	<0,01	32,351	69,351	55,7%
<i>Ενσυνειδητότητα</i>	14,747	0,283	0,011	3,571	25,923		

Για την εύρεση της επίδρασης της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας στο ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με **ερυθηματώδη λύκο** (N=50), η ανάλυση παλινδρόμησης που πραγματοποιήθηκε έδειξε στατιστικά σημαντικές επιδράσεις ($F=38,941$, $p<0,01$). Για κάθε μία μονάδα μεγαλύτερης αυτοσυμπόνιας το ψυχολογικό ευ ζην αναμένεται να αυξάνεται κατά $B=50,956$ μονάδες ($p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (34,252-67,660). Παράλληλα, για κάθε μία μονάδα περισσότερης ενσυνειδητότητας το ψυχολογικό ευ ζην αυξάνεται κατά $B=18,945$ μονάδες ($p<0,01$) με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (7,797-30,092). Τέλος, η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα εξηγούν το 62,4% της συνολικής μεταβλητότητας του ψυχολογικού ευ ζην (βλ. Πίνακας 54).

Πίνακας 54: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο

Regression Models							
Ψυχολογικό ευ ζην	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	Sig.	95% Confidence Interval for B		Adjusted R ²
		B	Beta		Lower Bound	Upper Bound	
	<i>Αυτοσυμπόνια</i>		50,956	0,597	<0,01	34,252	67,660
<i>Ενσυνειδητότητα</i>		18,945	0,333	<0,01	7,797	30,092	

Στα άτομα με **παθήσεις του εντέρου** (N=50), προέκυψαν στατιστικά σημαντικές επιδράσεις ($F=34,875$, $p<0,01$). Παρατηρήθηκε ότι για κάθε μία μονάδα μεγαλύτερης αυτοσυμπόνιας το ψυχολογικό ευ ζην αναμένεται να αυξάνεται κατά $B=59,632$ μονάδες ($p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (38,061-81,203). Για κάθε μία μονάδα περισσότερης ενσυνειδητότητας το ψυχολογικό ευ ζην αυξάνεται κατά $B=14,462$ μονάδες ($p=0,027$) με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (1,757-27,168). Η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα εξηγούν το 59,7% της συνολικής μεταβλητότητας του ψυχολογικού ευ ζην (βλ. Πίνακας 55).

Πίνακας 55: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με παθήσεις εντέρου

Regression Models							
Ψυχολογικό ευ ζην	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	Sig.	95% Confidence Interval for B		Adjusted R ²
		B	Beta		Lower Bound	Upper Bound	
	<i>Αυτοσυμπόνια</i>		59,632	0,609	<0,01	38,061	81,203
<i>Ενσυνειδητότητα</i>		14,462	0,251	0,027	1,757	27,168	

Εξετάστηκε η επίδραση της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας και στο ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με **παθήσεις του θυροειδούς αδένος** (N=50). Από την ανάλυση παλινδρόμησης προέκυψαν στατιστικά σημαντικές επιδράσεις ($F=40,008$, $p<0,01$). Εντοπίστηκε ότι για κάθε μία μονάδα μεγαλύτερης αυτοσυμπόνιας το ψυχολογικό ευ ζην αναμένεται να αυξάνεται κατά $B=46,442$ μονάδες ($p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την εκτίμηση αυτή (30,230-62,654). Παράλληλα, για κάθε μία μονάδα περισσότερης ενσυνειδητότητας το ψυχολογικό ευ ζην αυξάνεται κατά $B=21,718$ μονάδες ($p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (8,335-35,101). Η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα εξηγούν το 63% των διακυμάνσεων στις τιμές του ψυχολογικού ευ ζην (βλ. Πίνακας 56).

Πίνακας 56: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με παθήσεις θυροειδούς αδένος

Regression Models							
Ψυχολογικό ευ ζην	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	Sig.	95% Confidence Interval for B		Adjusted R ²
		B	Beta		Lower Bound	Upper Bound	
	<i>Αυτοσυμπόνια</i>		46,442	0,582	<0,01	30,230	62,654
<i>Ενσυνειδητότητα</i>		21,718	0,330	<0,01	8,335	35,101	

Τέλος, εξετάστηκε η επίδραση της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας στο ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων **χωρίς καμία αναπηρία** (N=50), μέσω ανάλυσης παλινδρόμησης με στατιστικά σημαντικές επιδράσεις ($F=25,295$, $p<0,01$). Παρατηρήθηκε ότι για κάθε μία μονάδα μεγαλύτερης αυτοσυμπόνιας το ψυχολογικό ευ ζην αυξάνεται κατά $B=52,222$ μονάδες ($p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (28,902-75,542). Ενώ για κάθε μία μονάδα περισσότερης ενσυνειδητότητας αυξάνεται κατά $B=22,226$ μονάδες ($p<0,01$), με 95% διάστημα εμπιστοσύνης (6,288-38,163). Η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα εξηγούν το 51,8% των διακυμάνσεων στις τιμές του ψυχολογικού ευ ζην (βλ. Πίνακας 57).

Πίνακας 57: Μοντέλο παλινδρόμησης Ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση

Regression Models							
Ψυχολογικό ευ ζην	Ανεξάρτητες μεταβλητές	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	Sig.	95% Confidence Interval for B		Adjusted R ²
		B	Beta		Lower Bound	Upper Bound	
	<i>Αυτοσυμπόνια</i>		52,222	0,514	<0,01	28,902	75,542
<i>Ενσυνειδητότητα</i>		22,226	0,320	<0,01	6,288	38,163	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο παρόν κεφάλαιο παρατίθενται τα αποτελέσματα και συμπεράσματα της έρευνας σε αντιπαραβολή με ευρήματα προηγούμενων μελετών, προκειμένου να αποτυπωθούν οι ομοιότητες και διαφορές τους. Κατόπιν, ακολουθούν οι περιορισμοί της έρευνας και διατυπώνονται προτάσεις προς τους μελλοντικούς ερευνητές.

8.1 Συζήτηση-Συμπεράσματα ευρημάτων

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας αποτέλεσε η διερεύνηση της επίδρασης που ασκεί η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση στο ψυχολογικό ευ ζην τους. Ειδικότερα, στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν κατηγορίες ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση (Σωματική Αναπηρία, Οπτική Αναπηρία, Ακουστική Αναπηρία, Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Σακχαρώδη Διαβήτης, Καρκίνο, Επιληψία, Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο, Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Παθήσεις του Εντέρου, Παθήσεις του Θυροειδούς Αδένα), καθώς και άτομα χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση, μεταξύ των οποίων αναζητήθηκαν διαφοροποιήσεις ως προς τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας, ενσυνειδητότητας και ψυχολογικού ευ ζην. Παράλληλα, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο τα προσωπικά χαρακτηριστικά του δείγματος επηρεάζουν την αυτοσυμπόνια και την ενσυνειδητότητα, ανά κατηγορία του δείγματος. Τέλος, μελετήθηκε η ύπαρξη σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας, καθώς και η σχέση καθενός από αυτούς τους όρους με το ψυχολογικό ευ ζην.

Το **πρώτο ερευνητικό ερώτημα** απαιτούσε τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας ανά κατηγορία ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, καθώς και στα άτομα χωρίς, με βάση τα ατομικά στοιχεία. Αρχικά, για τα άτομα με καμία αναπηρία ή χρόνια πάθηση αναδείχθηκε πως τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας δε διαφοροποιούνται σε σχέση με τα ατομικά στοιχεία. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από έρευνες των Breines & Chen (2012), Runyan et al. (2018) και Di Fabio & Saklafske (2020), οι οποίοι έχουν αναδείξει πως σε άτομα χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση δεν παρουσιάζονται διαφοροποιήσεις στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας ανάλογα με ποικίλα δημογραφικά στοιχεία. Ωστόσο, αντίθετο αποτέλεσμα συναντάται σε έρευνα των Zessin et al. (2015), οι οποίοι επισήμαναν την οριακή επίδραση της ηλικίας και του φύλου στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας των ατόμων χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση.

Από την άλλη πλευρά μεταξύ των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση για κάποιες κατηγορίες διαφάνθηκαν επιδράσεις ενώ για κάποιες όχι, στοιχείο που υποδεικνύει την ετερογένεια των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Μάλιστα, η ετερογένεια και τα ποικίλα χαρακτηριστικά των διαφόρων ομάδων, καθώς και η επίδραση αυτών στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας έχει προκύψει πρόσφατα σε πλήθος ερευνών (Herriot & Wrosch, 2021 · Sirois et al., 2015 · Sirois et al., 2015 · Carvalho et al., 2018). Αναλυτικότερα, μέσω της

παρούσας μελέτης διαφοροποιήσεις δεν εντοπίστηκαν στα άτομα με οπτική αναπηρία, σακχαρώδη διαβήτη και συστηματικό ερυθματώδη λύκο ως προς κανένα δημογραφικό στοιχείο. Η απουσία διαφοροποιήσεων με βάση τα δημογραφικά στοιχεία, παρατηρείται και σε πρόσφατη έρευνα σε άτομα με διάφορες χρόνιες παθήσεις (Γιακουμάκη, 2018). Ωστόσο, εν αντιθέσει με το παραπάνω εύρημα σε αρκετές μελέτες έχουν προκύψει διαφοροποιήσεις στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, τη λήψη ψυχολογικής υποστήριξης και το μορφωτικό επίπεδο (Ferrari et al., 2017 · Boggiss et al., 2020 · Friis et al., 2015), μεταξύ των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη. Αντιθέτως, διαφοροποιήσεις στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας με βάση τα ατομικά στοιχεία παρατηρήθηκαν μεταξύ των ατόμων με σωματική αναπηρία, ακουστική αναπηρία, σκλήρυνση κατά πλάκας, καρκίνο, επιληψία, ρευματοειδή αρθρίτιδα, παθήσεις του εντέρου και παθήσεις του θυροειδούς αδένου.

Αναφορικά με τα ατομικά στοιχεία, από την παρούσα έρευνα δεν προέκυψε να επηρεάζονται τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας από το μορφωτικό επίπεδο, την προέλευση της αναπηρίας και τον τρόπο διαβίωσης. Σε σχέση με την επίδραση του μορφωτικού επιπέδου βιβλιογραφικά συναντώνται ποικίλα ευρήματα, με τη παραπάνω διαπίστωση να έρχεται σε αντίθεση με αρκετές έρευνες (Ferrari et al., 2017 · López et al., 2017 · Pinto-Gouveia et al., 2013 · Sirois et al., 2015 · Τσιβλικάκη, 2020), αλλά να ταυτίζεται με το αποτέλεσμα της μελέτης της Γιακουμάκη (2018). Ενώ μεταξύ των ατομικών στοιχείων που διαφάνθησαν διαφοροποιήσεις στην παρούσα έρευνα συγκαταλέγονται το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η επαγγελματική κατάσταση, το μηνιαίο εισόδημα, το χρονικό διάστημα της αναπηρίας, η ύπαρξη χόμπι, η σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον, η ψυχολογική υποστήριξη και η κοινωνική υποστήριξη.

Αρχικά, τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας μεταξύ των ατόμων με σωματική αναπηρία μέσω της παρούσας μελέτης φάνηκε να διαφοροποιούνται ανάλογα με το φύλο, με τους άνδρες να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με τις γυναίκες. Το εύρημα αυτό συναντάται σε πλήθος ερευνών σε άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση (Yarnell et al., 2015 · Ferrari et al., 2017 · Lopez et. al., 2017 · Neff & McGehee, 2010), καθώς επισημαίνεται ότι οι άνδρες υπερέχουν των γυναικών, καθώς εκδηλώνουν περισσότερη προσοχή, φροντίδα και κατανόηση προς τον εαυτό τους. Βέβαια, σε αντίθεση έρχονται τα ευρήματα των Karakasidou et. al. (2020), MacBeth & Gumley (2012), Sirois et al. (2015), Lathren et al. (2018) και Stuntzner (2014), οι οποίοι επισημαίνουν στις έρευνές τους πως οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας συγκριτικά με τους άνδρες. Παράλληλα, αντίθετο εύρημα με την παραπάνω διαπίστωση εντοπίστηκε και σε έρευνα των Neff & Pommier (2013), σύμφωνα με τους οποίους τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας δε διαφοροποιούνται μεταξύ των δύο φύλων.

Αναφορικά με την ηλικία, διαφοροποιήσεις προέκυψαν στη κατηγορία των ατόμων με παθήσεις του θυροειδούς αδένου, όπου αναδείχθηκε ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία μεγαλώνουν και τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας, με τα άτομα που βρίσκονται στο ηλικιακό φάσμα άνω των 55 ετών να παρουσιάζουν τα υψηλότερα επίπεδα. Το εύρημα αυτό ενισχύεται από πλήθος προηγούμενων ερευνών, που επισημαίνουν πως τα άτομα που βρίσκονταν στο ηλικιακό φάσμα, 50 ετών και άνω, εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας, καθώς τα επίπεδα υπερβολικής ταύτισης μειώνονται, ενώ τα επίπεδα

καλοσύνης προς τον εαυτό αυξάνονται (Yarnell et al., 2015 · Homan, 2016 · Wren et al., 2012 · Karakasidou et al., 2020). Μάλιστα, ιδιαίτερα ξεχωριστό είναι το εύρημα των Neff & Vonk (2009), οι οποίοι ανέφεραν ότι η αυτοσυμπόνια δεν μπορεί να αυξηθεί έως ότου οι άνθρωποι φτάσουν στο στάδιο που περιλαμβάνει μια ενδοσκοπική αναθεώρηση, καθώς η συσσώρευση εμπειρίας ζωής σταδιακά οδηγεί σε μία πιο ευσπλαχνική προσέγγιση. Επίσης, διαφοροποιήσεις προέκυψαν και με βάση το χρονικό διάστημα της αναπηρίας, μεταξύ των ατόμων με ακουστική αναπηρία. Συγκεκριμένα, επισημάνθηκε πως λιγότερα χρόνια ύπαρξης της αναπηρίας σχετίζονται με υψηλότερη αυτοσυμπόνια, εύρημα που συναντάται και σε έρευνα των Sirosis et al. (2015) σε άτομα ηλικίας 18 έως 25 ετών.

Παράλληλα, η οικογενειακή κατάσταση στην παρούσα μελέτη αποτέλεσε έναν παράγοντα διαμόρφωσης της αυτοσυμπόνιας στα άτομα με παθήσεις του θυροειδούς αδένου. Τα διαζευγμένα άτομα επισημάνθηκε πως παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας σε σχέση με τους έγγαμους. Το εύρημα αυτό μπορεί να εξηγηθεί μέσω της απουσίας υποστηρικτικών οικογενειακών περιβαλλόντων στο πλαίσιο ενός μη υγιούς γάμου (Gilbert & Procter, 2006), ενώ από την άλλη πλευρά, το άτομο στο πλαίσιο ενός διαζυγίου μπορεί να προσεγγίζει τον εαυτό του με καλοσύνη. Αυτό γιατί θεωρεί το ζήτημα του διαζυγίου κοινό βίωμα για πολλούς ανθρώπους, με αποτέλεσμα να ενισχύεται η οικουμενικότητα και η κοινή ανθρωπιά. Ενώ και η επαγγελματική κατάσταση αποτέλεσε έναν, ακόμη, παράγοντα διαφοροποίησης της αυτοσυμπόνιας για τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας και καρκίνο με τα αποτελέσματα που προκύπτουν να μην είναι σαφή. Ειδικότερα, στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας η αυτοσυμπόνια παρουσιάστηκε υψηλότερη στους συνταξιούχους σε σχέση με τους άνεργους και εργαζομένους. Από την άλλη πλευρά αντίθετο μοτίβο, με τους άνεργους και εργαζομένους να έχουν υψηλότερα επίπεδα παρουσιάστηκε στα άτομα με καρκίνο. Ταυτοχρόνως, και το μηνιαίο εισόδημα συγκαταλέχθηκε μεταξύ των παραγόντων διαφοροποίησης της αυτοσυμπόνιας, στις ομάδες των ατόμων με σωματική αναπηρία και παθήσεις του εντέρου. Συγκεκριμένα, υψηλότερο εισόδημα σχετίστηκε με υψηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας.

Επίσης αναφορικά με τη σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον, η ύπαρξη εξαιρετικής αλληλεπίδρασης διαπιστώθηκε πως οδηγεί τα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση σε υψηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας, σε σχέση με τα άτομα με μέτρια σχέση με συγγενείς και φίλους. Μάλιστα παρόμοιο εύρημα συναντάται και σε έρευνες των Bayir & Lomas (2016), Beaton et al. (2020) και Neff et al. (2018), σύμφωνα με τους οποίους υψηλά επίπεδα κριτικής από το συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον, μπορούν να οδηγήσουν σε υψηλά επίπεδα αυτοκριτικής για το άτομο με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, καθώς και χαμηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας.

Αντίστοιχα, ήταν και τα αποτελέσματα που διαφάνθηκαν μεταξύ των ατόμων με σωματική αναπηρία και ρευματοειδή αρθρίτιδα αναφορικά και με τη λήψη κοινωνικής υποστήριξης. Η λήψη εξαιρετικής κοινωνικής υποστήριξης φάνηκε να οδηγεί σε υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας για τα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Το εύρημα αυτό συναντάται και σε έρευνα των Wilson et al. (2020) σε άτομα με χρόνια πάθηση, οι οποίοι κατέληξαν πως η κοινωνική υποστήριξη που δέχονται τα άτομα σχετίζεται θετικά με τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας, καθώς υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης οδηγούν σε

υψηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας. Μάλιστα, μεταξύ των ατόμων με σωματική αναπηρία, καρκίνο, επιληψία και παθήσεις του θυροειδούς αδένος η δραστηριοποίηση σε κάποιο χόμπι φάνηκε μέσω της έρευνας να οδηγεί σε καλύτερη αυτοσυμπόνια. Σε παρόμοιο εύρημα έχουν καταλήξει στην έρευνά τους και οι Wilson et al. (2020), οι οποίοι αναφέρθηκαν στο θετικό αντίκτυπο στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας, της κοινωνικοποίησης και της αλληλεπίδρασης των ατόμων σε ενασχολήσεις στο κοινωνικό περιβάλλον.

Τέλος, ως προς τη λήψη ψυχολογικής υποστήριξης στα άτομα με ακουστική αναπηρία και επιληψία, επισημάνθηκε πως η λήψη ψυχολογικής υποστήριξης σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας, με τα άτομα που δεν έχουν λάβει ποτέ ή δε λαμβάνουν τώρα να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με πλήθος άλλων ερευνών, που έχουν επισημάνει την θετική επίδραση προγραμμάτων παρέμβασης στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας για τα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση (McKay & Walker, 2021 · Friis et al., 2015 · Sirois et al., 2015 · Muris & Petrocchi, 2017 · Zernicke et al., 2014 · Pinto-Gouveia et al., 2013 · Latifi et al., 2020 · Finlay-Jones et al., 2020 · Lathren et al., 2018). Μία πιθανή εξήγηση είναι ότι τα άτομα που λαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη ίσως αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, στοιχείο το οποίο σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας (Germer & Neff, 2013 · MacBeth & Gumley 2012). Επίσης δεν μπορούμε να γνωρίζουμε το είδος παρέμβασης που ακολουθούν τα άτομα του δείγματος, καθώς το εύρημα μελετών σχετικά με τη θετική σχέση μεταξύ αυτοσυμπόνιας και ψυχολογικής υποστήριξης, αναφέρεται κυρίως σε προγράμματα παρέμβασης αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας.

Επομένως, γίνεται κατανοητό πως μεταξύ των ατόμων χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση τα ατομικά στοιχεία δεν επηρεάζουν την προσέγγιση του εαυτού και των αδυναμιών τους με καλοσύνη. Αντιθέτως, λόγω της ύπαρξης μίας χρόνιας κατάστασης μεταξύ των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση ατομικοί παράγοντες διαμόρφωσης των επιπέδων αυτοσυμπόνιας αποτελούν το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η επαγγελματική κατάσταση, το μηνιαίο εισόδημα, το χρονικό διάστημα της αναπηρίας, η ύπαρξη χόμπι, η σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον, η ψυχολογική υποστήριξη και η λήψη κοινωνικής υποστήριξης. Άρα στο πλαίσιο εφαρμογής προγραμμάτων παρέμβασης με σκοπό την ενίσχυση της αυτοσυμπόνιας σε άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι παραπάνω ατομικοί παράγοντες ώστε να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα και τα άτομα αυτά να μην ασκούν κριτική στις αδυναμίες τους και να απομονώνονται, αλλά να νιώθουν πως τα ζητήματά τους αποτελούν μέρος της ανθρωπότητας, να προσεγγίζουν με καλοσύνη τον εαυτό τους και να διατηρούν σε μία ισορροπία τις αρνητικές σκέψεις και τα συναισθήματα, χωρίς να τα αποφεύγουν.

Το **δεύτερο ερευνητικό ερώτημα** επικεντρώθηκε στην αναζήτηση διαφοροποιήσεων στα επίπεδα ενσυνειδητότητας των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, καθώς και των ατόμων χωρίς, με βάση τα ατομικά στοιχεία. Αρχικά, κανένα από τα ατομικά στοιχεία δε φάνηκε να επιδρά στα επίπεδα ενσυνειδητότητας των ατόμων χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση, με το εύρημα αυτό να επιβεβαιώνεται μέσω της μελέτης των Bluth & Blanton (2014). Παράλληλα, μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης δεν προέκυψαν διαφοροποιήσεις, ανάλογα με τα ατομικά στοιχεία μεταξύ των ατόμων με οπτική

αναπηρία, ακουστική αναπηρία, σκλήρυνση κατά πλάκας, σακχαρώδη διαβήτη, καρκίνο, παθήσεις του εντέρου, με το στοιχείο αυτό να έρχεται σε αντίθεση με το αποτέλεσμα της έρευνας των Simpson et al. (2017). Αντιθέτως, διαφοροποιήσεις προέκυψαν μεταξύ των ατόμων με σωματική αναπηρία, επιληψία, ρευματοειδή αρθρίτιδα, συστηματικό ερυθματώδη λύκο και παθήσεις του θυροειδούς αδένου.

Μάλιστα, μέσω της παρούσας έρευνας τα ατομικά στοιχεία για τα οποία δεν προέκυψαν διαφοροποιήσεις στα επίπεδα ενσυνειδητότητας των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση είναι η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, η προέλευση της αναπηρίας, το χρονικό διάστημα της αναπηρίας, η ύπαρξη χόμπι, ο τρόπος διαβίωσης και η λήψη ψυχολογικής υποστήριξης. Το εύρημα σχετικά με την απουσία επίδρασης του μορφωτικού επιπέδου και του χρονικού διαστήματος της αναπηρίας συναντάται και σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους McCracken, et al. (2007). Ενώ αντίθετως η απουσία διαφοροποιήσεων με βάση τη προέλευση της αναπηρίας έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα πρόσφατης έρευνας των Simpson et al. (2017), κατά τους οποίους ο βαθμός αναπηρίας και η προέλευση επηρεάζουν τα επίπεδα ενσυνειδητότητας σε άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Συνεχίζοντας, από την άλλη πλευρά με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας παράγοντες διαφοροποίησης των επιπέδων ενσυνειδητότητας για τα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση αποτέλεσαν το φύλο, η ηλικία, η επαγγελματική κατάσταση, το μηνιαίο εισόδημα, η σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον και η κοινωνική υποστήριξη.

Αναλυτικότερα, αναφορικά με το φύλο, όπως προέκυψε στην κατηγορία των ατόμων με σωματική αναπηρία, οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ενσυνειδητότητας σε σχέση με το γυναικείο φύλο. Σε παρόμοια διαπίστωση κατέληξαν σε έρευνά τους και οι Alispahic & Hasanbegovic-Anic (2017), καθώς επισήμαναν ότι οι γυναίκες σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα «παρατήρηση» ενώ οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες στην υποκλίμακα «προσοχή και επίγνωση». Ωστόσο, αντίθετα είναι τα αποτελέσματα πλήθους ερευνών κατά τις οποίες δεν προκύπτουν διαφοροποιήσεις ενσυνειδητότητας μεταξύ των δύο φύλων (Brown & Ryan, 2003 · MacKillop & Anderson, 2007 · McCracken et al., 2007).

Συνεχίζοντας, η ηλικία αποτέλεσε έναν ακόμα παράγοντα διαμόρφωσης των επιπέδων ενσυνειδητότητας στα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, καθώς μεταξύ των ατόμων με επιληψία, διαφάνθηκε πως τα άτομα που είναι μεγαλύτερα σε ηλικία έχουν μεγαλύτερα επίπεδα ενσυνειδητότητας, με αυτά που είναι άνω των 55 ετών να εμφανίζουν τα υψηλότερα. Το εύρημα αυτό μάλιστα επιβεβαιώνεται και από πρόσφατες μελέτες των Thirumaran et al. (2020) και Alispahic & Hasanbegovic-Anic (2017), οι οποίοι ανέφεραν μεταξύ άλλων πως καθώς η ηλικία αυξάνεται μεγαλώνουν και τα επίπεδα ενσυνειδητότητας, διότι μεγαλώνοντας οι άνθρωποι γίνονται πιο συγκεντρωμένοι στο παρόν. Βέβαια, υπάρχουν και ερευνητικές προσπάθειες σύμφωνα με τις οποίες ο παράγοντας της ηλικίας δεν προκαλεί διαφοροποιήσεις στα επίπεδα ενσυνειδητότητας (Ghabeesh et al., 2019· Fong & Ho, 2020 · Dehghan et al., 2020 · McCracken et al., 2007).

Παράλληλα, μέσω της παρούσας μελέτης η επαγγελματική κατάσταση, όπως προέκυψε μεταξύ των ατόμων με σωματική αναπηρία, επηρεάζει την ενσυνειδητότητα, με τους

ανέργους να εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα από τους συνταξιούχους. Προς ενίσχυση αυτού, διαφοροποιήσεις με βάση την επαγγελματική κατάσταση των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση έχουν προκύψει και σε έρευνα των Simpson et al. (2017). Συνεχίζοντας, αντιφατικά ήταν τα αποτελέσματα που προέκυψαν σχετικά με το μηνιαίο εισόδημα, καθώς μεταξύ των ατόμων με σωματική αναπηρία, υψηλότερο εισόδημα φάνηκε να οδηγεί και σε μεγαλύτερη ενσυνειδητότητα. Αντιθέτως, μεταξύ των ατόμων με επιληψία τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα φάνηκε να έχουν υψηλότερα επίπεδα ενσυνειδητότητας. Το εύρημα αυτό μπορεί να αποδοθεί στην ετερογένεια των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, καθώς τα άτομα με σωματική αναπηρία έχουν διαφορετικές απαιτήσεις στην καθημερινότητά τους σε σχέση με τα άτομα με επιληψία. Σε κάθε περίπτωση το εύρημα σχετικά με την επίδραση της οικονομικής κατάστασης στα επίπεδα ενσυνειδητότητας των ατόμων με χρόνια πάθηση επιβεβαιώνεται από έρευνα που πραγματοποίησαν οι Simpson et al. (2017).

Τέλος, μέσω των ευρημάτων της παρούσας μελέτης μεταξύ των σημαντικότερων παραγόντων διαμόρφωσης των επιπέδων ενσυνειδητότητας μεταξύ των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση συμπεριλήφθηκαν η σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον και η κοινωνική υποστήριξη. Ειδικότερα, στα άτομα με συστηματικό ερυθματώδη λύκο, ρευματοειδή αρθρίτιδα και παθήσεις του θυροειδούς αδένου, η εξαιρετική σχέση με τους συγγενείς και φίλους, καθώς και η εξαιρετική ή καλή κοινωνική υποστήριξη φάνηκε να οδηγούν σε υψηλά επίπεδα ενσυνειδητότητας. Η διαπίστωση αυτή μάλιστα συναντάται και σε έρευνα των Klainin-Yobas et al. (2016) και Mettler et al. (2017), όπου η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη, καθώς και η οικογενειακή υποστήριξη, συνδέθηκαν με μεγαλύτερη ενσυνειδητότητα, συμβάλλοντας στη βίωση ευημερίας.

Κλείνοντας μετά τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων στα επίπεδα ενσυνειδητότητας με βάση τα ατομικά στοιχεία, γίνεται κατανοητό πως μεταξύ των ατόμων χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση τα ατομικά στοιχεία δεν επηρεάζουν την επικέντρωση της προσοχής σε αυτό που συμβαίνει την παρούσα χρονική στιγμή με αποδοχή, χωρίς επίκριση και προσπάθεια αλλαγής. Αντιθέτως, λόγω της ύπαρξης μίας χρόνιας κατάστασης μεταξύ των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση ατομικοί παράγοντες διαμόρφωσης των επιπέδων ενσυνειδητότητας αποτελούν το φύλο, η ηλικία, η επαγγελματική κατάσταση, το μηνιαίο εισόδημα, η σχέση με το συγγενικό/φιλικό περιβάλλον και η κοινωνική υποστήριξη. Άρα στο πλαίσιο εφαρμογής προγραμμάτων παρέμβασης με σκοπό την ενίσχυση της ενσυνειδητότητας σε άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν οι παραπάνω ατομικοί παράγοντες ώστε να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα.

Το **τρίτο ερευνητικό ερώτημα** επικεντρώθηκε στη διερεύνηση διαφοροποιήσεων στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας μεταξύ των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση και χωρίς. Επίσης, αναζητήθηκε η ύπαρξη διαφοροποιήσεων μεταξύ των διάφορων κατηγοριών αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης. Αρχικά αναφορικά με την αυτοσυμπόνια, μέσω της παρούσας έρευνας επισημάνθηκε πως διαφοροποιείται μεταξύ των ομάδων του δείγματος. Αναλυτικότερα, τα υψηλότερα επίπεδα εντοπίστηκαν στα άτομα με οπτική αναπηρία, ενώ ακολουθούσαν τα άτομα με καρκίνο, με συστηματικό ερυθματώδη λύκο, με

σκλήρυνση κατά πλάκας, με σακχαρώδη διαβήτη, με ακουστική αναπηρία, χωρίς καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση, με σωματική αναπηρία, με επιληψία, με ρευματοειδή αρθρίτιδα, με παθήσεις του θυροειδούς αδένος και με παθήσεις του εντέρου.

Μεταξύ όλων των ομάδων σημειώθηκαν μέτρια επίπεδα αυτοσυμπόνιας, πέραν των ατόμων με παθήσεις του θυροειδούς αδένος και του εντέρου, που σημείωσαν χαμηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας. Το εύρημα σχετικά με τα μέτρια και χαμηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας, επιβεβαιώνεται από πλήθος ερευνών, καθώς τα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση σημειώνουν υψηλά επίπεδα αυτοκριτικής στις ελλείψεις και αδυναμίες τους και χαμηλά επίπεδα αυτοκαλοσύνης (Luoma & Platt, 2015 · Neff, 2003b · Neff et al., 2018 · Sirois et al., 2015 · Wren et al., 2012 · Pinto-Gouveia et al., 2013 · Edwards et al., 2019). Μάλιστα, σύμφωνα με τους Zhang & Wang (2019) τα άτομα με αναπηρία παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας, ως απόρροια της θυματοποίησης και της μειωμένης κοινωνικοποίησης που βιώνουν. Ταυτοχρόνως, και το εύρημα, των μέτριων επιπέδων αυτοσυμπόνιας στα άτομα χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση έχει εντοπιστεί και σε άλλες μελέτες. Ειδικότερα, έχει επισημανθεί πως υψηλά επίπεδα αυτοκριτικής, απομόνωσης και υπερβολικής ταύτισης σε πληθυσμούς χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση, προκύπτουν ως απόρροια στρεσογόνων καταστάσεων, άγχους, κατάθλιψης, ντροπής, υπερανάλυσης, φόβου αποτυχίας, πίεσης και επαγγελματικής εξουθένωσης (Beaumont et al., 2016 · Germer & Neff, 2013 · MacBeth & Gumley 2012 · Homan & Sirois, 2017).

Συνεχίζοντας, στην παρούσα μελέτη αξίζει να επισημανθεί πως δεν προέκυψαν διαφοροποιήσεις στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας των ατόμων χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση και αυτών με κάποια μορφή αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα συγκριτικής μελέτης που πραγματοποίησαν οι Clegg et al. (2019), στην οποία εντόπισαν υψηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας στα άτομα χωρίς επιληψία σε σχέση με τα άτομα με επιληψία. Ωστόσο, το εύρημα αυτό μπορεί να εξηγηθεί μέσω της αρνητικής συσχέτισης της αυτοσυμπόνιας με συναισθήματα άγχους, φόβου, κακοποίησης και εξουθένωσης, στοιχεία που κατακλύζουν τη συναισθηματική κατάσταση των ατόμων ανεξαρτήτου ύπαρξης αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης (Di Fabio & Saklofske, 2020). Ενώ μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης, τα άτομα με οπτική αναπηρία προέκυψε πως εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας σε σχέση με τα άτομα με παθήσεις του εντέρου. Γενικότερα, το εύρημα των χαμηλών επιπέδων αυτοσυμπόνιας στα άτομα με παθήσεις του εντέρου συναντάται μέσω ερευνών των Dowd & Jung (2017) και Sirois et al. (2015), σύμφωνα με τους οποίους οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους τα άτομα με παθήσεις του εντέρου οδηγούν σε υψηλή αυτοκριτική, απομόνωση και αποφυγή.

Εν συνεχεία, αναφορικά με τα επίπεδα ενσυνειδητότητας τα άτομα με οπτική αναπηρία παρουσίασαν τα υψηλότερα επίπεδα, ακολουθώντας τα άτομα με καρκίνο, με σωματική αναπηρία, με καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση, με σκλήρυνση κατά πλάκας, με ακουστική αναπηρία, με επιληψία, με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, με σακχαρώδη διαβήτη, με ρευματοειδή αρθρίτιδα, με παθήσεις του θυροειδούς αδένος και με παθήσεις του εντέρου. Μάλιστα, θα πρέπει να τονιστεί πως μεταξύ όλων των ομάδων παρατηρήθηκαν μέτρια και υψηλά επίπεδα. Σε παρόμοιο εύρημα σχετικά με τα υψηλά επίπεδα ενσυνειδητότητας των

ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση έχει καταλήξει πλήθος ερευνών (Amutio et al., 2018 · Cash et al., 2015 · Lauche et al., 2013 · Van Gordon et al., 2017 · Veehof et al., 2016 · Schütze et al., 2010 · Birtwell et al., 2017 · Chan & Larson, 2015 · Hoge et al., 2013 · Meize-Grochowski et al., 2015 · Michaelsen et al., 2016). Ενώ υψηλά επίπεδα και σε άτομα χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση έχουν προκύψει σε έρευνες των (Robins et al., 2014 · Brown & Ryan, 2003). Επιπροσθέτως, μέσω της μελέτης δεν εντοπίστηκαν διαφοροποιήσεις στα επίπεδα ενσυνειδητότητας μεταξύ των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση και αυτών χωρίς, καθώς και μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών αναπηρίας.

Επομένως, γίνεται κατανοητό πως η ύπαρξη διαφοροποιήσεων στα επίπεδα αυτοσυμπόνιας μεταξύ των διαφόρων κατηγοριών αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης, καθιστά καταλυτικής σημασίας την εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης με βάση την αυτοσυμπόνια. Συγκεκριμένα, η αύξηση των επιπέδων αυτοσυμπόνιας μπορεί να συμβάλει ταυτοχρόνως στην βίωση μίας ποιοτικότερης ζωής για τα άτομα αυτά και στη μείωση των αρνητικών συναισθημάτων που βιώνουν ως αντίκτυπο της αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης. Αναλυτικότερα, για τα άτομα με παθήσεις του εντέρου εξαιρετικής σημασίας είναι η εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης με σκοπό την αύξηση της αυτοκαλοσύνης και τη μείωση της αυτοκριτικής. Επίσης, τα χαμηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας που σημείωσαν τα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, εν αντιθέσει με τα υψηλά επίπεδα ενσυνειδητότητας, καθιστούν σημαντικότερη την άμεση παρέμβαση με προγράμματα ενίσχυσης της αυτοσυμπόνιας, καθώς ενίσχυση των επιπέδων αυτής θα οδηγήσει και σε αύξηση της ψυχικής υγείας των ατόμων.

Το **τέταρτο ερευνητικό ερώτημα**, επικεντρώθηκε στη διερεύνηση του ψυχολογικού ευ ζην και των υποκλιμάκων αυτού στις ομάδες του δείγματος, καθώς και στην εύρεση τυχόν διαφοροποιήσεων. Ειδικότερα, αναφορικά με το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην υψηλότερα επίπεδα σημείωσαν τα άτομα με οπτική αναπηρία, ακολουθούσαν τα άτομα με συστηματικό ερυθματώδη λύκο, με καρκίνο, με καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση, με ρευματοειδή αρθρίτιδα, με σκλήρυνση κατά πλάκας, με σακχαρώδη διαβήτη, με σωματική αναπηρία, με παθήσεις του θυροειδούς αδένου, με παθήσεις του εντέρου, με επιληψία και ακουστική αναπηρία. Μάλιστα, μεταξύ όλων των ομάδων σημειώθηκαν μέτρια επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην, τα οποία μπορούν να αποδοθούν στο ότι κάθε μορφή αναπηρίας σημαίνει αυτομάτως την έλλειψη μιας σημαντικής λειτουργίας για τη ζωή του ατόμου, με αποτέλεσμα τόσο ο σωματικός όσο και ο πνευματικός τομέας να επηρεάζονται σημαντικά (Stevelink et al., 2015).

Αναλυτικότερα, τα υψηλότερα επίπεδα συγκριτικά με όλες τις υπόλοιπες κατηγορίες αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης, καθώς και με τα άτομα χωρίς καμία αναπηρία ή χρόνια πάθηση, παρατηρήθηκαν μεταξύ των ατόμων με οπτική αναπηρία. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από μελέτες των Nyman et al. (2009) και Kef (2002), σύμφωνα με τους οποίους ενήλικες με προβλήματα όρασης παρουσιάζουν μόνο μέτρια μείωση στη ψυχική ευημερία, την κοινωνική λειτουργικότητα, την ποιότητα ζωής και τη ψυχοκοινωνική ευημερία, καθώς αποδέχονται τις συνέπειες της αναπηρίας και εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ευημερίας σε σχέση με τους βλέποντες (Kef, 2002). Συνεχίζοντας, τα μέτρια επίπεδα

ψυχολογικής ευεξίας που εντοπίστηκαν μεταξύ των ατόμων με συστηματικό ερυθματώδη λύκο και ρευματοειδή αρθρίτιδα, επιβεβαιώνονται μέσω ερευνών που έχουν λάβει χώρα σε άτομα με ρευματοειδείς παθήσεις. Ειδικότερα, οι Matcham et al., (2013), οι Chou & Brauer (2005), οι Norton et al. (2011) και οι Dekkers et al. (2001), επισημαίνουν πως οι συνέπειες της ρευματοειδούς αρθρίτιδας επιδρούν αρνητικά στη σωματική και ψυχική ευημερία των ατόμων, καθώς όχι μόνο η δραστηριότητα της νόσου επηρεάζει τη δυσφορία και την ποιότητα ζωής, αλλά και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Αναφορικά με τα άτομα με καρκίνο, τα μέτρια επίπεδα που σημειώθηκαν ενισχύουν το εύρημα των Carlson et al. (2013) κατά τους οποίους η μειωμένη ευημερία των ατόμων με καρκίνο επηρεάζεται από την οικογενειακή και συναισθηματική ζωή, την καθημερινή διαβίωση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση που ακολουθείται. Επιπροσθέτως, μεταξύ των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας τα μέτρια επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην που σημειώθηκαν ταυτίζονται με τα αποτελέσματα αρκετών ερευνών, κατά τις οποίες τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας αισθάνονται ντροπή, η οποία σχετίζεται με μειωμένη ποιότητα ζωής καθώς και με αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία (Schirda et al., 2020 · Simpson et al., 2014 · Blankespoor et al., 2017). Παρόμοια ήταν και τα ευρήματα για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, τα οποία ενισχύουν τα αποτελέσματα πρόσφατων μελετών των Bachmeier et al. (2019) και των Sparapani et al. (2015), σύμφωνα με τους οποίους τα άτομα με διαβήτη εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ψυχολογικών διαταραχών. Ενώ η απουσία διαφορών μεταξύ των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη και αυτών χωρίς, έρχεται σε αντίθεση με το εύρημα των Lopez et al. (2014), σύμφωνα με τους οποίους οι ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη είναι τρεις έως τέσσερις φορές πιο πιθανό να βιώνουν αρνητικά συναισθήματα και μειωμένη ευημερία σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό.

Τα μέτρια επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με σωματική αναπηρία έρχονται σε αντίθεση με το εύρημα των Jooste & Kubayi (2018), όπου τα άτομα με αναπηρία φάνηκε να εμφανίζουν υψηλά επίπεδα υποκειμενικής ζωτικότητας και ψυχολογικού ευ ζην. Ωστόσο, μπορούν να εξηγηθούν μέσω των ευρημάτων των Elliott et al. (2000), κατά τους οποίους τα άτομα που έχουν αποκτήσει κινητική αναπηρία στη διάρκεια της ζωής τους φαίνεται να παρουσιάζουν ποικίλες διακυμάνσεις στην ευημερία τους. Ταυτοχρόνως, μέτρια επίπεδα ευημερίας για τα άτομα με παθήσεις του εντέρου έχουν προκύψει και σε άλλες έρευνες σε άτομα με κοιλιοκάκη ή νόσο του Crohn. Συγκεκριμένα, σε παρόμοιο αποτέλεσμα με την παρούσα μελέτη έχει καταλήξει έρευνα των Casellas et al. (2008), αναφέροντας για τα άτομα με παθήσεις του εντέρου χαμηλά επίπεδα ευημερίας και υψηλά επίπεδα αρνητικών συμπτωμάτων, όπως άγχος και κατάθλιψη. Ενώ παράλληλα, σύμφωνα και με τους Hall et al. (2009), τα άτομα αυτά βιώνουν χαμηλά επίπεδα σωματικής και ψυχολογικής ευημερίας, εξαιτίας της καθημερινής μάχης που δίνουν με την πάθησή τους.

Επιπροσθέτως, μέσω της παρούσας μελέτης τα άτομα με επιληψία σημείωσαν μέτρια επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην, εύρημα που έχει επισημανθεί σε πρόσφατες μελέτες των Gandy et al. (2015) και Jacoby et al. (2015), καθώς η επιληψία έχει συνδεθεί με χαμηλά επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην και αυτοεκτίμησης. Τέλος, μέτρια επίπεδα ψυχολογικού ευ ζην, καθώς και τα χαμηλότερα σε σχέση με όλες τις ομάδες εντοπίστηκαν στα άτομα με ακουστική αναπηρία. Ειδικότερα, πλήθος ερευνών έχει αναδείξει τη χαμηλή ευημερία των ατόμων με

προβλήματα ακοής (Haukedal et al., 2018 · McAbee et al., 2017 · Skrbic et al., 2013 · Fellingner et al., 2005), έχοντας επισημάνει πως η απώλεια ακοής ωθεί τα άτομα να επικεντρώνονται με ιδιαίτερη προσοχή σε θέματα υγείας, οδηγώντας τους συχνά αντιμέτωπους με αρνητικά συναισθήματα. Βέβαια, αξίζει να επισημανθεί πως το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με έρευνες των Kumar et al. (2015), Duarte et al. (2014) και Meserole et al. (2013), μέσω των οποίων έχουν διαπιστωθεί υψηλά επίπεδα ψυχολογικής ευημερίας μεταξύ των ατόμων με αναπηρία.

Εν συνεχεία, αναφορικά με την υποκλίμακα του ψυχολογικού ευ ζην αυτονομία μέσω της παρούσας έρευνας φάνηκε να διαφοροποιείται μεταξύ των ομάδων του δείγματος. Συγκεκριμένα τα άτομα με καρκίνο σημείωσαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία, ακολουθώντας τα άτομα με συστηματικό ερυθματώδη λύκο, με σκλήρυνση κατά πλάκας, με καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση, με ρευματοειδή αρθρίτιδα, με οπτική αναπηρία, με σωματική αναπηρία, με παθήσεις του θυροειδούς αδένα, με σακχαρώδη διαβήτη, με επιληψία, με παθήσεις του εντέρου και ακουστική αναπηρία. Αναλυτικότερα, μεταξύ όλων των ομάδων του δείγματος παρουσιάστηκαν χαμηλά επίπεδα αυτονομίας. Το εύρημα αυτό συναντάται και σε έρευνα των Alós et al., (2021), κατά την οποία τα άτομα με αναπηρία εμφάνισαν χαμηλά και μέτρια επίπεδα αυτονομίας και ανεξαρτησίας. Ειδικότερα, στην παρούσα μελέτη αναφορικά με τα επίπεδα αυτονομίας τα άτομα με καρκίνο φάνηκε να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με τα άτομα με παθήσεις του εντέρου και με ακουστική αναπηρία. Οι Wang et al. (2017), μέσω μελέτης τους έχουν επισημάνει την ωφέλεια προγραμμάτων παρέμβασης στην αυτονομία των ατόμων με αναπηρία, καθώς η υιοθέτηση αποτελεσματικής θεραπείας για τα άτομα με καρκίνο συμβάλλει στην ποιοτικότερη καθημερινή διαβίωση με αυτονομία και ανεξαρτησία. Παράλληλα, το εύρημα σχετικά με τα χαμηλά επίπεδα αυτονομίας των ατόμων με παθήσεις του εντέρου διαφάνηκε και σε έρευνες των Zingone et al. (2015), Casellas et al. (2008) και Hall et al. (2009), κατά τους οποίους τα άτομα αυτά βιώνουν χαμηλά επίπεδα σωματικής και ψυχολογικής ευημερίας, μειωμένη ανεξαρτησία και αυτονομία, καθώς η πάθησή τους περιορίζει τις καθημερινές δραστηριότητες και τα κατακλύζει από αισθήματα άγχους και κατάθλιψης. Τέλος, το εύρημα των χαμηλών επιπέδων αυτονομίας στα άτομα με ακουστική αναπηρία έχει επισημανθεί σε έρευνα των Cieśla et al. (2015) και Haukedal et al. (2018). Όπως διαπιστώθηκε από τους ερευνητές, η απώλεια ακοής ωθεί τα άτομα να επικεντρώνονται με ιδιαίτερη προσοχή σε θέματα υγείας, οδηγώντας τους συχνά αντιμέτωπους με αρνητικά συναισθήματα και απουσία αυτονομίας και αυτοπροσδιορισμού.

Συνεχίζοντας, αναφορικά με τη προσωπική ανάπτυξη στην παρούσα μελέτη φάνηκε να διαφοροποιείται και όλες οι ομάδες να εμφανίζουν μέτρια επίπεδα. Ειδικότερα, τα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα σημείωσαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία, ακολουθώντας τους τα άτομα με συστηματικό ερυθματώδη λύκο, με οπτική αναπηρία, με καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση, με σκλήρυνση κατά πλάκας, με καρκίνο, με παθήσεις του εντέρου, με παθήσεις του θυροειδούς αδένα, με σωματική αναπηρία, με σακχαρώδη διαβήτη, με ακουστική αναπηρία και επιληψία. Μάλιστα, τα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα προσωπικής ανάπτυξης σε σχέση με τα άτομα με επιληψία. Άρα τα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι πιο ανοιχτά σε νέες εμπειρίες και εμφανίζουν μεγαλύτερη δυναμικότητα,

εστιάζοντας στη βελτίωση της προσωπικότητας, ώστε να εκπέμπουν αυτογνωσία και αποτελεσματικότητα σε σχέση με τα άτομα με επιληψία. Αναλυτικότερα, σύμφωνα και με εύρημα των Treharne et al. (2007), σε μελέτη που διεξήγαγαν σε άτομα με ρευματοειδείς παθήσεις διαπιστώθηκε το θετικό αντίκτυπο της θετικής στάσης στην αποτελεσματικότητα και αυτογνωσία των ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Επιπροσθέτως, το εύρημα αναφορικά με τα χαμηλά επίπεδα προσωπικής ανάπτυξης των ατόμων με επιληψία συναντάται και σε έρευνες των Gandy et al. (2015) και Jacoby et al. (2015), όπου επισημάνθηκε το γεγονός πως η βίωση νευρωτισμού και στίγματος από τα άτομα με επιληψία, οδηγούν σε αποστασιοποίηση και άρα χαμηλά επίπεδα προσωπικής ανάπτυξης.

Επίσης στην παρούσα ερευνητική προσπάθεια διαφοροποιήσεις εντοπίστηκαν στα επίπεδα κυριαρχίας στο περιβάλλον, με τα άτομα με οπτική αναπηρία να σημειώνουν τη μεγαλύτερη βαθμολογία και να ακολουθούν τα άτομα με καρκίνο, με καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση, με σκλήρυνση κατά πλάκας, με σακχαρώδη διαβήτη, με σωματική αναπηρία, με ρευματοειδή αρθρίτιδα, με συστηματικό ερυθματώδη λύκο, με ακουστική αναπηρία, με επιληψία, με παθήσεις του θυροειδούς αδένου και με παθήσεις του εντέρου. Μάλιστα, όλα τα άτομα φάνηκαν να σημειώνουν μέτρια επίπεδα κυριαρχίας στο περιβάλλον, με αποτέλεσμα να επιβάλλονται και διαχειρίζονται σε μέτριο βαθμό το περιβάλλον. Το εύρημα αυτό έχει παρουσιαστεί και σε έρευνα των Stevelink et al. (2015), καθώς τα άτομα με αναπηρία προέκυψε πως χάνουν την κυριαρχία στο περιβάλλον τους αλλά και τον έλεγχο, εμφανίζοντας σημάδια απογοήτευσης, ανησυχίας, φόβου και χαμηλής αυτοεκτίμησης.

Ταυτοχρόνως, διαφοροποιήσεις και μέτρια επίπεδα προέκυψαν και στα επίπεδα σκοπού στη ζωή, με τα άτομα με οπτική αναπηρία να σημειώνουν την υψηλότερη βαθμολογία από κοινού με τα άτομα με συστηματικό ερυθματώδη λύκο και να ακολουθούν τα άτομα με καρκίνο, χωρίς αναπηρία/χρόνια πάθηση, με ρευματοειδή αρθρίτιδα, με σκλήρυνση κατά πλάκας, με παθήσεις του θυροειδούς αδένου, με σακχαρώδη διαβήτη, με σωματική αναπηρία, με παθήσεις του εντέρου, με επιληψία και ακουστική αναπηρία. Ενώ τέλος, διαφοροποιήσεις και μέτρια επίπεδα εντοπίστηκαν και αναφορικά με την αποδοχή του εαυτού. Ειδικότερα, τα άτομα με συστηματικό ερυθματώδη λύκο σημείωσαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία, ενώ ακολούθησαν τα άτομα με οπτική αναπηρία, με καμία αναπηρία/χρόνια πάθηση, με καρκίνο, με σκλήρυνση κατά πλάκας, με ρευματοειδή αρθρίτιδα, με σακχαρώδη διαβήτη, με σωματική αναπηρία, με παθήσεις του εντέρου, με επιληψία, με παθήσεις του θυροειδούς αδένου και τα άτομα με ακουστική αναπηρία. Αντιθέτως, μέσω της παρούσας μελέτης διαφοροποιήσεις δεν προέκυψαν αναφορικά με τις θετικές σχέσεις με τους άλλους μεταξύ των διαφόρων ομάδων του δείγματος.

Βέβαια, αξίζει να επισημανθεί πως στην παρούσα μελέτη δεν εντοπίστηκε διαφοροποίηση στο ψυχολογικό ευ ζην, καθώς και στις υποκλίμακες αυτού καμίας από τις ομάδες των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση και αυτών χωρίς. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με πλήθος συγκριτικών ερευνών που εντοπίζονται στη βιβλιογραφία (García-Cano et al., 2018 · Suriá, 2017 · Samsari & Soulis, 2019 · Pinguart & Pfeiffer, 2011 · Cheng & Sin, 2020 · Alós et al., 2021 · Dong & Lucas, 2014 · Ekelman et al., 2013 · Σιδέρη, 2018). Ωστόσο, σε παρόμοιο εύρημα έχουν καταλήξει μέσω των μελετών τους σε άτομα με οπτική

αναπηρία οι Nyman et al. (2009) και οι Lule et al. (2011), Barak & Achiron (2011) σε δείγμα ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας.

Επομένως, γίνεται κατανοητό πως τα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, καθώς και τα άτομα χωρίς αναπηρία εμφανίζουν μέτρια επίπεδα τόσο στο συνολικό ψυχολογικό ευ ζην, όσο και στις υποκλίμακες αυτού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη βίωση μίας ζωής χωρίς ψυχολογική ευεξία, αυτονομία, κυριαρχία στο περιβάλλον, προσωπική ανάπτυξη, θετικές σχέσεις με άλλους, σκοπό στη ζωή και αυτο-αποδοχή. Στο πλαίσιο αυτού κρίνεται απαραίτητο να εφαρμοστούν προγράμματα παρέμβασης με στόχο τη βελτίωση της ευεξίας και τη βίωση μίας ζωής με ποιότητα τόσο για τα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση όσο και για τα άτομα χωρίς. Ερευνητικά έχει προκύψει πως μεταξύ των πολλών παραγόντων που μπορούν να συμβάλλουν στη ψυχολογική ευεξία των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, συγκαταλέγονται τεχνικές ενσυνειδητότητας και αυτοσυμπόνιας. Υπό το πρίσμα αυτού, εν συνεχεία αναζητήθηκε η σχέση των αυτοσυμπόνια και ενσυνειδητότητα με το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην καθώς και με τις υποκλίμακες αυτού, ανά κατηγορία του δείγματος, με σκοπό να εξεταστεί η ύπαρξη σχέσεων και επιδράσεων.

Συγκεκριμένα, το **πέμπτο ερευνητικό ερώτημα** ασχολήθηκε με την επίδραση της αυτοσυμπόνιας στο συνολικό ψυχολογικό ευ ζην, καθώς και στις υποκλίμακες αυτού ανά κατηγορία του δείγματος. Ειδικότερα, εξετάστηκε η επίδραση της αυτοσυμπόνιας στο συνολικό ψυχολογικό ευ ζην, στην αυτονομία, στην κυριαρχία στο περιβάλλον στην προσωπική ανάπτυξη, στη βίωση θετικών σχέσεων με άλλους, στην οριοθέτηση σκοπού στη ζωή και στην αποδοχή του εαυτού, μεταξύ των ατόμων με σωματική αναπηρία, οπτική αναπηρία, ακουστική αναπηρία, σκλήρυνση κατά πλάκας, σακχαρώδη διαβήτη, καρκίνο, επιληψία, ρευματοειδή αρθρίτιδα, συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο, παθήσεις του εντέρου και του θυροειδούς αδένα, καθώς και των ατόμων χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση.

Αναλυτικότερα, αναφορικά με το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην μέσω της παρούσας μελέτης προέκυψε θετική επίδραση της αυτοσυμπόνιας στη γενικότερη ψυχολογική ευεξία όλων των ομάδων του δείγματος. Επομένως, όσο αυξάνονται τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας μέσω προγραμμάτων παρέμβασης, σε όλες τις ομάδες αυξάνεται και η βίωση ψυχολογικού ευ ζην. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από πλήθος μελετών που έχουν λάβει χώρα. Αρχικά, το εύρημα της θετικής επίδρασης στα άτομα χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση συναντάται σε πλήθος ερευνών (Di Fabio & Saklofske, 2020 · Bluth & Neff, 2018 · Reizer, 2019 · López et al., 2017 · Neff, 2003a · Neff, 2009 · Homan & Sirois, 2017), καθώς η θετική ψυχολογία τα τελευταία χρόνια καταλαμβάνει όλο και ισχυρότερο ρόλο. Επίσης, η θετική συσχέτιση της αυτοσυμπόνιας και της συνολικής ψυχολογικής ευεξίας για τα άτομα με σωματική, οπτική και ακουστική αναπηρία, επιβεβαιώνεται από έρευνες των Zhang & Wang (2019) και Hayter & Dorstyn (2013), οι οποίοι έχουν επισημάνει το θετικό αντίκτυπο προγραμμάτων παρέμβασης με βάση την αυτοσυμπόνια. Ταυτοχρόνως, σε παρόμοιο αποτέλεσμα έχουν καταλήξει και άλλες έρευνες σε άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας (Nery-Hurwit et al., 2017), με σακχαρώδη διαβήτη (Ferrari et al., 2017), καρκίνο (Pinto-Gouveia et al., 2013 · Zernicke et al., 2014 · Arambasic et al., 2019 · Zhu et al., 2019 · Krieger et al., 2016),

επιληψία (MacBeth & Gumley, 2012 · Pinto-Gouveia et al., 2013 · Sirois et al., 2015) και παθήσεις του εντέρου (Dowd & Jung, 2017 · Sirois et al., 2015).

Αναφορικά με τις υποκλίμακες του ψυχολογικού ευ ζην για τα άτομα με σωματική και οπτική αναπηρία, παρατηρήθηκε πως η αύξηση των επιπέδων αυτοσυμπόνιας οδηγεί και σε αύξηση των επιπέδων αυτονομίας, κυριαρχίας στο περιβάλλον, προσωπικής ανάπτυξης, θετικών σχέσεων με άλλους, σκοπού στη ζωή και αποδοχής του εαυτού. Ενώ στα άτομα με ακουστική αναπηρία εμφανίστηκε θετική συσχέτιση με όλους τους παράγοντες, πέραν της προσωπικής ανάπτυξης. Ειδικότερα, το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με έρευνα των Davey et al. (2020), οι οποίοι αναφέρθηκαν στον προβλεπτικό ρόλο της αυτοσυμπόνιας στην αυτο-αποδοχή, την προσωπική ανάπτυξη και την ανάπτυξη υγείων διαπροσωπικών σχέσεων. Αναλυτικότερα, μέσω της έρευνάς τους επισήμαναν την ωφέλεια της αυτοσυμπόνιας στην ανάπτυξη των ατόμων, καθώς ελέγχουν τις εξωτερικές συνθήκες και αξιοποιούν τις ευκαιρίες που παρουσιάζονται, μέσω της αυτοσυμπόνιας προς το πρόσωπό τους.

Εν συνεχεία, θετική σχέση της αυτοσυμπόνιας και όλων των παραγόντων του ψυχολογικού ευ ζην προέκυψε και για τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας. Μάλιστα, εξαιρετικά υψηλή συσχέτιση σημειώθηκε αναφορικά με την αποδοχή του εαυτού. Το εύρημα αυτό έχει διαπιστωθεί και σε προγενέστερη μελέτη των Nery-Hurwit et al. (2017), στην οποία η αυτοσυμπόνια αποτέλεσε προβλεπτικό παράγοντα ποιότητας ζωής, αυτο-αποδοχής, κυριαρχίας στο περιβάλλον και υγείων διαπροσωπικών σχέσεων για τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας. Ενώ παράλληλα, θετική συσχέτιση με όλους τους παράγοντες του ψυχολογικού ευ ζην εντοπίστηκε και για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Συγκριμένα, υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας συνδέθηκαν με υψηλά επίπεδα αυτονομίας, κυριαρχίας στο περιβάλλον, προσωπικής ανάπτυξης, θετικών σχέσεων με άλλους, σκοπού στη ζωή και αυτο-αποδοχής. Μάλιστα αξίζει να επισημανθεί πως η καλύτερη συσχέτιση φάνηκε να παρουσιάζεται σε σχέση με την κυριαρχία στο περιβάλλον, το σκοπό στη ζωή και την αποδοχή του εαυτού. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται από πλήθος ερευνών, καθώς οι Friis et al. (2015), σε μελέτη τους επισήμαναν τον προβλεπτικό ρόλο υψηλών επιπέδων αυτοσυμπόνιας στην προσωπική ανάπτυξη, κυριαρχία στο περιβάλλον και αποδοχή του εαυτού των ατόμων με διαβήτη. Μάλιστα, η εξαιρετικά υψηλή ωφέλεια της αυτοσυμπόνιας προς της αποδοχή του εαυτού και των αδυναμιών των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη επιβεβαιώνεται και από πρόσφατη μελέτη σε έφηβους των Boggiss et al. (2020).

Στην ομάδα των ατόμων με καρκίνο, τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας σχετίστηκαν με όλους τους παράγοντες ψυχολογικής ευεξίας πέραν της προσωπικής ανάπτυξης. Επομένως, στην παρούσα μελέτη διαφάνθηκε ότι μέσω αύξησης της αυτοσυμπόνιας τα άτομα με καρκίνο δεν εξελίσσονται αποκτώντας αυτογνωσία και αποτελεσματικότητα. Βέβαια, η θετική συσχέτιση της αυτοσυμπόνιας με την αποδοχή του εαυτού και τις θετικές σχέσεις με τους άλλους στα άτομα με καρκίνο, έχει προκύψει και σε άλλες έρευνες (Lathren et al., 2018 · Boyle et al., 2017). Ταυτοχρόνως, μεταξύ των ατόμων με επιληψία αύξηση της αυτοσυμπόνιας φάνηκε να συνδέεται με αύξηση όλων των παραγόντων του ψυχολογικού ευ ζην, προς ενίσχυση του ευρήματος των Baker et al., (2019). Ενώ παρόμοιο ήταν και το εύρημα για τα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα, συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο, παθήσεις του εντέρου και του

θυροειδούς αδένες, προς ενίσχυση της διαπίστωσης των Davey et al., (2020), σε δείγμα ατόμων με χρόνια πόνος.

Επομένως, διαπιστώνεται πως η ενίσχυση της αυτοσυμπόνιας για όλες τις ομάδες του δείγματος συνδέεται με αύξηση της ψυχολογικής ευεξίας. Αναλυτικότερα, μέσω της παρούσας μελέτης προκύπτει πως η πλειοψηφία των κατηγοριών αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης, καθώς και τα άτομα χωρίς, μετά την αύξηση των επιπέδων αυτοσυμπόνιας με τη λήψη παρέμβασης, οδηγούνται σε αύξηση αυτονομίας, κυριαρχίας στο περιβάλλον, προσωπικής ανάπτυξης, θετικών σχέσεων με άλλους, σκοπού στη ζωή και αποδοχής του εαυτού. Άρα η υιοθέτηση προγραμμάτων παρέμβασης με βάση την αυτοσυμπόνια κρίνεται εξαιρετικής σημασίας στο πλαίσιο των ατόμων με αναπηρία, καθώς λειτουργεί θετικά προς την βίωση ευημερίας.

Παράλληλα, το **έκτο ερευνητικό ερώτημα** διερεύνησε την επίδραση της ενσυνειδητότητας στο ψυχολογικό ευ ζην, καθώς και στις υποκλίμακες αυτού, σε καθεμιά από τις ομάδες του δείγματος. Μέσω των αναλύσεων παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση της ενσυνειδητότητας με το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην σε όλες τις ομάδες, πέραν των ατόμων με επιληψία. Αναλυτικότερα, η συσχέτιση των επιπέδων ενσυνειδητότητας με τη ψυχολογική ευεξία στα άτομα με καμία αναπηρία ή χρόνια πάθηση, επιβεβαιώνεται από πλήθος ερευνών (Bluth & Blanton, 2014 · Brown & Ryan, 2003 · Shapiro et al., 2007). Ενώ παράλληλα, προς ενίσχυση των ευρημάτων της παρούσας έρευνας και άλλες μελέτες έχουν αναφερθεί σε συσχέτιση της ενσυνειδητότητας και του ψυχολογικού ευ ζην σε άτομα με αναπηρία επισημαίνοντας οφέλη στη ψυχική υγεία (Amutio et al., 2018 · Cash et al., 2015 · Lauche et al., 2013 · Van Gordon et al., 2017 · Veehof et al., 2016 · Schütze et al., 2010 · Birtwell et al., 2017 · Chan & Larson, 2015 · Hoge et al., 2013 · Meize-Grochowski et al., 2015 · Michaelsen et al., 2016).

Αναφορικά με το εύρημα της θετικής σχέσης μεταξύ της ενσυνειδητότητας και του ψυχολογικού ευ ζην σε άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας, από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες. Ειδικότερα, θετική σε άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας έχει επισημανθεί σε έρευνες των Simpson et al. (2017), Pagnini et al. (2018), Schirda et al. (2020), Simpson et al. (2014) και Blankespoor et al. (2017). Ενώ μεταξύ των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη παρόμοιο ήταν το εύρημα των Rosenzweig et al. (2007), Gainey et al. (2016) και Kopf et al. (2014). Ωστόσο, αξίζει να επισημανθεί πως μεταξύ των ερευνών που έχουν ασχοληθεί με την επίδραση της ενσυνειδητότητας σε άτομα με διαβήτη κάποιοι έχουν καταλήξει και σε αντίθετα αποτελέσματα, καθώς έχουν επισημάνει πως δεν παρατηρείται κάποια συσχέτιση (Hartmann et al., 2012 · Van Son et al., 2012).

Συνεχίζοντας, το αποτέλεσμα της θετικής συσχέτισης στα άτομα με καρκίνο επιβεβαιώνεται από έρευνες των Baniyadi et al. (2014), των Ghabeesh et al. (2019), των Dehghan et al. (2020) και των Zhong, Bao & Xu (2019), στις οποίες έχει αναφερθεί ο προβλεπτικός ρόλος της ενσυνειδητότητας στην ευημερία. Ενώ, στο πλαίσιο ρευματοειδών παθήσεων η διαπίστωση της θετικής συσχέτισης έχει προκύψει και σε άλλες έρευνες σε δείγμα ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Nykliček et al., 2015 · Zhou et al., 2020 · Costa et al., 2016) και συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (Farrokhi et al., 2017). Τέλος το εύρημα της

παρούσας μελέτης αναφορικά με τα άτομα με παθήσεις του εντέρου επιβεβαιώνεται από έρευνες των Hess (2018), των Ewais et al. (2019) και των Hood & Jedel (2017). Ενώ, από την άλλη πλευρά η απουσία συσχέτισης της ενσυνειδητότητας με το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με επιληψία έρχεται σε αντίθεση με εύρημα των Wood et al. (2017), οι οποίοι μέσω της μελέτης τους εντόπισαν μικρή βελτίωση μέσω της ενσυνειδητότητας, στα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και ποιότητας ζωής.

Επιπροσθέτως, στο πλαίσιο της σχέσης μεταξύ της ενσυνειδητότητας και των παραγόντων του ψυχολογικού ευ ζην αξίζει να αναφερθεί πως μέσω της παρούσας έρευνας για τα άτομα με σωματική αναπηρία και ακουστική αναπηρία υψηλά επίπεδα ενσυνειδητότητας φάνηκε να συνδέονται με υψηλά επίπεδα σε όλους τους παράγοντες του ψυχολογικού ευ ζην. Ωστόσο, δεν προέκυψε παρόμοιο εύρημα για τα άτομα με οπτική αναπηρία, καθώς η ενσυνειδητότητα σχετίστηκε με υψηλά επίπεδα αυτονομίας, κυριαρχίας στο περιβάλλον, σκοπού στη ζωή και αποδοχής του εαυτού, αλλά όχι με υψηλά επίπεδα θετικών σχέσεων και προσωπικής ανάπτυξης. Μάλιστα, το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα ερευνών των Gardner-Nix (2009), Curtin & Norris (2017) και Song et al. (2014).

Συνεχίζοντας, μεταξύ των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας, σακχαρώδη διαβήτη καρκίνο, συστηματικό ερυθηματώδη λύκο και παθήσεις του θυροειδούς αδένα εντοπίστηκε πως αύξηση των επιπέδων ενσυνειδητότητας σχετίζεται με αύξηση όλων των παραγόντων, καθώς ενίσχυση της επίγνωσης και προσοχής συνδέεται με ενίσχυση της αυτονομίας, της κυριαρχίας στο περιβάλλον, της προσωπικής ανάπτυξης, των θετικών σχέσεων με άλλους, του σκοπού στη ζωή και της αποδοχής του εαυτού. Το εύρημα αυτό για τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας έχει εντοπιστεί και σε έρευνα των Crescentini et al. (2018), όπου επισημάνθηκε η σχέση της ενσυνειδητότητας με την αυτο-αποδοχή και την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων. Μάλιστα, πλήθος άλλων ερευνών σε άτομα με χρόνιες παθήσεις έχουν εντοπίσει συσχέτιση της ενσυνειδητότητας με την αυτονομία, την ωριμότητα, την αξιοπιστία, τη σκοπιμότητα και την κοινωνική αποδοχή (Bogosian et al., 2015 ·Kolahkaj, Zargar, 2015 · Grossman et al., 2010 · Burschka et al., 2014).

Παράλληλα, αξίζει να επισημανθεί πως στα άτομα με ρευματοειδείς παθήσεις και στα άτομα με παθήσεις του εντέρου η ενίσχυση της ενσυνειδητότητας σχετίστηκε με οφέλη σε όλους τους παράγοντες του ψυχολογικού ευ ζην πέραν την προσωπικής ανάπτυξης. Επομένως, για τα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα και παθήσεις του εντέρου η δράση με επίγνωση και προσοχή δε συμβάλλει στην αδιάκοπη εξέλιξη των ατόμων και στην ενίσχυση της αυτογνωσίας και αποτελεσματικότητάς τους. Ενώ, ξεχωριστό είναι το αποτέλεσμα που προέκυψε στα άτομα με επιληψία, καθώς σημειώθηκε εξαιρετικά χαμηλή ωφέλεια της ενσυνειδητότητας στο ψυχολογικό ευ ζην και τις υποκλίμακες αυτού. Ειδικότερα, αύξηση της ενσυνειδητότητας συνδέθηκε μόνο με αύξηση της αυτονομίας. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τη διαπίστωση της μελέτης των Wood et al. (2017), σύμφωνα με τους οποίους ενίσχυση της ενσυνειδητότητας των ατόμων με επιληψία, οδηγεί σε ταυτόχρονη βελτίωση στα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και ποιότητας ζωής.

Επομένως, συνοψίζοντας γίνεται κατανοητό πως η ενσυνειδητότητα σχετίζεται με αύξηση του ψυχολογικού ευ ζην και των παραγόντων αυτού στις περισσότερες από τις

ομάδες του δείγματος. Ειδικότερα, η ενίσχυση της ενσυνειδητότητας φάνηκε να λειτουργεί ενισχυτικά στο ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Ωστόσο, σε αρκετές ομάδες ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση η ενσυνειδητότητα φαίνεται να μην σχετίζεται με αυξήσεις. Άρα, από την παρούσα μελέτη προέκυψε πως η αυτοσυμπόνια σε σχέση με την ενσυνειδητότητα, σχετίζεται με περισσότερα οφέλη για την ευεξία των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Στο πλαίσιο αυτού κρίθηκε απαραίτητο να εξεταστεί και η σχέση της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας σε δείγμα ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, καθώς και στα άτομα χωρίς, ώστε να εντοπιστεί εάν η επιλογή μίας παρέμβασης με βάση την αυτοσυμπόνια θα ωφελήσει ταυτοχρόνως και τα επίπεδα ενσυνειδητότητας.

Υπό το πρίσμα αυτού το **έβδομο ερευνητικό ερώτημα** διερεύνησε την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των επιπέδων αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας τόσο στα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση όσο και στα άτομα χωρίς. Αναλυτικότερα, στην παρούσα μελέτη τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας φάνηκε να συνδέονται μέτρια με τα επίπεδα ενσυνειδητότητας τόσο για τα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση όσο και για τα άτομα χωρίς. Επομένως, με την υιοθέτηση προγραμμάτων παρέμβασης για την ενίσχυση της μίας, ταυτοχρόνως παρατηρούνται σημαντικά οφέλη και στα επίπεδα της άλλης.

Το εύρημα αυτό συναντάται και επιβεβαιώνεται από πλήθος άλλων ερευνών. Ειδικότερα, οι Pereira et al. (2020) και οι Blankespoor et al. (2017), σε έρευνες που διεξήγαγαν σε άτομα με σωματική αναπηρία και σκλήρυνση κατά πλάκας αντίστοιχα, παρατήρησαν μετά από παρεμβάσεις ενσυνειδητότητας αύξηση της αυτοσυμπόνιας. Ενώ, αντίστοιχα αποτελέσματα παρατήρησαν και οι Boyle et al. (2017), σε έρευνα τους σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, μετά από την εφαρμογή παρέμβασης αυτοσυμπόνιας, καθώς αυξήθηκαν τα επίπεδα ενσυνειδητότητας. Μάλιστα, το εύρημα αυτό έχει διαπιστωθεί σε πλήθος ερευνών σε άτομα με καρκίνο (Kvillemo & Bränström, 2011 · Hollis-Walker & Colosimo, 2011 · Rimes & Wingrove, 2011 · Shapiro et al., 2007).

Άρα με την εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης με σκοπό την ενίσχυση της αυτοσυμπόνιας στα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, καθώς και στα άτομα χωρίς, πέραν της ενίσχυσης της καλοσύνης προς τον εαυτό και της κοινής ανθρωπιάς, παρατηρούνται και οφέλη στα επίπεδα ενσυνειδητότητας. Επομένως, κρίνεται απαραίτητη η υιοθέτηση προγραμμάτων παρέμβασης με βάση την αυτοσυμπόνια, καθώς πέραν την θετικής συσχέτισης αυτών με το συνολικό ψυχολογικό ζην και του παράγοντες αυτού, συμβάλλει ταυτοχρόνως και στην ενίσχυση της ενσυνειδητότητας προσφέροντας τεράστια οφέλη.

Τέλος, το **όγδοο ερευνητικό ερώτημα** εξέτασε την επίδραση της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας στο ψυχολογικό ευ ζην μεταξύ των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, καθώς και αυτών χωρίς. Ειδικότερα, αναζητήθηκε ποιος από τους δύο όρους προβλέπει καλύτερα αποτελέσματα στο ψυχολογικό ευ ζην και το κατά πόσο οι δύο αυτοί όροι μπορούν να εξηγήσουν τα αποτελέσματα της ψυχικής ευεξίας των ομάδων του δείγματος.

Αρχικά, η αυτοσυμπόνια μέσω της παρούσας έρευνας αποτέλεσε καλύτερο προβλεπτικό παράγοντα ψυχικής ευεξίας από την ενσυνειδητότητα τόσο για το σύνολο των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, όσο και για τα άτομα χωρίς. Μάλιστα, η αυτοσυμπόνια από κοινού με την ενσυνειδητότητα προέκυψε πως εξηγούν μεγαλύτερο ποσοστό μεταβλητότητας για τα άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Αναλυτικότερα, το εύρημα αυτό έχει προκύψει μέσω αρκετών μελετών σε άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Ειδικότερα, η επίδραση των δύο αυτών όρων στα επίπεδα ευημερίας, έχει επισημανθεί μέσω της έρευνας των Pereira et al. (2020), όπου η ενίσχυση των επιπέδων αυτοσυμπόνιας, ενσυνειδητότητας και αυτο-αποδοχής μέσω προγραμμάτων παρέμβασης προέβλεπε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικής ικανοποίησης και κοινωνικών σχέσεων. Σε παρόμοια αποτελέσματα, έχουν καταλήξει και άλλες προγενέστερες έρευνες σε άτομα με αναπηρία των Hocaloski et al. (2016) και των Senders et al. (2012). Ενώ ταυτοχρόνως, σε έρευνες των Dahm et al. (2015) σε άτομα με αναπηρία και των Estrange et al. (2016) σε άτομα με καρκίνο, τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας φάνηκε να επηρεάζουν τα επίπεδα μετατραυματικού στρες και να εξηγούν σημαντικό ποσοστό αναλογίας διακύμανσης για τη σωματική και ψυχική ευημερία, αποτελώντας προβλεπτικούς παράγοντες.

Εν συνεχεία, ανά κατηγορία αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης εντοπίστηκε πως η αυτοσυμπόνια αποτελούσε καλύτερο προβλεπτικό παράγοντα ψυχολογικού ευ ζην για όλες τις ομάδες του δείγματος, ενώ μάλιστα στα άτομα με οπτική αναπηρία, ακουστική αναπηρία, σακχαρώδη διαβήτη και επιληψία, το ψυχολογικό ευ ζην φάνηκε να μη μεταβάλλεται με βάση την ενσυνειδητότητα, άλλα μόνο με βάση την αυτοσυμπόνια. Επομένως για τις ομάδες αυτές η αυτοσυμπόνια αποτελούσε προβλεπτικό παράγοντα της ψυχολογικής ευεξίας με την ενσυνειδητότητα να μην προκαλεί καμία μεταβολή. Σε όμοιο αποτέλεσμα κατέληξε και έρευνα των Costa et al. (2016), σε δείγμα ατόμων με ρευματοειδή αρθρίτιδα και σωματική αναπηρία, κατά την οποία η ενσυνειδητότητα σχετίστηκε με την αποδοχή του εαυτού, αλλά δεν αποτέλεσε μέτρο διακύμανσης της ψυχολογική ευημερίας. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από έρευνα των Montero-Marin et al. (2020) και των Carvalho et al. (2020), όπου η αυτοσυμπόνια αποτέλεσε καλύτερο προγνωστικό παράγοντα της ψυχικής υγείας από την ενσυνειδητότητα. Ενώ το εύρημα σχετικά με την υπεροχή της αυτοσυμπόνιας έχει επισημανθεί και σε έρευνες των Amutio et al. (2018), Cash et al. (2015), Lauche et al. (2013), Van Gordon et al. (2017) και Veehof et al. (2016) και Boyle et al. (2017). Τέλος, παρόμοια ευρήματα είχαν και οι Hill et al. (2017) και Yang & Mak (2016), μέσω των οποίων η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα συσχετίστηκαν θετικά με την ευημερία και το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης αποκάλυψε πως αλλαγές στην αυτοσυμπόνια σχετίζονται με αλλαγές στη ψυχολογική ευημερία.

Αναφορικά τώρα με τη συνολική μεταβλητότητα της ψυχολογικής ευεξίας με βάση την αυτοσυμπόνια και την ενσυνειδητότητα η υψηλότερη επίδραση σημειώθηκε στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και επιληψία, ακολουθούσαν τα άτομα με σωματική αναπηρία, σκλήρυνση κατά πλάκας, παθήσεις του θυροειδούς αδένος, συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, παθήσεις του εντέρου, ρευματοειδή αρθρίτιδα, καρκίνο, ακουστική αναπηρία και τέλος οπτική αναπηρία.

Επομένως, γίνεται κατανοητό πως η αυτοσυμπόνια επιδρά καλύτερα σε σχέση με την ενσυνειδητότητα στο ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Μάλιστα, η αυτοσυμπόνια και η ενσυνειδητότητα επιδρούν καλύτερα στην ευημερία των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση, σε σχέση με τα άτομα χωρίς, αποτελώντας καλύτερους προβλεπτικούς παράγοντες. Άρα η υιοθέτηση προγραμμάτων παρέμβασης με βάση την αυτοσυμπόνια είναι αναγκαία για την ενίσχυση της ευεξίας των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση. Τα ευρήματα αυτά μάλιστα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο πλαίσιο επιλογής κατάλληλης παρέμβασης για κάθε είδος αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης, καθώς η ενσυνειδητότητα φαίνεται να επιδρά θετικά στην ευημερία κάποιων κατηγοριών αναπηρίας, ωστόσο η επίδρασή της συγκριτικά με αυτή της αυτοσυμπόνιας είναι εξαιρετικά χαμηλή.

8.2 Περιορισμοί της έρευνας – Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα ερευνητική εργασία, συνοδεύεται από ποικίλα πλεονεκτήματα, ωστόσο αναπόφευκτα υπόκειται σε κάποιους περιορισμούς, οι οποίοι δίνουν ιδέες για περαιτέρω διερεύνηση. Αρχικά, στο πλαίσιο της μελέτης δε χρησιμοποιήθηκε πιλοτικά το ερωτηματολόγιο ατομικής συμπλήρωσης, ώστε να διασφαλιστεί ο βαθμός κατανόησης των χρησιμοποιούμενων όρων, η αποτελεσματικότητα της σειράς των ερωτήσεων, η διασφάλιση της παροχής των απαιτούμενων οδηγιών, αλλά και η καταλληλότητα της έκτασής του. Παρόλο που τα ζητήματα αυτά λήφθηκαν υπόψιν κατά τη διάρκεια συγκρότησης του ερωτηματολογίου, ωστόσο η πιλοτική εφαρμογή του θα μπορούσε να συνεισφέρει τα μέγιστα στην ανάδειξη της αποτελεσματικότητας και εγκυρότητας του περιεχομένου του εργαλείου. Ένας ακόμη περιορισμός της έρευνας, αναφορικά με το ερευνητικό εργαλείο, αφορά το γεγονός πως για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο ενέχει το στοιχείο της υποκειμενικότητας των απαντήσεων. Ειδικότερα, είναι σχεδόν αδύνατον να εκτιμηθεί ο βαθμός στον οποίο οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ανταποκρίνονταν στην πραγματικότητα ή εάν δόθηκαν με γνώμονα κοινωνικά αρεστές επιταγές.

Συνεχίζοντας, ένας περιορισμός της παρούσας έρευνας εντοπίζεται και στη διαδικασία δειγματοληψίας, καθώς η διοχέτευση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε με την αποστολή σε συλλόγους ατόμων με αναπηρία, και κυρίως μέσω του διαδικτύου. Αναφορικά με την αποστολή των ερωτηματολογίων σε συλλόγους, λόγω της μη ανταπόκρισης ορισμένων ατόμων δεν μπορεί να είναι σίγουρο ότι είναι γνωστά τα χαρακτηριστικά των ατόμων με αναπηρία οι οποίοι αποφάσισαν να μη συμμετέχουν. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, τα ευρήματα να αφορούν το συγκεκριμένο δείγμα, χωρίς να μπορούν να είναι γενικεύσιμα σε όλα τα άτομα με αναπηρία. Ακολούθως, 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.

Επομένως, κρίνεται απαραίτητο στο μέλλον να πραγματοποιηθούν μελέτες, λαμβάνοντας υπόψιν τους προαναφερόμενους περιορισμούς. Μάλιστα, μελλοντικά θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί παρόμοια μελέτη, η οποία θα συμπεριλάμβανε και άλλες κατηγορίες αναπηρίας ή χρόνιας πάθησης, καθώς και μεγαλύτερο αριθμό δείγματος. Παράλληλα, η έννοια της αυτοσυμπόνιας θα μπορούσε να εξεταστεί υπό το πρίσμα των έξι παραγόντων που τη συνθέτουν, ώστε να αναζητηθούν συσχετίσεις με την ενσυνειδητότητα και το συνολικό ψυχολογικό ευ ζην, καθώς και τις υποκλίμακες αυτού.

Επίσης, προτείνεται στο πλαίσιο της έρευνας σε άτομα με αναπηρία ή χρόνια πάθηση η αναζήτηση της επίδρασης της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας και σε άλλους όρους της Θετικής Ψυχολογίας, όπως η υποκειμενική ευτυχία, η ποιότητα ζωής, το νόημα ζωής και η βίωση θετικών ή αρνητικών συναισθημάτων. Ενώ τέλος, κρίνεται χρήσιμο να πραγματοποιηθούν προγράμματα παρέμβασης αυτοσυμπόνιας και ενσυνειδητότητας, ώστε να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με την επίδραση αυτών των τεχνικών στη γενικότερη ευημερία και να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα τέτοιων προγραμμάτων στον πληθυσμό των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια πάθηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

9.1 Παιδαγωγικές συνεπαγωγές

Η αναπηρία δεν αποτελεί απλώς ένα πρόβλημα υγείας, καθώς συνιστά ένα περίπλοκο φαινόμενο, που αντανακλά την αλληλεπίδραση μεταξύ των χαρακτηριστικών του σώματος ενός ατόμου και των χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει (Oliver, 2013). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το άτομο με αναπηρία να βιώνει αρκετές δυσκολίες στην καθημερινή του ζωή, οι οποίες αρκετές φορές είναι εμφανείς και σε μαθητές με αναπηρία ή και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (Kiriotiaki & Makrodimitraki, 2008). Επομένως, κρίνεται αναγκαία η πραγματοποίηση αλλαγών σε επίπεδο κοινωνίας, η βελτίωση παροχής κατάλληλων υπηρεσιών αλλά και η μετάβαση από το καθαρά ιατρικό στο κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας, με γνώμονα τις ανεπάρκειες των κοινωνικών δομών και όχι τη δυσκολία των ατόμων με αναπηρία ή και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, με απώτερο σκοπό τη βίωση ευημερίας για τα άτομα αυτά (Μακροδημητράκη & Κυπριωτάκη, 2021).

Μεταξύ των φορέων που μπορούν να συμβάλλουν στη βίωση ευημερίας των ατόμων με αναπηρία συγκαταλέγονται η πολιτεία και το σχολείο (Buntix & Schalock, 2010). Ειδικότερα, ο φορέας της πολιτείας, μέσω κατάλληλων προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Schalock, Verdugo & Gomez, 2017). Ενώ παράλληλα, και ο φορέας του σχολείου μέσω των προγραμμάτων, μπορεί να παρέχει υποστήριξη και καθοδήγηση, συμβάλλοντας στη διαμόρφωση της ψυχικής τους ανθεκτικότητας (Kwon, Hong & Jeon, 2017). 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).

Μάλιστα, παρεμβάσεις Θετικής Ψυχολογίας, οι οποίες αποσκοπούν στην καλλιέργεια θετικών συναισθημάτων, συμπεριφορών ή σκέψεων (Sin & Lyubomirsky, 2009), έχει βρεθεί πως είναι αποτελεσματικές για τη βελτίωση του ψυχολογικού και υποκειμενικού ευ ζην, την αύξηση των θετικών συναισθημάτων, καθώς και τη μείωση της κατάθλιψης και του άγχους τόσο για τους ενήλικες όσο και για τους ανήλικους (Bolier et al., 2013). Μεταξύ των στρατηγικών, των παρεμβάσεων Θετικής Ψυχολογίας σε παιδιά, συγκαταλέγονται η θετική γραφή, η αισιόδοξη σκέψη, η ανάμνηση θετικών εμπειριών, η ενσυνειδητότητα και η κοινωνικοποίηση (Sin & Lyubomirsky, 2009).

Το ενδιαφέρον για τα οφέλη της ενσυνειδητότητας αυξάνεται διαρκώς με το πέρασμα των χρόνων, με την εκπαίδευση στις τεχνικές ενσυνειδητότητας να ενσωματώνεται όλο και πιο συχνά στο εκπαιδευτικό σύστημα, στους εργασιακούς χώρους αλλά και στον χώρο της υγείας (Robins et al., 2014). Μάλιστα, πλήθος μελετών έχει επισημάνει τη σχέση της ενσυνειδητότητας με παράγοντες είτε σε ψυχολογικό είτε σε φυσικό-σωματικό επίπεδο (Bluth & Blanton, 2014).

Σύμφωνα με τους Semple, Lee, Rosa & Miller (2009), μία παρέμβαση ενσυνειδητότητας σε παιδιά σχετίζεται με σημαντική μείωση των προβλημάτων προσοχής, άγχους και συμπεριφοράς, προβλήματα που είναι αρκετά συνηθισμένα και σε παιδιά με αναπηρία ή και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (Kilic et al., 2020). Παράλληλα, ερευνητικά έχει προκύψει πως με παρεμβάσεις ενσυνειδητότητας αυξάνεται ταυτοχρόνως και η αυτοσυμπόνια, η οποία παίζει καταλυτικό ρόλο στην προσαρμογή και την ευημερία των ατόμων με αναπηρία (Estrange et al., 2016 · Kuyken et al. 2010). Ενώ, στη ταυτόχρονη αύξηση της ψυχολογικής και εκπαιδευτικής ευημερίας μέσω της αυτοσυμπόνιας και της ενσυνειδητότητας, αναφέρθηκαν και οι Nazeri et al. (2019), σε έρευνα σε 60 νεαρά αγόρια με μεταβολικές παθήσεις.

Επομένως, γίνεται κατανοητό πως η ενσυνειδητότητα, αποτελεί μία τεχνική που έχει φανεί ερευνητικά πως λειτουργεί θετικά στο πλαίσιο παρεμβάσεων σε παιδιά με και χωρίς αναπηρία ή και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, καθώς συμβάλλει στην ανάπτυξη της αυτοσυμπόνιας και της ευημερίας (Hollis-Walker & Colosimo, 2011 · Campos et al., 2016), με αποτέλεσμα τα παιδιά αυτά να προσεγγίζουν τον εαυτό τους με θετικό τρόπο (Di Fabio & Saklofske, 2020). Άρα, στο πλαίσιο εκπαίδευσης των ατόμων με αναπηρία ή και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων και παρεμβάσεων Θετικής Ψυχολογίας, μέσω τεχνικών της ενσυνειδητότητας και της αυτοσυμπόνιας, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και τη βίωση ευημερίας για τα άτομα αυτά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Βοζίκης, Α., & Σωτηροπούλου, Ε. (2012). Πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας στην Ελλάδα: Ανάλυση των ιδίων πληρωμών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4), 448-453.
- Γιακουμάκη, Ι. Μ. (2018). *Ο ρόλος της συγχωρετικότητας και της αυτοσυμπόνιας των ασθενών με καρκίνο μαστού με τα επίπεδα της ποιότητας ζωής τους*. (Διπλωματική εργασία).
- Καρακασίδου, Ε. (2017). *Υλοποίηση Προγράμματος Εκπαίδευσης στην Αυτοσυμπόνια και Εφαρμογή του σε Ομαδικό Πλαίσιο*. (Διδακτορική Διατριβή). Ανακτήθηκε από: <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/42634>.
- Καρλοβασίτου, Α. (2008). *Επιμόρφωση εκπαιδευτικών-γονέων παιδιών με αναπηρίες και γονέων μαθητών με αναπηρίες*. Θεσσαλονίκη.
- Κλεφτάρας, Γ. (2007). Στάδια προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία: Ο ρόλος της ψυχολογικής συμβουλευτικής. *Το βήμα των κοινωνικών επιστημών*, 49, 149- 180.
- Κουρμπέτης, Β., & Χατζοπούλου, Μ. (2010). *Μπορώ και με τα μάτια μου. Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις και πρακτικές για κωφούς μαθητές*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Κουρμπέτης, Β., Χατζοπούλου, Μ., Σαββαλίδου, Φ. & Ζωγράφου, Ε. (2007). Προσεγγίζοντας την Κώφωση, Διαναπηρικός Οδηγός Εξειδίκευσης, ΕΠΕΑΕΚ: Πρόσβαση για Όλους.
- Λεοντοπούλου, Σ. (2012). Προσαρμογή της Κλίμακας Μέτρησης του Ψυχολογικού Ευ Ζην. Στο Αν. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα & Π. Ρούσση (Επιμ.), Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα, σ. 759. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Μακροδημητράκη, Μ. & Κυπριωτάκη, Μ. (2021). Life experiences of a mother with a child with Down syndrome: a case study. *Ελληνική Ψυχολογική Εταιρεία*, 26(1), 264-277. doi: https://doi.org/10.12681/psy_hps.26248
- Παιδαγωγικό Ινστιτούτο (2011). *Νέο Σχολείο, Σχολική και Κοινωνική Ζωή: Οδηγός εκπαιδευτικού, Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση*. Υπουργείο Παιδείας και Δια Βίου Μάθησης
- Ποντισίδης, Γ., & Μπελλάλη. Θ. (2015). Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης και η επίδραση των Χρόνιων Νόσων. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 8(4), 6-16.
- Ρεντούκας, Η. & Λάζαρος, Γ. (2007). Συστηματικά Ρευματικά Νοσήματα και καρδιαγγειακό Σύστημα. *Αρχεία ελληνικής Ιατρικής*, 24(2), 121-127.

- Σιδέρη, Γ. (2018). *Το ψυχολογικό ευ ζην των ατόμων με αναπηρία ως παράμετρος διαμόρφωσης των οικογενειακών σχέσεων τους*. (Διπλωματική Εργασία). Ανακτήθηκε από:
<https://olympias.lib.uoi.gr/jspui/bitstream/123456789/29267/1/%CE%9C.%CE%95.%20%CE%A3%CE%99%CE%94%CE%95%CE%A1%CE%97%20%CE%93%CE%95%CE%A9%CE%A1%CE%93%CE%99%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.
- Τσιβλικάκη, Β. (2020). *Η διερεύνηση των εννοιών αυτοσυμπόνια, συγχωρητικότητα, ανθεκτικότητα, από ασθενείς που βιώνουν χρόνιο πόνο και βρίσκονται υπό θεραπεία*. (Διπλωματική εργασία).
- Χαραλάμπους, Π. (2009). Νόσος Crohn και ψυχολογικά προβλήματα, *E-Journal of Science and Technology*, 4, 51-56.
- Χρηστάκης, Κ.Γ. (2011). *Η Εκπαίδευση των παιδιών με δυσκολίες: Εισαγωγή στην Ειδική Αγωγή. Τόμος Β' Αθήνα: Διάδραση*.

Ξενόγλωσση

- 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.
- AIHW. (2011). *Key indicators of progress for chronic disease and associated determinants*. Canberra.
- Al-Dwaikat, T. N., Rababah, J. A., Al-Hammouri, M. M., & Chlebowy, D. O. (2020). Social Support, Self-Efficacy, and Psychological Wellbeing of Adults with Type 2 Diabetes. *Western Journal of Nursing Research*, 43(4), 288-297. <https://doi.org/10.1177%2F0193945920921101>.
- 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.
- Al-Ghabeesh, S. H., Al-Kalaldah, M., Rayan, A., Al-Rifai, A., & Al-Halalqa, F. (2019). Psychological distress and quality of life among Jordanian women diagnosed with

- breast cancer: the role of trait mindfulness. *European Journal of Cancer Care*, 28, 1–11. <https://doi.org/10.1111/ecc.13082>.
- Alispahic, S., & Hasanbegovic-Anic, E. (2017). Mindfulness: Age and Gender Differences on a Bosnian Sample. *Psychological Thought*, 10(1). <https://doi.org/10.5964/psyct.v10i1.224>.
- Alós, F. J., Acedo, V. I., Herves, M. A. M., & Moreno Osella, E. M. (2021) Psychological well-being and disability: a comparison among university students. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 19(1), 93-116. ISSN:1696-2095.
- American Diabetes Association. (2019). *Classification and diagnosis of diabetes*. *Diabetes Care*, 42(1), 13-28.
- American Thyroid Association (2021). Thyroid. Retrieved from: <https://www.thyroid.org/>.
- Amutio, A., Justo, C. F., Sánchez, L. C., Pérez-Fuentes, M. C., Gázquez Linares, J. J., ... Van Gordon, W. (2018). Effects of mindfulness training on sleep problems in patients with fibromyalgia. *Frontiers in Psychology*, 9, 1365. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01365>.
- Arambasic, J., Sherman, K. A., & Elder, E. (2019). Attachment Styles, Self-Compassion, and Psychological Adjustment in Long-Term Breast Cancer Survivors. *Psycho-Oncology*. doi:10.1002/pon.5068.
- Arciuli, J., Emerson E., & Llewellyn, G. (2019). Adolescents' self-report of school satisfaction: The interaction between disability and gender. *School Psychology*, 34(2), 148. <https://doi.org/10.1037/spq0000275>.
- 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.
- Azad, A. M., Shariat, S., Farhadi, T., & Shahidi, L. (2018). The Prediction of Psychological Well-Being Based on Self-Compassion and Self-Esteem in Caregivers of people with Physical, Mental, and Multiple Disabilities in the Welfare Organization. *Social Behavior Research & Health (SBRH)*, 2(1), 164-173.
- 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.
- Baer, R. A., Lykins, E. L. B., & Peters, J. R. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched nonmeditators. *The Journal of Positive Psychology*, 7(3), 230–238. doi:10.1080/17439760.2012.674548.

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27–45. doi:10.1177/1073191105283504.
- Baker, D. A., Caswell, H. L., & Eccles, F. J. R. (2019). Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 90*, 154–161. doi: 10.1016/j.yebeh.2018.11.025.
- Baniasadi, H., Kashani, F. L., & Jamshidifar, Z. (2014). Effectiveness of Mindfulness Training on Reduction of Distress of Patients Infected by Breast Cancer. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 114*, 944–948. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.12.812.
- Barak, Y., & Achiron, A. (2011). Happiness and personal growth are attainable in interferonbeta-1a treated multiple sclerosis patients. *Journal of Happiness Studies, 12*, 887–895. <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9234-6>.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology, 15*(4), 289–303. doi:10.1037/a0025754.
- Bayir, A., & Lomas, T. (2016). Difficulties generating self-compassion: an interpretative phenomenological analysis. *The Journal of Happiness & Well-Being, 4*(1), 15–33. <http://www.journalofhappiness.net/frontend/articles/pdf/v4i1/3pdf.pdf>.
- Beaton, D. M., & Sirois, F., & Milne, E. (2020). Self-compassion and Perceived Criticism in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Mindfulness, 11*, 2506–2518. <https://doi3.org/10.1007/s12671-020-01464-w>.
- Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J., & Carson, J. (2016). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery, 34*, 239–244. doi: 10.1016/j.midw.2015.11.002.
- Birnie, K., Speca, M., & Carlson, L. E. (2010). Exploring selfcompassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health, 26*(5), 359–371. <https://doi.org/10.1002/smi.1305>.
- Birtwell, K., Dubrow-Marshall, L., Dubrow-Marshall, R., Duerden, T., Dunn, A. (2017). A mixed methods evaluation of a Mindfulness-Based Stress Reduction course for people with Parkinson's disease. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 29*, 220–228. doi: 10.1016/j.ctcp.2017.10.009.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2006). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230–241. doi:10.1093/clipsyBph077.
- Blankespoor, R. J., Schellekens, M. P. J., Vos, S. H., Speckens, A. E. M., & de Jong, B. A. (2017). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Psychological Distress and Cognitive Functioning in Patients with Multiple Sclerosis: a Pilot Study. *Mindfulness, 8*(5), 1251–1258. doi:10.1007/s12671-017-0701-6.

- Blichfeldt, B. S., & Nicolaisen, J. (2011). Disabled travel: not easy, but doable. *Current Issues in Tourism*, 14(1), 79-102. doi:10.1080/13683500903370159.
- Bluth, K., & Blanton, P. W. (2014). The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), 219–230. doi:10.1080/17439760.2014.936967.
- Bluth, K.; & Neff, K. D. (2018). New frontiers in understanding the benefits of self-compassion. *Self and Identity*, 1–4. doi:10.1080/15298868.2018.1508494.
- Boggiss, A. L., Consedine, N. S., Jefferies, C., Bluth, K., Hofman, P. L., & Serlachius, A. S. (2020). Protocol for a feasibility study: a brief self-compassion intervention for adolescents with type 1 diabetes and disordered eating, *BMJ Open*, 10(2). doi:10.1136/bmjopen-2019-034452.
- Bogosian, A., Chadwick, P., Windgassen, S., Norton, S., McCrone, P., Mosweu, I., ... Moss-Morris, R. (2015). Distress improves after mindfulness training for progressive MS: A pilot randomised trial. *Multiple Sclerosis Journal*, 21(9), 1184–1194. doi:10.1177/1352458515576261.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 539–544. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.10.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(1). doi:10.1186/1471-2458-13-119.
- 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.
- Bowman, Nicholas A. (2010). The development of psychological well-being among first-year college students. *Journal of College Student Development*, 51(2), 180-200. <http://dx.doi.org/10.1353/csd.0.0118>.
- Boyle, C. C., Stanton, A. L., Ganz, P. A., Crespi, C. M., & Bower, J. E. (2017). Improvements in emotion regulation following mindfulness meditation: Effects on depressive symptoms and perceived stress in younger breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(4), 397–402. doi:10.1037/ccp0000186.
- Breines, J. G., & Chen, S. (2012). Self-compassion increases selfimprovement motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38, 1133–1143. doi:10.1177/0146167212445599.
- Brent, G. A. (2012). Mechanisms of thyroid hormone action. *Journal of Clinical Investigation*, 122(9), 3035–3043. doi:10.1172/jci60047.

- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, *18*(4), 211–237. <https://doi.org/10.1080/10478400701598298>.
- 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. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30959-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30959-x).
- Buntinx, W. H. E., & Schalock, R. L. (2010). Models of Disability, Quality of Life, and Individualized Supports: Implications for Professional Practice in Intellectual Disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, *7*(4), 283–294. doi: 10.1111/j.1741-1130.2010.00278.
- Burschka, J. M., Keune, P. M., Oy, U. H., Oschmann, P., & Kuhn, P. (2014). Mindfulness-based interventions in multiple sclerosis: beneficial effects of Tai Chi on balance, coordination, fatigue and depression. *BMC Neurology*, *14*(1). doi:10.1186/s12883-014-0165-4. <http://doi.org/10.1186/s12883-014-0165-4>.
- Campos, D., Cebolla, A., Quero, S., Bretón-López, J., Botella, C., Soler, J., ... Baños, R. M. (2016). Meditation and happiness: Mindfulness and self-compassion may mediate the meditation–happiness relationship. *Personality and Individual Differences*, *93*, 80–85. doi: 10.1016/j.paid.2015.08.040.
- Canha, L., Simões, C., Gaspar Matos, M., & Owens, L. (2016). Well-being and health in adolescents with disabilities. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *29*(1). doi:10.1186/s41155-016-0041-9.
- Carlson, C. S., Matisse, T. C., North, K. E., Haiman, C. A., Fesinmeyer, M. D., ... Buyske, S. (2013). Generalization and Dilution of Association Results from European GWAS in Populations of Non-European Ancestry: The PAGE Study. *PLoS Biology*, *11*(9), e1001661. doi: 10.1371/journal.pbio.1001661.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2007). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*(1), 23–33. doi:10.1007/s10865-007-9130-7.
- Carvalho, S. A., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., & Castilho, P. (2018). Pain and Depressive Symptoms: Exploring Cognitive Fusion and Self-Compassion in a Moderated Mediation Model. *The Journal of Psychology*, *153*(2), 173–186. doi:10.1080/00223980.2018.1507990.
- Carvalho, S. A., Trindade, I. A., ... Gillanders, D. (2020). Self-Compassion and Depressive Symptoms in Chronic Pain (CP): A 1-Year Longitudinal Study. *Mindfulness*, *11*, 709–719. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01292-7>

- Casellas, F., Rodrigo, L., Vivancos, J. L., Riestra, S., Pantiga, C., Baudet, J., ... Malagelada, J. (2008). Factors that impact health-related quality of life in adults with celiac disease: A multicenter study. *World Journal of Gastroenterology*, *14*(1), 46. doi:10.3748/wjg.14.46.
- Cash, E., Salmon, P., Weissbecker, I., Rebholz, W. N., Bayley-Veloso, R., ... Zimmaro, L. A. (2015). Mindfulness meditation alleviates fibromyalgia symptoms in women: results of a randomized clinical trial. *Annals of Behavioral Medicine*, *49*(3), 319–330. <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9665-0>.
- Cassin, S. E., & Rector, N. A. (2011). Mindfulness and the Attenuation of Post-Event Processing in Social Phobia: An Experimental Investigation. *Cognitive Behaviour Therapy*, *40*(4), 267–278. doi:10.1080/16506073.2011.614275.
- Chan, R. R., & Larson, J. L. (2015). Meditation interventions for chronic disease populations: a systematic review. *J Holist Nurs*, *33*, 351–65.
- Cheng, S., & Sin, K. F. (2020). University Self-efficacy and Quality of University Life among Students with and without Hearing Impairment and Hearing Students. *International Journal of Disability, Development and Education*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2020.1801989>.
- Chou, C.-Y., & Brauer, D. J. (2005). Temperament and Satisfaction With Health Status Among Persons With Rheumatoid Arthritis. *Clinical Nurse Specialist*, *19*(2), 94–100. doi:10.1097/00002800-200503000-00070.
- Cieśla, K., Lewandowska, M., & Skarżyński, H. (2015). Health-related quality of life and mental distress in patients with partial deafness: preliminary findings. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, *273*(3), 767–776. doi:10.1007/s00405-015-3713-7.
- Clegg, S., Sirois, F., & Reuber, M. (2019). Self-compassion and adjustment in epilepsy and psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, *100*, 106490. doi:10.1016/j.yebeh.2019.106490.
- Coffey, K. A., Hartman, M., & Fredrickson, B. L. (2010). Deconstructing Mindfulness and Constructing Mental Health: Understanding Mindfulness and its Mechanisms of Action. *Mindfulness*, *1*(4), 235–253. doi:10.1007/s12671-010-0033-2.
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: Using the Chronic Pain Acceptance Questionnaire to identify patients' subgroups. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *18*(4), 292–302. doi:10.1002/cpp.718.
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2013). Experiential avoidance and self-compassion in chronic pain. *Journal of Applied Social Psychology*, *43*(8), 1578–1591. doi:10.1111/jasp.12107.

- Costa, J., Pinto-Gouveia, J., & Marôco, J. (2016). Chronic pain experience on depression and physical disability: The importance of acceptance and mindfulness-based processes in a sample with rheumatoid arthritis. *Journal of Health Psychology*. doi:10.1177/1359105316649785.
- Crescentini, C., Matiz, A., Cimenti, M., Pascoli, E., Eleopra, R., & Fabbro, F. (2018). Effect of Mindfulness Meditation on Personality and Psychological Well-being in Patients with Multiple Sclerosis. *International Journal of MS Care*, 20, 101-108. doi: 10.7224/1537-2073.2016-093. <https://doi.org/10.7224/1537-2073.2016-093>.
- Curtin, K. B., & Norris, D. (2017). The relationship between chronic musculoskeletal pain, anxiety and mindfulness: Adjustments to the Fear-Avoidance Model of Chronic Pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 17(1), 156–166. doi:10.1016/j.sjpain.2017.08.006.
- Cystic Fibrosis Foundation (2021). *Cystic Fibrosis: What you need to know*. Retrieved from <http://www.cff.org80/AboutCF/I>.
- Dahm, K. A., Meyer, E. C., Neff, K. D., Kimbrel, N. A., Gulliver, S. B., & Morissette S. B. (2015). Mindfulness, Self-Compassion, Posttraumatic Stress Disorder Symptoms, and Functional Disability in U.S. Iraq and Afghanistan War Veterans. *Journal of Traumatic Stress October*, 28, 460–464, doi: 10.1002/jts.
- Davey, A., Chilcot, J., Driscoll, E., & McCracken, L. M. (2020). Psychological flexibility, self-compassion and daily functioning in chronic pain. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17, 79-85. doi: 10.1016/j.jcbs.2020.06.005.
- Deane, K. D., Demoruelle, M. K., Kelmenson, L. B., Kuhn, K. A., Norris, J. M., & Holers, V. M. (2017). Genetic and environmental risk factors for rheumatoid arthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 31(1), 3–18. doi: 10.1016/j.berh.2017.08.003.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2006). Edonia, Eudaimonia, and Well-being: an Introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9018-1>.
- Dehghan, M., Jazinizade, M., Malakoutikhah, A., Madadimahani, A., Iranmanesh, M. H., Oghabian, S., ... Zakeri, M. A. (2020). Stress and Quality of Life of Patients with Cancer: The Mediating Role of Mindfulness. *Journal of Oncology*, 1–10. doi:10.1155/2020/3289521.
- Dehghan, M., Mente, A., Zhang, X., Swaminathan, S., Li, W., Mohan, V., ... Rosengren, A. (2017). Associations of fats and carbohydrate intake with cardiovascular disease and mortality in 18 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. *The Lancet*, 390(10107), 2050–2062. doi:10.1016/s0140-6736(17)32252-3.
- Dekkers, J. C., Geenen, R., Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., Bijlsma, J. W., & Godaert, G. L. (2001). Biopsychosocial mediators and moderators of stress–health relationships in patients with recently diagnosed rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, 45, 307–16.

- Diener, E. (Ed.). (2009). *The science of well-being: The collected works of Ed Diener*. Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-90-481-2350-6>.
- Di Fabio, A., & Saklofske, D. H. (2020). The relationship of compassion and self-compassion with personality and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 169, 110109. doi: 10.1016/j.paid.2020.110109.
- Doll, A., Hölzel, B. K., Mulej Bratec, S., Boucard, C. C., Xie, X., Wohlschläger, A. M., & Sorg, C. (2016). Mindful attention to breath regulates emotions via increased amygdala–prefrontal cortex connectivity. *NeuroImage*, 134, 305–313. doi: 10.1016/j.neuroimage.2016.03.
- Dong, S., & Lucas, M. S. (2014). Psychological profile of university students with different types of disabilities. *Journal of College Student Development*, 55(5), 481-485. <https://doi.org/10.1353/csd.2014.0044>.
- Dowd, A. J., & Jung, M. E. (2017). Self-compassion directly and indirectly predicts dietary adherence and quality of life among adults with celiac disease. *Appetite*, 113, 293–300. doi: 10.1016/j.appet.2017.02.023.
- Duarte, I., Santos, C. C., Rego, G., & Nunes, R. (2014). Health-related quality of life in children and adolescents with cochlear implants: self and proxy reports. *Acta Oto-Laryngologica*, 134(9), 881–889. <https://doi.org/10.3109/00016489.2014.930968>.
- Edwards, K. A., Pielech, M., Hickman, J., Ashworth, J., Sowden, G., & Vowles, K. E. (2019). The Relation of Self-Compassion to Functioning among Adults with Chronic Pain. *European Journal of Pain*, 23(8), 1538-1547. doi:10.1002/ejp.1429.
- Ekelman, B., Bazyk, S., & Bazyk, J. (2013). The relationship between occupational engagement and well-being from the perspective of university students with disabilities. *Journal of Occupational Science*, 20(3), 236–252. <https://doi.org/10.1080/14427591.2012.716360>.
- Elliott, T., Uswatte, G., Lewis, L., & Palmatier, A. (2000). Goal instability and adjustment to physical disability. *Journal of Counseling Psychology*, 47(2), 251- 265. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-0167.47.2.251>.
- Emerson, E., Fortune, N., Aitken, Z., Hatton, C., Stancliffe, R., & Llewellyn, G. (2020). The wellbeing of working-age adults with and without disability in the UK: Associations with age, gender, ethnicity, partnership status, educational attainment and employment status. *Disability and Health Journal*, 13(3). <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100889>.
- Emmerich, A. C., Friehs, T., Crombez, G., & Glombiewski, J. A. (2020). Self-compassion predicting pain, depression and anger in people suffering from chronic pain: a prospective study. *European Journal of Pain*, 20(10), 1902-1914. doi:10.1002/ejp.1638.

- Erkin, Ö., & Şenuzun, A. F. (2020). The effect of the yoga course on mindfulness and self-compassion among nursing students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 875-882. doi:10.1111/ppc.12630.
- Ewais, T., Begun, J., Kenny, M., Rickett, K., Hay, K., Ajilchi, B., & Kisely, S. (2019). A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based interventions and yoga in inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 116, 44–53. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.11.010.
- Felicite, M. (2021). Glimpse in the World of Deaf People: Deafness and Deaf Education. *IJSSHR - International Journal of Social Science and Humanities Research*, 4(1), 12-30. <http://www.gphjournal.org/index.php/ssh/article/view/359>.
- Fellinger, J., Holzinger, D., Gerich, J., & Goldberg, D. (2007). Mental distress and quality of life in the hard of hearing. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(3), 243–245. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00976.x>.
- Fellinger, J., Holzinger, D., Sattel, H., & Laucht, M. (2008). Mental health and quality of life in deaf pupils. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(7), 414–423. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0683-y>.
- Fellinger, J., Holzinger, D., Schoberberger, R., Lenz, G. (2005). Psychosocial characteristics of deaf people: evaluation of data from a special outpatient clinic for the deaf. *Nervenarzt*, 76(1):43–51. [10.1007/s00115-004-1708-5](https://doi.org/10.1007/s00115-004-1708-5).
- Ferrari, M., Dal Cin, M., & Steele, M. (2017). Self-compassion is associated with optimum self-care behaviour, medical outcomes and psychological well-being in a cross-sectional sample of adults with diabetes. *Diabetic Medicine*, 34(11), 1546–1553. doi:10.1111/dme.13451.
- Finlay-Jones, A., Boyes, M., Perry, Y., Sirois, F., Lee, R., & Rees, C. (2020). Online self-compassion training to improve the wellbeing of youth with chronic medical conditions: protocol for a randomised control trial. *BMC Public Health*, 20(1). doi:10.1186/s12889-020-8226-7.
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ørnbøl, E., Walach, H., Rehfeld, E., Schröder, A., & Fink, P. (2013). Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes — Randomized trial with one-year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(1), 31–40. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.09.
- Fong, T. C., & Ho, R. T. (2020). Mindfulness facets predict quality of life and sleep disturbance via physical and emotional distresses in Chinese cancer patients: a moderated mediation analysis. *Psycho-Oncology*, 29(5).
- Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A., & Rakel, D. (2013). Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life, and Compassion in Primary Care Clinicians: A Pilot Study. *The Annals of Family Medicine*, 11(5), 412–420. doi:10.1370/afm.1511.

- Fresnics, A. A., Wang, S. B., & Borders, A. (2019). The Unique Associations between Self-Compassion and Eating Disorder Psychopathology and the Mediating Role of Rumination. *Psychiatry Research*. doi: 10.1016/j.psychres.2019.02.01.
- Friis, A. M., Johnson, M. H., Cutfield, R. G., & Consedine, N. S. (2015). Does kindness matter? Self-compassion buffers the negative impact of diabetes-distress on HbA1c. *Diabetic Medicine*, 32(12), 1634–1640. doi:10.1111/dme.12774.
- Gainey, A., Himathongkam, T., Tanaka, H., & Suksom, D. (2016). Effects of Buddhist walking meditation on glycemic control and vascular function in patients with type 2 diabetes. *Complementary Therapies in Medicine*, 26, 92–97. doi: 10.1016/j.ctim.2016.03.009.
- Gandy, M., Sharpe, L., & Perry, K. N. (2012). Psychosocial predictors of depression and anxiety in patients with epilepsy: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 140, 222-232. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.039>.
- Gandy, M., Sharpe, L., Perry, K. N., Miller, L., Thayer, Z., Boserio, J., & Mohamed, A. (2015). Anxiety in epilepsy: A neglected disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(2), 149-155. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.12.002>.
- García-Cano, M., Alós, F. J., Jiménez-Luque, N., & Polonio, G. (2018). *I Diagnóstico sobre la inclusión de las personas Con discapacidad en la Universidad de Córdoba. [First diagnosis of the inclusion of persons with disability at the University of Cordoba.]* Córdoba: UCOPRESS, Editorial Universidad de Córdoba.
- Gardner-Nix J. (2009) *Mindfulness-Based Stress Reduction for Chronic Pain Management. In: Didonna F. (eds) Clinical Handbook of Mindfulness.* Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_20.
- Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion: Freeing yourself from destructive thoughts and emotions.* The Guilford Press.
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-Compassion in Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 856–867. doi:10.1002/jclp.22021.
- 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 & Psychotherapy*, 13(6), 353–379. doi:10.1002/cpp.507.
- Greeson, J. M., & Gabrielle, R. (2018). Mindfulness and Physical Disease: A Concise Review. *Current Opinion in Psychology*. doi: 10.1016/j.copsyc.2018.12.014.
- Grossman, P., Kappos, L., Gensicke, H., D’Souza, M., Mohr, D. C., Penner, I. K., & Steiner, C. (2010). MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training: A randomized trial. *Neurology*, 75(13), 1141–1149. doi:10.1212/wnl.0b013e3181f4d80d.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing?

- A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1–12. doi: 10.1016/j.cpr.2015.01.006.
- Hall, N. J., Rubin, G., & Charnock, A. (2009). Systematic review: adherence to a gluten-free diet in adult patients with coeliac disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 30(4), 315–330. doi:10.1111/j.1365-2036.2009.04053.
- Hartmann, M., Kopf, S., Kircher, C., Faude-Lang, V., Djuric, Z., Augstein, F., ... Nawroth, P. P. (2012). Sustained Effects of a Mindfulness-Based Stress-Reduction Intervention in Type 2 Diabetic Patients: Design and first results of a randomized controlled trial (the Heidelberger Diabetes and Stress-Study). *Diabetes Care*, 35(5), 945–947. doi:10.2337/dc11-1343.
- Haukedal, C. L., Lyxell, B., & Wie, O. B. (2019). Health-Related Quality of Life with Cochlear Implants. *Ear and Hearing*, 41(2), 330-343. doi:10.1097/aud.0000000000000761.
- Haukedal, C. L., Torkildsen, J. V. K., Lyxell, B., & Wie, O. B. (2018). Parents' Perception of Health-Related Quality of Life in Children with Cochlear Implants: The Impact of Language Skills and Hearing. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 61(8), 2084-2098. https://doi.org/10.1044/2018_JSLHR-H-17-0278
- Hayter, M. R., & Dorstyn, D. S. (2013). Resilience, self-esteem and self-compassion in adults with spina bifida. *Spinal Cord*, 52(2), 167–171. doi:10.1038/sc.2013.152.
- Henderson, V. P., Clemow, L., Massion, A. O., Hurley, T. G., Druker, S., & Hébert, J. R. (2011). The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: a randomized trial. *Breast Cancer Research and Treatment*, 131(1), 99–109. doi:10.1007/s10549-011-1738-1.
- Herriot, H., & Wrosch, C. (2021). Self-compassion as predictor of daily physical symptoms and chronic illness across older adulthood. *Journal of Health Psychology*. 0(00), 1-13. doi:10.1177/13591053211002326.
- Hess, D. (2018). Mindfulness-Based Interventions for Hematology and Oncology Patients with Pain. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 32(3), 493–504. doi: 10.1016/j.hoc.2018.01.013.
- 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.
- Hill, R. J., McKernan, L. C., Wang, L., & Coronado, R. A. (2017). Changes in psychosocial well-being after mindfulness-based stress reduction: a prospective cohort study. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 25(3), 128–136. doi:10.1080/10669817.2017.1323608.
- Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apyadin, E., Xenakis, L., Newberry, S., ... Maglione, M. A. (2016). Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and

- Meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(2), 199–213. doi:10.1007/s12160-016-9844-2.
- Hocaloski, S., Elliott, S., Brotto, L. A., Breckon, E., & McBride, K. (2016). A Mindfulness Psychoeducational Group Intervention Targeting Sexual Adjustment for Women with Multiple Sclerosis and Spinal Cord Injury: A Pilot Study. *Sexuality and Disability*, 34(2), 183–198. doi:10.1007/s11195-016-9426-z.
- Hoge, E. A., Hölzel, B. K., Marques, L., Metcalf, C. A., Brach, N., Lazar, S. W., & Simon, N. M. (2013). Mindfulness and Self-Compassion in Generalized Anxiety Disorder: Examining Predictors of Disability. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1–7. doi:10.1155/2013/576258.
- Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: a theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 222–227. doi: 10.1016/j.paid.2010.09.033.
- Homan, K. J. (2016). Self-Compassion and Psychological Well-Being in Older Adults. *Journal of Adult Development*, 23(2), 111–119. doi:10.1007/s10804-016-9227-8.
- Homan, K.J., & Sirois, F. M. (2017). Self-compassion and physical health: exploring the roles of perceived stress and health-promoting behaviors. *Health Psychol Open*. 4(2). <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/2055102917729542>.
- Hood, M. M., & Jedel, S. (2017). Mindfulness-Based Interventions in Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology Clinics of North America*, 46(4), 859–874. doi: 10.1016/j.gtc.2017.08.008.
- Huber, M., Pletzer, B., Giourgas, A., Nickisch, A., Kunze, S., & Illg, A. (2015). Schooling Relates to Mental Health Problems in Adolescents with Cochlear Implants—Mediation by Hearing and Family Variables. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01889>
- 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.
- Jacoby, A., Snape, D., Lane, S., & Baker, G. A. (2015). Self-reported anxiety and sleep problems in people with epilepsy and their association with quality of life. *Epilepsy & Behavior*, 43, 149-158. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2014.09.071>.
- Jooste, J., & Kubayi, A. N. (2018). Perceived coach leadership style and psychological well-being among South African national male wheelchair basketball players. *Disability and Health Journal*. 11(4), 655-659. doi: 10.1016/j.dhjo.2018.07.004.
- Joseph, S., & Wood, A. (2010). Assessment of positive functioning in clinical psychology: Theoretical and practical issues. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 830–838. doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.002.

- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. doi:10.1093/clipsybp016.
- 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.
- Karakasidou, E., Pezirkianidis, C., Galanakis, M., & Stalikas, A. (2017). Validity, Reliability and Factorial Structure of the Self Compassion Scale in the Greek Population. *Journal of Psychology and Psychotherapy*, 7, 313. doi: 10.4172/2161-0487.1000313.
- Karakasidou, E., Raftopoulou, G., & Stalikas, A. (2020). Investigating differences in self-compassion levels: effects of gender and age in a Greek adult sample. *Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society*, 25(1), 164-177. <https://doi.org/10.4236/psych.2021.124033>.
- Karakasidou, E., & Stalikas, A. (2017). Empowering the Battered Women: *The Effectiveness of a Self-Compassion Program*. *Psychology*, 8, 2200-2214. <https://doi.org/10.4236/psych.2017.813140>.
- Kef, S. (2002). Psychosocial adjustment and the meaning of social support for visually impaired adolescents. *Journal of visual impairment and blindness*, 96(1), 22- 37. <https://doi.org/10.1177%2F0145482X0209600104>.
- Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041–1056. doi: 10.1016/j.cpr.2011.04.006.
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763–771. doi: 10.1016/j.cpr.2013.05.005.
- Kılıç, A., Hudson, J., McCracken, L., Ruparelia, R., Fawson, S., & Hughes, L. (2020). A systematic review of the effectiveness of self-compassion related interventions for individuals with chronic physical health conditions. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.001>.
- Kitis, A., Eraslan, U., Koc, V., Giresun, F., & Usta, H. (2016). Investigation of Disability Level, Leisure Satisfaction, and Quality of Life in Disabled Employees. *Social Work in Public Health*, 32(2), 94-101.
- Klainin-Yobas, P., Ramirez, D., Fernandez, Z., Sarmiento, J., Thanoi, W., Ignacio, J., & Lau, Y. (2016). Examining the predicting effect of mindfulness on psychological wellbeing

- among undergraduate students: A structural equation modelling approach. *Personality and Individual Differences*, 91, 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.11.034>.
- Koenig, A. J., & Holbrook, M. C. (2000). Literacy Skills. In: A. J. Koenig, & M. C. Holbrook (Eds.), *Foundations of Education. Vol. II: Instructional Strategies for Teaching Children and Youths with Visual Impairments* (pp. 246-312). AFB Press στο: Β. Αργυρόπουλος, Η εκπαίδευση παιδιών με σοβαρά προβλήματα όρασης: Ερευνητική και πρακτική προσέγγιση στο χώρο της διδασκαλίας. Στο: Παντελιάδου, Σ., & Αργυρόπουλος, Β. (Επιμ.) (2011). *Ειδική Αγωγή: Από την έρευνα στη διδακτική πράξη*. Αθήνα: Πεδίο.
- Kohut, S. A., Stinson, J., Davies-Chalmers, C., Ruskin, D., & van Wyk, M. (2017). Mindfulness-Based Interventions in Clinical Samples of Adolescents with Chronic Illness: A Systematic Review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 23(8), 581–589. doi:10.1089/acm.2016.0316.
- Kolahkaj, B., & Zargar, F. (2015). Effect of mindfulness-based stress reduction on anxiety, depression, and stress in women with multiple sclerosis. *Nurs Midwifery Stud*, 4(4). doi: 10.17795/nmsjournal29655.
- Kopf, S., Oikonomou, D., Hartmann, M., Feier, F., Faude-Lang, V., Morcos M., ... Nawroth, P.P. (2014). Effects of stress reduction on cardiovascular risk factors in type 2 diabetes patients with early kidney disease—results of a randomized controlled trial (HEIDIS). *Exper Clin Endocrinol Diabetes*, 122, 341-349.
- Krassas, G. E., Poppe, K., & Glinoe, D. (2010). Thyroid Function and Human Reproductive Health. *Endocrine Reviews*, 31(5), 702–755. doi:10.1210/er.2009-0041.
- Krieger, T., Berger, T., & Grosse, H. M. (2016). The relationship of self-compassion and depression: cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. *J Affect Disord*, 202, 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.08.003>.
- Kumar, R., Warner-Czyz, A., Silver, C. H., Loy, B., & Tobey, E. (2015). American Parent Perspectives on Quality of Life in Pediatric Cochlear Implant Recipients. *Ear and Hearing*, 36(2), 269–278. doi:10.1097/aud.000000000000108.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., ... Byford, S. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105–1112. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.003>.
- Kvillemo, P., & Bränström, R. (2011). Experiences of a mindfulnessbased stress-reduction intervention among patients with cancer. *Cancer Nursing*, 34(1), 24– 31. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181e2d0df.
- Kypriotaki, M., & Markodimitraki, M. (2008). The inclusion of students with special needs at the University of Crete. In T. Giovazolias, E. Karademas, & A. Kalantzi-Azizi (Eds.), *Crossing Internal and External Borders. Practices for an Effective Psychological Counselling in the European Higher Education* (p. 181-202). Athens: Ellinika Grammata.

- Kwon, K.-A., Hong, S.-Y., & Jeon, H.-J. (2017). Classroom Readiness for Successful Inclusion: Teacher Factors and Preschool Children's Experience with and Attitudes Toward Peers With Disabilities. *Journal of Research in Childhood Education, 31*(3), 360–378. doi:10.1080/02568543.2017.130948.
- Lakhan, S. E., & Schofield, K. L. (2013). Mindfulness-Based Therapies in the Treatment of Somatization Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE, 8*(8), e71834. doi: 10.1371/journal.pone.0071834.
- Langer, E. J., & Moldoveanu, M. (2000). The Construct of Mindfulness. *Journal of Social Issues, 56*(1), 1–9. doi:10.1111/0022-4537.00148.
- Lasak, J. M., Allen, P., McVay, T., & Lewis, D. (2014). Hearing Loss. Primary Care: *Clinics in Office Practice, 41*(1), 19–31. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2013.10.003>
- Lathren, C., Bluth, K., Campo, R., Tan, W., & Futch, W. (2018). Young adult cancer survivors' experiences with a mindful self-compassion (MSC) video-chat intervention: A qualitative analysis. *Self and Identity, 17*(6), 646–665. doi:10.1080/15298868.2018.1451363.
- Latifi, Z., Soltani, M., & Mousavi, S. (2020). Evaluation of the effectiveness of self-healing training on self-compassion, body image concern, and recovery process in patients with skin cancer. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 40*, 101180. doi: 10.1016/j.ctcp.2020.101180.
- Lauche, R., Cramer, H., Dobos, G., Langhorst, J., & Schmidt, S. (2013). A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for the fibromyalgia syndrome. *Journal of Psychosomatic Research, 75*(6), 500–510. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.10.010>.
- Leontopoulou, S. & Triliva, S. (2012). Explorations of subjective wellbeing and character strengths among a Greek University student sample. *International Journal of Wellbeing, 2*(3), 251-270. <http://dx.doi.org/10.5502/ijw.v2.i3.6>.
- L'Estrange, K., Timulak, L., Kinsella, L., & D'Alton, P. (2016). Experiences of Changes in Self-Compassion Following Mindfulness-Based Intervention with a Cancer Population. *Mindfulness, 7*(3), 734–744. doi:10.1007/s12671-016-0513-0.
- Linely, P., A., & Joseph, S. (2005). The human capacity for growth through adversity. *Am. Psychol., 60*(3), 262-264. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.60.3.262b>.
- 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.
- López, A., Sanderman, R., Ranchor, A. V., & Schroevers, M. J. (2017). Compassion for Others and Self-Compassion: Levels, Correlates, and Relationship with Psychological Well-being. *Mindfulness, 9*(1), 325–331. doi:10.1007/s12671-017-0777-z.

- López, A., Sanderman, R., & Schroevers, M. J. (2016). Mindfulness and self-compassion as unique and common predictors of affect in the general population. *Mindfulness*, 7(6), 1289–1296. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0568-y>.
- 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.
- Lupus Foundation of American –L.F.A. (2021). “What is Lupus?”. Retrieved from: <http://www.lupus.org/answer/entry/what-iw-lupus>.
- Lutz, J., Berry, M. P., Napadow, V., Germer, C., Pollak, S., Gardiner, P., ... Schuman-Olivier, Z. (2020). Neural activations during self-related processing in patients with chronic pain and effects of a brief self-compassion training – a pilot study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 304(111155). doi: 10.1016/j.psychresns.2020.111155.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32 (6), 545–552. doi: 10.1016/j.cpr.2012.06.003.
- MacKillop, J., & Anderson, E. J. (2007). Further Psychometric Validation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(4), 289–293. doi:10.1007/s10862-007-9045-1.
- Mantzios, M., Wilson, J. C., & Giannou, K. (2013). Psychometric Properties of the Greek Versions of the Self-Compassion and Mindful Attention and Awareness Scales. *Mindfulness*, 6(1), 123–132. doi:10.1007/s12671-013-0237-3.
- Massey, C. N., Feig, E. H., Duque-Serrano, L., Wexler, D., Tedlie Moskowitz, J., & Huffman, J. C. (2018). Well-Being Interventions for Individuals with Diabetes: A Systematic Review. *Diabetes Research and Clinical Practice*. doi: 10.1016/j.diabres.2018.11.014.
- Matcham, F., Rayner, L., Steer, S., & Hotopf, M. (2013). The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*, 52(12), 2136–2148. doi:10.1093/rheumatology/ket169.
- Matziou, V., Perdikaris, P., Galanis, P., Dousis, E., & Tzoumakas, K. (2008). Evaluating depression in a sample of children and adolescents with cancer in Greece. *International Nursing Review*, 55(3), 314–319. doi:10.1111/j.1466-7657.2008.00606.
- Maunder, R., & Levenstein, S. (2008). The Role of Stress in the Development and Clinical Course of Inflammatory Bowel Disease: Epidemiological Evidence. *Current Molecular Medicine*, 8(4), 247–252. doi:10.2174/156652408784533832.
- McAbee, E. R., Drasgow, E., & Lowrey, K. A. (2017). How do deaf adults define quality of life? *American Annals of the Deaf*, 162(4), 333–349. <https://doi.org/10.1353/aad.2017.0031>.

- McCracken, L. M., Gauntlett-Gilbert, J., & Vowles, K. E. (2007). The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain, 131*, 63-69. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2006.12.013>.
- McKay, T., & Walker, B. R. (2021). Mindfulness, self-compassion and wellbeing. *Personality and Individual Differences, 168*, 110412. doi: 10.1016/j.paid.2020.110412.
- Meize-Grochowski, R., Shuster, G., Boursaw, B., DuVal, M., Murray-Krezan, C., Schrader, R., Smith, B. W., Herman, C. J., Prasad, A. (2015). Mindfulness meditation in older adults with postherpetic neuralgia: a randomized controlled pilot study. *Geriatr Nurs, 36*, 154–60.
- Meserole, R. L., Carson, C. M., Riley, A. W., Wang, N.-Y., Quittner, A. L., Eisenberg, L. S., ... Niparko, J. K. (2013). Assessment of health-related quality of life 6 years after childhood cochlear implantation. *Quality of Life Research, 23*(2), 719–731. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0509-3>.
- Mettler, J., Carsley, D., Joly, M., & Heath, N. L. (2017). Dispositional mindfulness and adjustment to university. *Journal of College Student Retention: Research, Theory & Practice, 110*(3), 636-670. <https://doi.org/10.1177/1521025116688905>.
- Michaelsen, A., Kunz, N., Jeitler, M., Brunnhuber, S., Meier, L., Ludtke, R., Bussing, A., Kessler, C. (2016). Effectiveness of focused meditation for patients with chronic low back pain – a randomized controlled clinical trial. *Complement Ther Med, 26*, 79–84.
- Montero-Marin, J., Van Gordon, W., Shonin, E., Navarro-Gil, M., Gasi3n, V., L3pez-del-Hoyo, Y., Luciano, J. V., ... Garcia-Campayo, J. (2020). Attachment-based compassion therapy for ameliorating fibromyalgia: Mediating role of mindfulness and self-compassion. *Mindfulness, 11*(3), 816–828. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01302-8>.
- Mpofu, J., Sefotho, M.M. & Maree, J.G. (2017). Psychological well-being of adolescents with physical disabilities in Zimbabwean inclusive community settings: An exploratory study. *African Journal of Disability, 6*(0), 325. <https://doi.org/10.4102/ajod.v6i0.325>.
- MS National Multiple Sclerosis Society (2018). *What is Multiple Sclerosis?* Retrieved from: [https://www.nationalmssociety.org/Programs-and-Services/Resources/What-IsMultiple-Sclerosis-\(-pdf\)?page=1&orderby=3&order=asc](https://www.nationalmssociety.org/Programs-and-Services/Resources/What-IsMultiple-Sclerosis-(-pdf)?page=1&orderby=3&order=asc).
- Muris, P., & Petrocchi, N. (2017). Protection or vulnerability? A meta-analysis of the relations between the positive and negative components of self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 24*(2), 373–383. <https://doi.org/10.1002/cpp.2005>.
- Nathan, H.J., Poulin, P., Wozny, D., Taljaard, M., Smyth, C., Gilron, I., ... Shergill, Y. (2017). Randomized trial of the effect of Mindfulness-Based Stress Reduction on pain-related disability, pain intensity, health-related quality of life, and A1C in

- patients with painful diabetic peripheral neuropathy. *Clinl Diabetes*, 35, 294-304. <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000868>.
- Nazeri, R., Lotfabadi, H., & Pourshahriar, H. (2019). Effect and compassion of cognitive self-compassion and mindfulness overweight on educational well-being of overweight students. *J Research and Health*, 9(3), 268-247. doi: 10.29252/jrh.9.3.268.
- Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R. M., & Chen, Y. J. (2009). Selfkindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and supprt in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33, 88-97. doi:10.1007/s11031-008-9119-8.
- Neff, KD. (2003a). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity*, 2(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>.
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>.
- Neff, K. (2004). Self-compassion any psychological well-being. *Constr. Hum. Sci.* 9, 27–37.
- Neff, K.D. (2011). Self-compassion, self-esteem and well being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-2. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>.
- Neff, K. (2009). *Self-compassion*. In: Leary MR, Hoyle RH, eds. *Handbook of individual differences in social behavior*. New York: Guilford Press.
- Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-Compassion: What It Is, What It Does, and How It Relates to Mindfulness. *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation*, 121–137. doi:10.1007/978-1-4939-2263-5_10.
- Neff, K., Kirkpatric, K., & Rude, S. (2007). Self–compassion and adaptive psychological functioning. *J. Res. Pers.* 41, 139–154. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>.
- Neff, K. D., Long, P., Knox, M. C., Davidson, O., Kuchar, A., Costigan, A., ... Breines, J. G. (2018). The forest and the trees: Examining the association of self-compassion and its positive and negative components with psychological functioning. *Self and Identity*, 17(6), 627–645. doi:10.1080/15298868.2018.1436587.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225–240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>.
- Neff, K. D., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160–176. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546>

- Neff, K., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23–50. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00537.
- Nery-Hurwit, M., Yun, J., & Ebbeck, V. (2017). Examining the roles of self-compassion and resilience on health-related quality of life for individuals with Multiple Sclerosis. *Disability and Health Journal*, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.10.010>.
- Nielen, M. M. J., van Schaardenburg, D., Reesink, H. W., van de Stadt, R. J., van der Horst-Bruinsma, I. E., de Koning, M. H. M. T., ... Dijkmans, B. A. C. (2004). Specific autoantibodies precede the symptoms of rheumatoid arthritis: A study of serial measurements in blood donors. *Arthritis & Rheumatism*, 50(2), 380–386. doi:10.1002/art.20018.
- Nieman, C. L., & Oh, E. S. (2020). Hearing Loss. *Annals of Internal Medicine*, 173(11), 81–96. <https://doi.org/10.7326/AITC202012010>.
- Niemensivu, R., Roine, R. P., Sintonen, H., & Kentala, E. (2018). Health-related quality of life in hearing-impaired adolescents and children. *Acta Oto-Laryngologica*, 138(7), 652–658. <https://doi.org/10.1080/00016489.2018.1438661>.
- Norton, S., Sacker, A., Young, A., & Done, J. (2011). Distinct psychological distress trajectories in rheumatoid arthritis: Findings from an inception cohort. *Journal of Psychosomatic Research*, 71(5), 290–295. doi: 10.1016/j.jpsychores.2011.05.
- Nyklíček, I., Hoogwegt, F., & Westgeest, T. (2015). Psychological distress across twelve months in patients with rheumatoid arthritis: The role of disease activity, disability, and mindfulness. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(2), 162–167. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.08.004.
- Nyman, S. R., Gosney, M. A., & Victor, C. R. (2009). Psychosocial impact of visual impairment in working-age adults. *British Journal of Ophthalmology*, 94(11), 1427–1431. doi:10.1136/bjo.2009.164814.
- Oberoi, S., Yang, J., Woodgate, R. L., Niraula, S., Banerji, S., Israels, S. J., ... Zarychanski, R. (2020). Association of Mindfulness-Based Interventions With Anxiety Severity in Adults With Cancer. *JAMA Network Open*, 3(8). doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.12598.
- 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.
- Pagnini, F., Cavalera, C., Rovaris, M., Mendozzi, L., Molinari, E., Phillips, D., & Langer, E. (2018). Longitudinal associations between mindfulness and well-being in people with multiple sclerosis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. doi: 10.1016/j.ijchp.2018.11.003.

- Pauley, G., & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 129–143. <https://doi.org/10.1348/147608309X471000>.
- Peiró, J. M., Bayonab, J. A., Caballer, A., & Di Fabio, A. (2020). Importance of work characteristics affects job performance: The mediating role of individual dispositions on the work design-performance relationships. *Personality and individual differences*, (Suppl 40), 157. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109808>.
- Pereira, R., Almeida, I., ... Teixeira, P.M. (2020). Mindfulness-Related Variables and Sexual/Relationship Satisfaction in People with Physical Disabilities. *Mindfulness* 11, 1993–2006. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01414-6>.
- Pinquart, M., & Pfeiffer, J. P. (2011). Psychological well-being in visually impaired and unimpaired individuals: a meta-analysis. *British Journal of Visual Impairment*, 29(1), 27- 45. <https://doi.org/10.1177%2F0264619610389572>.
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M., & Fráguas, S. (2013). The Protective Role of Self-compassion in Relation to Psychopathology Symptoms and Quality of Life in Chronic and in Cancer Patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(4), 311–323. doi:10.1002/cpp.183.
- Pradhan, E. K., Baumgarten, M., Langenberg, P., Handwerger, B., Gilpin, A. K., Magyari, T., ... Berman, B. M. (2007). Effect of Mindfulness-Based stress reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis & Rheumatism*, 57(7), 1134–1142. doi:10.1002/art.23010.2006.10.007.
- Przedzicki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis-bilinski, K. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-Oncology*, 22(8), 1872–9. doi:10.1002/pon.
- Raab, K. (2014). Mindfulness, Self-Compassion, and Empathy Among Health Care Professionals: A Review of the Literature. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20(3), 95–108. doi:10.1080/08854726.2014.913876.
- Reed, P. (2018). Mechanisms of Mindfulness in Those with Higher and Lower Levels of Autism Traits. *Mindfulness*. doi:10.1007/s12671-018-0964-6.
- Reizer, A. (2019). Bringing self-kindness into the workplace: Exploring the mediating role of self-compassion in the associations between attachment and organizational outcomes. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01148>.
- Renaud, J., & Bédard, E. (2013). Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 931-43. doi:10.2147/cias27717.

- Rimes, K. A., & Wingrove, J. (2011). Pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for trainee clinical psychologists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(2), 235–41. doi:10.1017/S1352465810000731.
- Robins, J. L. W., Kiken, L., Holt, M., & McCain, N. L. (2014). Mindfulness: An effective coaching tool for improving physical and mental health. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 26(9), 511–518. doi:10.1002/2327-6924.12086.
- Rosenzweig, S., Reibel, D. K., Greeson, J.M., Edman, J.S., Jasser, S.A., McMearty, K.D., Goldstein, B.J. (2007). Mindfulness-based stress reduction is associated with improved glycemic control in type 2 diabetes mellitus: A pilot study. *Altern Ther Health Med*, 13, 36-39.
- Runyan, J. D., Fry, B. N., Steenbergh, T. A., Arbuckle, N. L., Dunbar, K., & Devers, E. E. (2018). Using experience sampling to examine links between compassion, eudaimonia, and prosocial behavior. *Journal of Personality*. doi:10.1111/jopy.12426.
- Ryff, C. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55. <https://doi.org/10.1177%2F016502548901200102>
- Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104. <https://doi.org/10.1111%2F1467-8721.ep10772395>.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological Well-Being Revisited: Advances in the Science and Practice of Eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28. doi:10.1159/000353263.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 9(1), 13–39. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>.
- Samsari, E. P., & Soulis, S. (2019). Problem Solving and Resilience Self-Efficacy as Factors of Subjective Well-Being in Greek Individuals with and without Physical Disabilities. *International Journal of Special Education*, 33(4), 938-953.
- Schalock R.L., Verdugo M.A., Gomez L.E. (2017) Translating the Quality of Life Concept into Practice. In: Shogren K., Wehmeyer M., Singh N. (eds) *Handbook of Positive Psychology in Intellectual and Developmental Disabilities*. Springer Series on Child and Family Studies. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-59066-0_9.
- Schirda, B., Duraney, E., Lee, H. K., Manglani, H. R., Andridge, R. R., Plate, A., Nicholas, J. A., & Prakash, R. S. (2020). Mindfulness training for emotion dysregulation in

- multiple sclerosis: A pilot randomized controlled trial. *Rehabilitation Psychology*, 65(3), 206–218. <https://doi.org/10.1037/rep0000324>.
- Schmidt, S., Grossman, P., Schwarzer, B., Jena, S., Naumann, J., & Walach, H. (2011). Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: Results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain*, 152(2), 361–369. doi:10.1016/j.pain.2010.10.043.
- Schütze, R., Rees, C., Preece, M., & Schütze, M. (2010). Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain*, 148(1), 120–127. doi: 10.1016/j.pain.2009.10.030.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>.
- Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D., & Miller, L. F. (2009). A Randomized Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children: Promoting Mindful Attention to Enhance Social-Emotional Resiliency in Children. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 218–229. doi:10.1007/s10826-009-9301-y.
- Senders, A., Wahbeh, H., Spain, R., & Shinto, L. (2012). Mind-body medicine for Multiple Sclerosis: A systematic review. *Autoimmune Diseases*, 1-12. doi: 10.1155/2012/567324. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3512214/>.
- Shah, I. & Siddiqui, F. A. (2015). Gender Difference of Psychological Well Being among University Students. *Journal of Asian Development Studies*, 4(3), 110-116. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071474>.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105–115. doi:10.1037/1931-3918.1.
- Shapiro, S. L., & Carlson, L. E. (2009). The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions. *American Psychological Association*. <https://doi.org/10.1037/11885-000>.
- Sheffield, A. M., & Smith, R. J. H. (2018). The Epidemiology of Deafness. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 9(9). doi:10.1101/cshperspect.a033258.
- Shiau-Fang Chao (2012). Functional disability and psychological well-being in later life: Does source of support matter? *Aging & Mental Health*, 16(2), 236-244. doi: 10.1080/13607863.2011.596809.
- Simpson, R., Booth, J., Lawrence, M., Byrne, S., Mair, F., and Mercer, S. (2014) Mindfulness based interventions in multiple sclerosis - a systematic review. *BMC Neurology*, 14 (15). <http://www.biomedcentral.com/1471-2377/14/15>.

- Simpson, R., Mair, F. S., & Mercer, S. W. (2017). Mindfulness-based stress reduction for people with multiple sclerosis – a feasibility randomised controlled trial. *BMC Neurology*, *17*(1). doi:10.1186/s12883-017-0880-8.
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(5), 467–487. doi:10.1002/jclp.20593.
- Sirois, F. M., Kitner, R., & Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, affect, and health behaviors. *Health Psychol*, *34*(6), 661–669. <https://doi.org/10.1037/hea0000158>.
- Sirois, F.M., Molnar, D.S., & Hirsch, J.K. (2015). Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and Identity*. *14*(3), 334–347. <https://doi.org/10.1080/15298868.2014.996249>.
- Skrbic, R., Milankov, V., Veselinovic, M., & Todorovic, A. (2013). Impact of hearing impairment on quality of life of adolescents. *Medicinski Pregled*, *66*(1-2), 32–39. doi:[10.2298/mpns1302032s](https://doi.org/10.2298/mpns1302032s).
- Solati, K., Mousavi, M., Kheiri, S., & Hasanpour-Dehkordi, A. (2017). The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Psychological Symptoms and Quality of Life in Systemic Lupus Erythematosus Patients: A Randomized Controlled Trial. *Oman Medical Journal*, *32*(5), 378–385. doi:10.5001/omj.2017.73.
- Song, Y., Lu, H., Chen, H., Geng, G., & Wang, J. (2014). Mindfulness intervention in the management of chronic pain and psychological comorbidity: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, *1*(2), 215–223. doi:10.1016/j.ijnss.2014.05.014.
- 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.
- Springer, K.W., Pudrovskaya, T., & Hauser, R.M. (2011). Does psychological well-being change with age? Longitudinal tests of age variations and further exploration of the multidimensionality of Ryff's model of psychological well-being. *Social Science Research*, *40* (1), 392–398. doi:10.1016/j.ssresearch.2010.05.008.
- Stallman, H. M., Ohan, J. L., & Chiera, B. (2018). The role of social support, being present, and self-kindness in university student psychological distress. *Australian Psychologist*, *53*, 52–59. <https://doi.org/10.1111/ap.12271>.
- Stevellink, S. A. M., Malcolm, E. M., & Fear, N. T. (2015). Visual impairment, coping strategies and impact on daily life: a qualitative study among working-age UK ex-service personnel. *BMC Public Health*, *15*(1). doi:10.1186/s12889-015-2455-1.
- Stuntzner, S. (2014). Self-Compassion and sexuality: A new model for women with disabilities. *ACA's VISTAs*, *67*.
- Sünbül, A., Yerin, Z., & Oya G. (2019). The relationship between mindfulness and resilience: The mediating role of self compassion and emotion regulation in a sample of

- underprivileged Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*, 139(), 337–342. doi: 10.1016/j.paid.2018.12.009.
- Suriá, R. (2017). Inteligencia emocional y bienestar subjetivo en estudiantes universitarios con diferentes tipos y grados de discapacidad. [Emotional intelligence and subjective well-being in university students with different types and degrees of disability.] *Bordón. Revista de Pedagogía*, 70(1), 125-140. <https://doi.org/10.13042/Bordon.2018.48584>.
- 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.
- Thirumaran, M., Vijayaraman, M., Irfan, M., Moinuddin, S. K., & Shafaque, N. (2020). Influence of Age and Gender on Mindfulness - Cognitive Science. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 11(3). <https://doi.org/10.37506/ijphrd.v11i3.1442>.
- Thomson, R.G. (2017). *The Extraordinary Bodies: figuring physical disability in American culture and literature* (3rd ed.). New York: Columbia University Press.
- Tong, E. M. W., Lum, D. J. K., Sasaki, E. & Yu, Z. (2018). Concurrent and Temporal Relationships Between Humility and Emotional and Psychological Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 1-16. <https://doi.org/10.1007/s10902s>.
- Tough, H., Siegrist, J., & Fekete, C. (2017). Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. *BMC Public Health*, 17(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4308-6>.
- Tovote, K. A., Flear, J., Snippe, E., Peeters, A. C. T. M., Emmelkamp, P. M. G., Sanderman, R., ... Schroevers, M. J. (2014). Individual Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavior Therapy for Treating Depressive Symptoms in Patients With Diabetes: Results of a Randomized Controlled Trial. *Diabetes Care*, 37(9), 2427–2434. doi:10.2337/dc13-2918.
- Treharne, G. J., Lyons, A. C., Booth, D. A., & Kitas, G. D. (2007). Psychological well-being across 1 year with rheumatoid arthritis: coping resources as buffers of perceived stress. *Br J Health Psychol*, 12, 323–345.
- Van Assche, G., Dignass, A., Bokemeyer, B., Danese, S., Gionchetti, P., Moser, G., ... Lindsay, J. O. (2013). Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis Part 3: Special situations. *Journal of Crohn's and Colitis*, 7(1), 1–33. doi:10.1016/j.crohns.2012.09.005.
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 123–130. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.011>.

- Vanderpump, M. (2011). Thyroid autoimmunity following an iodization programme. *Clinical Endocrinology*, 75(1), 10–11. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2265.2011.04044.x>.
- Van Gordon, W., Shonin, E., Dunn, T. J., Garcia-Campayo, J., & Griffiths, M. D. (2017). Meditation awareness training for the treatment of fibromyalgia syndrome: a randomized controlled trial. *British Journal of Health Psychology*, 22(1), 186–206. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12224>.
- Van Son, J., Nyklicek, I., Pop, V. J., Blonk, M. C., Erdtsieck, R. J., Spooren, P. F., ... Pouwer, F. (2012). The Effects of a Mindfulness-Based Intervention on Emotional Distress, Quality of Life, and HbA1c in Outpatients With Diabetes (DiaMind): A randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 36(4), 823–830. doi:10.2337/dc12-1477.
- Varshney, S. (2016). Deafness in India. *Indian Journal Otolaryngology*, 22 (2), 73-6. doi:10.4103/0971-7749.182281.
- Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. M. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(1), 5–31. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>.
- Walls, V. D., Moteki, H., Thomas, T. R., Nishio, S., Yoshimura, H., Iwasa, Y., ... Casavant, T. L. (2020). A comparative analysis of genetic hearing loss phenotypes in European/American and Japanese populations. *Human Genetics*, 139, 1315–1323 <https://doi.org/10.1007/s00439-020-02174-y>
- Wang, W. C., Chow, Y. M. A., & Chan, L. W. C. (2017). The effects of life review interventions on spiritual well-being, psychological distress, and quality of life in patients with terminal or advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Palliative Medicine*, 31(10), 883–894. <https://doi.org/10.1177%2F0269216317705101>.
- Werngren-Elgström, M., Dehlin, O., & Iwarsson, S. (2003). Aspects of quality of life in persons with pre-lingual deafness using sign language: subjective wellbeing, ill-health symptoms, depression and insomnia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 37(1), 13–24. [https://doi.org/10.1016/S0167-4943\(03\)00003-7](https://doi.org/10.1016/S0167-4943(03)00003-7).
- Wilson-Jones, M., Morgan, E., Shelton, J. E., & Thorogood, C. (2007). Cerebral palsy: Introduction and diagnosis (part I). *Journal of Pediatric Health Care*, 21(3), 146-152.
- Wilson, J. M., Weiss, A., & Shook, N. J. (2020). Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences*, 152. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109568>.
- Wood, K., Lawrence, M., Jani, B., Simpson, R., & Mercer, S. W. (2017). Mindfulness-based interventions in epilepsy: a systematic review. *BMC Neurology*, 17(1). doi:10.1186/s12883-017-0832-3.

- Woods, H., & Proeve, M. (2014). Relationships of Mindfulness, Self-Compassion, and Meditation Experience With Shame-Proneness. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 28(1), 20–33. doi:10.1891/0889-8391.28.1.20.
- Woodruff, S. C., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Crowley, K. J., Hindman, R. K., & Hirschhorn, E. W. (2013). Comparing Self-Compassion, Mindfulness, and Psychological Inflexibility as Predictors of Psychological Health. *Mindfulness*, 5(4), 410–421. doi:10.1007/s12671-013-0195-9.
- 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>.
- World Health Organization. (2018). *Non Communicable Diseases*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- World Health Organization. (2019). *Blindness and vision impairment*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>.
- World Health Organization. (2019). *Diabetes*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/diabetes>.
- World Health Organization. (2021). *Cancer*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
- World Health Organization. (2021). *Deafness and hearing loss*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (2021). *Epilepsy*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>.
- Wren, A. A., Somers, T. J., Wright, M. A., Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., ... Keefe, F. J. (2012). Self-Compassion in Patients With Persistent Musculoskeletal Pain: Relationship of Self-Compassion to Adjustment to Persistent Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(4), 759–770. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.04.014.
- Yang, X., & Mak, W. W. S. (2016). The Differential Moderating Roles of Self-Compassion and Mindfulness in Self-Stigma and Well-Being Among People Living with Mental Illness or HIV. *Mindfulness*, 8(3), 595–602. doi:10.1007/s12671-016-0635-4.
- Yarnell, L.M., Stafford, R.E., Neff, K.D., Reilly, E.D., Knox, M.C., & Mullarkey, M. (2015). Meta-analysis of gender differences in self-compassion. *Self and Identity*, 14 (5), 499–520. doi:10.1080/15298868.2015.1029966.
- Zernicke, K. A., Campbell, T. S., Specia, M., McCabe-Ruff, K., Flowers, S., & Carlson, L. E. (2014). A Randomized Wait-List Controlled Trial of Feasibility and Efficacy of an Online Mindfulness-Based Cancer Recovery Program. *Psychosomatic Medicine*, 76(4), 257–267. doi:10.1097/psy.000000000000053.

- Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The Relationship Between Self-Compassion and Well-Being: A Meta-Analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340–364. doi:10.1111/aphw.12051.
- Zhang, H., & Wang, Y. (2019). Bullying victimization and depression among young Chinese adults with physical disability: Roles of gratitude and self-compassion. *Children and Youth Services Review*, 103, 51-56. doi:10.1016/j.chilyouth.2019.05.035.
- Zhong, M., Zhang, Q., Bao, J., & Xu, W. (2019). Relationships between meaning in life, dispositional mindfulness, perceived stress, and psychological symptoms among Chinese patients with gastrointestinal cancer. *Journal of Nervous and Mental Disease*, (207), 1, 34–37.
- Zhou, B., GangWang, Hong, Y., Xu, S., Wang, J., Yu, H., ... Yu, L. (2020). Mindfulness interventions for rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 101088. doi:10.1016/j.ctcp.2020.101088.
- Zhu, L., Yao, J., Wang, J., Wu, L., Gao, Y., Xie, J., ... Schroevers, M. J. (2019). The predictive role of self-compassion in cancer patients' symptoms of depression, anxiety, and fatigue: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 28(9). doi:10.1002/pon.5174.
- Zimmermann, F. F., Burrell, B., & Jordan, J. (2018). The acceptability and potential benefits of mindfulness-based interventions in improving psychological well-being for adults with advanced cancer: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 30, 68–78. doi:10.1016/j.ctcp.2017.12.014.
- Zingone, F., West, J., Crooks, C. J., Fleming, K. M., Card, T. R., Ciacci, C., & Tata, L. J. (2015). Socioeconomic variation in the incidence of childhood coeliac disease in the UK. *Archives of Disease in Childhood*, 100(5), 466–473. doi:10.1136/archdischild-2014-307105.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Αγαπητοί/ές συμμετέχοντες/ουσες,

Το ακόλουθο ανώνυμο ερωτηματολόγιο, σας χορηγείται στο πλαίσιο εκπόνησης έρευνας. Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε άτομα με Αναπηρία ή Χρόνια Πάθηση. Η συμπλήρωσή του, απαιτεί περίπου 10 με 15 λεπτά. Οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Για την εγκυρότητα αυτής της προσπάθειας, είναι σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας!
Η Ερευνήτρια, Πότση Τατιάνα

Συμπληρώστε με **X** μία μόνο απάντηση.

1.	Φύλο
<input type="radio"/> Άνδρας <input type="radio"/> Γυναίκα	
2.	Ηλικία
<input type="radio"/> Κάτω των 18 ετών <input type="radio"/> 18-25 ετών <input type="radio"/> 26-35 ετών <input type="radio"/> 36-45 ετών <input type="radio"/> 46-55 ετών <input type="radio"/> Άνω των 55 ετών	
3.	Ποια είναι η Οικογενειακή σας Κατάσταση;
<input type="radio"/> Έγγαμος/η <input type="radio"/> Άγαμος/η <input type="radio"/> Σε σχέση <input type="radio"/> Διαζευγμένος/η <input type="radio"/> Χήρος/α	
4.	Ποιο είναι το Μορφωτικό σας Επίπεδο;
<input type="radio"/> Αναλόφητος/η <input type="radio"/> Απόφοιτος Λυκείου <input type="radio"/> Μαθητής/τρια <input type="radio"/> Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής / Ι.Ε.Κ. <input type="radio"/> Φοιτητής/τρια <input type="radio"/> Πτυχιούχος Α.Ε.Ι./ Τ.Ε.Ι. <input type="radio"/> Απόφοιτος Δημοτικού <input type="radio"/> Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών <input type="radio"/> Απόφοιτος Γυμνασίου <input type="radio"/> Διδακτορικός τίτλος σπουδών	

5.	Ποια είναι η Επαγγελματική σας Κατάσταση;
<input type="radio"/> Εργαζόμενος/η <input type="radio"/> Άνεργος/η <input type="radio"/> Συνταξιούχος	
6.	Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημά σας;
<input type="radio"/> 0 - 500 € <input type="radio"/> 501 - 1.000 € <input type="radio"/> 1.001 - 1.500 € <input type="radio"/> Άνω των 1.500 €	
7.	Έχετε κάποια Αναπηρία / Χρόνια Πάθηση;
<input type="radio"/> Σωματική Αναπηρία <input type="radio"/> Οπτική Αναπηρία <input type="radio"/> Ακουστική Αναπηρία <input type="radio"/> Χρόνια Πάθηση Σκλήρυνση κατά πλάκας <input type="radio"/> Σακχαρώδης Διαβήτης <input type="radio"/> Καρκίνος <input type="radio"/> Επιληψία <input type="radio"/> Ρευματοειδής Αρθρίτιδα <input type="radio"/> Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος <input type="radio"/> Παθήσεις του Εντέρου <input type="radio"/> Παθήσεις του Θυροειδούς Αδένα <input type="radio"/> <input type="radio"/> Καμία Αναπηρία/Χρόνια Πάθηση	
8.	Η αναπηρία / χρόνια πάθησή σας είναι:
<input type="radio"/> Επίκτητη <input type="radio"/> Εκ γενετής	

9.	<i>Πόσα χρόνια έχετε την αναπηρία / χρόνια πάθηση</i>
<input type="radio"/> 1 έως 5 έτη <input type="radio"/> 5 έως 10 έτη <input type="radio"/> 10 έως 15 έτη <input type="radio"/> 15 έως 20 έτη <input type="radio"/> 20 και άνω έτη	
10.	<i>Έχετε κάποιο χόμπι;</i>
<input type="radio"/> Ναι <input type="radio"/> Όχι	
11.	<i>Ζείτε μόνος/η ή με άλλα άτομα;</i>
<input type="radio"/> Μόνος/η <input type="radio"/> Με άλλα άτομα	
12.	<i>Ποια είναι η σχέση σας με το συγγενικό/φιλικό σας περιβάλλον;</i>
<input type="radio"/> Εξαιρετική <input type="radio"/> Καλή <input type="radio"/> Μέτρια <input type="radio"/> Κακή	
13.	<i>Έχετε λάβει ποτέ ή λαμβάνετε τώρα ψυχολογική υποστήριξη;</i>
<input type="radio"/> Ναι <input type="radio"/> Όχι	
14.	<i>Πώς αξιολογείτε την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνετε από τους γύρω σας;</i>
<input type="radio"/> Εξαιρετική <input type="radio"/> Καλή <input type="radio"/> Μέτρια <input type="radio"/> Κακή	

Παρακαλώ διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά πριν απαντήσετε. Κυκλώστε έναν αριθμό από το 1 έως το 5 για κάθε πρόταση για να προσδιορίσετε πόσο συχνά συμπεριφέρεστε με αυτόν τον τρόπο.

		ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
15.	<i>Αποδοκιμάζω και κατακρίνω τα ελαττώματα και μειονεκτήματά μου.</i>	1	2	3	4	5
16.	<i>Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, τείνω να εστιάζω υπερβολικά την προσοχή μου σε όλα αυτά που πηγαίνουν στραβά.</i>	1	2	3	4	5
17.	<i>Όταν τα πράγματα πηγαίνουν στραβά, βλέπω τις δυσκολίες μου σαν κομμάτι της ζωής που το περνούν όλοι.</i>	1	2	3	4	5
18.	<i>Όταν σκέφτομαι τα μειονεκτήματά μου, αισθάνομαι ότι είμαι ξεκομμένος/η από τον υπόλοιπο κόσμο.</i>	1	2	3	4	5
19.	<i>Προσπαθώ να δίνω αγάπη στον εαυτό μου όταν πονάω συναισθηματικά.</i>	1	2	3	4	5
20.	<i>Όταν αποτυγχάνω σε κάτι προσωπικά σημαντικό, κατακλύζομαι από συναισθήματα ανεπάρκειας.</i>	1	2	3	4	5
21.	<i>Όταν είμαι μελαγχολικός/ή και απογοητευμένος/η, υπενθυμίζω στον εαυτό μου ότι υπάρχουν κι άλλοι άνθρωποι στον κόσμο που αισθάνονται όπως κι εγώ.</i>	1	2	3	4	5
22.	<i>Όταν περνάω δύσκολες στιγμές, γίνομαι αυστηρός/ή με τον εαυτό μου.</i>	1	2	3	4	5
23.	<i>Όταν κάτι με αναστατώσει, προσπαθώ να μετριάσω τα συναισθήματά μου.</i>	1	2	3	4	5
24.	<i>Όταν αισθάνομαι ανεπαρκής για κάποιο λόγο, σκέφτομαι ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν συναισθήματα ανεπάρκειας.</i>	1	2	3	4	5
25.	<i>Δεν ανέχομαι, ούτε έχω υπομονή με πτυχές της προσωπικότητάς μου που δεν συμπαθώ.</i>	1	2	3	4	5

		ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
26.	<i>Όταν περνώ δύσκολες στιγμές, δίνω στον εαυτό μου τη φροντίδα και τη στοργή που έχει ανάγκη.</i>	1	2	3	4	5
27.	<i>Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, αισθάνομαι επίσης ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιθανότερα πιο ευτυχημένοι από εμένα.</i>	1	2	3	4	5
28.	<i>Όταν συμβεί κάτι επίπονο, προσπαθώ να δω την κατάσταση ψύχραιμα και ισορροπημένα.</i>	1	2	3	4	5
29.	<i>Προσπαθώ να δω τις αποτυχίες μου ως μέρος της ανθρώπινης φύσης.</i>	1	2	3	4	5
30.	<i>Όταν βλέπω πτυχές του εαυτού μου που δε συμπαθώ, τα βάζω με τον εαυτό μου.</i>	1	2	3	4	5
31.	<i>Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, προσπαθώ να δω τα πράγματα από όλες τις πλευρές.</i>	1	2	3	4	5
32.	<i>Όταν αγωνίζομαι πραγματικά για κάτι, αισθάνομαι ότι άλλοι μάλλον βρίσκονται σε πιο ευνοϊκή θέση.</i>	1	2	3	4	5
33.	<i>Είμαι καλός/ή με τον εαυτό μου όταν περνώ δοκιμασίες.</i>	1	2	3	4	5
34.	<i>Όταν κάτι με αναστατώνει, με παρασύρουν τα συναισθήματά μου.</i>	1	2	3	4	5
35.	<i>Μπορώ να γίνω λίγο ψυχρός/ή προς τον εαυτό μου όταν δοκιμάζομαι.</i>	1	2	3	4	5
36.	<i>Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, προσπαθώ να προσεγγίσω τα συναισθήματά μου με περιέργεια και ειλικρίνεια.</i>	1	2	3	4	5
37.	<i>Είμαι ανεκτικός με τα ελαττώματα και τις ανεπάρκειές μου.</i>	1	2	3	4	5

		ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
38.	<i>Όταν συμβεί κάτι επίπονο, μεγαλοποιώ το γεγονός δίνοντας του υπερβολικές διαστάσεις.</i>	1	2	3	4	5
39.	<i>Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, αισθάνομαι μόνος/η στην αποτυχία μου.</i>	1	2	3	4	5
40.	<i>Προσπαθώ να δείχνω υπομονή και κατανόηση στις πτυχές της προσωπικότητάς μου που δεν συμπαθώ.</i>	1	2	3	4	5

Βάλτε έναν αριθμό από το 1 έως το 6 για κάθε πρόταση για να προσδιορίσετε πόσο συχνά συμπεριφέρεστε με αυτόν τον τρόπο.

		ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	ΣΥΧΝΑ	ΣΠΑΝΙΑ	ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ
41.	<i>Θα μπορούσα να αισθανθώ κάποιο συναίσθημα και να μην το συνειδητοποιήσω.</i>	1	2	3	4	5	6
42.	<i>Σπάω ή ρίχνω πράγματα λόγω απροσεξίας ή γιατί η σκέψη μου βρίσκεται αλλού.</i>	1	2	3	4	5	6
43.	<i>Δυσκολεύομαι να εστιάσω σε αυτό που συμβαίνει στην παρούσα στιγμή.</i>	1	2	3	4	5	6
44.	<i>Πηγαίνω γρήγορα στον προορισμό μου, χωρίς να δίνω προσοχή κατά μήκος της διαδρομής.</i>	1	2	3	4	5	6
45.	<i>Συχνά δεν παρατηρώ τα σημάδια της έντασης ή κόπωσης στον εαυτό μου έως ότου χρειαστούν πραγματικά την προσοχή.</i>	1	2	3	4	5	6
46.	<i>Ξεχνώ το όνομα ενός ανθρώπου που γνωρίζω, σχεδόν την ίδια στιγμή.</i>	1	2	3	4	5	6
47.	<i>Φαίνεται ότι λειτουργώ αυτόματα, χωρίς να συνειδητοποιώ τι κάνω.</i>	1	2	3	4	5	6

		<i>ΣΧΕΔΙΟΝ ΠΑΝΤΑ</i>	<i>ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ</i>	<i>ΣΥΧΝΑ</i>	<i>ΣΠΑΝΙΑ</i>	<i>ΠΟΛΥ ΣΠΑΝΙΑ</i>	<i>ΣΧΕΔΙΟΝ ΠΟΤΕ</i>
48.	<i>Βιάζομαι κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων, χωρίς να προσέχω πραγματικά τι κάνω.</i>	1	2	3	4	5	6
49.	<i>Συγκεντρώνομαι τόσο στο στόχο που θέλω να επιτύχω, όπου χάνω επαφή με αυτό που κάνω τη δεδομένη στιγμή για να κατορθώσω να φτάσω εκεί.</i>	1	2	3	4	5	6
50.	<i>Κάνω δουλειές αυτόματα, χωρίς να γνωρίζω από που ξεκίνησε αυτό που κάνω.</i>	1	2	3	4	5	6
51.	<i>Τείνω να παρακολουθώ κάποιον με τη μισή μου προσοχή, ενώ κάνω και κάτι άλλο συγχρόνως.</i>	1	2	3	4	5	6
52.	<i>Πηγαίνω σε προορισμούς αυτόματα και έπειτα αναρωτιέμαι γιατί πήγα εκεί.</i>	1	2	3	4	5	6
53.	<i>Τείνω να ανησυχώ για το μέλλον ή το παρελθόν.</i>	1	2	3	4	5	6
54.	<i>Παρατηρώ ότι κάνω πράγματα χωρίς να προσέχω.</i>	1	2	3	4	5	6
55.	<i>Τσιμπάω χωρίς να αντιλαμβάνομαι ότι τρώω.</i>	1	2	3	4	5	6

Παρακαλώ σημειώστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις. Απαντήστε αυθόρμητα και μη ξοδεύετε πολύ χρόνο σε κάθε ερώτηση. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις, μας ενδιαφέρει η προσωπική σας άποψη.

		<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ</i>	<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΤΡΙΑ</i>	<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΜΕΤΡΙΑ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ</i>
56.	<i>Οι περισσότεροι άνθρωποι με θεωρούν στοργικό και τρυφερό άτομο.</i>	1	2	3	4	5	6
57.	<i>Μερικές φορές αλλάζω τον τρόπο που ενεργώ ή σκέφτομαι για να μοιάζω περισσότερο με τους άλλους γύρω μου.</i>	1	2	3	4	5	6
58.	<i>Γενικά, αισθάνομαι ότι εγώ κατευθύνω τη ζωή μου.</i>	1	2	3	4	5	6

		<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ</i>	<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΤΡΙΑ</i>	<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΜΕΤΡΙΑ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ</i>
59.	<i>Δε με ενδιαφέρουν δραστηριότητες που διευρύνουν τους ορίζοντές μου.</i>	1	2	3	4	5	6
60.	<i>Αισθάνομαι καλά όταν σκέφτομαι όσα έχω κάνει στο παρελθόν και όσα ελπίζω να κάνω στο μέλλον.</i>	1	2	3	4	5	6
61.	<i>Όταν αναλογίζομαι το παρελθόν μου, είμαι ικανοποιημένος/η με το πώς ήρθαν τα πράγματα μέχρι στιγμής.</i>	1	2	3	4	5	6
62.	<i>Δε φοβάμαι να πω αυτό που σκέφτομαι, ακόμη και όταν οι άλλοι δε συμφωνούν μαζί μου.</i>	1	2	3	4	5	6
63.	<i>Η καθημερινή ζωή με καταβάλλει συχνά.</i>	1	2	3	4	5	6
64.	<i>Γενικά, αισθάνομαι ότι συνεχίζω να μαθαίνω περισσότερα για τον εαυτό μου με το πέρασμα του χρόνου.</i>	1	2	3	4	5	6
65.	<i>Μου ήταν δύσκολο να διατηρήσω στενούς φίλους.</i>	1	2	3	4	5	6
66.	<i>Ζω τη ζωή μου μέρα με τη μέρα και δε σκέφτομαι ιδιαίτερα το μέλλον.</i>	1	2	3	4	5	6
67.	<i>Γενικά, έχω αυτοπεποίθηση και αισθάνομαι θετικά για τον εαυτό μου.</i>	1	2	3	4	5	6
68.	<i>Οι αποφάσεις μου δεν επηρεάζονται συνήθως από το τι κάνουν όλοι οι άλλοι.</i>	1	2	3	4	5	6
69.	<i>Δεν ταιριάζω πολύ καλά με άλλους ανθρώπους.</i>	1	2	3	4	5	6
70.	<i>Είμαι ο τύπος του ανθρώπου που του αρέσει να δοκιμάζει καινούρια πράγματα.</i>	1	2	3	4	5	6

		<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ</i>	<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΤΡΙΑ</i>	<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΜΕΤΡΙΑ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ</i>
71.	<i>Συχνά αισθάνομαι μοναξιά επειδή έχω λίγους στενούς φίλους στους οποίους μπορώ να μιλήσω ελεύθερα.</i>	1	2	3	4	5	6
72.	<i>Προτιμώ να σκέφτομαι το παρόν, επειδή το μέλλον σχεδόν πάντοτε μου επιφυλάσσει προβλήματα.</i>	1	2	3	4	5	6
73.	<i>Αισθάνομαι ότι πολλοί από τους ανθρώπους που γνωρίζω έχουν πετύχει περισσότερα στη ζωή τους από ότι εγώ.</i>	1	2	3	4	5	6
74.	<i>Τείνω να στεναχωριέμαι σχετικά με το τι πιστεύουν οι άλλοι για μένα.</i>	1	2	3	4	5	6
75.	<i>Είμαι αρκετά καλός/ή στο να διαχειρίζομαι την καθημερινή μου ζωή.</i>	1	2	3	4	5	6
76.	<i>Δεν θέλω να δοκιμάζω νέους τρόπους να κάνω πράγματα-η ζωή μου είναι μία χαρά έτσι όπως είναι.</i>	1	2	3	4	5	6
77.	<i>Απολαμβάνω τις καλές συζητήσεις με την οικογένεια και τους φίλους μου.</i>	1	2	3	4	5	6
78.	<i>Έχω μία αίσθηση προσανατολισμού και σκοπού στη ζωή μου.</i>	1	2	3	4	5	6
79.	<i>Αν είχα την ευκαιρία θα άλλαζα πολλά πράγματα σε μένα.</i>	1	2	3	4	5	6
80.	<i>Είναι πιο σημαντικό να είμαι ευτυχισμένος/ή με τον εαυτό μου παρά να με επιδοκιμάζουν οι άλλοι.</i>	1	2	3	4	5	6
81.	<i>Συχνά αισθάνομαι να με κατακλύζουν οι ευθύνες μου.</i>	1	2	3	4	5	6
82.	<i>Νομίζω ότι είναι σημαντικό να έχεις νέες εμπειρίες που να προκαλούν τον τρόπο που σκέφτεσαι για τον εαυτό σου και τον κόσμο.</i>	1	2	3	4	5	6

		<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ</i>	<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΤΡΙΑ</i>	<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΜΕΤΡΙΑ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ</i>
83.	<i>Είναι σημαντικό για μένα να είμαι καλός ακροατής όταν οι στενοί μου φίλοι μου μιλούν για τα προβλήματά τους.</i>	1	2	3	4	5	6
84.	<i>Οι καθημερινές μου δραστηριότητες μου φαίνονται συχνά άνευ σημασίας.</i>	1	2	3	4	5	6
85.	<i>Μου αρέσουν οι περισσότερες πλευρές της προσωπικότητάς μου.</i>	1	2	3	4	5	6
86.	<i>Τείνω να επηρεάζομαι από ανθρώπους με ισχυρές απόψεις.</i>	1	2	3	4	5	6
87.	<i>Αν ήμουν δυσαρεστημένος/η με τη ζωή μου θα έκανα κάτι για να την αλλάξω.</i>	1	2	3	4	5	6
88.	<i>Τώρα που το σκέφτομαι, δεν έχω βελτιωθεί πραγματικά ως άνθρωπος με το πέρασμα των χρόνων.</i>	1	2	3	4	5	6
89.	<i>Δεν έχω πολλούς ανθρώπους που να θέλουν να ακούσουν όταν χρειάζομαι να μιλήσω.</i>	1	2	3	4	5	6
90.	<i>Δεν ξέρω πραγματικά τι προσπαθώ να κάνω στη ζωή μου.</i>	1	2	3	4	5	6
91.	<i>Έκανα μερικά λάθη στο παρελθόν, αλλά αισθάνομαι ότι τελικά όλα έγιναν για το καλύτερο.</i>	1	2	3	4	5	6
92.	<i>Οι άνθρωποι σπάνια με πείθουν να κάνω πράγματα που δεν θέλω.</i>	1	2	3	4	5	6
93.	<i>Γενικά είμαι καλός/ή στο να φροντίζω τα προσωπικά μου οικονομικά θέματα και τις υποθέσεις μου.</i>	1	2	3	4	5	6
94.	<i>Κατά την άποψή μου, άνθρωποι κάθε ηλικίας είναι ικανοί να αναπτύσσονται και να εξελίσσονται.</i>	1	2	3	4	5	6

		<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ</i>	<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΤΡΙΑ</i>	<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΜΕΤΡΙΑ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ</i>
95.	<i>Αισθάνομαι ότι κερδίζω πολλά από τις φιλίες μου.</i>	1	2	3	4	5	6
96.	<i>Συνήθιζα στο παρελθόν να θέτω στόχους για τον εαυτό μου, αλλά τώρα μου φαίνεται χάσιμο χρόνου.</i>	1	2	3	4	5	6
97.	<i>Από πολλές απόψεις, αισθάνομαι απογοητευμένος/η με όσα πέτυχα στη ζωή μου.</i>	1	2	3	4	5	6
98.	<i>Είναι πιο σημαντικό για μένα να ταιριάζω με τους άλλους παρά να υπερασπίζομαι τις αρχές μου και να είμαι μόνος/η μου.</i>	1	2	3	4	5	6
99.	<i>Με αγχώνει το ότι δεν μπορώ να προλάβω όσα έχω να κάνω κάθε μέρα.</i>	1	2	3	4	5	6
100.	<i>Με τον καιρό, κατάλαβα πολλά πράγματα για τη ζωή και αυτό με έκανε ένα πιο δυνατό, πιο ικανό άτομο.</i>	1	2	3	4	5	6
101.	<i>Μου φαίνεται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν περισσότερους φίλους από ότι εγώ.</i>	1	2	3	4	5	6
102.	<i>Μου αρέσει να κάνω σχέδια για το μέλλον και να προσπαθώ να τα πραγματοποιήσω.</i>	1	2	3	4	5	6
103.	<i>Ως επί το πλείστον, είμαι περήφανος/η για το ποιος/α είμαι και το είδος της ζωής που έχω.</i>	1	2	3	4	5	6
104.	<i>Πιστεύω στις απόψεις μου, ακόμη και αν οι περισσότεροι άνθρωποι δεν συμφωνούν μαζί τους.</i>	1	2	3	4	5	6
105.	<i>Καταφέρνω να ρυθμίζω το χρόνο μου έτσι ώστε να προλαβαίνω όλα όσα πρέπει να γίνουν.</i>	1	2	3	4	5	6
106.	<i>Νομίζω ότι έχω εξαντληθεί πολύ ως άτομο με τον καιρό.</i>	1	2	3	4	5	6

		<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ</i>	<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΤΡΙΑ</i>	<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΜΕΤΡΙΑ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ</i>
107.	<i>Οι άνθρωποι θα με περιέγραφαν ως άτομο που προσφέρει.</i>	1	2	3	4	5	6
108.	<i>Είμαι ενεργητικό άτομο και κάνω αυτό που ξεκινώ να κάνω.</i>	1	2	3	4	5	6
109.	<i>Ζηλεύω πολλούς ανθρώπους για τη ζωή που κάνουν.</i>	1	2	3	4	5	6
110.	<i>Μου είναι δύσκολο να λέω αυτό που σκέφτομαι σχετικά με αμφιλεγόμενα ζητήματα.</i>	1	2	3	4	5	6
111.	<i>Είμαι πολυάσχολος/η στην καθημερινή μου ζωή, αλλά έχω μία αίσθηση ικανοποίησης με το να τα προλαβαίνω όλα.</i>	1	2	3	4	5	6
112.	<i>Δεν απολαμβάνω να βρίσκομαι σε νέες καταστάσεις όπου χρειάζεται να αλλάξω τον τρόπο που κάνω πράγματα.</i>	1	2	3	4	5	6
113.	<i>Δεν είχα πολλές κοντινές φίλιες και σχέσεις εμπιστοσύνης με τους άλλους.</i>	1	2	3	4	5	6
114.	<i>Μερικοί άνθρωποι δεν ξέρουν τι θέλουν από τη ζωή τους, αλλά εγώ δεν είμαι ένας/μία από αυτούς.</i>	1	2	3	4	5	6
115.	<i>Πιθανόν δεν αισθάνομαι τόσο θετικά για τον εαυτό μου όσο άλλοι αισθάνονται για τους εαυτούς τους.</i>	1	2	3	4	5	6
116.	<i>Αλλάζω συχνά γνώμη σχετικά με αποφάσεις αν οι φίλοι μου ή η οικογένειά μου διαφωνούν.</i>	1	2	3	4	5	6
117.	<i>Απογοητεύομαι όταν προσπαθώ να σχεδιάσω τις καθημερινές μου δραστηριότητες επειδή ποτέ δεν τελειώνω όσα ξεκινώ να κάνω.</i>	1	2	3	4	5	6

		<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ</i>	<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΤΡΙΑ</i>	<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΜΕΤΡΙΑ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ</i>
118.	<i>Για μένα, η ζωή ως τώρα υπήρξε μία ιστορία μάθησης, αλλαγής και ανάπτυξης.</i>	1	2	3	4	5	6
119.	<i>Συχνά αισθάνομαι σαν να είμαι εξωτερικός παρατηρητής όσο αφορά στις φιλίες.</i>	1	2	3	4	5	6
120.	<i>Μερικές φορές αισθάνομαι ότι έκανα όλα όσα ήταν να κάνω στη ζωή μου.</i>	1	2	3	4	5	6
121.	<i>Πολλές φορές ξυπνώ και αισθάνομαι αποθαρρυνμένος/η από το πώς έχω ζήσει τη ζωή μου ως τώρα.</i>	1	2	3	4	5	6
122.	<i>Συνήθως δεν υποχωρώ όταν οι άλλοι θέλουν να σκέφτομαι ή να ενεργώ με συγκεκριμένο τρόπο.</i>	1	2	3	4	5	6
123.	<i>Καταφέρνω να βρίσκω πράγματα να κάνω και τους φίλους που χρειάζομαι.</i>	1	2	3	4	5	6
124.	<i>Απολαμβάνω να βλέπω πώς άλλαξαν και ωρίμασαν οι απόψεις μου με τα χρόνια.</i>	1	2	3	4	5	6
125.	<i>Ξέρω ότι μπορώ να εμπιστευτώ τους φίλους μου, όπως και εκείνοι ξέρουν ότι μπορούν να εμπιστευθούν εμένα.</i>	1	2	3	4	5	6
126.	<i>Οι στόχοι μου στη ζωή υπήρξαν περισσότερο πηγή ικανοποίησης παρά απογοήτευσης για μένα.</i>	1	2	3	4	5	6
127.	<i>Το παρελθόν είχε τα σκαμπανεβάσματά του, αλλά σε γενικές γραμμές, δεν ήθελα να το αλλάξω.</i>	1	2	3	4	5	6
128.	<i>Με απασχολεί το πώς άλλοι άνθρωποι αξιολογούν τις επιλογές που έχω κάνει στη ζωή.</i>	1	2	3	4	5	6

		<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΠΟΛΥ</i>	<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΜΕΤΡΙΑ</i>	<i>ΔΙΑΦΩΝΩ ΛΙΓΟ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΛΙΓΟ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΜΕΤΡΙΑ</i>	<i>ΣΥΜΦΩΝΩ ΠΟΛΥ</i>
129.	<i>Έχω δυσκολία να διευθετήσω τη ζωή μου με έναν τρόπο ικανοποιητικό για μένα.</i>	1	2	3	4	5	6
130.	<i>Βρίσκω δύσκολο να ανοιχτώ πραγματικά όταν μιλώ με άλλους.</i>	1	2	3	4	5	6
131.	<i>Παραιτήθηκα από την προσπάθεια να κάνω μεγάλες βελτιώσεις ή αλλαγές στη ζωή μου εδώ και πολύ καιρό.</i>	1	2	3	4	5	6
132.	<i>Βρίσκω ικανοποίηση όταν σκέφτομαι αυτά που πέτυχα στη ζωή μου.</i>	1	2	3	4	5	6
133.	<i>Όταν συγκρίνω τον εαυτό μου με φίλους και ανθρώπους που γνωρίζω, με κάνει να νιώθω καλά για το ποιος/α είμαι.</i>	1	2	3	4	5	6
134.	<i>Κρίνω τον εαυτό μου με βάση αυτά που εγώ θεωρώ σημαντικά, όχι με αυτά που οι άλλοι θεωρούν σημαντικά.</i>	1	2	3	4	5	6
135.	<i>Μέχρι τώρα μπόρεσα να κάνω τη ζωή μου όπως την ήθελα να είναι.</i>	1	2	3	4	5	6
136.	<i>Υπάρχει αλήθεια σε αυτό που λένε ότι «δεν μπορείς να διδάξεις καινούρια κόλπα σε γέρικο σκυλί».</i>	1	2	3	4	5	6
137.	<i>Οι φίλοι μου και εγώ συμεριζόμαστε τα προβλήματα του καθένα.</i>	1	2	3	4	5	6
138.	<i>Σε τελική ανάλυση, δεν είμαι τόσο σίγουρος/η ότι πέτυχα και τόσο πολλά στη ζωή μου.</i>	1	2	3	4	5	6
139.	<i>Όλοι έχουμε τις αδυναμίες μας, αλλά εγώ φαίνεται πως έχω περισσότερες από άλλους.</i>	1	2	3	4	5	6

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Πίνακας 58: Διαφοροποιήσεις Αυτοσυμπόνιας ανά κατηγορία ως προς τα δημογραφικά στοιχεία

<u>Σωματική Αναπηρία</u>		M.T.	T.A.	N	p-value	F	Post-Hoc
Φύλο	άντρας	3,43	0,38	30	0,014	-	-
	γυναίκα	2,93	0,80	20			
Ηλικία	18-25	3,34	0,36	5	0,943	-	-
	26-35	3,29	0,83	6			
	36-45	3,12	0,42	15			
	46-55	3,30	0,65	12			
	>55	3,23	0,87	12			
Οικογενειακή κατάσταση	έγγαμος	3,22	0,76	22	0,869	-	-
	άγαμος	3,22	0,44	18			
	σε σχέση	3,10	0,92	3			
	διαζευγμένος	3,55	0,45	4			
	χήρος	3,08	0,89	3			
Μορφωτικό επίπεδο	φοιτητής	3,13	0,25	3	0,938	-	-
	απόφοιτος δημοτικού	2,71	1,77	2			
	απόφοιτος γυμνασίου	3,11	0,59	5			
	απόφοιτος λυκείου	3,34	0,72	12			
	απόφοιτος ΙΕΚ	3,13	0,51	9			
	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	3,30	0,64	14			
	μεταπτυχιακός	3,34	0,46	5			
Επαγγελματική κατάσταση	εργαζόμενος	3,31	0,38	15	0,090	-	-
	άνεργος	2,99	0,76	19			
	συνταξιούχος	3,44	0,60	16			
Μηνιαίο εισόδημα	0-500	2,55	0,71	9	<0,01	6,532	1<3
	501-1000	3,27	0,59	21			4>1
	1001-1500	3,58	0,37	12			4<2
	>1500	3,38	0,41	8			
Προέλευση Αναπηρίας	επίκτητη	3,30	0,67	31	0,296	-	-
	εκ γενετής	3,11	0,56	19			
Χρονικό διάστημα Αναπηρίας	1 έως 5	3,13	0,62	6	0,598	-	-
	5 έως 10	3,12	0,69	4			
	10 έως 15	2,90	0,88	6			
	15 έως 20	3,50	0,84	3			
	20 και άνω	3,30	0,58	31			
Χόμπι	όχι	2,82	0,77	11	0,013	-	-
	ναι	3,35	0,54	39			
Τρόπος διαβίωσης	μόνος	3,31	0,58	11	0,621	-	-
	με άλλα άτομα	3,21	0,65	39			

Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον	εξαιρετική	3,39	0,44	22	<0,01	5,514	1>3
	καλή	3,32	0,60	19			
	μέτρια	2,65	0,82	9			
Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης	όχι	3,26	0,72	33	0,593	-	-
	ναι	3,17	0,43	17			
Κοινωνική υποστήριξη	εξαιρετική	3,58	0,47	13	<0,01	5,075	1>3 1>4
	καλή	3,39	0,52	17			
	μέτρια	2,95	0,75	13			
	κακή	2,71	0,44	7			
<u>Οπτική Αναπηρία</u>		M.T.	T.A.	N	p-value	F	Post-Hoc
Φύλο	άντρας	3,31	0,45	25	0,588	-	-
	γυναίκα	3,21	0,71	25			
Ηλικία	<18	3,31	.	1	0,179	-	-
	18-25	2,99	0,40	8			
	26-35	3,16	0,57	11			
	36-45	3,31	0,53	11			
	46-55	3,17	0,55	11			
	>55	3,74	0,79	8			
Οικογενειακή κατάσταση	έγγαμος	3,31	0,83	16	0,624	-	-
	άγαμος	3,34	0,45	23			
	σε σχέση	3,02	0,45	7			
	διαζευγμένος	3,10	0,60	3			
	χήρος	3,00	.	1			
Μορφωτικό επίπεδο	μαθητής	3,27	0,05	2	0,191	-	-
	φοιτητής	2,96	0,42	7			
	απόφοιτος δημοτικού	2,83	0,63	2			
	απόφοιτος γυμνασίου	3,83	1,21	3			
	απόφοιτος λυκείου	3,51	0,45	8			
	απόφοιτος ΙΕΚ	3,04	0,69	9			
	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	3,48	0,57	12			
	μεταπτυχιακός	3,08	0,26	6			
	διδακτορικός	3,12	.	1			
Επαγγελματική κατάσταση	εργαζόμενος	3,15	0,41	24	0,087	-	-
	άνεργος	3,11	0,60	12			
	συνταξιούχος	3,59	0,75	14			
Μηνιαίο εισόδημα	0-500	3,11	0,60	12	0,743	-	-
	501-1000	3,30	0,63	30			
	1001-1500	3,42	0,57	5			
	>1500	3,27	0,34	3			
Προέλευση Αναπηρίας	επίκτητη	3,41	0,67	22	0,127	-	-
	εκ γενετής	3,15	0,52	28			

<i>Χρονικό διάστημα Αναπηρίας</i>	1 έως 5	3,30	0,84	5	0,206	-	-
	5 έως 10	4,21	0,08	2			
	10 έως 15	3,16	0,15	6			
	15 έως 20	3,35	0,72	9			
	20 και άνω	3,18	0,55	28			
<i>Χόμπι</i>	όχι	3,09	0,60	11	0,269	-	-
	ναι	3,31	0,59	39			
<i>Τρόπος διαβίωσης</i>	μόνος	3,36	0,49	14	0,495	-	-
	με άλλα άτομα	3,23	0,63	36			
<i>Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον</i>	εξαιρετική	3,32	0,57	28	0,757	-	-
	καλή	3,18	0,70	17			
	μέτρια	3,25	0,34	5			
<i>Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης</i>	όχι	3,41	0,62	34	0,140	-	-
	ναι	2,95	0,39	16			
<i>Κοινωνική υποστήριξη</i>	εξαιρετική	3,07	0,48	6	0,619	-	-
	καλή	3,34	0,54	34			
	μέτρια	3,16	0,85	9			
	κακή	2,88	.	1			
<u>Ακουστική Αναπηρία</u>		M.T.	T.A.	N	p-value	F	Post-Hoc
<i>Φύλο</i>	άντρας	3,26	0,68	13	0,345	-	-
	γυναίκα	3,04	0,70	37			
<i>Ηλικία</i>	<18	4,08	.	1	0,262	-	-
	18-25	3,04	0,51	8			
	26-35	2,98	0,75	10			
	36-45	2,99	0,76	16			
	46-55	2,97	0,68	8			
	>55	3,59	0,55	7			
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	έγγαμος	3,01	0,85	18	0,633	-	-
	άγαμος	3,02	0,63	20			
	σε σχέση	3,23	0,56	4			
	διαζευγμένος	3,35	0,61	5			
	χήρος	3,56	0,41	3			
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	μαθητής	4,08	.	1	0,685	-	-
	φοιτητής	3,02	0,33	4			
	απόφοιτος γυμνασίου	3,69	.	1			
	απόφοιτος λυκείου	3,24	0,77	8			
	απόφοιτος ΙΕΚ	3,06	0,64	9			
	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	3,08	0,79	21			
	μεταπτυχιακός	2,81	0,56	6			
<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>	εργαζόμενος	3,05	0,66	23	0,436	-	-
	άνεργος	3,02	0,74	18			

	συνταξιούχος	3,37	0,71	9			
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>	0-500	3,11	0,78	19	0,245	-	-
	501-1000	3,34	0,68	15			
	1001-1500	2,76	0,69	9			
	>1500	2,98	0,35	7			
<i>Προέλευση Αναπηρίας</i>	επίκτητη	3,21	0,77	27	0,233	-	-
	εκ γενετής	2,97	0,60	23			
<i>Χρονικό διάστημα Αναπηρίας</i>	1 έως 5	3,98	0,58	5	<0,01	0,718	1>4
	5 έως 10	2,65	.	1			1>5
	10 έως 15	4,19	0,16	2			3>4
	15 έως 20	2,81	0,91	7			3>5
	20 και άνω	2,98	0,54	35			
<i>Χόμπι</i>	όχι	2,84	0,58	11	0,211	-	-
	ναι	3,17	0,72	39			
<i>Τρόπος διαβίωσης</i>	μόνος	3,14	0,58	11	0,687	-	-
	με άλλα άτομα	3,09	0,73	39			
<i>Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον</i>	εξαιρετική	3,28	0,65	25	0,149	-	-
	καλή	2,94	0,71	24			
	μέτρια	2,38	.	1			
<i>Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης</i>	όχι	3,31	0,76	25	0,028	-	-
	ναι	2,88	0,56	25			
<i>Κοινωνική υποστήριξη</i>	εξαιρετική	3,01	0,83	14	0,588	-	-
	καλή	3,22	0,56	21			
	μέτρια	3,05	0,76	14			
	κακή σχέση	2,38	.	1			
<u>Σκλήρυνση κατά πλάκας</u>		M.T.	T.A.	N	p-value	F	Post-Hoc
<i>Φύλο</i>	άντρας	3,14	0,47	12	0,959	-	-
	γυναίκα	3,16	0,73	38			
<i>Ηλικία</i>	18-25	3,19	0,16	2	0,767	-	-
	26-35	2,92	0,49	11			
	36-45	3,17	0,87	14			
	46-55	3,27	0,54	13			
	>55	3,23	0,79	10			
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	έγγαμος	3,14	0,65	26	0,645	-	-
	άγαμος	3,21	0,75	12			
	σε σχέση	2,87	0,60	7			
	διαζευγμένος	3,36	0,69	3			
	χήρος	3,63	1,17	2			
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	φοιτητής	3,08	.	1	0,621	-	-
	απόφοιτος γυμνασίου	3,54	0,96	3			
	απόφοιτος λυκείου	3,23	0,63	12			

	απόφοιτος ΙΕΚ	2,79	0,47	8-			
	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	3,23	0,57	11			
	μεταπτυχιακός	3,16	0,82	15			
<i>Επαγγελματική κατάσταση:</i>	εργαζόμενος	2,98	0,67	21	<0,01	6,288	3>1
	άνεργος	2,86	0,50	12			3>2
	συνταξιούχος	3,57	0,61	17			
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>	0-500	2,86	0,40	10	0,481	-	-
	501-1000	3,18	0,84	20			
	1001-1500	3,28	0,55	13			
	>1500	3,26	0,66	7			
<i>Προέλευση Αναπηρίας</i>	επίκτητη	3,15	0,68	48	0,775	-	-
	εκ γενετής	3,29	0,30	2			
<i>Χρονικό διάστημα Αναπηρίας</i>	1 έως 5	3,03	0,46	10	0,237	-	-
	5 έως 10	3,22	0,86	9			
	10 έως 15	2,93	0,47	8			
	15 έως 20	2,99	0,76	12			
	20 και άνω	3,54	0,62	11			
<i>Χόμπι</i>	όχι	3,00	0,67	16	0,290	-	-
	ναι	3,22	0,67	34			
<i>Τρόπος διαβίωσης</i>	μόνος	3,36	0,78	7	0,392	-	-
	με άλλα άτομα	3,12	0,66	43			
<i>Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον</i>	εξαιρετική	3,12	0,72	29	0,686	-	-
	καλή	3,24	0,64	18			
	μέτρια	2,91	0,46	3			
<i>Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης</i>	όχι	3,29	0,72	24	0,159	-	-
	ναι	3,02	0,61	26			
<i>Κοινωνική υποστήριξη</i>	εξαιρετική	3,29	0,74	12	0,783	-	-
	καλή	3,14	0,64	26			
	μέτρια	3,08	0,72	11			
	κακή	2,69	.	1			
<u>Σακχαρώδης διαβήτης</u>		M.T.	T.A.	N	p-value	F	Post-Hoc
<i>Φύλο</i>	άντρας	2,87	0,62	15	0,462	-	-
	γυναίκα	3,04	0,75	35			
<i>Ηλικία</i>	18-25	3,23	0,81	7	0,800	-	-
	26-35	3,12	0,15	6			
	36-45	2,98	0,87	19			
	46-55	2,89	0,61	14			
	>55	2,74	0,63	4			
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	έγγαμος	2,74	0,73	21	0,421	-	-
	άγαμος	3,23	0,31	16			
	σε σχέση	3,26	0,83	7			

	διαζευγμένος	3,07	1,24	4			
	χήρος	2,54	0,76	2			
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	φοιτητής	2,86	0,84	4	0,178	-	-
	απόφοιτος δημοτικού	2,81	0,49	2			
	απόφοιτος γυμνασίου	3,96	.	1			
	απόφοιτος λυκείου	3,46	0,60	10			
	απόφοιτος ΙΕΚ	2,87	0,54	12			
	απόφοιτος ΑΕ/ΤΕΙ	2,70	0,83	16			
	μεταπτυχιακός	3,24	0,45	4			
	διδασκτορικός	3,08	.	1			
	<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>	εργαζόμενος	2,96	0,62			
άνεργος		3,17	0,82	18			
συνταξιούχος		2,62	0,65	7			
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>	0-500	3,25	0,77	17	0,196	-	-
	501-1000	2,80	0,66	20			
	1001-1500	3,02	0,66	10			
	>1500	2,58	0,53	3			
<i>Προέλευση Αναπηρίας</i>	επίκτητη	2,95	0,71	46	0,183	-	-
	εκ γενετής	3,44	0,58	4			
<i>Χρονικό διάστημα Αναπηρίας</i>	1 έως 5	3,13	0,79	8	0,573	-	-
	5 έως 10	2,92	0,44	8			
	10 έως 15	2,62	0,72	8			
	15 έως 20	3,06	0,78	4			
	20 και άνω	3,08	0,76	22			
<i>Χόμπι</i>	όχι	2,84	0,79	11	0,454	-	-
	ναι	3,03	0,69	39			
<i>Τρόπος διαβίωσης</i>	μόνος	2,94	0,58	8	0,851	-	-
	με άλλα άτομα	2,99	0,74	42			
<i>Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον</i>	εξαιρετική	3,04	0,64	26	0,875	-	-
	καλή	2,97	0,82	18			
	μέτρια	2,75	0,83	5			
	κακή	2,92	.	1			
<i>Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης</i>	όχι	2,88	0,60	33	0,161	-	-
	ναι	3,18	0,87	17			
<i>Κοινωνική υποστήριξη</i>	εξαιρετική	3,32	0,52	10	0,094	-	-
	καλή	2,96	0,77	24			
	μέτρια	2,97	0,63	13			
	κακή	2,17	0,69	3			
<u>Καρκίνος</u>		Μ.Τ.	Τ.Α.	N	p-value	F	Post-Hoc
<i>Φύλο</i>	άντρας	3,42	0,47	12	0,32	-	-
	γυναίκα	3,21	0,67	38			

<i>Ηλικία</i>	26-35	3,78	0,62	5	0,110	-	-
	36-45	3,20	0,46	12			
	46-55	3,35	0,66	18			
	>55	3,03	0,62	15			
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	έγγαμος	3,34	0,56	25	0,427	-	-
	άγαμος	3,26	0,62	10			
	σε σχέση	3,53	0,65	4			
	διαζευγμένος	2,91	0,80	9			
	χήρος	3,29	0,46	2			
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	φοιτητής	4,12	.	1	0,528	-	-
	απόφοιτος δημοτικού	2,54	.	1			
	απόφοιτος γυμνασίου	3,54	.	1			
	απόφοιτος λυκείου	3,12	0,62	17			
	απόφοιτος ΙΕΚ	3,43	0,79	11			
	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	3,20	0,59	11			
	μεταπτυχιακός	3,34	0,41	8			
<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>	εργαζόμενος	3,41	0,59	22	0,019	4,313	1>3 2>3
	άνεργος	3,45	0,56	12			
	συνταξιούχος	2,90	0,60	16			
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>	0-500	3,11	0,52	14	0,213	-	-
	501-1000	3,10	0,77	16			
	1001-1500	3,49	0,51	14			
	>1500	3,49	0,56	6			
<i>Προέλευση Αναπηρίας</i>	επίκτητη	3,26	0,63	50		-	-
<i>Χρονικό διάστημα Αναπηρίας</i>	1 έως 5	3,43	0,56	25	0,191	-	-
	5 έως 10	2,95	0,83	12			
	10 έως 15	3,40	0,46	7			
	15 έως 20	2,88	.	1			
	20 και άνω	3,05	0,27	5			
<i>Χόμπι</i>	όχι	2,89	0,76	10	0,035	-	-
	ναι	3,35	0,56	40			
<i>Τρόπος διαβίωσης</i>	μόνος	3,34	0,56	12	0,602	-	-
	με άλλα άτομα	3,23	0,65	38			
<i>Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον</i>	εξαιρετική	3,50	0,58	22	0,111	-	-
	καλή	3,10	0,66	23			
	μέτρια	2,97	0,33	3			
	κακή	2,90	0,19	2			
<i>Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης</i>	όχι	3,47	0,58	26	0,01	-	-
	ναι	3,03	0,60	24			
<i>Κοινωνική υποστήριξη</i>	εξαιρετική	3,67	0,60	10	0,106	-	-
	καλή	3,18	0,61	28			
	μέτρια	3,03	0,65	9			

	κακή	3,29	0,30	3			
<i>Επιληψία</i>		M.T.	T.A.	N	p-value	F	Post-Hoc
<i>Φύλο</i>	άντρας	3,06	0,96	9	0,601	-	-
	γυναίκα	3,21	0,69	41			
<i>Ηλικία</i>	<18	2,85		1	0,116	-	-
	18-25	3,46	0,47	3			
	26-35	3,33	0,64	17			
	36-45	2,86	0,76	21			
	46-55	3,60	0,76	4			
	>55	3,71	0,78	4			
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	έγγαμος	2,93	0,74	26	0,06	-	-
	άγαμος	3,54	0,67	14			
	σε σχέση	3,27	0,54	8			
	διαζευγμένος	3,63	1,17	2			
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	μαθητής	2,85	.	1	0,744	-	-
	φοιτητής	3,31	0,54	2			
	απόφοιτος δημοτικού	2,54	.	1			
	απόφοιτος γυμνασίου	2,71	1,50	3			
	απόφοιτος λυκείου	3,31	0,67	9			
	απόφοιτος ΙΕΚ	3,34	0,71	17			
	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	3,08	0,71	17			
<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>	εργαζόμενος	3,19	0,64	23	0,661	-	-
	άνεργος	3,11	0,73	22			
	συνταξιούχος	3,45	1,25	5			
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>	0-500	3,25	0,67	18	0,565	-	-
	501-1000	3,05	0,81	18			
	1001-1500	3,04	0,84	7			
	>1500	3,48	0,68	7			
<i>Προέλευση Αναπηρίας</i>	επίκτητη	3,17	0,77	41	0,772	-	-
	εκ γενετής	3,25	0,61	9			
<i>Χρονικό διάστημα Αναπηρίας</i>	1 έως 5	3,15	0,99	7	0,51	-	-
	5 έως 10	2,72	0,90	6			
	10 έως 15	3,20	0,54	11			
	15 έως 20	3,61	0,65	9			
	20 και άνω	3,12	0,69	17			
<i>Χόμπι</i>	όχι	2,88	0,59	18	0,026	-	-
	ναι	3,35	0,76	32			
<i>Τρόπος διαβίωσης</i>	μόνος	3,36	0,70	10	0,396	-	-
	με άλλα άτομα	3,14	0,75	40			
<i>Σχέση με συγγενικό/φιλικό</i>	εξαιρετική	3,43	0,66	26	0,037	0,615	1>3
	καλή	2,99	0,83	15			

<i>περιβάλλον</i>	μέτρια	2,79	0,58	9			
<i>Λήψη ψυχολογικής παρέμβασης</i>	όχι	3,42	0,68	23	0,034	-	-
	ναι	2,98	0,73	27			
<i>Κοινωνική υποστήριξη</i>	εξαιρετική	3,50	0,49	15	0,035	-	-
	καλή	3,25	0,89	19			
	μέτρια	2,88	0,58	14			
	κακή	2,27	0,44	2			
<u>Ρευματοειδής αρθρίτιδας</u>		M.T.	T.A.	N	p-value	F	Post-Hoc
<i>Φύλο</i>	άντρας	3,34	0,79	4	0,313	-	-
	γυναίκα	2,98	0,65	46			
<i>Ηλικία</i>	18-25	3,81	.	1	0,774	-	-
	26-35	2,99	0,58	9			
	36-45	2,94	0,66	21			
	46-55	3,08	0,73	13			
	>55	3,03	0,77	6			
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	έγγαμος	2,97	0,72	24	0,903	-	-
	άγαμος	3,05	0,67	11			
	σε σχέση	2,94	0,63	4			
	διαζευγμένος	3,18	0,61	9			
	χήρος	2,73	0,82	2			
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	φοιτητής	3,81	.	1	0,763	-	-
	απόφοιτος γυμνασίου	3,44	0,71	3			
	απόφοιτος λυκείου	3,10	0,81	7			
	απόφοιτος ΙΕΚ	2,95	0,54	16			
	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	2,99	0,80	14			
	μεταπτυχιακός	2,87	0,61	7			
	διδασκτορικός	2,77	0,44	2			
<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>	εργαζόμενος	3,08	0,71	27	0,726	-	-
	άνεργος	2,91	0,62	16			
	συνταξιούχος	2,99	0,62	7			
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>	0-500	2,88	0,57	16	0,209	-	-
	501-1000	3,12	0,66	16			
	1001-1500	2,86	0,74	13			
	>1500	3,51	0,62	5			
<i>Προέλευση Αναπηρίας</i>	επίκτητη	3,00	0,67	47	0,539	-	-
	εκ γενετής	3,24	0,67	3			
<i>Χρονικό διάστημα Αναπηρίας</i>	1 έως 5	2,93	0,69	14	0,338	-	-
	5 έως 10	3,20	0,70	13			
	10 έως 15	3,25	0,50	9			
	15 έως 20	3,00	0,82	2			
	20 και άνω	2,73	0,66	12			

Χόμπι	όχι	2,96	0,71	11	0,777	-	-
	ναι	3,03	0,66	39			
Τρόπος διαβίωσης	μόνος	2,64	0,55	10	0,450	-	-
	με άλλα άτομα	3,11	0,66	40			
Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον	εξαιρετική	3,22	0,68	22	0,02	-	-
	καλή	3,00	0,56	21			
	μέτρια	2,52	0,64	5			
	κακή	2,04	0,22	2			
Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης	όχι	3,03	0,73	27	0,841	-	-
	ναι	2,99	0,59	23			
Κοινωνική υποστήριξη	εξαιρετική	3,71	0,31	6	<0,01	8,428	1>3
	καλή	3,18	0,55	24			1>4
	μέτρια	2,71	0,60	16			2>4
	κακή	2,20	0,57	4			
<u>Συστηματικός ερυθματώδης λόκος</u>		M.T.	T.A.	N	p-value	F	Post-Hoc
Φύλο	άντρας	3,38	1,08	3	0,392	-	-
	γυναίκα	3,01	0,70	47			
Ηλικία	<18	3,73	.	1	0,192	-	-
	18-25	2,06	0,24	2			
	26-35	3,14	0,72	11			
	36-45	2,86	0,81	14			
	46-55	3,27	0,69	14			
	>55	2,94	0,50	8			
Οικογενειακή κατάσταση	έγγαμος	3,13	0,71	31	0,573	-	-
	άγαμος	2,84	0,81	7			
	σε σχέση	2,71	0,77	5			
	διαζευγμένος	3,05	0,69	7			
Μορφωτικό επίπεδο	μαθητής	3,73	.	1	0,738	-	-
	φοιτητής	3,18	1,13	3			
	απόφοιτος γυμνασίου	2,78	0,93	4			
	απόφοιτος λυκείου	3,12	0,75	5			
	απόφοιτος ΙΕΚ	3,31	0,79	9			
	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	2,90	0,63	22			
	μεταπτυχιακός	3,02	0,76	6			
Επαγγελματική κατάσταση	εργαζόμενος	3,02	0,79	26	0,763	-	-
	άνεργος	2,97	0,59	15			
	συνταξιούχος	3,19	0,77	9			
Μηνιαίο εισόδημα	0-500	2,90	0,76	16	0,669	-	-
	501-1000	3,11	0,74	21			
	1001-1500	3,15	0,67	11			
	>1500	2,65	0,54	2			

<i>Προέλευση Αναπηρίας</i>	επίκτητη	2,98	0,70	46	0,05	-	-
	εκ γενετής	3,71	0,67	4			
<i>Χρονικό διάστημα Αναπηρίας</i>	1 έως 5	2,88	0,87	10	0,849	-	-
	5 έως 10	3,06	0,80	13			
	10 έως 15	3,18	0,46	11			
	15 έως 20	2,50	.	1			
	20 και άνω	3,05	0,76	15			
<i>Χόμπι</i>	όχι	2,80	0,64	12	0,194	-	-
	ναι	3,11	0,74	38			
<i>Τρόπος διαβίωσης</i>	μόνος	2,92	0,97	7	0,661	-	-
	με άλλα άτομα	3,05	0,68	43			
<i>Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον</i>	εξαιρετική	3,20	0,84	25	0,247	-	-
	καλή	2,90	0,50	21			
	μέτρια	2,51	0,89	3			
	κακή	3,50	.	1			
<i>Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης</i>	όχι	3,07	0,86	24	0,68	-	-
	ναι	3,00	0,58	26			
<i>Κοινωνική υποστήριξη</i>	εξαιρετική	3,30	1,00	9	0,68	-	-
	καλή	3,19	0,67	22			
	μέτρια	2,72	0,54	18			
	κακή	2,88	.	1			
<u>Παθήσεις εντέρου</u>		M.T.	T.A.	N	p-value	F	Post-Hoc
<i>Φύλο</i>	άντρας	3,15	0,66	5	0,35	-	-
	γυναίκα	2,88	0,59	45			
<i>Ηλικία</i>	18-25	2,66	0,63	6	0,155	-	-
	26-35	2,67	0,56	15			
	36-45	2,98	0,55	15			
	46-55	3,15	0,57	9			
	>55	3,24	0,70	5			
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	έγγαμος	2,94	0,62	23	0,818	-	-
	άγαμος	2,75	0,77	8			
	σε σχέση	2,88	0,44	14			
	διαζευγμένος	3,05	0,75	5			
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	φοιτητής	2,31	0,68	3	0,537	-	-
	απόφοιτος δημοτικού	2,90	0,14	2			
	απόφοιτος γυμνασίου	2,54	0,22	2			
	απόφοιτος λυκείου	2,95	0,49	5			
	απόφοιτος ΙΕΚ	3,14	0,64	9			
	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	2,95	0,58	15			
	μεταπτυχιακός	2,88	0,66	14			
<i>Επαγγελματική</i>	εργαζόμενος	2,97	0,61	35	0,473	-	-

κατάσταση	άνεργος	2,71	0,58	11			
	συνταξιούχος	2,92	0,52	4			
Μηνιαίο εισόδημα	0-500	2,63	0,49	10	<0,01	6,161	1<3
	501-1000	2,80	0,55	25			2<3
	1001-1500	3,40	0,53	13			3>4
	>1500	2,50	0,60	2			
Προέλευση Αναπηρίας	επίκτητη	2,98	0,56	41	0,07	-	-
	εκ γενετής	2,58	0,68	9			
Χρονικό διάστημα Αναπηρίας	1 έως 5	2,71	0,66	16	0,2	-	-
	5 έως 10	2,85	0,34	6			
	10 έως 15	3,22	0,60	13			
	15 έως 20	3,01	0,49	5			
	20 και άνω	2,79	0,58	10			
Χόμπι	όχι	2,77	0,37	17	0,17	-	-
	ναι	2,98	0,68	33			
Τρόπος διαβίωσης	μόνος	2,82	1,03	3	0,801	-	-
	με άλλα άτομα	2,91	0,58	47			
Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον	εξαιρετική	3,11	0,66	20	0,08	-	-
	καλή	2,73	0,54	26			
	μέτρια	3,03	0,25	4			
Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης	όχι	2,82	0,63	28	0,24	-	-
	ναι	3,02	0,55	22			
Κοινωνική υποστήριξη	εξαιρετική	3,07	0,48	8	0,119	-	-
	καλή	3,01	0,58	26			
	μέτρια	2,65	0,64	16			
<u>Παθήσεις θυροειδούς αδένα</u>		M.T.	T.A.	N	p-value	F	Post-Hoc
Φύλο	άντρας	3,04	0,69	6	0,738	-	-
	γυναίκα	2,94	0,75	44			
Ηλικία	18-25	2,80	0,56	4	0,03	2,944	5>3
	26-35	2,99	0,77	6			
	36-45	2,63	0,81	20			
	46-55	3,06	0,35	10			
	>55	3,52	0,66	10			
Οικογενειακή κατάσταση	έγγαμος	2,68	0,70	25	0,028	3,01	3>1
	άγαμος	2,97	0,54	9			
	σε σχέση	3,04	0,80	7			
	διαζευγμένος	3,60	0,68	8			
	χήρος	3,62	.	1			
Μορφωτικό επίπεδο	απόφοιτος γυμνασίου	3,17	0,41	6	0,089	-	-
	απόφοιτος λυκείου	3,16	0,68	13			
	απόφοιτος ΙΕΚ	2,24	0,81	8			

	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	3,03	0,75	18			
	μεταπτυχιακός	2,90	0,62	4			
	διδακτορικός	3,19	.	1			
<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>	εργαζόμενος	3,01	0,69	28	0,228	-	-
	άνεργος	2,74	0,79	17			
	συνταξιούχος	3,35	0,79	5			
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>	0-500	2,72	0,82	20	0,165	-	-
	501-1000	2,95	0,70	18			
	1001-1500	3,34	0,30	7			
	>1500	3,31	0,79	5			
<i>Προέλευση Αναπηρίας</i>	επίκτητη	2,97	0,77	46	0,428	-	-
	εκ γενετής	2,66	0,21	4			
<i>Χρονικό διάστημα Αναπηρίας</i>	1 έως 5	3,07	0,74	10	0,952	-	-
	5 έως 10	2,96	0,85	16			
	10 έως 15	3,01	0,82	8			
	15 έως 20	2,84	0,82	7			
	20 και άνω	2,82	0,49	9			
<i>Χόμπι</i>	όχι	2,50	0,79	14	<0,01	-	-
	ναι	3,12	0,65	36			
<i>Τρόπος διαβίωσης</i>	μόνος	3,19	0,62	7	0,353	-	-
	με άλλα άτομα	2,91	0,76	43			
<i>Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον</i>	εξαιρετική	3,31	0,51	20	0,01	-	-
	καλή	2,87	0,77	18			
	μέτρια	2,55	0,73	11			
	κακή	1,54	.	1			
<i>Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης</i>	όχι	3,08	0,55	30	0,27	-	-
	ναι	2,75	0,94	20			
<i>Κοινωνική υποστήριξη</i>	εξαιρετική	3,36	0,33	4	0,002	5,838	1>4
	καλή	3,20	0,60	28			2>3
	μέτρια	2,57	0,66	15			2>4
	κακή	1,97	1,25	3			
<u>Καμία Αναπηρία</u>		Μ.Τ.	Τ.Α.	N	p-value	F	Post-Hoc
<i>Φύλο</i>	άντρας	3,19	0,60	11	0,68	-	-
	γυναίκα	3,11	0,60	39			
<i>Ηλικία</i>	18-25	3,26	0,63	9	0,527	-	-
	26-35	3,01	0,55	14			
	36-45	3,04	0,65	16			
	46-55	3,41	0,52	8			
	>55	2,97	0,63	3			
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	έγγαμος	3,01	0,52	22	0,564	-	-
	άγαμος	3,24	0,62	20			

	σε σχέση	3,08	0,79	6			
	διαζευγμένος	3,85	.	1			
	χήρος	2,96	.	1			
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	φοιτητής	3,11	0,57	5	0,952	-	-
	απόφοιτος λυκείου	3,17	0,69	5			
	απόφοιτος ΙΕΚ	3,01	0,51	10			
	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	3,20	0,62	19			
	μεταπτυχιακός	3,09	0,68	11			
<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>	εργαζόμενος	3,08	0,61	30	0,48	-	-
	άνεργος	3,12	0,58	16			
	συνταξιούχος	3,47	0,56	4			
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>	0-500	3,28	0,56	18	0,302	-	-
	501-1000	3,10	0,56	15			
	1001-1500	2,89	0,68	13			
	>1500	3,31	0,42	4			
<i>Χόμπι</i>	όχι	2,90	0,49	7	0,273	-	-
	ναι	3,16	0,61	43			
<i>Τρόπος διαβίωσης</i>	μόνος	3,49	0,48	6	0,114	-	-
	με άλλα άτομα	3,08	0,60	44			
<i>Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον</i>	εξαιρετική	3,29	0,55	19	0,194	-	-
	καλή	3,07	0,63	25			
	μέτρια	2,82	0,46	6			
<i>Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης</i>	όχι	3,19	0,54	29	0,39	-	-
	ναι	3,04	0,67	21			
<i>Κοινωνική υποστήριξη</i>	εξαιρετική	3,19	0,49	6	0,899	-	-
	καλή	3,14	0,58	29			
	μέτρια	3,07	0,69	15			

Πίνακας 59: Διαφοροποιήσεις Ενσυνειδητότητας ανά κατηγορία ως προς τα δημογραφικά στοιχεία

<u><i>Σωματική Αναπηρία</i></u>		M.T.	T.A.	N	p-value	F	Post-Hoc
<i>Φύλο</i>	άντρας	4,35	1,01	30	0,019	-	-
	γυναίκα	3,68	0,88	20			
<i>Ηλικία</i>	18-25	3,63	1,52	5	0,559	-	-
	26-35	4,37	0,24	6			
	36-45	3,92	0,76	15			
	46-55	3,99	1,22	12			
	>55	4,43	1,06	12			
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	έγγαμος	4,16	0,98	22	0,833	-	-
	άγαμος	3,96	1,12	18			

	σε σχέση	3,89	0,80	3			
	διαζευγμένος	3,95	0,63	4			
	χήρος	4,64	1,48	3			
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	φοιτητής	3,29	1,75	3	0,623	-	-
	απόφοιτος δημοτικού	3,83	0,14	2			
	απόφοιτος γυμνασίου	3,73	1,42	5			
	απόφοιτος λυκείου	4,29	1,22	12			
	απόφοιτος ΙΕΚ	3,79	0,73	9			
	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	4,38	0,84	14			
	μεταπτυχιακός	4,21	0,38	5			
<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>	εργαζόμενος	4,12	0,95	15	0,028	3,859	2<3
	άνεργος	3,66	1,02	19			
	συνταξιούχος	4,56	0,88	16			
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>	0-500	3,01	0,89	9	<0,01	7,166-	1<2
	501-1000	4,11	0,80	21			1<3
	1001-1500	4,33	1,07	12			1<4-
	>1500	4,85	0,57	8			
<i>Προέλευση Αναπηρίας</i>	επίκτητη	4,15	1,03	31	0,532	-	-
	εκ γενετής	3,97	0,99	19			
<i>Χρονικό διάστημα Αναπηρίας</i>	1 έως 5	3,40	1,14	6	0,469	-	-
	5 έως 10	4,00	1,23	4			
	10 έως 15	3,97	1,13	6			
	15 έως 20	4,16	0,27	3			
	20 και άνω	4,24	0,98	31			
<i>Χόμπι</i>	όχι	3,80	0,97	11	0,295	-	-
	ναι	4,16	1,02	39			
<i>Τρόπος διαβίωσης</i>	μόνος	4,16	1,13	11	0,787	-	-
	με άλλα άτομα	4,06	0,99	39			
<i>Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον</i>	εξαιρετική	4,05	1,10	22	0,078	-	-
	καλή	4,41	0,76	19			
	μέτρια	3,50	1,06	9			
<i>Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης</i>	όχι	4,09	1,17	33	0,918		
	ναι	4,07	0,63	17			
<i>Κοινωνική υποστήριξη</i>	εξαιρετική	4,28	0,63	13	0,077	-	-
	καλή	4,42	0,82	17			
	μέτρια	3,89	1,27	13			
	κακή	3,27	1,12	7			
<u>Οπτική Αναπηρία</u>		Μ.Τ.	Τ.Α.	Ν	p-value	F	Post-Hoc
<i>Φύλο</i>	άντρας	4,31	0,75	25	0,3	-	-
	γυναίκα	4,06	0,96	25			
<i>Ηλικία</i>	<18	3,40	.	1	0,497	-	-

	18-25	4,11	0,57	8			
	26-35	4,45	0,94	11			
	36-45	4,03	1,05	11			
	46-55	3,94	0,93	11			
	>55	4,53	0,60	8			
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	έγγαμος	4,19	0,72	16	0,798	-	-
	άγαμος	4,19	0,92	23			
	σε σχέση	4,34	1,06	7			
	διαζευγμένος	4,11	1,06	3			
	χήρος	3,13	.	1			
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	μαθητής	3,80	0,57	2	0,929	-	-
	φοιτητής	4,10	0,61	7			
	απόφοιτος δημοτικού	4,67	0,09	2			
	απόφοιτος γυμνασίου	4,84	1,09	3			
	απόφοιτος λυκείου	4,12	0,74	8			
	απόφοιτος ΙΕΚ	4,06	0,83	9			
	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	4,12	1,25	12			
	μεταπτυχιακός	4,32	0,72	6			
	διδακτορικός	4,27	.	1			
<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>	εργαζόμενος	4,17	0,95	24	0,398	-	-
	άνεργος	3,95	0,75	12			
	συνταξιούχος	4,41	0,80	14			
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>	0-500	3,96	0,65	12	0,717	-	-
	501-1000	4,29	0,90	30			
	1001-1500	4,04	1,36	5			
	>1500	4,22	0,08	3			
<i>Προέλευση Αναπηρίας</i>	επίκτητη	4,37	0,76	22	0,188	-	-
	εκ γενετής	4,04	0,93	28			
<i>Χρονικό διάστημα Αναπηρίας</i>	1 έως 5	3,71	0,49	5	0,294	-	-
	5 έως 10	5,00	0,85	2			
	10 έως 15	3,96	0,69	6			
	15 έως 20	4,50	0,62	9			
	20 και άνω	4,16	0,98	28			
<i>Χόμπι</i>	όχι	4,50	0,79	11	0,177	-	-
	ναι	4,10	0,87	39			
<i>Τρόπος διαβίωσης</i>	μόνο	4,35	1,01	14	0,410	-	-
	με άλλα άτομα	4,12	0,81	36			
<i>Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον</i>	εξαιρετική	4,22	0,84	28	0,894	-	-
	καλή	4,10	1,02	17			
	μέτρια	4,24	0,39	5			
<i>Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης</i>	όχι	4,29	0,97	34	0,217	-	-
	ναι	3,96	0,56	16-			

<i>Κοινωνική υποστήριξη</i>	εξαιρετική	4,26	0,60	6	0,772	-	-
	καλή	4,24	0,90	34			
	μέτρια	3,98	0,96	9			
	κακή	3,60	.	1			
<u>Ακουστική Αναπηρία</u>		M.T.	T.A.	N	p-value	F	Post-Hoc
<i>Φύλο</i>	άντρας	4,22	0,87	13	0,125	-	-
	γυναίκα	3,70	1,07	37			
<i>Ηλικία</i>	<18	4,60	.	1	0,562	-	-
	18-25	3,78	1,00	8			
	26-35	3,59	0,96	10			
	36-45	4,09	1,00	16			
	46-55	3,37	1,27	8			
	>55	4,07	1,07	7			
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	έγγαμος	3,69	1,11	18	0,051	-	-
	άγαμος	3,88	0,95	20			
	σε σχέση	4,40	0,97	4			
	διαζευγμένος	4,52	0,49	5			
	χήρος	2,44	0,86	3			
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	μαθητής	4,60	.	1	0,695	-	-
	φοιτητής	3,87	1,31	4			
	απόφοιτος γυμνασίου	3,40	.	1			
	απόφοιτος λυκείου	3,99	0,92	8			
	απόφοιτος ΙΕΚ	3,78	0,85	9			
	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	3,97	1,09	21			
	μεταπτυχιακός	3,13	1,28	6			
<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>	εργαζόμενος	3,93	0,97	23	0,837	-	-
	άνεργος	3,73	1,21	18			
	συνταξιούχος	3,79	0,93	9			
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>	0-500	3,84	1,14	19	0,898	-	-
	501-1000	3,96	1,10	15			
	1001-1500	3,61	0,91	9			
	>1500	3,83	0,93	7			
<i>Προέλευση Αναπηρίας</i>	επίκτητη	3,91	0,96	27	0,572	-	-
	εκ γενετής	3,74	1,14	23			
<i>Χρονικό διάστημα Αναπηρίας</i>	1 έως 5	4,13	1,81	5	0,743	-	-
	5 έως 10	3,60	.	1			
	10 έως 15	4,43	0,99	2			
	15 έως 20	3,46	0,92	7			
	20 και άνω	3,84	0,97	35			
<i>Χόμπι</i>	όχι	3,76	1,01	11	0,804	-	-
	ναι	3,85	1,06	39			

Τρόπος διαβίωσης	μόνος	3,90	0,87	11	0,804	-	-
	με άλλα άτομα	3,81	1,09	39			
Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον;	εξαιρετική	3,92	1,21	25	0,562	-	-
	καλή	3,74	0,87	24			
	μέτρια	3,80	.	1			
Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης	όχι	4,07	1,00	25	0,101	-	-
	ναι	3,59	1,04	25			
Κοινωνική υποστήριξη	εξαιρετική	3,59	1,27	14	0,756	-	-
	καλή	3,97	1,03	21			
	μέτρια	3,90	0,86	14			
	κακή	3,60	.	1			
<u>Σκλήρυνση κατά πλάκας</u>		Μ.Τ.	Τ.Α.	N	p-value	F	Post-Hoc
Φύλο	άντρας	4,19	0,93	12	0,388	-	-
	γυναίκα	3,88	1,11	38			
Ηλικία	18-25	2,77	1,08	2	0,280	-	-
	26-35	3,82	1,26	11			
	36-45	3,76	1,26	14			
	46-55	4,14	0,85	13			
	>55	4,39	0,67	10			
Οικογενειακή κατάσταση	έγγαμος	4,09	1,05	26	0,546	-	-
	άγαμος	3,66	0,94	12			
	σε σχέση	3,64	1,45	7			
	διαζευγμένος	4,60	1,05	3			
	χήρος	4,20	0,85	2			
Μορφωτικό επίπεδο	φοιτητής	3,53	.	1	0,410	-	-
	απόφοιτος γυμνασίου	4,09	1,44	3			
	απόφοιτος λυκείου	4,14	0,73	12			
	απόφοιτος ΙΕΚ	3,27	1,34	8			
	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	4,32	0,70	11			
	μεταπτυχιακός	3,92	1,28	15			
Επαγγελματική κατάσταση	εργαζόμενος	3,93	1,11	21	0,166	-	-
	άνεργος	3,53	1,29	12			
	συνταξιούχος	4,30	0,77	17			
Μηνιαίο εισόδημα	0-500	3,70	1,16	10	0,529	-	-
	501-1000	3,81	1,22	20			
	1001-1500	4,21	0,68	13			
	>1500	4,28	1,11	7			
Προέλευση Αναπηρίας	επίκτητη	3,92	1,07	48	0,177	-	-
	εκ γενετής	4,97	0,05	2			
Χρονικό διάστημα Αναπηρίας	1 έως 5	3,28	1,66	10	0,099	-	-
	5 έως 10	4,37	0,67	9			

	10 έως 15	3,69	0,72	8			
	15 έως 20	3,98	1,00	12			
	20 και άνω	4,41	0,66	11			
<i>Χόμπι</i>	όχι	3,71	0,98	16	0,270	-	-
	ναι	4,07	1,11	34			
<i>Τρόπος διαβίωσης</i>	μόνος	3,73	1,27	7	0,554	-	-
	με άλλα άτομα	4,00	1,05	43			
<i>Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον</i>	εξαιρετική	3,95	0,97	29	0,938	-	-
	καλή	3,94	1,27	18			
	μέτρια	4,18	1,10	3			
<i>Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης</i>	όχι	4,03	1,07	24	0,641	-	-
	ναι	3,89	1,09	26			
<i>Κοινωνική υποστήριξη</i>	εξαιρετική	3,71	1,18	12	0,470	-	-
	καλή	4,19	1,05	26			
	μέτρια	3,75	1,02	11			
	κακή	3,33	.	1			
<u>Σακχαρώδης διαβήτης</u>		M.T.	T.A.	N	p-value	F	Post-Hoc
<i>Φύλο</i>	άντρας	3,94	0,96	15	0,876	-	-
	γυναίκα	3,90	0,92	35			
<i>Ηλικία</i>	18-25	3,63	1,23	7	0,378	-	-
	26-35	3,84	0,98	6			
	36-45	3,71	0,83	19			
	46-55	4,20	0,80	14			
	>55	4,43	1,10	4			
<i>Ποια είναι η Οικογενειακή σας Κατάσταση;</i>	έγγαμος	3,83	1,08	21	0,890	-	-
	άγαμος	4,05	0,69	16			
	σε σχέση	3,81	1,25	7			
	διαζευγμένος	3,72	0,29	4			
	χήρος	4,33	0,85	2			
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	φοιτητής	3,22	1,53	4	0,297	-	-
	απόφοιτος δημοτικού	3,47	0,19	2			
	απόφοιτος γυμνασίου	5,60	.	1			
	απόφοιτος λυκείου	3,95	0,94	10			
	απόφοιτος ΙΕΚ	3,98	0,87	12			
	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	3,79	0,84	16			
	μεταπτυχιακός	4,33	0,47	4			
	διδακτορικός	4,93	.	1			
<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>	εργαζόμενος	3,91	0,88	25	0,881	-	-
	άνεργος	3,86	1,05	18			
	συνταξιούχος	4,07	0,84	7			
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>	0-500	3,87	1,09	17	0,908	-	-

	501-1000	3,89	0,87	20			
	1001-1500	4,09	0,87	10			
	>1500	3,69	0,80	3			
<i>Προέλευση Αναπηρίας</i>	επίκτητη	3,89	0,95	46	0,620	-	-
	εκ γενετής	4,13	0,54	4			
<i>Χρονικό διάστημα Αναπηρίας</i>	1 έως 5	4,27	0,67	8	0,666	-	-
	5 έως 10	3,73	0,91	8			
	10 έως 15	4,10	1,09	8			
	15 έως 20	4,02	0,66	4			
	20 και άνω	3,76	1,01	22			
<i>Χόμπι</i>	όχι	4,27	0,63	11	0,143	-	-
	ναι	3,81	0,97	39			
<i>Τρόπος διαβίωσης</i>	μόνος	3,84	0,78	8	0,820	-	-
	με άλλα άτομα	3,92	0,96	42			
<i>Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον</i>	εξαιρετική	3,98	0,91	26	0,940	-	-
	καλή	3,81	0,95	18			
	μέτρια	3,85	1,18	5			
	κακή	4,07	.	1			
<i>Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης</i>	όχι	3,80	0,98	33	0,233	-	-
	ναι	4,13	0,78	17			
<i>Κοινωνική υποστήριξη</i>	εξαιρετική	3,79	0,77	10	0,787	-	-
	καλή	3,96	0,91	24			
	μέτρια	4,01	1,12	13			
	κακή	3,47	0,77	3			
<u>Καρκίνος</u>		M.T.	T.A.	N	p-value	F	Post-Hoc
<i>Φύλο</i>	άντρας	4,11	0,99	12	0,841	-	-
	γυναίκα	4,05	0,79	38			
<i>Ηλικία</i>	26-35	4,44	0,62	5	0,478	-	-
	36-45	4,17	0,67	12			
	46-55	3,84	0,87	18			
	>55	4,12	0,97	15			
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	έγγαμος	4,16	0,88	25	0,358	-	-
	άγαμος	3,79	0,83	10			
	σε σχέση	4,68	0,41	4			
	διαζευγμένος	3,92	0,72	9			
	χήρος	3,63	1,18	2			
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	φοιτητής	5,27	.	1	0,395	-	-
	απόφοιτος δημοτικού	3,00	.	1			
	απόφοιτος γυμνασίου	3,67	.	1			
	απόφοιτος λυκείου	4,04	0,62	17			
	απόφοιτος ΙΕΚ	3,78	0,98	11			

	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	4,31	0,83	11			
	μεταπτυχιακός	4,20	1,00	8			
<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>	εργαζόμενος	4,09	0,82	22	0,832	-	-
	άνεργος	4,15	0,76	12			
	συνταξιούχος	3,96	0,95	16			
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>	0-500	3,92	0,79	14	0,159	-	-
	501-1000	3,81	0,83	16			
	1001-1500	4,27	0,77	14			
	>1500	4,59	0,93	6			
<i>Προέλευση Αναπηρίας</i>	επίκτητη	4,06	0,83	50	-	-	-
<i>Χρονικό διάστημα με Αναπηρία</i>	1 έως 5	4,02	0,80	25	0,970	-	-
	5 έως 10	4,04	1,04	12			
	10 έως 15	4,08	0,66	7			
	15 έως 20	3,93	.	1			
	20 και άνω	4,32	1,00	5			
<i>Χόμπι</i>	όχι	3,71	0,88	10	0,147	-	-
	ναι	4,15	0,81	40			
<i>Τρόπος διαβίωσης</i>	μόνος	3,90	0,60	12	0,444	-	-
	με άλλα άτομα	4,11	0,90	38			
<i>Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον</i>	εξαιρετική	4,31	0,80	22	0,201	-	-
	καλή	3,82	0,79	23			
	μέτρια	4,38	1,21	3			
	κακή	3,67	0,94	2			
<i>Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης</i>	όχι	4,12	0,88	26	0,615	-	-
	ναι	4,00	0,80	24			
<i>Κοινωνική αξιολόγηση</i>	εξαιρετική	4,37	0,92	10	0,286	-	-
	καλή	3,94	0,84	28			
	μέτρια	3,90	0,56	9			
	κακή	4,67	1,03	3			
<i>Επιληψία</i>		M.T.	T.A.	N	p-value	F	Post-Hoc
<i>Φύλο</i>	άντρας	3,96	0,94	9	0,999	-	-
	γυναίκα	3,96	0,86	41			
<i>Ηλικία</i>	<18	5,00	.	1	0,019	3,283	3<6
	18-25	4,64	0,28	3			
	26-35	3,58	0,95	17			
	36-45	3,87	0,76	21			
	46-55	4,42	0,60	4			
	>55	4,87	0,31	4			
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	έγγαμος	3,92	0,91	26	0,966	-	-
	άγαμος	4,04	0,92	14			
	σε σχέση	4,01	0,82	8			

	διαζευγμένος	3,80	0,28	2			
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	μαθητής	5,00	.	1	0,269	-	-
	φοιτητής	4,60	0,38	2			
	απόφοιτος δημοτικού	5,33	.	1			
	απόφοιτος γυμνασίου	4,27	1,58	3			
	απόφοιτος λυκείου	3,59	1,04	9			
	απόφοιτος ΙΕΚ	4,03	0,78	17			
	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	3,82	0,68	17			
<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>	εργαζόμενος	3,75	0,77	23	0,254	-	-
	άνεργος	4,11	0,91	22			
	συνταξιούχος	4,31	1,03	5			
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>	0-500	4,27	0,91	18	0,002	4,003	2<1
	501-1000	3,47	0,87	18			
	1001-1500	3,99	0,32	7			
	>1500	4,42	0,48	7			
<i>Προέλευση Αναπηρίας</i>	επίκτητη	3,97	0,87	41	0,89	-	-
	εκ γενετής	3,93	0,88	9			
<i>Χρονικό διάστημα Αναπηρίας</i>	1 έως 5	3,79	0,89	7	0,957	-	-
	5 έως 10	3,96	0,96	6			
	10 έως 15	3,90	0,76	11			
	15 έως 20	3,95	1,21	9			
	20 και άνω	4,09	0,77	17			
<i>Χόμπι</i>	όχι	3,89	0,69	18	0,656	-	-
	ναι	4,00	0,96	32			
<i>Τρόπος διαβίωσης</i>	μόνος	3,77	0,71	10	0,429	-	-
	με άλλα άτομα	4,01	0,90	40			
<i>Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον</i>	εξαιρετική	4,06	,71	26	0,717	-	-
	καλή	3,84	1,15	15			
	μέτρια	3,89	0,81	9			
<i>Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης</i>	όχι	4,02	0,79	23	0,668	-	-
	ναι	3,91	0,94	27			
<i>Κοινωνική υποστήριξη</i>	εξαιρετική	4,11	0,79	15	0,161	-	-
	καλή	3,98	0,89	19			
	μέτρια	3,97	0,87	14			
	κακή	2,63	0,42	2			
<u>Ρευματοειδής αρθρίτιδα</u>		Μ.Τ.	Τ.Α.	Ν	p-value	F	Post-Hoc
<i>Φύλο</i>	άντρας	3,45	1,42	4	0,365	-	-
	γυναίκα	3,93	0,98	46			
<i>Ηλικία</i>	18-25	2,27	.	1	0,356	-	-
	26-35	3,56	0,88	9			
	36-45	3,92	1,04	21			

	46-55	4,13	1,17	13			
	>55	4,08	0,56	6			
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	έγγαμος	3,70	1,01	24	0,079	-	-
	άγαμος	4,14	1,09	11			
	σε σχέση	2,95	0,75	4			
	διαζευγμένος	4,48	0,65	9			
	χήρος	4,13	1,13	2			
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	φοιτητής	2,27	.	1	0,298	-	-
	απόφοιτος γυμνασίου	4,64	0,19	3			
	απόφοιτος λυκείου	4,34	0,76	7			
	απόφοιτος ΙΕΚ	3,65	1,02	16			
	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	4,05	1,17	14			
	μεταπτυχιακός	3,67	0,87	7			
	διδακτορικός	3,70	1,08	2			
<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>	εργαζόμενος	3,99	0,92	27	0,774	-	-
	άνεργος	3,80	1,13	16			
	συνταξιούχος	3,75	1,18	7			
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>	0-500	3,71	1,24	16	0,724	-	-
	501-1000	4,02	1,09	16			
	1001-1500	3,87	0,71	13			
	>1500	4,17	0,72	5			
<i>Προέλευση Αναπηρίας</i>	επίκτητη	3,91	1,01	47	0,635	-	-
	εκ γενετής	3,62	1,20	3			
<i>Χρονικό διάστημα Αναπηρίας</i>	1 έως 5	3,89	0,94	14	0,445	-	-
	5 έως 10	4,23	0,96	13			
	10 έως 15	3,90	0,98	9			
	15 έως 20	4,30	0,71	2			
	20 και άνω	3,47	1,19	12			
<i>Χόμπι</i>	όχι	4,01	0,84	11	0,667	-	-
	ναι	3,86	1,06	39			
<i>Τρόπος διαβίωσης</i>	μόνος	3,78	0,89	10	0,693	-	-
	με άλλα άτομα	3,92	1,05	40			
<i>Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον</i>	εξαιρετική	4,06	0,97	22	0,534	-	-
	καλή	3,87	1,01	21			
	μέτρια	3,55	0,91	5			
	κακή	3,17	2,12	2			
<i>Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης</i>	όχι	3,89	1,09	27	0,966	-	-
	ναι	3,90	0,94	23			
<i>Κοινωνική υποστήριξη</i>	εξαιρετική	4,44	0,41	6	0,016	3,793	2>3
	καλή	4,21	0,98	24			
	μέτρια	3,34	0,99	16			
	κακή	3,42	0,92	4			

<u>Συστηματικός ερωτηματολόγος λύκος</u>		M.T.	T.A.	N	p-value	F	Post-Hoc
Φύλο	άντρας	4,47	1,27	3	0,190	-	-
	γυναίκα	3,75	0,89	47			
Ηλικία	<18	3,93	.	1	0,507	-	-
	18-25	2,93	1,70	2			
	26-35	3,83	0,95	11			
	36-45	3,64	0,83	14			
	46-55	4,13	0,96	14			
	>55	3,60	0,82	8			
Οικογενειακή κατάσταση	έγγαμος	3,80	0,89	31	0,550	-	-
	άγαμος	4,06	1,02	7			
	σε σχέση	3,28	1,36	5			
	διαζευγμένος	3,86	0,61	7			
Μορφωτικό επίπεδο	μαθητής	3,93	.	1	0,858	-	-
	φοιτητής	4,38	1,38	3			
	απόφοιτος γυμνασίου	3,72	0,97	4			
	απόφοιτος λυκείου	4,16	0,56	5			
	απόφοιτος ΙΕΚ	3,83	1,17	9			
	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	3,66	0,84	22			
	μεταπτυχιακός	3,63	1,02	6			
Επαγγελματική κατάσταση	εργαζόμενος	3,79	0,80	26	0,999	-	-
	άνεργος	3,78	1,08	15			
	συνταξιούχος	3,79	1,07	9			
Μηνιαίο εισόδημα	0-500	3,69	1,03	16	0,818	-	-
	501-1000	3,78	0,99	21			
	1001-1500	4,01	0,67	11			
	>1500	3,53	0,85	2			
Προέλευση Αναπηρίας	επίκτητη	3,85	0,92	46	0,093	-	-
	εκ γενετής	3,05	0,58	4			
Χρονικό διάστημα Αναπηρίας	1 έως 5	3,78	0,93	10	0,974	-	-
	5 έως 10	3,68	1,09	13			
	10 έως 15	3,90	0,91	11			
	15 έως 20	3,47	.	1			
	20 και άνω	3,83	0,87	15			
Χόμπι	όχι	3,47	0,94	12	0,172	-	-
	ναι	3,89	0,90	38			
Τρόπος διαβίωσης	μόνος	3,95	0,67	7	0,617	-	-
	με άλλα άτομα	3,76	0,96	43			
Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον	εξαιρετική	4,03	0,94	25	0,028	3,857	1>3
	καλή	3,62	0,80	21			
	μέτρια	2,67	0,42	3			

	κακή	4,80	.	1			
<i>Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης</i>	όχι	3,92	0,95	24	0,341	-	-
	ναι	3,67	0,89	26			
<i>Κοινωνική υποστήριξη</i>	εξαιρετική	3,83	1,04	9	0,613	-	-
	καλή	3,95	0,73	22			
	μέτρια	3,61	1,08	18			
	κακή	3,13	.	1			
<u>Παθήσεις εντέρου</u>		M.T.	T.A.	N	p-value	F	Post-Hoc
<i>Φύλο</i>	άντρας	4,20	1,01	5	0,366	-	-
	γυναίκα	3,76	1,03	45			
<i>Ηλικία</i>	18-25	3,42	1,33	6	0,373	-	-
	26-35	3,88	1,11	15			
	36-45	3,50	0,85	15			
	46-55	4,21	0,82	9			
	>55	4,17	1,16	5			
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	έγγαμος	4,11	0,93	23	0,184	-	-
	άγαμος	3,54	1,27	8			
	σε σχέση	3,68	0,90	14			
	διαζευγμένος	3,15	1,17	5			
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	φοιτητής	3,09	1,57	3	0,217	-	-
	απόφοιτος δημοτικού	3,33	0,66	2			
	απόφοιτος γυμνασίου	2,50	0,14	2			
	απόφοιτος λυκείου	4,37	1,23	5			
	απόφοιτος ΙΕΚ	4,22	0,95	9			
	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	3,81	0,99	15			
	μεταπτυχιακός	3,72	0,90	14			
<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>	εργαζόμενος	3,90	0,98	35	0,425	-	-
	άνεργος	3,44	1,20	11			
	συνταξιούχος	3,95	0,88	4			
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>	0-500	3,47	1,17	10	0,512	-	-
	501-1000	3,59	0,83	25			
	1001-1500	4,48	0,86	13			
	>1500	3,73	2,36	2			
<i>Προέλευση Αναπηρίας</i>	επίκτητη	3,84	1,01	41	0,631	-	-
	εκ γενετής	3,65	1,15	9			
<i>Χρονικό διάστημα Αναπηρίας</i>	1 έως 5	3,53	1,05	16	0,508	-	-
	5 έως 10	4,14	0,88	6			
	10 έως 15	4,13	1,02	13			
	15 έως 20	3,69	1,13	5			
	20 και άνω	3,65	1,05	10			
<i>Χόμπι</i>	όχι	3,82	1,04	17	0,934	-	-

	ναι	3,79	1,03	33			
<i>Τρόπος διαβίωσης</i>	μόνος	3,11	1,37	3	0,231	-	-
	με άλλα άτομα	3,85	1,00	47			
<i>Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον</i>	εξαιρετική	3,79	1,09	20	0,260	-	-
	καλή	3,69	0,99	26			
	μέτρια	4,60	0,70	4			
<i>Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης</i>	όχι	3,75	1,08	28	0,659	-	-
	ναι	3,88	0,97	22			
<i>Κοινωνική υποστήριξη</i>	εξαιρετική	3,52	1,18	8	0,363	-	-
	καλή	4,00	0,90	26			
	μέτρια	3,63	1,13	16			
<u>Παθήσεις θυροειδούς αδένα</u>		M.T.	T.A.	N	p-value	F	Post-Hoc
<i>Φύλο</i>	Άντρας	3,88	1,02	6	0,763	-	-
	Γυναίκα	3,75	0,95	44			
<i>Ηλικία</i>	18-25	4,05	0,86	4	0,249	-	-
	26-35	3,98	0,70	6			
	36-45	3,55	1,05	20			
	46-55	4,26	0,70	10			
	>55	3,46	1,00	10			
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	έγγαμος	3,64	1,02	25	0,236	-	-
	άγαμος	3,56	0,80	9			
	σε σχέση	4,32	0,84	7			
	διαζευγμένος	4,06	0,82	8			
	χήρος	2,60	.	1			
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	απόφοιτος γυμνασίου	3,48	1,04	6	0,201	-	-
	απόφοιτος λυκείου	4,05	0,87	13			
	απόφοιτος ΙΕΚ	3,13	1,13	8			
	απόφοιτος ΑΕΙ ΤΕΙ	3,95	0,86	18			
	μεταπτυχιακός	3,48	0,73	4			
	διδακτορικός	4,67	.	1			
<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>	εργαζόμενος	3,83	0,94	28	0,521	-	-
	άνεργος	3,57	0,90	17			
	συνταξιούχος	4,07	1,19	5			
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>	0-500	3,71	0,93	20	0,650	-	-
	501-1000	3,65	0,99	18			
	1001-1500	4,18	0,99	7			
	>1500	3,83	0,92	5			
<i>Προέλευση Αναπηρίας</i>	επίκτητη	3,79	0,97	46	0,539	-	-
	εκ γενετής	3,48	0,75	4			
<i>Χρονικό διάστημα Αναπηρίας</i>	1 έως 5	4,12	0,76	10	0,05	-	-
	5 έως 10	3,18	0,99	16			

	10 έως 15	4,08	0,78	8			
	15 έως 20	4,12	0,97	7			
	20 και άνω	3,87	0,82	9			
<i>Χόμπι</i>	όχι	3,52	0,95	14	0,263	-	-
	ναι	3,86	0,94	36			
<i>Τρόπος διαβίωσης</i>	μόνος	3,50	0,62	7	0,420	-	-
	με άλλα άτομα	3,81	0,99	43			
<i>Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον</i>	εξαιρετική	4,15	0,64	20	0,007	5,607	1>3
	καλή	3,80	1,01	18			
	μέτρια	3,05	1,01	11			
	κακή	3,27	.	1			
<i>Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης</i>	όχι	3,89	0,82	30	0,278	-	-
	ναι	3,59	1,12	20			
<i>Κοινωνική υποστήριξη</i>	εξαιρετική	3,62	0,46	4	0,007	4,514	2>4
	καλή	4,06	0,87	28			
	μέτρια	3,55	0,86	15			
	κακή	2,27	1,16	3			
<u>Καμία Αναπηρία</u>		M.T.	T.A.	N	p-value	F	Post-Hoc
<i>Φύλο</i>	άντρας	3,92	0,93	11	0,966	-	-
	γυναίκα	3,93	0,90	39			
<i>Ηλικία</i>	18-25	4,14	0,85	9	0,097	-	-
	26-35	4,12	0,86	14			
	36-45	3,42	0,97	16			
	46-55	4,26	0,68	8			
	>55	4,18	0,39	3			
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>	έγγαμος	3,73	0,88	22	0,172	-	-
	άγαμος	3,90	0,89	20			
	σε σχέση	4,56	0,77	6			
	διαζευγμένος	5,27	.	1			
	χήρος	3,73	.	1			
<i>Μορφωτικό επίπεδο</i>	φοιτητής	3,65	1,12	5	0,269	-	-
	απόφοιτος λυκείου	4,08	0,82	5			
	απόφοιτος ΙΕΚ	3,57	0,76	10			
	απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	4,25	0,83	19			
	μεταπτυχιακός	3,74	1,00	11			
<i>Επαγγελματική κατάσταση</i>	εργαζόμενος	4,02	0,90	30	0,680	-	-
	άνεργος	3,77	1,00	16			
	συνταξιούχος	3,87	0,32	4			
<i>Μηνιαίο εισόδημα</i>	0-500	3,97	0,96	18	0,934	-	-
	501-1000	3,80	0,98	15			
	1001-1500	3,96	0,89	13			

	>1500	4,05	0,27	4			
<i>Χόμπι</i>	όχι	4,07	0,79	7	0,657	-	-
	ναι	3,90	0,92	43			
<i>Τρόπος διαβίωσης</i>	μόνος	3,53	0,73	6	0,257	-	-
	με άλλα άτομα	3,98	0,91	44			
<i>Σχέση με συγγενικό/φιλικό περιβάλλον</i>	εξαιρετική	4,10	0,87	19	0,241	-	-
	καλή	3,89	0,97	25			
	μέτρια	3,50	0,49	6			
<i>Λήψη ψυχολογικής υποστήριξης</i>	όχι	4,02	0,86	29	0,394	-	-
	ναι	3,80	0,95	21			
<i>Κοινωνική υποστήριξη</i>	εξαιρετική	4,51	0,49	6	0,200	-	-
	καλή	3,90	0,95	29			
	μέτρια	3,74	0,85	15			