



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

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η προσαρμογή στην αναπηρία, τα θετικά συναισθήματα και η
φιλία ως παράμετροι της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας των
Ατόμων με Αναπηρία: Εκπαιδευτικές Προτάσεις»

Κατσιμάρδου Νικολέττα

Ιωάννινα, 2021

Διπλωματική Εργασία:

«Η προσαρμογή στην αναπηρία, τα θετικά συναισθήματα και η φιλία ως παράμετροι της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας των Ατόμων με Αναπηρία: Εκπαιδευτικές Προτάσεις»

Κατσιμάρδου Νικολέττα

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Επιβλέπων Καθηγητής

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

Μέλη

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

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

Ιωάννινα, 2021

Στη μητέρα μου

Ευχαριστίες

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Ειδική Αγωγή και Εκπαίδευση» του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Με τη διεκπεραίωση της μελέτης αυτής, κρίνεται απαραίτητο να δοθούν ευχαριστίες σε όλους όσους με τη στήριξή τους συνέβαλαν στην ολοκλήρωσή της. Αρχικά, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της παρούσης διπλωματικής εργασίας κύριο Σπυρίδωνα-Γεώργιο Σούλη τόσο για την ουσιαστική καθοδήγηση που μου προσέφερε κατά το σχεδιασμό και την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας όσο και για την πολύτιμη συμβολή του στον εμπλουτισμό των ακαδημαϊκών μου γνώσεων τα τελευταία έτη. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κυρία Μορφίδη Ελένη για τη σημαντική βοήθειά της στο μεθοδολογικό κομμάτι της παρούσης έρευνας. Ακόμη, ευχαριστώ την κυρία Κυπριωτάκη Μαρία που δέχθηκε να είναι μέλος της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής κατά την αξιολόγηση της παρούσης διπλωματικής εργασίας. Τέλος, ευχαριστώ θερμά όλους όσους δέχθηκαν να λάβουν μέρος στην παρούσα έρευνα, ώστε να καταστεί εφικτή η πραγματοποίησή της, καθώς και την οικογένειά μου και τους φίλους μου για την αμέριστη συμπαράστασή τους κατά τη διεκπεραίωσή της.

Περίληψη

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η διερεύνηση της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας, της προσαρμογής στην αναπηρία, των θετικών συναισθημάτων και της φιλίας στα άτομα με οπτική αναπηρία, ακουστική αναπηρία, κινητική αναπηρία, σκλήρυνση κατά πλάκα, μεσογειακή αναιμία/θαλασσαιμία, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, καρδιαγγειακά νοσήματα, νοσήματα του αναπνευστικού και ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Η μέτρηση των μεταβλητών που προαναφέρθηκαν επιχειρήθηκε με έξι ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, τα οποία χορηγήθηκαν συνολικά σε 481 άτομα που έπασχαν από τις αναπηρίες/χρόνια νοσήματα που αναφέρθηκαν παραπάνω. Παράλληλα εξετάστηκε κατά πόσο η προσαρμογή στην αναπηρία, τα θετικά συναισθήματα και η φιλία επηρεάζονται από στοιχεία δημογραφικά και στοιχεία που έχουν σχέση με την κατάσταση της αναπηρίας. Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε πως η προσαρμογή στην αναπηρία επηρεάζεται από την ευτυχία, την ελπίδα, την αισιοδοξία, το είδος της αναπηρίας, την κοινωνική υποστήριξη, τα προβλήματα υγείας και το μορφωτικό επίπεδο. Ακόμη προέκυψε πως τα θετικά συναισθήματα επηρεάζονται από την ευτυχία, την αισιοδοξία, το είδος της αναπηρίας και την επαγγελματική κατάσταση. Η μονόδρομη συντροφικότητα φάνηκε να επηρεάζεται από το επίδομα, την κοινωνική υποστήριξη σε όλα τα επίπεδα και την ελπίδα, καθώς εντοπίστηκε και αλληλεπίδραση μεταξύ της ελπίδας και της κοινωνικής υποστήριξης. Επιπλέον διαπιστώθηκε ότι η αμφίδρομη συντροφικότητα επηρεάζεται από την κοινωνική υποστήριξη σε όλα τα επίπεδα, την ελπίδα, το διάστημα αναπηρίας, καθώς επίσης εντοπίστηκε κι εδώ πως υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ της ελπίδας και της κοινωνικής υποστήριξης. Επίσης βρέθηκε ότι η μονόδρομη υποστηρικτικότητα επηρεάζεται από την κοινωνική υποστήριξη και το συναίσθημα της ελπίδας. Τέλος η αμφίδρομη υποστηρικτικότητα αποδείχθηκε πως επηρεάζεται μόνο από την ελπίδα. Τα αποτελέσματα της έρευνας συζητούνται σύμφωνα με την προϋπάρχουσα βιβλιογραφία και διατυπώνονται προτάσεις που αποσκοπούν στην ανάπτυξη κατάλληλων εκπαιδευτικών προτάσεων για το υπό διερεύνηση θέμα.

Λέξεις κλειδιά: προσαρμογή στην αναπηρία, θετικά συναισθήματα, φιλία, οπτική αναπηρία, ακουστική αναπηρία, κινητική αναπηρία, χρόνια νοσήματα

«Adaptation to disability, positive emotions and friendship as parameters of happiness, hope and optimism for the Disabled: Educational Suggestions»

The purpose of this study is to investigate happiness, hope, optimism, adaptation to disability, positive emotions and friendship in people with visual impairments, hearing impairments, physical disabilities, multiple sclerosis, Cooley's anemia/thalassaemia major, type 1 diabetes, type 2 diabetes, cardiovascular diseases, respiratory diseases and idiopathic inflammatory bowel diseases. Measurement of these variables was attempted with six self-report questionnaires, which were administered to a total of 481 individuals suffering from the disabilities/chronic diseases mentioned above. In addition, the study examined whether adaptation to disability, positive emotions and friendship were influenced by demographic and condition-specific factors. Statistical analysis revealed that adaptation to disability is influenced by happiness, hope, optimism, type of disability, social support, health problems and educational level. It also turned out that positive emotions are influenced by happiness, optimism, type of disability and occupational status. Unidirectional companionship appeared to be influenced by the disability allowance, social support at all levels and hope. There was also an interrelation between hope and social support. In addition, bidirectional companionship was found to be influenced by social support at all levels, hope and disability time span. An interaction between hope and social support was also identified. It was also found that unidirectional supportiveness is influenced by social support and the feeling of hope. Finally, bidirectional supportiveness was found to be influenced only by hope. The results of the study are discussed in accordance with the pre-existing literature and suggestions are made to develop appropriate educational recommendations for the topic under investigation.

Keywords: adaptation to disability, positive emotions, friendship, visual impairment, hearing impairment, physical disability, chronic diseases

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες.....	4
Περίληψη.....	5
Abstract.....	6
Κατάλογος Πινάκων.....	10
Κατάλογος Εικόνων.....	13
Εισαγωγή.....	14
ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	16
Λειτουργικοί ορισμοί εννοιών.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΩΝ.....	21
1.1 Εννοιολογικός Προσδιορισμός της Αναπηρίας.....	21
1.2 Οπτική Αναπηρία.....	23
1.3 Ακουστική Αναπηρία.....	26
1.4 Κινητική Αναπηρία.....	29
1.5 Χρόνιες Παθήσεις.....	32
1.5.1 Σκλήρυνση Κατά Πλάκας.....	34
1.5.2 Σακχαρώδης Διαβήτης.....	37
1.5.3 Μεσογειακή Αναιμία/Θαλασσαιμία/Νόσος του Cooley.....	40
1.5.4 Καρδιαγγειακά Νοσήματα.....	42
1.5.5 Νοσήματα του Αναπνευστικού.....	46
1.5.6 Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου.....	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΕΥΤΥΧΙΑ.....	51
2.1 Η έννοια της ευτυχίας.....	51
2.2 Παράγοντες που συμβάλλουν στην προσέγγιση της ευτυχίας.....	52
2.3 Ευτυχία και Αναπηρία.....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΕΛΠΙΔΑ.....	62
3.1 Το συναίσθημα της ελπίδας.....	62
3.2 Τα οφέλη της ελπίδας και Αναπηρία.....	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ.....	69
4.1 Το συναίσθημα της αισιοδοξίας.....	69
4.2 Τα οφέλη της αισιοδοξίας και Αναπηρία.....	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ.....	80
5.1 Τα θετικά συναισθήματα.....	80
5.2 Τα οφέλη των θετικών συναισθημάτων.....	82

5.3 Θετικά συναισθήματα και Αναπηρία.....	85
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°: Η ΑΠΟΔΟΧΗ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ.....	95
6.1 Προσδιορισμός της έννοιας της αποδοχής και της προσαρμογής.....	95
6.2 Μοντέλα προσαρμογής στην αναπηρία.....	97
6.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμογή στην αναπηρία.....	103
6.4 Η προσαρμογή των ατόμων στην αναπηρία τους.....	105
6.5 Η προσαρμογή στην αναπηρία ως παράμετρος της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας των Ατόμων με Αναπηρία.....	115
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°: ΦΙΛΙΑ.....	118
7.1 Η έννοια της φιλίας.....	118
7.2 Η αξία της φιλίας.....	120
7.3 Φιλία και Αναπηρία.....	122
7.4 Η φιλία ως παράμετρος της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας των Ατόμων με Αναπηρία.....	127
ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ.....	132
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8°: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	133
8.1 Σκοπός της έρευνας - Ερευνητικά ερωτήματα.....	133
8.2 Ερευνητικό εργαλείο.....	135
8.2.1 Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων.....	135
8.2.2 Ψυχομετρικά εργαλεία.....	136
8.3 Συλλογή δεδομένων.....	143
8.4 Περιγραφή δείγματος.....	144
8.5 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων.....	148
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9°: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	150
9.1 Αποτελέσματα.....	150
9.1.1 Διερεύνηση της ευτυχίας και των διαστάσεών της στα Άτομα με Αναπηρία του δείγματος.....	150
9.1.2 Διερεύνηση της ελπίδας και των διαστάσεών της στα Άτομα με Αναπηρία του δείγματος.....	152
9.1.3 Διερεύνηση της αισιοδοξίας στα Άτομα με Αναπηρία του δείγματος....	154
9.1.4 Διερεύνηση της προσαρμογής στην αναπηρία των ατόμων του δείγματος.....	156
9.1.5 Διερεύνηση των θετικών συναισθημάτων στα Άτομα με Αναπηρία του δείγματος.....	158

9.1.6 Διερεύνηση της φιλίας (μονόδρομη συντροφικότητα, αμφίδρομη συντροφικότητα, μονόδρομη υποστηρικτικότητα, αμφίδρομη υποστηρικτικότητα) στα Άτομα με Αναπηρία του δείγματος.....	160
9.1.7 Η προσαρμογή στην αναπηρία ως παράμετρος της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και των ατομικών στοιχείων του δείγματος.....	165
9.1.8 Τα θετικά συναισθήματα ως παράμετρος της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και των ατομικών στοιχείων του δείγματος.....	172
9.1.9 Η φιλία (μονόδρομη συντροφικότητα) ως παράμετρος της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και των ατομικών στοιχείων του δείγματος.....	177
9.1.10 Η φιλία (αμφίδρομη συντροφικότητα) ως παράμετρος της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και των ατομικών στοιχείων του δείγματος.....	182
9.1.11 Η φιλία (μονόδρομη υποστηρικτικότητα) ως παράμετρος της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και των ατομικών στοιχείων του δείγματος.....	187
9.1.12 Η φιλία (αμφίδρομη υποστηρικτικότητα) ως παράμετρος της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και των ατομικών στοιχείων του δείγματος.....	190
9.2 Συζήτηση-συμπεράσματα ευρημάτων.....	193
9.2.1 Η ευτυχία, η ελπίδα και η αισιοδοξία των Ατόμων με Αναπηρία.....	194
9.2.2 Η προσαρμογή των ατόμων στην αναπηρία τους: Η επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και των ατομικών στοιχείων.....	198
9.2.3 Τα θετικά συναισθήματα των Ατόμων με Αναπηρία: Η επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και των ατομικών στοιχείων.....	202
9.2.4 Η φιλία (μονόδρομη συντροφικότητα, αμφίδρομη συντροφικότητα, μονόδρομη υποστηρικτικότητα, αμφίδρομη υποστηρικτικότητα) των Ατόμων με Αναπηρία: Η επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και των ατομικών στοιχείων.....	205
9.3 Περιορισμοί της έρευνας – Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	209
9.4 Προτάσεις εκπαιδευτικής παρέμβασης.....	210
BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	213
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	272
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	281

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας ευτυχίας (OHS scale) και των επιμέρους διαστάσεών της.....	137
Πίνακας 2: Έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας ελπίδας (HS scale) και των επιμέρους διαστάσεών της.....	138
Πίνακας 3: Έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας του τεστ προσανατολισμού ζωής για την αισιοδοξία (LOT-R scale).....	139
Πίνακας 4: Έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας Προσαρμογής στην Αναπηρία (ADS-R scale) για το συνολικό δείγμα και κάθε ομάδα ξεχωριστά.....	141
Πίνακας 5: Έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας του τεστ βίωσης θετικών συναισθημάτων (DES.MOD).....	142
Πίνακας 6: Έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας φιλίας (Friendship Inventory) και των επιμέρους διαστάσεών της.....	143
Πίνακας 7: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των τιμών της Κλίμακας Ευτυχίας της Οξφόρδης (και των επιμέρους διαστάσεών της) της παρούσης μελέτης για το συνολικό δείγμα και τις υποομάδες ξεχωριστά.....	150
Πίνακας 8: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των τιμών της Κλίμακας Ελπίδας (και των επιμέρους διαστάσεών της) της παρούσης μελέτης για το συνολικό δείγμα και τις υποομάδες ξεχωριστά.....	152
Πίνακας 9: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των τιμών του Τεστ Προσανατολισμού για τη Ζωή της παρούσης μελέτης για το συνολικό δείγμα και τις υποομάδες ξεχωριστά.....	154
Πίνακας 10: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των τιμών της Κλίμακας Προσαρμογής στην Αναπηρία (ADS-R scale) της παρούσης μελέτης για το συνολικό δείγμα και τις υποομάδες ξεχωριστά.....	156
Πίνακας 11: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των τιμών του Τεστ Θετικών Συναισθημάτων (DES.MOD) της παρούσης μελέτης για το συνολικό δείγμα και τις υποομάδες ξεχωριστά.....	158
Πίνακας 12: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των τιμών της Κλίμακας Φιλίας (μονόδρομη συντροφικότητα, αμφίδρομη συντροφικότητα, μονόδρομη υποστηρικτικότητα, αμφίδρομη υποστηρικτικότητα) της παρούσης μελέτης για το συνολικό δείγμα και τις υποομάδες ξεχωριστά.....	160

Πίνακας 13: Μονομεταβλητές εξισώσεις παλινδρόμησης για την επίδραση καθεμιάς από τις ανεξάρτητες μεταβλητές στην κλίμακα προσαρμογής στην αναπηρία.....	166
Πίνακας 14: Γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας στην προσαρμογή στην αναπηρία μετά και από «στάθμιση» των επιμέρους στατιστικά σημαντικών δημογραφικών μεταβλητών.....	167
Πίνακας 15: Το τελικό γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας, «σταθμισμένων» για τις δημογραφικές παραμέτρους, στην προσαρμογή στην αναπηρία.....	168
Πίνακας 16: Επιμέρους διαφορές στην προσαρμογή στην αναπηρία μεταξύ των επιπέδων των ανεξάρτητων μεταβλητών.....	168
Πίνακας 17: Μονομεταβλητές εξισώσεις παλινδρόμησης για την επίδραση καθεμιάς από τις ανεξάρτητες μεταβλητές στην κλίμακα βίωσης θετικών συναισθημάτων....	172
Πίνακας 18: Γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας στη βίωση θετικών συναισθημάτων μετά και από «στάθμιση» των επιμέρους στατιστικά σημαντικών δημογραφικών μεταβλητών.....	173
Πίνακας 19: Το τελικό γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας, «σταθμισμένων» για τις δημογραφικές παραμέτρους, στη βίωση θετικών συναισθημάτων.....	174
Πίνακας 20: Επιμέρους διαφορές στη βίωση θετικών συναισθημάτων μεταξύ των επιπέδων των ανεξάρτητων μεταβλητών.....	174
Πίνακας 21: Μονομεταβλητές εξισώσεις παλινδρόμησης για την επίδραση καθεμιάς από τις ανεξάρτητες μεταβλητές στη μονόδρομη συντροφικότητα.....	177
Πίνακας 22: Γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας στη μονόδρομη συντροφικότητα μετά και από «στάθμιση» των επιμέρους στατιστικά σημαντικών δημογραφικών μεταβλητών.....	178
Πίνακας 23: Το τελικό γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας, «σταθμισμένων» για τις δημογραφικές παραμέτρους, στη μονόδρομη συντροφικότητα.....	179
Πίνακας 24: Επιμέρους διαφορές στη μονόδρομη συντροφικότητα μεταξύ των επιπέδων των ανεξάρτητων μεταβλητών.....	179
Πίνακας 25: Μονομεταβλητές εξισώσεις παλινδρόμησης για την επίδραση καθεμιάς από τις ανεξάρτητες μεταβλητές στην αμφίδρομη συντροφικότητα.....	182

Πίνακας 26: Γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας στην αμφίδρομη συντροφικότητα μετά και από «στάθμιση» των επιμέρους στατιστικά σημαντικών δημογραφικών μεταβλητών.....	183
Πίνακας 27: Το τελικό γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας, «σταθμισμένων» για τις δημογραφικές παραμέτρους, στην αμφίδρομη συντροφικότητα.....	184
Πίνακας 28: Επιμέρους διαφορές στην αμφίδρομη συντροφικότητα μεταξύ των επιπέδων των ανεξάρτητων μεταβλητών.....	184
Πίνακας 29: Μονομεταβλητές εξισώσεις παλινδρόμησης για την επίδραση καθεμιάς από τις ανεξάρτητες μεταβλητές στη μονόδρομη υποστηρικτικότητα.....	187
Πίνακας 30: Γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας στη μονόδρομη υποστηρικτικότητα μετά και από «στάθμιση» των επιμέρους στατιστικά σημαντικών δημογραφικών μεταβλητών.....	188
Πίνακας 31: Το τελικό γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας, «σταθμισμένων» για τις δημογραφικές παραμέτρους, στη μονόδρομη υποστηρικτικότητα.....	189
Πίνακας 32: Επιμέρους διαφορές στη μονόδρομη υποστηρικτικότητα μεταξύ των επιπέδων των ανεξάρτητων μεταβλητών.....	189
Πίνακας 33: Μονομεταβλητές εξισώσεις παλινδρόμησης για την επίδραση καθεμιάς από τις ανεξάρτητες μεταβλητές στην αμφίδρομη υποστηρικτικότητα.....	190
Πίνακας 34: Γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας στην αμφίδρομη υποστηρικτικότητα μετά και από «στάθμιση» των επιμέρους στατιστικά σημαντικών δημογραφικών μεταβλητών.....	192
Πίνακας 35: Το τελικό γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας, «σταθμισμένων» για τις δημογραφικές παραμέτρους, στην αμφίδρομη υποστηρικτικότητα.....	192
Πίνακας 36: Επιμέρους διαφορές στην αμφίδρομη υποστηρικτικότητα μεταξύ των επιπέδων των ανεξάρτητων μεταβλητών.....	193
Πίνακας 37: Δημογραφικά στοιχεία ανά υποομάδα αναπηρίας.....	281

Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 1: Ποσοστιαία κατανομή στα διάφορα επίπεδα των κατηγορικών δημογραφικών μεταβλητών.....	146
Εικόνα 2: Boxplots της κατανομής του εύρους τιμών της Κλίμακας Ευτυχίας της Οξφόρδης (OHS scale) στις ομάδες Ατόμων με Αναπηρία.....	152
Εικόνα 3: Boxplots της κατανομής του εύρους τιμών της Κλίμακας Ελπίδας (HS scale) στις ομάδες Ατόμων με Αναπηρία.....	154
Εικόνα 4: Boxplots της κατανομής του εύρους τιμών της Κλίμακας Προσανατολισμού στη Ζωή για την αισιοδοξία (LOT-R scale) στις ομάδες Ατόμων με Αναπηρία.....	156
Εικόνα 5: Boxplots της κατανομής του εύρους τιμών της Κλίμακας Προσαρμογής στην Αναπηρία (ADS-R scale) στις ομάδες Ατόμων με Αναπηρία.....	158
Εικόνα 6: Boxplots της κατανομής του εύρους τιμών της Κλίμακας Θετικών Συναισθημάτων (DES.MOD) στις ομάδες Ατόμων με Αναπηρία.....	160
Εικόνα 7: Boxplots της κατανομής του εύρους τιμών της υποκλίμακας μονόδρομης συντροφικότητας στις ομάδες Ατόμων με Αναπηρία.....	162
Εικόνα 8: Boxplots της κατανομής του εύρους τιμών της υποκλίμακας αμφίδρομης συντροφικότητας στις ομάδες Ατόμων με Αναπηρία.....	163
Εικόνα 9: Boxplots της κατανομής του εύρους τιμών της υποκλίμακας μονόδρομης υποστηρικτικότητας στις ομάδες Ατόμων με Αναπηρία.....	164
Εικόνα 10: Boxplots της κατανομής του εύρους τιμών της υποκλίμακας αμφίδρομης υποστηρικτικότητας στις ομάδες Ατόμων με Αναπηρία.....	165
Εικόνα 11: Αλληλεπίδραση ελπίδας και υποστήριξης από τον κοινωνικό περίγυρο στα επίπεδα μονόδρομης συντροφικότητας.....	181

Εισαγωγή

Μία από τις βασικές θέσεις της Θετικής Ψυχολογίας είναι ότι τα θετικά συναισθήματα πέραν του να προκαλούν ευχαρίστηση στον άνθρωπο, επιφέρουν επιπλέον μια σειρά από θετικές επιπτώσεις στην ανθρώπινη λειτουργία (Fredrickson, 1998, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 67). Δεν είναι όλα τα θετικά συναισθήματα ίδια μεταξύ τους ούτε προκαλούνται από τις ίδιες αιτίες. Επιπροσθέτως η Θετική Ψυχολογία δεν αναφέρεται μόνο στην επιδίωξη της ευτυχίας, αλλά επεκτείνεται και στην εξεύρεση των τρόπων αυτών, ώστε να διευκολυνθεί η προσέγγιση αυτής με επιτυχία (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 29). Θετικές μεταβλητές, όπως η ευτυχία, η ελπίδα και η αισιοδοξία, θεωρούνται υπεύθυνες για την πρόκληση αισθήματος ικανοποίησης από τη ζωή και τη δόμηση ισχυρών και ουσιαστικών διαπροσωπικών δεσμών (Danner, Snowdon, & Friesen, 2001, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 25). Επίσης συμβάλλουν στη βελτίωση των πιθανοτήτων επίτευξης των στόχων στη ζωή του ατόμου, στην ενίσχυση της επαγγελματικής ικανοποίησης και στην ώθηση παροχής βοήθειας προς τρίτους. Ακόμη συντελούν στην καλύτερη υγεία του ατόμου, στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής, αλλά και στην απόκτηση μιας ολοκληρωμένης και ισορροπημένης ζωής (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 25). Κάθε μορφή αναπηρίας απαιτεί αλλαγές στην καθημερινότητα της ζωής του ατόμου με σκοπό την αποδοχή της κατάστασής του και την προσαρμογή του σ' αυτήν (Livneh & Antonak, 2005). Τα Άτομα με Αναπηρία μπορεί να διακατέχονται από συναισθήματα ευχαρίστησης ή ευτυχίας και να αντιμετωπίζουν αισιόδοξα την κατάστασή τους (Bognar, 2015). Κατά τη διάρκεια της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής με τη συμμετοχή τους, στα πλαίσια βέβαια των δυνατοτήτων τους, σε κοινωνικές, επαγγελματικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες επιδιώκουν την επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο (Psarra & Klefтарas, 2013). Έχει αποδειχθεί ότι οι μακροχρόνιες κοινωνικές σχέσεις είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τον άνθρωπο. Η Fredrickson υποστηρίζει ότι οι αμοιβαίες εμπειρίες βίωσης θετικών συναισθημάτων δημιουργούν φιλίες και οικογενειακούς δεσμούς που αντέχουν στο χρόνο από τους οποίους το άτομο μπορεί να επωφεληθεί αργότερα σε δύσκολες στιγμές (Fredrickson, 1998, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 37).

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η διερεύνηση την ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας των Ατόμων με Αναπηρία μέσω της εξέτασης παραμέτρων, όπως

είναι η προσαρμογή των ατόμων στην αναπηρία, τα θετικά συναισθήματα, η φιλία, καθώς και δημογραφικά στοιχεία και δεδομένα που σχετίζονται με την κατάσταση της αναπηρίας. Αναλυτικότερα η παρούσα μελέτη αποτελείται από 9 κεφάλαια: Στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρείται ο προσδιορισμός της αναπηρίας, καταγράφονται βασικοί ορισμοί και γίνεται μια προσπάθεια οριοθέτησης της οπτικής, ακουστικής και κινητικής αναπηρίας, καθώς επίσης και κάποιων χρόνιων παθήσεων, όπως του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 και 2, της σκλήρυνσης κατά πλάκας, της μεσογειακής αναιμίας/θαλασσαιμίας/νόσου Cooley, των καρδιαγγειακών νοσημάτων, των νοσημάτων του αναπνευστικού και τέλος των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου. Στο δεύτερο, τρίτο και τέταρτο κεφάλαιο οριοθετούνται αντίστοιχα οι έννοιες της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας ενώ παρουσιάζονται και έρευνες σχετικές με τη συσχέτιση αυτών των εννοιών με την αναπηρία. Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται λόγος για τα θετικά συναισθήματα και τα οφέλη αυτών ενώ εκτίθενται έρευνες σχετικές με αυτά και την αναπηρία. Στο έκτο κεφάλαιο προσδιορίζονται οι έννοιες της αποδοχής και της προσαρμογής, αναλύονται τα μοντέλα προσαρμογής στην αναπηρία και προσδιορίζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμογή σ' αυτήν. Επιπλέον, γίνεται αναφορά σε μελέτες σχετικές με την αναπηρία και την προσαρμογή σ' αυτήν, καθώς και σε έρευνες που εξετάζουν την προσαρμογή στην αναπηρία ως παράμετρο της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας. Στο έβδομο κεφάλαιο προσδιορίζεται η έννοια της φιλίας καθώς και η αξία της. Επίσης αναφέρονται έρευνες σχετικές με τη φιλία και την αναπηρία, καθώς και έρευνες στις οποίες εξετάζεται η φιλία ως παράμετρος της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας των Ατόμων με Αναπηρία. Στο όγδοο κεφάλαιο περιγράφονται ο σκοπός της έρευνας, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς και τα χαρακτηριστικά του δείγματος, παρέχονται πληροφορίες για τα βήματα που ακολουθήθηκαν κατά τη διάρκεια της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την παρούσα μελέτη. Τέλος στο ένατο κεφάλαιο επιχειρείται μία ερμηνεία των αποτελεσμάτων, εξετάζεται η συνάφειά τους με προϋπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα, αναφέρονται ορισμένοι μεθοδολογικοί περιορισμοί της έρευνας και παρέχονται κατευθύνσεις για μελλοντική διεξαγωγή ερευνών και για μελλοντική διαμόρφωση εκπαιδευτικών παρεμβάσεων, με στόχο την καλλιέργεια διαφόρων δεξιοτήτων στους μαθητές.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΘΕΜΕΛΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Λειτουργικοί ορισμοί εννοιών

Αναπηρία (Disability)

Η αναπηρία προσδιορίζεται ως ένα σύνθετο και μεταβαλλόμενο φαινόμενο που είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των προσωπικών χαρακτηριστικών ενός ατόμου και των χαρακτηριστικών του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει (WHO, 2001, όπ. αναφ. στο Σούλης, 2008: 34). Δεν αποτελεί ειδοποιό ατομικό χαρακτηριστικό, αλλά μια προβληματική κατάσταση που κατά κανόνα δημιουργεί η κοινωνία (Σούλης, 2008: 33). Διακρίνεται από τον περιορισμό της λειτουργικότητας του ατόμου σε σημαντικές πτυχές της ζωής, τη μειωμένη συμμετοχή στο κοινωνικό γίνεσθαι, καθώς και από τα εμπόδια που παρουσιάζονται κατά τη διεκπεραίωση των δραστηριοτήτων του ατόμου (WHO, 2001, όπ. αναφ. στο Σούλης, 2008: 33-34).

Χρόνιες Παθήσεις (Chronic-Noncommunicable diseases)

Οι μη μεταδοτικές ασθένειες που είναι γνωστές ως χρόνιες παθήσεις έχουν μεγάλη διάρκεια και είναι αποτέλεσμα συνδυασμού γενετικών, περιβαλλοντικών και συμπεριφορικών παραγόντων. Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι χρόνιες παθήσεις που απαντώνται με τη μεγαλύτερη συχνότητα στον πληθυσμό είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα (όπως είναι οι καρδιακές προσβολές και τα εγκεφαλικά επεισόδια), οι καρκίνοι, οι χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις (όπως είναι η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και το άσθμα) και ο σακχαρώδης διαβήτης (WHO, 2021c).

Ευτυχία (Happiness)

Η ευτυχία είναι ένα θετικό συναίσθημα που προσδίδει μια μακρόχρονη και συνολική αίσθηση ψυχικής ευεξίας και ικανοποίησης από τη ζωή. Κατά τον Veenhoven (2005, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 64) η ευτυχία ορίζεται ως η συνολική θετική αποτίμηση ενός ατόμου για τη ζωή του ενώ και ο Seligman (2002, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 64) κάνει λόγο για μία διαχρονική αίσθηση ευτυχίας. Για άλλους η ευτυχία απορρέει από ένα σύνολο θετικών βιωμάτων της ζωής (Campbell, Converse, & Rodgers, 1976, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011:

64), ενώ για άλλους είναι το αποτέλεσμα της υποκειμενικής εκτίμησης της ισορροπίας μεταξύ των θετικών και αρνητικών συναισθηματικών εμπειριών για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα (Brandburn, 1969, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 64).

Ελπίδα (Hope)

Κατά τον Snyder και τους συνεργάτες του (Snyder, Harris et al., 1991· Snyder, Irving, & Anderson, 1991) η ελπίδα ορίζεται ως μία κατά βάση γνωστική διαδικασία που έχει σχέση με την επιδίωξη ενός στόχου και την επίτευξη αυτού. Αποτελείται από δύο βασικά συστατικά. Το πρώτο έχει σχέση με την αποτελεσματικότητα της χρησιμοποίησης της ενέργειας του ατόμου για την επίτευξη ενός στόχου και το δεύτερο έχει σχέση με την ικανότητα του ατόμου να παράγει τα κατάλληλα μέσα για την υλοποίηση των στόχων του, θέτοντας παράλληλα και ενδιάμεσους στόχους.

Αισιοδοξία (Optimism)

Η αισιοδοξία κατά τους Sheier και Carver (1985, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 71) ορίζεται ως μία σταθερή τάση του ατόμου να θεωρεί ότι στη ζωή η καλή έκβαση των γεγονότων είναι πιθανότερη από την κακή. Επομένως, το άτομο επικεντρώνει την πίστη του στο καλό αποτέλεσμα χωρίς να δίνεται έμφαση στους τρόπους με τους οποίους το άτομο θα το επιτύχει. Τα αισιόδοξα άτομα είναι ικανά να διαμορφώνουν στρατηγικές (Friedman et al., 1992· Fontaine, Manstead, & Wagner, 1993), καθώς διαθέτουν αυξημένες ικανότητες επίλυσης προβλημάτων (Scheier, Weintraub, & Carver, 1986· Strutton & Lumpkin, 1992), παρόλο που η αισιοδοξία αναφέρεται μόνο στη θετική προδιάθεση και όχι στην ικανότητα για οργάνωση δράσης.

Θετικά συναισθήματα (Positive feelings)

Τα θετικά συναισθήματα, όπως η αγάπη, η χαρά, η ευγνωμοσύνη, η γαλήνη, το ενδιαφέρον, η αισιοδοξία, η ελπίδα, η υπερηφάνεια και το δέος σύμφωνα με την Fredrickson (2009, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 31) οδηγούν σε αλλαγές όχι μόνο στον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε τον κόσμο αλλά και στη

βιοχημική ισορροπία του σώματός μας. Επομένως, τα θετικά συναισθήματα δεν είναι επιθυμητά μόνο επειδή είναι ευχάριστα, αλλά και επειδή επιφέρουν στη γενικότερη λειτουργία του ανθρώπου μια σειρά από θετικές επιπτώσεις (Fredrickson, 1998, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 67) και μαζί με την ευτυχία συμβάλλουν στη δημιουργία καλύτερων συνθηκών ζωής (Lyubomirsky, King, & Diener, 2005, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 67).

Προσαρμογή στην αναπηρία (Adjustment to disability)

Κάθε Άτομο με Αναπηρία μέσω της διαδικασίας της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής οδηγείται στην αποδοχή της εικόνας του σώματός του και της προσωπικής του ταυτότητας, καθώς και στην ανάπτυξη του συναισθήματος της αυτοεκτίμησης (Chan, Da Silva Cardoso, & Chronister, 2009). Προσπαθεί να επιτύχει την καλύτερη δυνατή κατάσταση μεταξύ του εαυτού του και του περιβάλλοντός του συμμετέχοντας ενεργά σε κοινωνικές, επαγγελματικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, έχοντας στόχο την επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο (Psarra & Klefтарas, 2013). Η προσαρμογή στην αναπηρία αποτελεί την τεκμηριωμένη τελική φάση της διαδικασίας της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής σε δύσκολες καταστάσεις, όπως κατά την εμφάνιση αναπηριών/χρόνιων παθήσεων (Livneh & Antonak, 1997· Livneh & Antonak, 2005). Κατά την επιτυχή προσαρμογή το άτομο αποκομίζει ικανότητες προσαρμοστικής διαχείρισης, ανεξαρτησίας και αλληλεξάρτησης (Smedema & Ebener, 2010). Η μη επιτυχής προσαρμογή συνοδεύεται από άγχος, κατάθλιψη, θυμό, αρνητική αυτοεκτίμηση, κοινωνική απόσυρση και άρνηση αποδοχής της αναπηρίας (Chan et al., 2009).

Φιλία (Friendship)

Κατά τη Wright (1984: 119) «η φιλία ορίζεται ως μία σχέση, η οποία εμπεριέχει εθελούσια ή απεριόριστη επικοινωνία, κατά την οποία οι εμπλεκόμενοι αποκρίνονται ο ένας στον άλλο σε προσωπικό επίπεδο, στο οποίο τοποθετούνται ως μοναδικά άτομα, παρά ως σύνολα ξεχωριστών γνωρισμάτων ή κάτοχοι απλών ρόλων». Κατά τους Donelson και Gullahorn (1977: 156) «η φιλία είναι μία στενή, προσωπική και στοργική σχέση με χαρακτηριστικά γνωρίσματα την αμοιβαία τρυφερότητα, τη

συναισθηματική ζεστασιά, την ειλικρίνεια και την εντιμότητα, την εμπιστοσύνη, την αφοσίωση και την ανθεκτικότητα της σχέσης στο χρόνο».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΩΝ

1.1 Εννοιολογικός Προσδιορισμός της Αναπηρίας

Η αποσαφήνιση του όρου «αναπηρία» έρχεται αντιμέτωπη με πολλαπλά εμπόδια καθώς είναι μια δύσκολη διαδικασία που απαιτεί κάθε φορά διαφορετική προσέγγιση, που εξαρτάται από τις κοινωνικές και πολιτικές αντιλήψεις που ισχύουν αλλά και από την κατάσταση του ατόμου που την εκδηλώνει. Τα Άτομα με Αναπηρία δεν έχουν την ίδια αντιμετώπιση κάθε εποχή και από κάθε κοινωνική ομάδα, ενώ ο ίδιος τύπος αναπηρίας αντιμετωπίζεται διαφορετικά από άνθρωπο σε άνθρωπο. Ακόμη η έννοια της αναπηρίας οριοθετείται διαφορετικά από τον εκάστοτε επιστημονικό κλάδο που τη διερευνά. Επομένως, η διατύπωση ενός ευρέως αποδεκτού ορισμού σχετικά με την αναπηρία είναι δύσκολη, καθώς προσεγγίζεται κάθε φορά με διαφορετικά κριτήρια, όπως τη μειονεκτικότητα που επιφέρει στο άτομο, το είδος της εκπαίδευσης που λαμβάνει ή το είδος του σχολείου που παρακολουθεί και την παραγωγική και οικονομική απόδοσή του. Στην προσπάθεια ομαδοποίησης των ορισμών κεντρικό κριτήριο αποτελεί η κατανόηση της αναπηρίας ως βιολογική κατάσταση (ιατρικο-βιολογικό μοντέλο) ή ως κοινωνική κατάσταση (κοινωνικο-οικοσυστημικό μοντέλο) (Σούλης, 2008: 30-32).

Με βάση το ιατρικό μοντέλο τα Άτομα με Αναπηρία αντιμετωπίζονται ως μη «υγιή», ως μη «φυσιολογικά» (Karam et al., 2016, όπ. ανάφ. στο Σούλης, 2020), αφού η αναπηρία τους σχετίζεται με την απώλεια, τη βλάβη ή την απόκλιση από τις «φυσιολογικές» ψυχικές ή βιολογικές λειτουργίες του ανθρώπου (Σούλης, 2008: 32). Ο προσδιορισμός των αιτιών και των παραγόντων που προκαλούν την αναπηρία κρίνεται απαραίτητος, ώστε να δοθεί η κατάλληλη θεραπεία από τους επαγγελματίες υγείας με σκοπό την αποκατάσταση του ατόμου (Karam et al., 2016, όπ. αναφ. στο Σούλης, 2020). Εξετάζοντας την αναπηρία του ατόμου σε σχέση με τον περιορισμό των λειτουργικών του ικανοτήτων ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1980, όπ. αναφ. στο Σούλης, 2008: 32) προέβη σε ένα σύστημα ταξινόμησης της αναπηρίας (International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps) χρησιμοποιώντας προοδευτικά τους όρους «impairment» (βλάβη-απώλεια σταθερότητας ή λειτουργίας), «disability» (περιορισμός-μείωση των ικανοτήτων) και «handicap» (αναπηρία-απώλεια της ικανότητας συμμετοχής στις δραστηριότητες).

Επομένως, κατά το ιατρικό μοντέλο ο μοναδικός επιστημονικός κλάδος που μπορεί να διαχειριστεί την αναπηρία είναι η ιατρική καθώς το άτομο καθίσταται ανάπηρο λόγω της μείωσης των ικανοτήτων του εξαιτίας της ατομικής του βλάβης που το καθιστά αδύναμο να συμμετάσχει σε κοινωνικές διεργασίες (Σούλης, 2008: 32-33). Οι κοινωνικές αιτίες της αναπηρίας και τα θεσμικής, συμπεριφορικής, υλικής και ιδεολογικής φύσεως εμπόδια που οδηγούν στην περιορισμένη λειτουργικότητα των αναπήρων δεν αναφέρονται (Reindal, 2010, όπ. αναφ. στο Ζώνιου-Σιδέρη, Ντεροπούλου-Ντέρου, & Βλάχου, 2012).

Αντιθέτως, στο κοινωνικο-οικοσυστημικό μοντέλο η αναπηρία εξετάζεται μέσα στο γενικότερο κοινωνικό και περιβαλλοντικό της πλαίσιο (Σούλης, 2008: 33). Το κοινωνικό μοντέλο κατανοεί την αναπηρία σε σχέση με το κοινωνικό σύνολο. Κριτήριο επομένως, για το χαρακτηρισμό ενός ατόμου με ή δίχως αναπηρία αποτελεί η κοινωνική του προσαρμοστικότητα, που περιλαμβάνει ένα σύνολο προϋποθέσεων απαραίτητων για την επίτευξή της. Κατά το κοινωνικό μοντέλο η έλλειψη κοινωνικής προσαρμογής και η απουσία της αναμενόμενης κοινωνικής συμπεριφοράς χαρακτηρίζουν τα Άτομα με Αναπηρία (Schalock, Luckasson et al., 2007, όπ. αναφ. στο Σούλης, 2020). Αρχικά, επικρατούσε η αντίληψη ότι το ίδιο το άτομο ευθύνονταν για την κοινωνική του προσαρμοστικότητα και το ίδιο έπρεπε να αποποιηθεί τη στρεβλή ταυτότητά του, ώστε να επιτύχει την προσαρμογή του στις απαιτήσεις του εκάστοτε περιβάλλοντος. Στην πορεία όμως αναδείχθηκε η ευθύνη του κοινωνικού συνόλου για την κοινωνική προσαρμοστικότητα του Ατόμου με Αναπηρία ανάλογα με τις δυνατότητες που του παρέχονται (Σούλης, 2020).

Σύμφωνα με το νέο σύστημα ταξινόμησης της αναπηρίας (International Classification of Functioning, Disability and Health) που υιοθέτησε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2001, όπ. αναφ. στο Σούλης, 2008: 33-34) η αναπηρία προσδιορίζεται ως ένα σύνθετο και μεταβαλλόμενο φαινόμενο που προκύπτει από την αλληλεπίδραση προσωπικών χαρακτηριστικών του ατόμου και των χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει (WHO, 2001, όπ. αναφ. στο Σούλης, 2008: 34· Salvador-Carulla et al., 2011). Η αναπηρία επομένως, κατά το κοινωνικό πλαίσιο είναι αποτέλεσμα οργανικών ή περιβαλλοντικών αιτιών που προκαλούν εμπόδια και περιορισμούς σε σημαντικούς τομείς της ζωής, όπως η αυτοεξυπηρέτηση, η απασχόληση, η εκπαίδευση, η ψυχαγωγία και η συμμετοχή στα κοινωνικά δρώμενα (WHO, 2001, όπ. αναφ. στο Σούλης, 2008: 34).

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι δέκα αναπηρίες/χρόνιες παθήσεις (οπτική αναπηρία, ακουστική αναπηρία, κινητική αναπηρία, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, σκλήρυνση κατά πλάκας, μεσογειακή αναιμία/θαλασσαιμία/νόσος του Cooley, καρδιαγγειακά νοσήματα, νοσήματα του αναπνευστικού, ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου) που θα αποτελέσουν αντικείμενο διερεύνησης της παρούσης μελέτης όσον αφορά τους αρκετούς λειτουργικούς περιορισμούς που προκύπτουν εξαιτίας της φύσης των συγκεκριμένων αναπηριών και επηρεάζουν τόσο τη σωματική (Verbrugge & Patrick, 1995, όπ. αναφ. στο Brown & Barrett, 2011· Fogarty et al., 2013, όπ. αναφ. στο Fogarty, Walsh, McGuigan, Tubridy, & Barry, 2014) όσο και την ψυχική υγεία των ατόμων (Santini, Koyanagi, Tyrovolas, Mason, & Haro, 2015, όπ. αναφ. στο Tough, Siegrist, & Fekete, 2017· Rubin & Peyrot, 2001, όπ. αναφ. στο Bachmeier et al., 2019).

1.2 Οπτική αναπηρία

Ο ορισμός της τύφλωσης από νομικής σκοπιάς βασίζεται στις μετρήσεις του οπτικού πεδίου και της οπτικής οξύτητας. Όταν η οπτική οξύτητα είναι κάτω από 20/70 και έως 20/200 μετά τη διόρθωση που έχει επέλθει για τη βελτίωση της όρασης του ματιού που πάσχει, το άτομο έχει μερική όραση, ενώ όταν μετά την καλύτερη δυνατή διόρθωση με γυαλιά ή φακούς επαφής η οπτική οξύτητα είναι 20/200 ή λιγότερο στο μάτι με τη μεγαλύτερη οξύτητα, το άτομο θεωρείται νομικά τυφλό σύμφωνα με τη Social Security Administration (2000, όπ αναφ. στο Heward, 2011). Ακόμη νομικά τυφλό μπορεί να θεωρηθεί ένα άτομο με πάρα πολύ περιορισμένο οπτικό πεδίο. Όταν κοιτάζει ευθεία μπροστά το φυσιολογικό μάτι μπορεί να βλέπει πράγματα σε εύρος περίπου 160° με 170°. Ένα νομικά τυφλό άτομο μπορεί να δει περιορισμένα σε μία περιοχή 20° ή και σε μικρότερη απόσταση (Heward, 2011: 406-407). Τέλος, σύμφωνα με την Ελληνική Νομοθεσία (Ν.958/1979) στο Άρθρο 1 ορίζεται ως τυφλό το άτομο που παρουσιάζει ολική απώλεια όρασης ή οπτική οξύτητα μικρότερη του 1/20 της αντίστοιχης φυσιολογικής.

Υπάρχουν τέσσερις βαθμοί ταξινόμησης της οπτικής βλάβης με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας: η ήπια, η μέτρια, η σοβαρή οπτική βλάβη και τέλος η τύφλωση. Η μειωμένη όραση αναφέρεται στην ήπια και στη σοβαρή οπτική βλάβη. Τέλος ο όρος «τύφλωση» μαζί με τον όρο «μειωμένη όραση» συνιστούν την οπτική

αναπηρία (WHO, 2019a). Κατά την 11^η έκδοση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-11) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2020b), εάν διαπιστωθεί ότι η οπτική οξύτητα στο καλύτερο μάτι ενός ατόμου είναι από 0.3 έως 0.05 και έχει μια αντίστοιχη μείωση στο οπτικό του πεδίο σε λιγότερο από 20 βαθμούς γίνεται λόγος για άτομο χαμηλής όρασης. Η οπτική οξύτητα του 0.3 αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να διακρίνει ένα σύμβολο στα 6 μέτρα (20 πόδια), ενώ αντίστοιχα ένας φυσιολογικός κατά μέσο όρο παρατηρητής θα μπορούσε να το διακρίνει στα 20 μέτρα (67 πόδια).

Η διαταραχή της όρασης επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα στην εκπαιδευτική επίδοση του παιδιού και καθιστά καθοριστική τη σχέση όρασης και μάθησης στην εξέλιξή του. Κατά την εκπαιδευτική διαδικασία οι μαθητές που έχουν οπτική αναπηρία αξιολογούνται από τους εκπαιδευτικούς ανάλογα με το βαθμό που χρησιμοποιούν την όραση, την ακοή ή την αφή στη μάθηση. Οι αισθήσεις της ακοής και της αφής παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες σε έναν μαθητή με ολική τύφλωση, καθώς δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει καθόλου την αίσθηση της όρασης. Απεναντίας, το λειτουργικά τυφλό παιδί υποβοηθείται από την περιορισμένη όρασή του να προσλάβει κάποιες πληροφορίες ενισχύοντας αυτές που κατά βάση του προσφέρουν η αφή και η ακοή. Το παιδί όμως με μερική όραση χρησιμοποιεί την όραση ως πρωταρχικό μέσο μάθησης, ενώ η αφή και η ακοή παίζουν ενισχυτικό ρόλο (Heward, 2011: 408).

Η καλή λειτουργία των τριών συστημάτων (οπτικό, μυϊκό και νευρικό) του ματιού αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματική όραση (Heward, 2011: 413-414). Σε διαταραχές όρασης μπορεί να οδηγήσει οποιαδήποτε διαταραχή ή βλάβη των οπτικών, μυϊκών ή νευρικών δομών του ματιού. Τα αίτια αυτών των διαταραχών ομαδοποιούνται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: διαθλαστικές ανωμαλίες ή σφάλματα, δομικές βλάβες και φλοιώδεις οπτικές βλάβες. Η μυωπία και η υπερμετρωπία είναι δύο από τις παθήσεις του ματιού που ανήκουν στην κατηγορία των διαθλαστικών ανωμαλιών ή σφαλμάτων. Ο καταρράκτης και το γλαύκωμα είναι δύο από τις πολλές αιτίες των διαταραχών όρασης που οφείλονται σε βλάβη ή εκφύλιση του ίδιου του ματιού. Στα αίτια των φλοιωδών οπτικών διαταραχών περιλαμβάνεται η ανεπαρκής οξυγόνωση κατά τη γέννηση ή αλλιώς υποξία, η κρανιοεγκεφαλική κάκωση, η υδροκεφαλία και οι λοιμώξεις του κεντρικού νευρικού συστήματος (Heward, 2011: 414-415). Επίσης άλλα κύρια αίτια οπτικής αναπηρίας αποτελούν η εκφύλιση της ωχράς κηλίδας που σχετίζεται με την ηλικία, η διαβητική

αμφιβληστροειδοπάθεια, η θόλωση του κερατοειδούς και το τράχωμα οφθαλμών (WHO, 2019a). Ακόμη κατά τον Κρουσταλάκη (2005: 116) τύφλωση μπορεί να προκληθεί από προγεννητικά, μεταγεννητικά και περιγεννητικά αίτια. Συγκεκριμένα,

- Προγεννητικά αίτια: Στην κατηγορία αυτή ανήκουν μολυσματικές ασθένειες από τις οποίες η εγκυμονούσα προσβλήθηκε κατά το διάστημα της εγκυμοσύνης, όπως για παράδειγμα η ερυθρά. Επίσης κατά την περίοδο της εμβρυϊκής και βρεφικής ζωής βασικές αιτίες τύφλωσης αποτελούν τα αφροδίσια νοσήματα, όπως για παράδειγμα η γονόρροια από την οποία μπορεί η μητέρα να πάσχει αλλά και η σύφιλη.
- Μεταγεννητικά αίτια: Την έναρξη μιας οπτικής δυσλειτουργίας έως και τύφλωση μπορούν να προκαλέσουν η μηνιγγίτιδα, η ιλαρά, η διφθερίτιδα, η οστρακιά, η εγκεφαλίτιδα ή η ευλογιά που είναι κάποιες από τις μολυσματικές ασθένειες που μπορούν να προκληθούν κατά την παιδική ηλικία.
- Περιγεννητικά αίτια: Κατά τη διάρκεια του τοκετού μπορεί να συμβούν τραυματισμοί στο κρανίο του βρέφους από διάφορα εργαλεία τα οποία μπορεί να προκαλέσουν αιμορραγία του εγκεφάλου ή και σοβαρές αλλά και ανεπανόρθωτες ζημιές στην όραση του μωρού. Συχνά αίτια της τύφλωσης επίσης αποτελούν οι κακώσεις, τα διάφορα ατυχήματα και οι δηλητηριάσεις.

Επιπλέον ατυχήματα μπορούν να προκληθούν και σε χώρους, όπως το σπίτι, τη γειτονιά και το σχολείο κατά την παιδική ηλικία. Οι τραυματισμοί στον κερατοειδή μπορούν να προκαλέσουν σοβαρούς τραυματισμούς στους οφθαλμούς ακόμη και τύφλωση. Επίσης στον επαγγελματικό χώρο μπορεί να συμβούν σοβαροί τραυματισμοί από εργαλεία κυρίως στους χώρους της γεωργίας και της βιομηχανίας (Κρουσταλάκης, 2005: 116).

Επιπτώσεις της οπτικής αναπηρίας

Η οπτική αναπηρία μπορεί να επηρεάσει τις βασικές καθημερινές δραστηριότητες των ατόμων, αφού αντιλαμβάνονται τον κόσμο διαφορετικά και συνεπώς καλούνται να αντιμετωπίσουν προβλήματα λειτουργικής, κοινωνικής και

συναισθηματικής φύσεως. Με τις κατάλληλες παρεμβάσεις, την ανάλογη εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη μπορούν να έχουν καλή ποιότητα ζωής. Ωστόσο, αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην καθημερινότητά τους όσον αφορά τη μετακίνησή τους με ασφάλεια, όπως στη χρήση σκαλοπατιών, στα πεζοδρόμια και τις ράμπες, στη διέλευση των δρόμων ή στα ταξίδια. Ακόμη, τα άτομα με μειωμένη όραση αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα στην οδήγηση και τη στάθμευση. Παρουσιάζουν υπερβολική ευαισθησία στο έντονο φως, δυσκολεύονται στην εκτίμηση των αποστάσεων, στην αλλαγή λωρίδων κυκλοφορίας, στις διασταυρώσεις και στον υπολογισμό ταχύτητας των άλλων οχημάτων. Όσον αφορά τις επιπτώσεις της αναπηρίας αυτής στον επαγγελματικό χώρο, αναφέρονται αρκετές προκλήσεις σχετικά με την εργασία, την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητα των ατόμων αυτών. Χρειάστηκε να διαθέσουν περισσότερο χρόνο και κόπο αρκετές φορές για την ολοκλήρωση της εργασίας τους (Kumaran, Khadka, Baker, & Pesudovs, 2019).

Σύμφωνα με έρευνες τα άτομα με προβλήματα όρασης είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης και χαμηλής αυτοεκτίμησης (Choi, Lee, & Lee, 2018). Η θεραπεία ή η αποκατάσταση της όρασης θα βοηθούσε στην πρόληψη της κατάθλιψης (Han, Lee, Jung, & Park, 2018). Οι αθλητικές δραστηριότητες που είναι προσαρμοσμένες στις δυνατότητες των ατόμων με προβλήματα όρασης μπορούν να αυξήσουν την επιτυχία προγραμμάτων αποκατάστασης, να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους και να ενισχύσουν την αυτοεκτίμησή τους (Ilhan, Idil, & Ilhan, 2020). Στη λειτουργική ικανότητα και στη συναισθηματική και κοινωνική προσαρμογή των ατόμων με οπτική αναπηρία διαδραματίζει βασικό ρόλο το βιοτικό τους επίπεδο και ο κοινωνικός τους περίγυρος (La Grow, Yeung, Towers, Alpass, & Stephens, 2011). Το συναίσθημα της μοναξιάς που βιώνουν τα άτομα με προβλήματα όρασης βρέθηκε να σχετίζεται με μειωμένη οικονομική ευεξία, ψυχική υγεία και ικανοποίηση από τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Τέλος, τα ποσοστά μοναξιάς είναι υψηλά σε ηλικιωμένους στους οποίους τα προβλήματα όρασης δεν αντιμετωπίζονται συχνά με τη βοήθεια προγραμμάτων αποκατάστασης που έχουν σχεδιαστεί ειδικά γι' αυτήν την ηλικία (Grow, Towers, Yeung, Alpass, & Stephens, 2015).

1.3 Ακουστική αναπηρία

Με τον όρο απώλεια ακοής εννοούμε «την αδυναμία του ακουστικού μηχανισμού να μεταφέρει καθαρά τους ήχους του περιβάλλοντος και ιδιαίτερα της

ομιλίας στα κέντρα του εγκεφάλου, για να διαβιβαστούν τα μηνύματα που μεταφέρουν οι ήχοι». Οι δυσκολίες στην ανάπτυξη του προφορικού λόγου μεγαλώνουν όσο μεγαλύτερη είναι η ακουστική απώλεια που δεν επιτρέπει σε ένα άτομο να ακούσει την κανονική ομιλία ακόμα και από πολύ μικρή απόσταση και το οδηγούν στην κώφωση. Το κωφό άτομο αφενός μεν δεν ακούει ένα υπόδειγμα ομιλίας, οπότε δεν είναι σε θέση να το μιμηθεί, αφετέρου δε δεν μπορεί να ελέγχει μέσω της ακοής και να κατευθύνει την ομιλία (Κουμπάνου & Φτιάκα, 2009). Ο χρόνος κατά τον οποίο επήλθε η κώφωση, ο τύπος της ακουστικής απώλειας και η ηλικία έναρξής της στο άτομο αποτελούν βασικούς παράγοντες που βοηθούν στον προσδιορισμό του βαθμού της ακουστικής απώλειας (Κρουσταλάκης, 2005). Τα άτομα που απέκτησαν την αναπηρία της κώφωσης στα δύο με τρία πρώτα χρόνια της ζωής τους αποκαλούνται «προγλωσσικοί» κωφοί, ενώ όσοι απώλεσαν την ακοή τους μετά την κατάκτηση της ομιλίας της γλώσσας τους αναφέρονται ως «μεταγλωσσικοί» κωφοί (Walker, 2013). Υπάρχουν διάφορες κατηγοριοποιήσεις σχετικά με το μέγεθος της ακουστικής απώλειας. Η ακοή μετριέται σε dB και διακρίνεται σε: φυσιολογική ακοή (0-15 dB), πολύ μικρού βαθμού βαρηκοΐα (15-25 dB), μικρού βαθμού βαρηκοΐα (25-40 dB), μετρίου βαθμού βαρηκοΐα (40-55 dB), μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα (55-70 dB), πολύ μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα (70-90 dB) και πάρα πολύ μεγάλου βαθμού βαρηκοΐα (90-110 dB) (Κουρμπέτης & Χατζοπούλου, 2010).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας από την απώλεια ακοής μπορούν να επηρεαστούν το ένα ή και τα δύο αυτιά με αποτέλεσμα το άτομο να αντιμετωπίζει δυσκολίες τόσο με την ακρόαση συνομιλίας όσο και με το άκουσμα δυνατών ήχων. Τα άτομα με κώφωση που έχουν ολική απώλεια ακοής δεν έχουν τη δυνατότητα να ακούσουν κάποιον ήχο με κανένα βοηθητικό μέσο, αλλά ούτε και να μιλήσουν, αφού η ομιλία συνδέεται άμεσα με την ακοή. Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί άτομα με κώφωση να μπορούν να εντοπίζουν κάποιους ήχους. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της «υπολειμματικής ακοής» όπου το άτομο εντοπίζει την ύπαρξη συγκεκριμένων αυθαίρετων ήχων (WHO, 2021b). Για τα άτομα με κώφωση βασικός τρόπος επικοινωνίας, μάθησης και γνώσης είναι η οπτική επαφή που συντελεί στην αντίληψη, την επικοινωνία και την ανακάλυψη του κόσμου γύρω τους (Heward, 2011). Επομένως, το κατεξοχήν εργαλείο που δίνει τη δυνατότητα επικοινωνίας των κωφών ατόμων είναι η νοηματική γλώσσα. Τα βαρήκοα άτομα έχουν τη δυνατότητα να επικοινωνούν μέσω της προφορικής γλώσσας που υποβοηθείται από ακουστικά βαρηκοΐας, κοχλιακά εμφυτεύματα, άλλες βοηθητικές συσκευές, μαθήματα

λογοθεραπείας και λεζάντες (WHO· WHO, 2021b). Τα αίτια των διαταραχών του ακουστικού οργάνου, του ακουστικού νεύρου ή του ακουστικού κέντρου που επιφέρουν κώφωση ή βαρηκοΐα μπορεί να είναι είτε κληρονομικά είτε επίκτητα (Κυπριωτάκης, 2000). Στους κληρονομικούς παράγοντες συγκαταλέγονται γενετικές ανωμαλίες για τις οποίες ευθύνονται παθολογικά γονίδια (Hockenberry & Wilson, 2011). Τα επίκτητα αίτια της ακουστικής ανεπάρκειας χωρίζονται σε προγεννητικά, περιγεννητικά και μεταγεννητικά (Mooges, 1996· Παπαφράγκου, 1996· Κρουσταλάκης, 2005· Hockenberry & Wilson, 2011· WHO, 2021b). Αναλυτικότερα,

- Προγεννητικά αίτια: Οφείλονται στην επίδραση εξωγενών παραγόντων κατά την ενδομήτρια ζωή, όπως η μόλυνση της μητέρας από τον ιό της ερυθράς ή τη σύφιλη, νοσήματα της μητέρας, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η νεφρίτιδα, ο υποθυρεοειδισμός, επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη και τέλος κατάχρηση οινόπνευματος, καπνού και ναρκωτικών ουσιών από τη μητέρα.
- Περιγεννητικά αίτια: Εδώ περιλαμβάνονται η προωρότητα ή ο τραυματισμός κατά τη διάρκεια του τοκετού εξαιτίας ενδοεγκεφαλικής ή ενδοκοχλιακής αιμορραγίας ή οιδήματος με αποτέλεσμα την πρόκληση βλάβης στο κοχλιακό νεύρο, την αδυναμία οξυγόνωσης των εγκεφαλικών κυττάρων σε έναν παρατεινόμενο τοκετό ή την υπερβολική νάρκωση που μπορεί να επιφέρει εκφυλισμό των νευρικών μηχανισμών.
- Μεταγεννητικά αίτια: Λοιμώξεις, όπως οστρακιά, ιλαρά, παρωτίτιδα, πνευμονία, μηνιγγίτιδα και μέση ωτίτιδα, χρήση φαρμάκων, όπως στρεπτομυκίνη και νεομυκίνη, τραυματικές βλάβες, όπως για παράδειγμα κατάγματα του λιθοειδούς, χειρουργικά λάθη, διασεισεις, έντονοι θόρυβοι από ήχους υψηλής συχνότητας, φλεγμονές του μέσου αυτιού, όπως ωτίτιδες, ψυχολογικοί και συναισθηματικοί παράγοντες περιλαμβάνονται σε αυτή την κατηγορία.

Επιπτώσεις της ακουστικής αναπηρίας

Τα παιδιά με προβλήματα ακοής παρουσιάζουν καθυστέρηση στην ανάπτυξη του προφορικού λόγου που είναι αντίστοιχη με το βαθμό της ακουστικής απώλειας

που τα διακρίνει με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η επικοινωνία τους με τους άλλους. Παρόλο που η εκπαιδευτική βοήθεια για τη σχολική τους απόδοση κρίνεται απαραίτητη, παρατηρείται το φαινόμενο να μην είναι πάντα διαθέσιμη η πρόσβασή τους σε παρεμβατικές μεθόδους, γεγονός που έχει αντίκτυπο στην εξέλιξη και την ψυχολογία τους (WHO).^b

Σύμφωνα με την έρευνα των Holman, Drummond, Hughes και Naylor (2019) η κόπωση που βιώνεται από πολλά άτομα με απώλεια ακοής σχετίζεται με τα αρνητικά συναισθήματα που απορρέουν από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην επικοινωνία τους και τον τρόπο ζωής τους. Τα ακουστικά βαρηκοΐας βελτιώνουν την καθημερινότητα των ενηλίκων με ήπια έως μέτρια απώλεια ακοής σχετικά με την ικανότητα ακρόασης των άλλων ανθρώπων. Επίσης έχουν ένα μικρό ευεργετικό αποτέλεσμα στην αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής τους όσον αφορά την υγεία, τη σωματική, κοινωνική, συναισθηματική και ψυχική τους ευεξία (Barker, Leighton, & Ferguson, 2017· Ferguson et al., 2017).

Στην τρίτη ηλικία τα άτομα που πάσχουν από απώλεια ακοής αισθάνονται αποκλεισμένα, καθώς δεν μπορούν να επικοινωνήσουν με τον οικογενειακό και κοινωνικό τους περίγυρο και διακατέχονται από συναισθήματα απομόνωσης, μοναξιάς και απογοήτευσης που συχνά τους οδηγούν στην κατάθλιψη (WHO· Kim et al., 2017· Han et al., 2018). Ωστόσο, η κοινωνική υποστήριξη είναι ιδιαίτερα σημαντική για τα άτομα με προβλήματα ακοής, επειδή μειώνει τα συμπτώματα της κατάθλιψης (West, 2017). Σημαντική είναι επίσης η διατήρηση των κοινωνικών σχέσεων μεταξύ των ηλικιωμένων ενηλίκων, ιδίως εκείνων με προβλήματα ακοής. Χρήσιμες είναι οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση των κοινωνικών δικτύων που συμβάλλουν στην επίτευξη των παραπάνω στόχων (Maharani, Pendleton, & Leroi, 2019).

1.4 Κινητική αναπηρία

Τα άτομα που παρουσιάζουν μικρές ή μεγάλες δυσκολίες στην κίνηση κάποιου ή κάποιων μελών του σώματός τους χαρακτηρίζονται ως άτομα με κινητική αναπηρία. Οι κινητικές δυσκολίες που παρουσιάζουν προέρχονται από ποικίλα αίτια με ανομοιογενείς εκφάνσεις που ανάλογα με τη σοβαρότητά τους επηρεάζουν την καθημερινή συναναστροφή των ατόμων που πάσχουν και παρακωλύουν τη συμμετοχή τους στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Πρόκειται για μια

πολυπληθή και ετερογενή ομάδα ατόμων που τα κινητικά τους προβλήματα δυσχεραίνουν την προσαρμοστικότητά τους στο κοινωνικό περιβάλλον και καθορίζουν το επίπεδο ποιότητας της ζωής τους (Ε.Σ.Α.μεΑ., 2008).

Η κινητική αναπηρία από ιατρικής πλευράς διακρίνεται σε δύο ευρύτερες ομάδες:

- Μυοσκελετικά προβλήματα που δημιουργούνται λόγω μυϊκών ή οστικών παραμορφώσεων, ασθενειών ή εκφυλιστικών παθήσεων που εμποδίζουν το άτομο να εκτελεί συγκεκριμένες κινήσεις του σώματος. Ως τέτοια προβλήματα αναφέρονται η μυϊκή δυστροφία, η ατελής οστεογένεση και η παραμόρφωση ή απώλεια των άκρων (Handicaps Welfare Association, 2018).
- Νευρολογικές δυσλειτουργίες που προκαλούνται λόγω διαταραχής του κεντρικού νευρικού συστήματος, ασθενειών ή εκφυλιστικών παθήσεων που έχουν σαν αποτέλεσμα την αδυναμία του ατόμου να εκτελεί ελεγχόμενες κινήσεις των τμημάτων του σώματος που επηρεάζουν. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται η εγκεφαλική παράλυση, η δισχιδής ράχη, η πολιομυελίτιδα, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και οι κακώσεις της κεφαλής ή της σπονδυλικής στήλης (Handicaps Welfare Association, 2018).

Τα αίτια που προκαλούν κάποια μορφή κινητικής αναπηρίας είναι ποικίλα και μπορεί να οφείλονται σε προγεννητικούς, περιγεννητικούς ή μεταγεννητικούς παράγοντες (Thomson, 2017). Στη συνέχεια αναφέρονται κάποια παραδείγματα αιτιών κινητικής αναπηρίας.

- Προγεννητικά αίτια: Εδώ περιλαμβάνονται νοσήματα, όπως η ερυθρά, ο ιός του έρπητα, χρωμοσωμικές ανωμαλίες, η σύφιλη, ο συγγενής υδροκέφαλος, η αναιμία, η υπερβολική έκθεση σε ακτινοβολία, το αλκοόλ, το κάπνισμα και η κατάχτηση ναρκωτικών.
- Περιγεννητικά αίτια: Σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν παθολογικές καταστάσεις, όπως μία μηχανική κρανιακή κάκωση, επιλοκές του

τοκετού, τραύματα στον τοκετό, λοιμώξεις του κεντρικού νευρικού συστήματος και ενδοκρανιακή αιμορραγία.

- Μεταγεννητικά αίτια: Συμπεριλαμβάνονται ο νεογνικός ίκτερος, εγκεφαλικές κακώσεις, ενδοκρανιακή αιμορραγία, έκθεση σε ακτινοβολία, επίκτητη εγκεφαλοπάθεια και δηλητηριάσεις.

Επιπτώσεις της κινητικής αναπηρίας

Η κινητική αναπηρία μειώνει τη λειτουργικότητα των μελών του σώματος και επηρεάζει την αυτόνομη διαβίωση του ατόμου, την ποιότητα ζωής και τη συμμετοχή του στις καθημερινές και κοινωνικές δραστηριότητες. Η περιορισμένη λειτουργικότητα των ατόμων με κινητική αναπηρία αμβλύνεται με την ύπαρξη απαραίτητων προσαρμογών στο περιβάλλον (ράμπες, αναπηρικά αμαξίδια), ώστε να διευκολύνεται η μετακίνησή τους και η πρόσβασή τους σε εργασιακούς χώρους, κτίρια, δημόσιες συγκοινωνίες και χώρους αναψυχής. Έτσι η καθημερινότητά τους βελτιώνεται αισθητά και διευκολύνεται η συμμετοχή τους στις δραστηριότητες του κοινωνικού συνόλου (Thomson, 2017).

Η εγκεφαλική παράλυση στην παιδική ηλικία θεωρείται μόνιμη διαταραχή κίνησης και στάσης (Rosenbaum, Paneth, Leviton, Goldstein, & Bax, 2007, όπ. αναφ. στο Davis et al., 2017). Ερευνητικά αποτελέσματα έδειξαν ότι πολλοί τομείς της ζωής των παιδιών με εγκεφαλική παράλυση, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής, κοινωνικής και συναισθηματικής ευεξίας, μπορούν να επηρεαστούν από την αναπηρία τους (Colver, Fairhurst, & Pharoah, 2014, όπ. αναφ. στο Davis et al., 2017). Συνεπώς υπάρχει ανάγκη για ουσιαστική υποστήριξη, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι μεγάλος αριθμός ατόμων με εγκεφαλική παράλυση πάσχει και από νοητική αναπηρία (Reid et al., 2016, όπ. αναφ. στο Davis et al., 2017). Στο σημείο αυτό γίνεται λόγος για τη συννοσηρότητα, την ύπαρξη δηλαδή ταυτόχρονα δύο ή περισσότερων αναπηριών στο ίδιο άτομο. Η κινητική αναπηρία συχνά συνοδεύεται και από άλλες αναπηρίες, όπως η νοητική αναπηρία, οι επιληπτικές κρίσεις, ο στραβισμός, τα αναπνευστικά προβλήματα, η σιελόρροια και οι δυσκολίες σίτισης. Συνήθως τα άτομα εμφανίζουν και δυσκολίες μάθησης καθώς και ψυχικές διαταραχές (Barnes, 2016).

Η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων στη βελτίωση της υγείας αξιολογείται από την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ατόμων. Αποτελέσματα μιας ποιοτικής έρευνας που είχε στόχο τη μελέτη της ποιότητας ζωής σε εφήβους με εγκεφαλική παράλυση έδειξε ότι η βελτίωση της ευεξίας και της ποιότητας ζωής των εφήβων αυτών σχετίζονταν με την εκπαίδευση, τη συμμετοχή στα κοινωνικά δρώμενα, με θέματα που συνοδεύουν την εγκεφαλική παράλυση (πόνος, δυσφορία, επικοινωνία), την οικονομική και συναισθηματική στήριξη της οικογένειας και τις αλλαγές που επιφέρει στο άτομο η εφηβεία (Davis et al., 2009).

Η κινητική αναπηρία δεν επιφέρει μόνο φυσικούς περιορισμούς στην καθημερινότητα του ατόμου, αλλά παρεμποδίζει και τη διατήρηση των κοινωνικών δεσμών (Schafar, 2013, όπ. αναφ. στο Anderson, Falci, & Warner, 2016) με κίνδυνο να προκαλέσει σοβαρά κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα που επηρεάζουν την ψυχική υγεία του ατόμου (Santini et al., 2015, όπ. αναφ. στο Tough et al., 2017) και ευνοούν την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης (Craig, Tran, & Middleton, 2009, όπ. αναφ. στο Munce et al., 2016). Ερευνητικά αποτελέσματα έδειξαν ότι οι κοινωνικές σχέσεις διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ψυχική υγεία και ευεξία σε άτομα με κινητική αναπηρία (Tough et al., 2017). Σε άλλη μελέτη διαπιστώθηκε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα που παρουσιάστηκαν σε άτομα με τραυματισμό της σπονδυλικής στήλης οφείλονταν περισσότερο στους περιορισμούς της συμμετοχής τους στις καθημερινές και κοινωνικές δραστηριότητες παρά στην ένταση του πόνου (Cuff, Fann, Bombardier, Graves, & Kalpakjian, 2014, όπ. αναφ. στο Müller et al., 2017) που βίωναν εξαιτίας της αναπηρίας τους. Επομένως, η εξασφάλιση υψηλότερων επιπέδων συμμετοχής στο κοινωνικό σύνολο για την ενίσχυση της ικανοποίησης από τη ζωή μετά τον τραυματισμό, καθώς και η αποδοχή του πόνου (Yang & McCracken, 2014, όπ. αναφ. στο Müller et al., 2017), η αισιοδοξία (Müller et al., 2016, όπ. αναφ. στο Müller et al., 2017), η αυτοδιαχείριση της αναπηρίας (Cijssouw et al., 2016, όπ. αναφ. στο Müller et al., 2017), η προσπάθεια υλοποίησης προσδοκιών και η επίλυση προβλημάτων, αποτελούν πιθανούς στόχους των θεραπευτικών παρεμβάσεων (Müller et al., 2017).

1.5 Χρόνιες Παθήσεις

Οι μη μεταδοτικές ασθένειες, γνωστές και ως χρόνιες παθήσεις, έχουν μεγάλη διάρκεια και είναι αποτέλεσμα συνδυασμού γενετικών, περιβαλλοντικών και

συμπεριφορικών παραγόντων. Οι χρόνιες παθήσεις με τη μεγαλύτερη συχνότητα είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα (όπως καρδιακές προσβολές και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο), οι καρκίνοι, οι χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις (όπως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και άσθμα) και ο σακχαρώδης διαβήτης (WHO, 2021c).

Άνθρωποι όλων των ηλικιακών ομάδων, περιοχών και χωρών είναι ευάλωτοι στους παράγοντες κινδύνου που συμβάλλουν στα χρόνια νοσήματα. Διακρίνουμε δύο ομάδες παραγόντων, τους τροποποιήσιμους και τους μεταβολικούς. Οι τροποποιήσιμες συμπεριφορές, όπως η χρήση καπνού, η σωματική αδράνεια, η ανθυγιεινή διατροφή και η χρήση αλκοόλ αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων. Οι μεταβολικοί παράγοντες κινδύνου συμβάλλουν σε τέσσερις βασικές μεταβολικές αλλαγές που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης των χρόνιων νοσημάτων. Αυτές είναι η αρτηριακή υπέρταση, η παχυσαρκία, η υπεργλυκαιμία (αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα) και η υπερλιπιδαιμία (υψηλά επίπεδα λιπιδίων στο αίμα). Κύριος παράγοντας μεταβολικού κινδύνου παγκοσμίως είναι η αυξημένη αρτηριακή πίεση στην οποία αποδίδονται οι περισσότεροι θάνατοι, ενώ ακολουθούν το υπερβολικό βάρος σώματος και η αυξημένη γλυκόζη στο αίμα. Η ανθυγιεινή διατροφή και η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας ευθύνονται για την παρουσία των μεταβολικών παραγόντων κινδύνου και τους κινδύνους που αυτοί προκαλούν (WHO, 2021c).

Οι χρόνιες παθήσεις επηρεάζουν πολλούς τομείς της ζωής του ατόμου, όπως τις κοινωνικές και τις οικογενειακές σχέσεις, την οικονομική ευημερία, τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, καθώς και τις ψυχαγωγικές και επαγγελματικές δραστηριότητες (Falvo, 2005). Οι άνθρωποι που προέρχονται από χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα είναι πιο ευάλωτοι, αρρωσταίνουν και πεθαίνουν πιο νωρίς απ' ό,τι τα άτομα που κατέχουν υψηλές κοινωνικές θέσεις, καθώς έχουν πρόσβαση σε χαμηλότερης ποιότητας προϊόντα και περιορισμένες υπηρεσίες υγείας και κατ' επέκταση χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Επιπλέον, η θεραπεία των χρόνιων νοσημάτων είναι χρονοβόρα και δαπανηρή, καθώς το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης είναι υπερβολικό και σε συνδυασμό με την απώλεια εισοδήματος δυσκολεύει την ανάπτυξη, αφού εκατομμύρια άνθρωποι οδηγούνται στη φτώχεια (WHO, 2021c).

Η καλύτερη πρόληψη για τα χρόνια νοσήματα είναι να εστιάσουμε στη μείωση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου που ευθύνονται γι' αυτά.

Απαιτείται η συνεργασία των τομέων της υγείας, της οικονομίας, της εκπαίδευσης, της γεωργίας και άλλων για την προώθηση παρεμβάσεων που να στοχεύουν στην πρόληψη και τον έλεγχο των χρόνιων παθήσεων. Ο εντοπισμός, ο έλεγχος και η θεραπεία αυτών των ασθενειών, καθώς και η παροχή πρόσβασης στην ανακουφιστική φροντίδα των ατόμων που έχουν ανάγκη αποτελούν σημαντικές παρεμβάσεις που μπορούν να παρασχεθούν μέσω μιας πρωτοβάθμιας προσέγγισης υγειονομικής περίθαλψης για την ενίσχυση της έγκαιρης ανίχνευσης και της έγκαιρης θεραπείας. Τέτοιες παρεμβάσεις, αν παρέχονται νωρίς στους ασθενείς, θεωρούνται εξαιρετικές οικονομικές επενδύσεις, αφού μπορούν να μειώσουν την ανάγκη για ακριβή θεραπεία (WHO, 2021c).

1.5.1 Σκλήρυνση κατά Πλάκας

«Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μια φλεγμονώδης και εκφυλιστική διαταραχή του κεντρικού νευρικού συστήματος που οδηγεί σε βλάβη της μυελίνης και των αξόνων» (Reich, 2018, όπ. αναφ. στο Körke et al., 2018). Η φλεγμονή μπορεί να παρουσιαστεί σε οποιαδήποτε περιοχή του εγκεφάλου, του νωτιαίου μυελού και του οπτικού νεύρου (Kanavos et al., 2016). Η σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζεται συνήθως σε ενήλικες ηλικίας 20 έως 45 ετών και περιστασιακά στην παιδική ηλικία ή στα τέλη της μέσης ηλικίας (Goldenberg, 2012· Reich, 2018). Η μέση ηλικία εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων της ασθένειας είναι των 29 ετών (Kanavos et al., 2016). Στα περισσότερα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας η πορεία της πρώιμης νόσου χαρακτηρίζεται από αναστρέψιμα επεισόδια νευρολογικής δυσλειτουργίας που αρχικά αναρρώνουν μερικώς ή πλήρως. Στη συνέχεια όμως υποτροπιάζουν και παρουσιάζουν προοδευτική νευρολογική επιδείνωση (Goldenberg, 2012· Körke et al., 2018). Κατά την υποτροπή της νόσου μπορεί να παρουσιαστεί μία σειρά σοβαρών συμπτωμάτων που καθορίζουν την πορεία αυτής και έχουν σχέση με το σημείο της φλεγμονής εντός του κεντρικού νευρικού συστήματος (Goldenberg, 2012· Kanavos et al., 2016· Körke et al., 2018). Τα συμπτώματα αυτά κυμαίνονται από ήπιες αισθητηριακές λειτουργίες έως σοβαρά συμπτώματα, όπως για παράδειγμα απώλεια όρασης ή παραπληγία (Körke et al., 2018). Η αιτία που προκαλεί τη σκλήρυνση κατά πλάκας είναι άγνωστη, αλλά φαίνεται να αποδίδεται σε συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Boζίκης & Σωτηροπούλου, 2012· Goldenberg, 2012). Η σκλήρυνση κατά πλάκας θεωρείται ότι μειώνει το προσδόκιμο

ζωής κατά πέντε έως δέκα χρόνια σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό (Moore et al., 2016). Η ασθένεια επηρεάζει τις γυναίκες σε ποσοστό διπλάσιο απ' ότι τους άνδρες και είναι πιο διαδεδομένη σε χώρες της Βόρειας Ευρώπης (Goldenberg, 2012). Ωστόσο στις γυναίκες η εξέλιξη της νόσου είναι ήπια και αργή, ενώ στους άνδρες είναι ραγδαία (Harbo, Gold, & Tintoré, 2013).

Οι νευρολόγοι συμφωνούν ως προς την ομαδοποίηση των ασθενών σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες με βάση την πορεία της νόσου:

- Υποτροπιάζουσα-Διαλείπουσα ΣκΠ (Relapsing-Remitting MS, RRMS): Αυτή η μορφή επηρεάζει περίπου το 85% των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας και είναι η πιο κοινή. Χαρακτηρίζεται από εξάρσεις (υποτροπές ή παροξύνσεις) και όταν τα συμπτώματα βελτιώνονται ή εξαφανίζονται ακολουθούν περίοδοι ύφεσης (Goldenberg, 2012).
- Δευτεροπαθής Προϊούσα ΣκΠ (Secondary Progressive MS, SPMS): Σε ορισμένους ασθενείς με υποτροπιάζουσα-διαλείπουσα νόσο αναπτύσσεται αυτή η μορφή. Η θεραπεία με παράγοντες τροποποίησης της νόσου βοηθά στην καθυστέρηση της εξέλιξης της νόσου σε πολλούς ασθενείς (Goldenberg, 2012).
- Πρωτοπαθής Προϊούσα ΣκΠ (Primary Progressive MS, PPMS): Η μορφή αυτή επηρεάζει το 10% των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας. Από την αρχή τα συμπτώματα επιδεινώνονται συνεχώς. Δεν υπάρχουν υποτροπές ή υφέσεις. Μπορεί μόνο να υπάρχει κάποια περιστασιακή ύφεση της νόσου. Είναι η πιο ανθεκτική μορφή στα φάρμακα που συνήθως χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της νόσου (Goldenberg, 2012).
- Προϊούσα Υποτροπιάζουσα ΣκΠ (Progressive-Relapsing MS, PRMS): Η σπάνια αυτή μορφή επηρεάζει λιγότερο από το 5% των ασθενών. Η εξέλιξη της είναι από την αρχή προοδευτική, με διαλείπουσες εξάρσεις και επιδεινούμενα συμπτώματα χωρίς περιόδους ύφεσης (Goldenberg, 2012).

Επιπτώσεις της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι «μία χρόνια φλεγμονώδης νόσος που χαρακτηρίζεται από βλάβες του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) που μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρή σωματική αναπηρία καθώς και νευρολογικά ελαττώματα» (Ghasemi, Razavi, & Nikzad, 2017). Είναι πολυποίκιλη και απρόβλεπτη νόσος. Η πορεία της δεν είναι ίδια σε όλους τους ασθενείς (Goldenberg, 2012). Τα συνήθη συμπτώματα που συνοδεύουν τη νόσο είναι κινητικά προβλήματα, δυσκολία στην ισορροπία και την ορθή στάση του σώματος, μειωμένος μυϊκός έλεγχος του χεριού και των δακτύλων, αίσθηση πόνου, ασαφής ομιλία, απώλεια αίσθησης, κατάθλιψη και άγχος, άρνηση και δυσφορία, ακράτεια ούρων και κοπράνων, γνωστική δυσλειτουργία, δυσκολία στη μνήμη και τη συγκέντρωση, πιθανά προβλήματα στις οπτικοακουστικές ικανότητες, τον προγραμματισμό και την επίλυση προβλημάτων (Kanavos et al., 2016).

Οι λειτουργικοί περιορισμοί επιδρούν σοβαρά στη σωματική δραστηριότητα των ασθενών. Ωστόσο, αποτελέσματα έρευνας υποστηρίζουν τη θετική επίδραση της σωματικής δραστηριότητας στην ψυχολογική και σωματική ευεξία τους. Σε δείγμα πολύ ενεργών ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας διερευνήθηκαν τα κίνητρα και τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας, καθώς και ο αντίκτυπος που είχαν στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι αισθάνονται ολοκληρωμένοι και ικανοί τόσο ως προς τη σωματική τους δραστηριότητα όσο και ως προς την καθημερινή τους διαβίωση, ενώ διακατέχονταν και από μια αίσθηση ανεξαρτησίας και αυτονομίας. Επίσης όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν οφέλη ως προς την αυξημένη ικανοποίησή τους από τη ζωή και μια θετική στάση απέναντι στη ζωή (Fasczewski, Gill, & Rothberger, 2017). Εξαιτίας των προβλημάτων της νόσου κατά την υποτροπή ή την επιδείνωσή της οι πάσχοντες αναγκάζονται να απουσιάσουν από την εργασία τους ή να συνταξιοδοτηθούν, ενώ εκδηλώνουν την ανάγκη υποστήριξης από την οικογένειά τους, τους φίλους τους ή τους επαγγελματίες φροντιστές (Fogarty et al., 2014). Η σκλήρυνση κατά πλάκας σχετίζεται άμεσα με την ψυχική υγεία και την ευεξία των ασθενών. Έχει κοινωνικό και ψυχολογικό αντίκτυπο καθώς οι αλλαγές που επιφέρει στη ζωή τους επηρεάζουν τη συναισθηματική τους ισορροπία, την αυτοπεποίθηση, την αίσθηση ικανότητας, καθώς και τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις τους (Dehghani, Hojati, & Shamsizadeh, 2013, όπ. αναφ. στο Dehghani, Nayeri, & Ebadi, 2017). Αποτελέσματα έρευνας έδειξαν ότι οι ασθενείς με

σκλήρυνση κατά πλάκας ανέφεραν σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι άτομα με άλλες αναπηρίες συμπτώματα κατάθλιψης που σε συνδυασμό με την αίσθηση της κόπωσης και της δυσφορίας που βίωναν εξαιτίας της αναπηρίας τους επηρέαζαν περισσότερο την ποιότητα της ζωής τους (Lobentanz et al., 2004).

Τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης αποτελούν ζωτικό σύνδεσμο για άτομα με προβλήματα υγείας, αφού αποτελούν μια παρηγορητική πηγή ανταλλαγής πληροφοριών, συζήτησης και εμπλουτισμού γνώσεων (Lavorgna, Russo et al., 2017). Τα άτομα που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας έχουν εκφράσει την ανάγκη για περισσότερες πληροφορίες και υποστήριξη (Matti, McCarl, Klaer, Keane, & Chen, 2010· McCabe, Ebacioni, Simmons, McDonald, & Melton, 2015). Αν και είναι πολύ καλά ενημερωμένα για την υγεία τους, συχνά είναι ευάλωτα σε ελπίδες για θεραπεία ή διάσωση από θεραπείες των οποίων η αποτελεσματικότητα δεν είναι πάντα επιστημονικά αποδεκτή. Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας χρησιμοποιούν το διαδίκτυο όχι μόνο ως πηγή ιατρικών πληροφοριών, αλλά και για να αλληλεπιδράσουν με άλλους που ζουν στην ίδια κατάσταση. Το διαδίκτυο τους παρέχει τη δυνατότητα να βγουν από την κοινωνική απομόνωση, να επικοινωνήσουν, να ανταλλάξουν απόψεις, εμπειρίες και συναισθήματα και να κάνουν φίλιες. Το κοινωνικό δίκτυο SMSocialnetwork.com με μια ιατρική ομάδα παρεμβαίνει άμεσα, όταν κοινοποιούνται ψευδείς ή ακατάλληλες ιατρικές πληροφορίες αναφορικά με τη νόσο (Lavorgna et al., 2017· Lavorgna, Russo et al., 2017).

Κατά το «παράδοξο της αναπηρίας», παρά τις πρακτικές και συναισθηματικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας στην πορεία της ασθένειάς τους αποδέχονται την κατάστασή τους, προσαρμόζονται με επιτυχία στην αναπηρία τους και διαμορφώνουν θετική αντίληψη για τη ζωή (Lulé, Häcker, Ludolph, Birbaumer, & Kübler, 2008, όπ. αναφ. στο Lulé et al., 2011).

1.5.2 Σακχαρώδης Διαβήτης

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια πάθηση που προκαλείται, όταν το πάγκρεας δεν παράγει αρκετή ινσουλίνη ή όταν το σώμα δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά την ινσουλίνη που παράγει» (WHO, 2020a). Αποτέλεσμα αυτών των μεταβολικών διαταραχών είναι η εμφάνιση υπεργλυκαιμίας η οποία με την πάροδο του χρόνου προκαλεί βλάβες σε όργανα στόχους, προκαλώντας μικροαγγειακές και

μακροαγγειακές επιπλοκές (Ighodaro & Adeosun, 2017). Τα τελευταία χρόνια η επίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη έχει λάβει επιδημικές διαστάσεις, καθώς το 2015 το 8,8% του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού νοσούσε από σακχαρώδη διαβήτη και υπολογίζεται ότι μέχρι το 2040 το ποσοστό αυτό θα έχει ανέλθει στο 10,4% του ενήλικου πληθυσμού (Ogurtsova et al., 2017). Χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου είναι πολυουρία, πολυδιψία, απώλεια βάρους, διαταραχές της όρασης και λοιμώξεις του ουροποιητικού και των γεννητικών οργάνων. Οι πιο σοβαρές κλινικές εκδηλώσεις της νόσου είναι οι οξείες υπεργλυκαιμικές καταστάσεις, όπως η διαβητική κετοξέωση και η υπερωσμωτική υπεργλυκαιμική κατάσταση με σημαντική θνητότητα (WHO, 2019b). Η νόσος μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των νοσούντων είτε γιατί απαιτείται σε πολλές περιπτώσεις τακτικός έλεγχος των επιπέδων της γλυκόζης στο αίμα, ειδικά σε ινσουλινοθεραπευόμενους ασθενείς είτε λόγω των επιπλοκών της νόσου. Συγκεκριμένα, ο σακχαρώδης διαβήτης είναι η κύρια αιτία τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής νόσου, τύφλωσης και ακρωτηριασμού των κάτω άκρων, ενώ τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την κύρια αιτία νοσηρότητας και θνητότητας σ' αυτόν τον πληθυσμό (American Diabetes Association, 2018, 2021). Ακόμη φαίνεται να σχετίζεται και με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Trikkalinou, Papazafirovoulou, & Melidonis, 2017). Ανάλογα με την παθοφυσιολογική διαταραχή που ενέχεται ο σακχαρώδης διαβήτης χωρίζεται σε κατηγορίες από τις οποίες οι κυριότερες είναι ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1, ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 και ο Σακχαρώδης Διαβήτης κύησης (American Diabetes Association, 2019· WHO, 2019b). Από αυτές τις κατηγορίες ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 αφορά το 90% με 95% των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη (WHO, 2019b).

Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, γνωστός στο παρελθόν και ως ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης, χαρακτηρίζεται από καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος που φυσιολογικά παράγουν ινσουλίνη έχοντας ως τελικό αποτέλεσμα την πλήρη έλλειψη ινσουλίνης και την πρόκληση υπεργλυκαιμίας. Εμφανίζεται συνήθως στην παιδική και εφηβική ηλικία αν και μπορεί να διαπιστωθεί και σε μεγαλύτερες ηλικίες. Η αιτιολογία του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 πιστεύεται πως

είναι πολυπαραγοντική, καθώς φαίνεται πως γενετικοί και περιβαντολλογικοί παράγοντες εμπλέκονται στην παθογένεια της νόσου (Katsarou et al., 2017).

Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 είναι ένα πολυπαραγοντικό νόσημα που εμφανίζεται κυρίως σε ενήλικες ασθενείς λόγω αντίστασης των ιστών στην ινσουλίνη και δυσλειτουργίας των β-κυττάρων του παγκρέατος. Αποτέλεσμα των ανωτέρω είναι η εμφάνιση υπεργλυκαιμίας (Kahn, Cooper, & Del Prato, 2014). Καθώς στα αρχικά στάδια η νόσος παρουσιάζει ήπια συμπτώματα είναι δυνατό να παραμείνει αδιάγνωστη για αρκετά χρόνια, με αποτέλεσμα το 25% των ασθενών να παρουσιάζουν ήδη κάποια επιπλοκή της νόσου κατά τη διάγνωση (Trikkalinou et al., 2017). Με την πάροδο των ετών κάποιοι από τους ασθενείς καθίστανται ινσουλινοπενικοί και χρήζουν ινσουλινοθεραπείας για την επίτευξη ευγλυκαιμίας. Το υπερβολικό σωματικό βάρος και η σωματική αδράνεια πολύ συχνά οδηγούν στην εμφάνιση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (Kahn et al., 2014).

Επιπτώσεις του σακχαρώδους διαβήτη

Ο σακχαρώδης διαβήτης μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή των πασχόντων γι' αυτό και απαιτείται εκτεταμένη αυτοδιαχείριση προκειμένου να αποφευχθούν οι επιπλοκές, ειδικά στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (Nielsen, Ovesen, Mortensen, Lau, Joensen, 2016).

Οι σωματικές και ψυχολογικές απαιτήσεις της καθημερινής θεραπείας, το συνεχές άγχος και ο φόβος των οξέων και μακροπρόθεσμων επιπλοκών έχουν σημαντική επίδραση στη σωματική, κοινωνική και συναισθηματική ευεξία των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (Katsarou et al., 2017). Έρευνα του Nielsen κ.συν. (2016) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ενήλικες ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 παρουσιάζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής, υψηλότερα ποσοστά ανεργίας, λαμβάνουν περισσότερες άδειες από την εργασία τους ετησίως και στην πλειονότητά τους έχουν καλό μορφωτικό επίπεδο σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Ακόμη οι παρατηρούμενες διαφορές σχετικά με την ποιότητα ζωής και την απασχόληση αφορούσαν κυρίως άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας και γυναίκες. Ωστόσο σε παλαιότερες μελέτες είχε διαπιστωθεί ότι οι ενήλικες με σακχαρώδη

διαβήτη τύπου 1 είχαν χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Steen Carlsson et al., 2009· Persson, Dahlquist, Gerdtham, & Steen Carlsson, 2013), ενώ άλλες μελέτες δεν αναφέρουν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (Ardron, MacFarlane, & Robinson, 1987· Songer et al., 1989· Gåfvvels, Börjesson, & Lithner, 1991· Lloyd, Robinson, & Fuller, 1992· Aalto, Uutela, & Kangas, 1996· Jacobson et al., 1997). Ευρήματα άλλης έρευνας επισήμαναν τις αρνητικές επιπτώσεις που επιφέρουν οι επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 στην ποιότητα ζωής, στην επαγγελματική κατάσταση και στο επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών (Lloyd & Orchard, 1999· Rubin & Peyrot, 1999). Επίσης δεδομένα από άλλες μελέτες δείχνουν πως ο σακχαρώδης διαβήτης μπορεί να επηρεάσει και την αυτοεκτίμηση των ασθενών ιδιαίτερα των γυναικών (Lima et al., 2011· Audureau, Rican, & Coste, 2012).

Στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 φαίνεται να υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος εμφάνισης ψυχοπαθολογικών διαταραχών, όπως κατάθλιψη, άγχος και διατροφικές διαταραχές (Kovacs, Goldston, Obrosky, & Bonar, 1997· Peyrot & Rubin, 1997· Anderson, Freedland, Clouse, Lustman, 2001· Engum, Mykletun, Midthjell, Holen, & Dahl, 2005· Kelly, Howe, Hendler, & Lipman, 2005). Τέλος, έχει παρατηρηθεί ότι ο σακχαρώδης διαβήτης επηρεάζει την παραγωγικότητα, τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, τη σωματική άσκηση, τον ύπνο, την εργασία και την οδήγηση (Barnett et al, 2010, όπ. αναφ. στο Lopez, Annunziata, Bailey, Morisky, & Rupnow, 2014).

1.5.3 Μεσογειακή Αναιμία/Θαλασσαιμία/Νόσος του Cooley

Μία από τις πιο κοινές κληρονομικές παθήσεις του αίματος σε παγκόσμιο επίπεδο είναι η μεσογειακή αναιμία. Πρόκειται για μια ομάδα γενετικών νοσημάτων του αίματος που χαρακτηρίζονται από ποσοτική διαταραχή στη σύνθεση της α ή β πολυπεπτιδικής αλύσου οι οποίες σχηματίζουν το κανονικό μόριο της αιμοσφαιρίνης στους ενήλικες (HbA, $\alpha_2\beta_2$). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της πλήρωσης των ερυθρών κυττάρων με αιμοσφαιρίνη και την πρόκληση αναιμίας. Ανάλογα με τα γονίδια που ενέχονται και το είδος της ποσοτικής διαταραχής στην παραγωγή αλύσων σφαιρίνης τα σύνδρομα αυτά διακρίνονται σε α -μεσογειακή αναιμία και β -μεσογειακή αναιμία. Υπάρχουν βέβαια και σπανιότερες μορφές οι γ -, δ -, $\delta\beta$ -

θαλασσαιμίες. Η β-μεσογειακή αναιμία ή νόσος του Cooley ή β-θαλασσαιμία είναι συχνότερη (Κουτελέκος & Χαλιάσος, 2013).

Επιπτώσεις της β-μεσογειακής αναιμίας

Η κλινική εικόνα της β-μεσογειακής αναιμίας εμφανίζει κλινικές διαβαθμίσεις. Η ετερόζυγη μορφή της είναι συνήθως ασυμπτωματική. Η ενδιάμεση (μη μεταγγισιοεξαρτώμενη) μορφή μπορεί να προκαλέσει μετρίου βαθμού αναιμία και σπληνομεγαλία ενώ μπορεί να συνοδεύεται και από επιπλοκές, όπως η χολολιθίαση, η αιμοσιδήρωση, ο υπερσπληνισμός, λοιμώξεις και άτονα έλκη κνημών. Τέλος η πιο σοβαρή μορφή είναι η μείζων μεσογειακή αναιμία ή αναιμία Cooley (μεταγγισιοεξαρτώμενη) όπου στο 60% των περιπτώσεων τα συμπτώματα εμφανίζονται από το πρώτο έτος της ζωής. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης, συχνές λοιμώξεις, μογγολοειδές προσωπείο, ηπατοσπληνομεγαλία και καρδιομεγαλία, ενώ μπορεί να παρουσιάσουν επιπλοκές, όπως υποτροπιάζουσες λοιμώξεις, βλάβη στο μυοκάρδιο, στο ήπαρ και στους ενδοκρινείς αδένες (Kasper et al., 2015). Η πιο κοινή ενδοκρινική επιπλοκή σε αυτούς τους ασθενείς είναι ο υπογοναδισμός ο οποίος μπορεί να οφείλεται σε πρωτοπαθή ανεπάρκεια των γονάδων ή σε παθήσεις της υπόφυσης λόγω αιμοσιδήρωσης. Επίσης μπορεί να παρουσιάσουν επιπλοκές και από τα επινεφρίδια, όπως ανεπάρκεια αυτών (Al-Mosawy, 2017). Αναφορικά με τις καρδιακές επιπλοκές οι ασθενείς αυτοί μπορούν να παρουσιάσουν δυσλειτουργία του μυοκαρδίου, αρρυθμίες, πνευμονική υπέρταση και περιφερική αγγειακή νόσο με αποτέλεσμα οι καρδιακές παθήσεις να παραμένουν η κύρια αιτία θνησιμότητας σε αυτούς τους ασθενείς (Κουτελέκος & Χαλιάσος, 2013).

Οι ασθενείς με μείζονα μεσογειακή αναιμία υποβάλλονται περιοδικά σε μεταγγίσεις ερυθρών εφ' όρου ζωής, ενώ έχουν εφαρμοστεί ως θεραπευτικές παρεμβάσεις μεταμόσχευση αιμοποιητικών κυττάρων και πρόσφατα γονιδιακή θεραπεία με ενθαρρυντικά αποτελέσματα (Thompson et al., 2018). Παρά τις προόδους που έχουν συντελεστεί στην αντιμετώπιση των ασθενών με μείζονα μεσογειακή αναιμία, αυτοί συνεχίζουν να έχουν χαμηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Telfer, 2009).

Οι ασθενείς με β-μεσογειακή αναιμία που αντιμετωπίζονται με επαναλαμβανόμενες μεταγγίσεις αίματος μπορούν να εμφανίσουν υπερφόρτωση

σιδήρου η οποία μπορεί να προκαλέσει ανοσολογικές εκτροπές με αποτέλεσμα να εμφανίσει το άτομο αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης (Al-Hakeim, Najm, Al-Dujaili, & Maes, 2020). Έρευνα των Al-Hakeim κ.συν. (2020), με στόχο να εξετάσει, εάν οι επαναλαμβανόμενες μεταγγίσεις αίματος, η υπερφόρτωση σιδήρου και οι ανοσοφλεγμονώδεις αποκρίσεις σχετίζονται με την κατάθλιψη σε παιδιά ηλικίας 6 με 12 ετών με μεταγγισιοεξαρτώμενη θαλασσαιμία, έδειξε ότι οι επιδράσεις αυτές συμπεριλαμβανομένης της φλεγμονής και της τοξικότητας του οξειδωτικού στρες μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη. Από τη μελέτη των Antikchi, Taghavi και Rafienia (2017) αποδείχθηκε πως υπάρχει υψηλή συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης και άγχους σε ασθενείς με θαλασσαιμία. Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης αποτελεί έναν από τους παράγοντες που αυξάνουν την εμφάνιση κατάθλιψης, καθώς η λήψη κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να παίξει προστατευτικό ρόλο έναντι ψυχικών και σωματικών προβλημάτων υγείας και να μειωθούν τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους (Maheri et al., 2018). Παρόλα αυτά άλλη έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ασθενείς με θαλασσαιμία εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και υψηλή ποιότητα ζωής. Επιπλέον, η ποιότητα ζωής βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την κατάσταση της υγείας. Οι ασθενείς αποδείχθηκε πως είχαν αρκετά φυσιολογική ζωή που μοιάζει με αυτή του γενικού πληθυσμού (Rikos, Giannadaki, Spontidaki, Tzagkaraki, & Linardakis, 2020).

1.5.4 Καρδιαγγειακά Νοσήματα

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι μια ομάδα διαταραχών της καρδιάς και των αιμοφόρων αγγείων. Σε αυτά περιλαμβάνονται νοσήματα, όπως η στεφανιαία νόσος της οποίας κύριες εκφάνσεις είναι η ισχαιμική καρδιακή νόσος, η καρδιακή ανεπάρκεια και ο αιφνίδιος καρδιακός θάνατος, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η περιφερική αρτηριακή νόσος και νοσήματα της αορτής, όπως τα ανευρύσματα (NHS, 2018).

Τα οξεία στεφανιαία σύνδρομα, δηλαδή τα οξεία εμφράγματα και η ασταθής στηθάγχη αλλά και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, συνήθως εμφανίζονται κυρίως μετά από κάποια απόφραξη που εμποδίζει τη ροή του αίματος στην καρδιά ή στον εγκέφαλο. Ο συνηθέστερος παθοφυσιολογικός μηχανισμός που ενέχεται στην πρόκληση αυτών των νοσημάτων είναι η ρήξη αθηρωματικής πλάκας που σχηματίζεται μετά από τη συσσώρευση λιπαρών αποθέσεων στα εσωτερικά

τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων που τροφοδοτούν τα όργανα αυτά. Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια μπορεί επίσης να οφείλονται σε αιμορραγία ή σε εμβολικά επεισόδια από θρόμβους αίματος (WHO, 2021a).

Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι η ηλικία, το φύλο, το κάπνισμα, η δυσλιπιδαιμία, η κληρονομικότητα, η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η χρόνια νεφρική νόσος (Kasper et al., 2015), ενώ αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως (Bansilal, Castellano, & Fuster, 2015).

Σοβαρότερη μορφή της στεφανιαίας νόσου αποτελεί το έμφραγμα του μυοκαρδίου, καθώς χαρακτηρίζεται από υψηλή θνητότητα, υψηλή νοσηρότητα και μείωση της λειτουργικής ικανότητας του ατόμου. Προκαλείται από πλήρη και συνεχή απόφραξη ενός στεφανιαίου αγγείου με τελικό αποτέλεσμα τη νέκρωση μυοκαρδιακού ιστού. Στα συμπτώματα της νόσου περιλαμβάνονται οπισθοστερνικό άλγος οξύ, διάχυτο, συσφιγκτικού χαρακτήρα, δύσπνοια, αδυναμία, εφίδρωση και εμετοί. Τα συμπτώματα εμφανίζονται απότομα και σε συνθήκες ηρεμίας και διαρκούν για ένα τουλάχιστον ημίωρο. Απεναντίας, στη σταθερή στηθάγχη τα συμπτώματα διαρκούν λιγότερο από δέκα λεπτά και εμφανίζονται στην κόπωση ή μετά από έντονο stress σωματικό ή ψυχικό. Συνεχίζοντας, η καρδιακή ανεπάρκεια είναι μία παθοφυσιολογική κατάσταση στην οποία η καρδιά δεν είναι ικανή να αντλήσει αίμα σε ρυθμό ανάλογο με τις απαιτήσεις των ιστών, ενώ μπορεί να προκληθεί από οποιαδήποτε δομική ή λειτουργική καρδιακή διαταραχή. Η νόσος χαρακτηρίζεται από μεγάλη θνητότητα. Στα κύρια αίτια της καρδιακής ανεπάρκειας στο δυτικό κόσμο περιλαμβάνονται η στεφανιαία νόσος στο 60% των περιπτώσεων, η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και σπανιότερα βαλβιδοπάθειες και διάφορες μυοκαρδιοπάθειες. Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας είναι η στεφανιαία νόσος, η αρτηριακή υπέρταση, το κάπνισμα και η παχυσαρκία, ενώ εκλυτικά αίτια για την οξεία απορρύθμιση της νόσου είναι η ακατάλληλη θεραπεία ή η μη καλή συμμόρφωση σ' αυτήν, διάφορες αρρυθμίες, η μυοκαρδιακή ισχαιμία, διάφορες λοιμώξεις, η πνευμονική εμβολή αλλά και οποιοδήποτε στρες. Χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου είναι η δύσπνοια στην κόπωση, η ορθόπνοια, το οξύ πνευμονικό οίδημα, η μειωμένη ικανότητα άσκησης και τα οίδημα στα κάτω άκρα. Οι ασθενείς ταξινομούνται σε τέσσερις λειτουργικές κατηγορίες αναλόγως της βαρύτητας της κλινικής εικόνας (I-IV κατά NYHA – New York Heart Association) οι οποίες έχουν

και προγνωστική βαρύτητα, με την τέταρτη να εμφανίζει τη χειρότερη πρόγνωση (Kasper et al., 2015).

Στο γενικό πληθυσμό έως και 10% των ατόμων ηλικίας κάτω των 70 ετών και 15% έως 20% των ατόμων ηλικίας άνω των 70 ετών έχουν περιφερική αρτηριακή νόσο (peripheral arterial disease, PAD). Συμπτωματική νόσο με τη μορφή της τυπικής διαλείπουσας χωλότητας έχει μόνο το 10% των ασθενών, ενώ ασυμπτωματικό μπορεί να είναι έως και το 75% εξ αυτών. Τα άτομα αυτά διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο θανάτου και καρδιαγγειακών νοσημάτων και χρήζουν αντιμετώπισης όλων των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου. Είναι δυνατό να παρουσιάζουν σημαντικούς λειτουργικούς περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες, ενώ αυξημένος είναι και ο κίνδυνος ακρωτηριασμού. Συνεπώς, η περιφερική αγγειακή νόσος είναι μια κατάσταση με μεγάλο επιπολασμό στον πληθυσμό που συνήθως δεν παρουσιάζει έντονη συμπτωματολογία και δύσκολα ανιχνεύεται (Andras & Ferket, 2014· Conte & Vale, 2018).

Τέλος, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να είναι μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Μπορεί να χαρακτηριστεί ως ισχαιμικό, αιμορραγικό ή υπαραχνοειδής αιμορραγία (Adams et al., 1993, όπ. αναφ. στο Hui, Tadi, & Patti, 2021). Η κλινική εικόνα των ασθενών παρουσιάζει μεγάλο εύρος, καθώς σε κάποιους ασθενείς δεν καταλείπεται υπολειμματική νευρολογική σημειολογία, όπως στα παροδικά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, ενώ άλλοι μπορεί να έχουν μόνιμες παρέσεις άκρων με σημαντικές επιπτώσεις στη ποιότητα ζωής αυτών (Richards, Malouin, & Nadeau, 2015).

Επιπτώσεις των καρδιαγγειακών νοσημάτων

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις παραμένουν κύρια αιτία θανάτου και αποτελούν σημαντική επιβάρυνση για τη δημόσια υγεία παγκοσμίως (Lozano et al., 2012, όπ. αναφ. στο Ko, Lee, Shin, & Jo, 2015). Για να μειωθεί η συχνότητα των καρδιαγγειακών παθήσεων πρέπει να ενταθούν οι προσπάθειες πρόληψης (Pearson, 2007, όπ. αναφ. στο Pandya, Gaziano, Weinstein, & Cutler, 2013). Για το σκοπό αυτό επιχειρείται μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για τη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων που θα περιλαμβάνει οδηγίες για τον τρόπο ζωής, τον έλεγχο του σωματικού βάρους, τη φαρμακευτική αγωγή για τη μείωση της χοληστερόλης και την παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης. Η ποιότητα ζωής που

σχετίζεται με την υγεία μπορεί να επηρεαστεί σημαντικά από την παρουσία καρδιαγγειακών παθήσεων (Ko et al., 2015).

Η συχνότητα των καρδιαγγειακών παθήσεων μπορεί να μειωθεί αν ενταθούν οι προσπάθειες πρόληψης (Pearson, 2007, όπ. αναφ. στο Pandya et al., 2013). Τις τελευταίες δεκαετίες η χρήση φαρμάκων για τη μείωση των λιπιδίων και για την καταπολέμηση της υπέρτασης είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση της αρτηριακής πίεσης και της χοληστερόλης (Baigent et al., 2005· Gregg et al., 2005· Law, Morris, & Wald, 2009). Το κάπνισμα επίσης μειώθηκε σταθερά γεγονός που οδήγησε σε μείωση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακές παθήσεις (Silverstein, Nietert, Zoller, & Silvestri, 2001· Stewart, Cutler, & Rosen, 2009). Άλλοι όμως παράγοντες κινδύνου, όπως ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος, ο σακχαρώδης διαβήτης και η προχωρημένη ηλικία έχουν αυξηθεί οπότε οι καρδιαγγειακές παθήσεις εξακολουθούν να απειλούν την ανθρώπινη ζωή (Olshansky et al., 2005· Stewart et al., 2009).

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία επηρεάζεται από κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, αφού έχει φανεί πως τα άτομα με σοβαρά προβλήματα έχουν χαμηλότερο εισόδημα, λιγότερα έτη εκπαίδευσης και δυσμενέστερο εργασιακό περιβάλλον (Ko et al., 2015). Θετικοί προγνωστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής αποτελούν η τήρηση της θεραπευτικής αγωγής, η τακτική σωματική δραστηριότητα, ο έλεγχος των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου και η παροχή υποστήριξης στους ασθενείς. Οι παράγοντες αυτοί θα πρέπει να στοχεύουν όχι μόνο σε παρεμβάσεις για τη μείωση της νοσηρότητας αλλά και για τη διατήρηση ή ακόμα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Θετική παρέμβαση στον τρόπο ζωής των ασθενών αποτελεί η σωματική δραστηριότητα που έχει σχέση με τη διατήρηση της σωματικής υγείας, καθώς ο καθιστικός τρόπος ζωής επιβαρύνει σημαντικά τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Ludt et al., 2011). Τα καταθλιπτικά συμπτώματα που οφείλονται στις καρδιαγγειακές παθήσεις επηρεάζουν την ψυχική υγεία και τη συναισθηματική ευεξία των ασθενών καθώς και τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες. Η ψυχολογική υποστήριξη που μπορούν να λάβουν οι ασθενείς από το φιλικό και συγγενικό τους περιβάλλον είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας και της ποιότητας ζωής (O'Neil et al., 2013).

Αποτελέσματα έρευνας σε εργαζόμενους με καρδιαγγειακές παθήσεις έδειξαν τις δυσκολίες που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα άτομα αυτά, όπως αυξημένο άγχος και έντονες εργασιακές απαιτήσεις εξαιτίας των σημερινών εργασιακών συνθηκών. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι ήταν συνεπείς ως προς τη

λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, ενώ μικρότερος αριθμός συμμετεχόντων τηρούσε τη σωστή διατροφή, συμμετείχε σε σωματικές δραστηριότητες και παρακολουθούσε την εξέλιξη της νόσου. Συμπερασματικά, απαιτούνται παρεμβάσεις με κατάλληλα προγράμματα στους χώρους εργασίας που να διευκολύνουν τους εργαζόμενους με καρδιαγγειακά νοσήματα να συμμορφωθούν με τις θεραπευτικές τους οδηγίες (Dickson, Howe, Deal, & McCarthy, 2012).

1.5.5 Νοσήματα του Αναπνευστικού

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις είναι ασθένειες των αεραγωγών και άλλων δομών του πνεύμονα. Πρόκειται για μία ετερογενή ομάδα νοσημάτων στα οποία περιλαμβάνονται η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), το βρογχικό άσθμα, οι επαγγελματικές πνευμονοπάθειες και η πνευμονική υπέρταση. Τα συνηθέστερα αίτια που ενέχονται στην πρόκλησή τους είναι το παθητικό και ενεργητικό κάπνισμα, η ατμοσφαιρική ρύπανση (τόσο η εξωτερική όσο και η εσωτερική που συχνά δημιουργείται από το μαγείρεμα με στερεά καύσιμα), οι χημικές ουσίες, οι σκόνες, τα αλλεργιογόνα, η επαγγελματική έκθεση, καθώς και συχνές λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού κατά την παιδική ηλικία. Οι χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις δεν είναι ιάσιμες, ωστόσο διάφορες μορφές θεραπείας που βοηθούν στη διάταση των κύριων διόδων του αέρα και στη βελτίωση της δύσπνοιας μπορούν να βοηθήσουν στον έλεγχο των συμπτωμάτων και στην αύξηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με την ασθένεια. Δύο από τις πιο κοινές χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις είναι η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και το βρογχικό άσθμα (WHA).

Η ΧΑΠ είναι μια κοινή νόσος που μπορεί να προληφθεί και να αντιμετωπιστεί. Χαρακτηριστικά της είναι τα επίμονα αναπνευστικά συμπτώματα και ο περιορισμός της ροής του αέρα λόγω των διαταραχών των αεραγωγών και των κυψελίδων που προκαλούνται συνήθως από σημαντική έκθεση σε επιβλαβή σωματίδια ή αέρια. Πιστεύεται πως οφείλεται σε ένα μείγμα καταστροφής των μικρών αεραγωγών (π.χ. αποφρακτική βρογχιολίτιδα) και του παρεγχύματος (π.χ. εμφύσημα), ενώ υπάρχουν διαφορές ως προς το είδος και το μέγεθος της βλάβης από άτομο σε άτομο. Η ΧΑΠ αποτελεί μία από τις πρωταρχικές αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως με διαρκώς αυξανόμενο κοινωνικο-οικονομικό κόστος (Kasper et al., 2015).

Στα αίτια της πρόκλησης της ΧΑΠ περιλαμβάνεται καταρχήν το κάπνισμα τσιγάρου ή και άλλων ουσιών, όπως μαριχουάνας, η επαγγελματική έκθεση σε οργανικές και ανόργανες σκόνες, χημικές ουσίες και καυσαέρια που ευθύνονται για το 1/3 των περιπτώσεων ΧΑΠ σε μη καπνιστές, καθώς και η καύση βιομάζας (π.χ. ξύλο, κάρβουνο) για μαγείρεμα ή θέρμανση σε σπίτια με ανεπαρκή αερισμό στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η σοβαρού βαθμού έλλειψη της α1-αντιθρυψίνης αποτελεί ένα ακόμη αίτιο σε άτομα <40 ετών και ευθύνεται για <1% των περιπτώσεων ΧΑΠ. Τέλος, η ατμοσφαιρική ρύπανση και το παθητικό κάπνισμα επιδεινώνουν τα αναπνευστικά συμπτώματα και αυξάνουν τη συχνότητα των παροξύνσεων (Kasper et al., 2015). Η δύσπνοια, ο χρόνιος βήχας και η υπερβολική παραγωγή πτυέλων αποτελούν τρία από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα της ΧΑΠ (WHOa).

Το βρογχικό άσθμα είναι ένα ετερογενές νόσημα που χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονή των αεραγωγών και συνοδεύεται από βρογχική υπεραντιδραστικότητα. Αποτελεί μία πολυπαραγοντική νόσο και η εκδήλωσή της οφείλεται σε αλληλεπιδράσεις προδιαθεσικών και ελκυστικών παραγόντων. Στους προδιαθεσικούς παράγοντες περιλαμβάνονται γονίδια που προδιαθέτουν για ατοπία ή βρογχική υπεραντιδραστικότητα, καθώς έχει αποδειχθεί πως το οικογενειακό ιστορικό παίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση του άσθματος ιδίως του αλλεργικού. Η πιθανότητα εμφάνισης άσθματος στα παιδιά αυξάνεται, όταν πάσχει ένας γονέας και ιδίως η μητέρα και σχεδόν διπλασιάζεται, όταν πάσχουν και οι δύο γονείς. Στους εκλυτικούς παράγοντες περιλαμβάνονται τα εισπνεόμενα αλλεργιογόνα (ενδοοικιακά και εξωοικιακά), οι λοιμώξεις ιδίως οι ιογενείς, διάφορα επαγγελματικά αντιγόνα, το κάπνισμα (ενεργητικό και παθητικό), ατμοσφαιρικοί και ενδοοικιακοί ρύποι. Στο 75-80% των ασθενών με βρογχικό άσθμα διαπιστώνεται αλλεργία σε κοινά αλλεργιογόνα, όπως τα ακάρεα της οικιακής σκόνης, οι γύρεις (αγρωστωδών φυτών, σιτηρών, παριετάριας, ελιάς, κυπαρισσιού κ.ά.), οι μύκητες και τα επιθήλια ζώων. Το άσθμα που οφείλεται σε αλλεργία ονομάζεται αλλεργικό και εκδηλώνεται κυρίως σε νεαρή ηλικία, ενώ αντιθέτως, όταν η αιτιολογία του δεν μπορεί να προσδιορισθεί, ονομάζεται μη αλλεργικό και είναι συχνότερο στους ενήλικες. Άλλοι εκλυτικοί παράγοντες είναι: διάφορα φάρμακα, όπως οι αποκλειστές των β-υποδοχέων του συμπαθητικού (β-blockers), οι ανταγωνιστές του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης (α-MEA), η ασπιρίνη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Τέλος ψυχολογικοί παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση ασθματικών συμπτωμάτων. Το βρογχικό άσθμα εκδηλώνεται κλινικά με επαναλαμβανόμενα επεισόδια συριγμού,

δύσπνοιας, σφιξίματος στο στήθος και βήχα (Kasper et al., 2015). Τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν αρκετές φορές την ημέρα ή την εβδομάδα και σε ορισμένους ασθενείς επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια της σωματικής δραστηριότητας ή τη νύχτα (WHOa).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση των χρόνιων αναπνευστικών νοσημάτων ποικίλει ανάλογα με το νόσημα. Αναφορικά με τη ΧΑΠ και το βρογχικό άσθμα οριστική θεραπεία δεν υπάρχει. Ωστόσο, οι υπάρχουσες θεραπευτικές παρεμβάσεις μπορούν να μειώσουν τα συμπτώματα, να αποτρέψουν την κλιμάκωση της νόσου και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών (WHOa).

Η κυστική ίνωση είναι μία κληρονομική πάθηση που κληρονομείται κατά τον αυτοσωματικό υπολειπόμενο τρόπο. Είναι η πιο συχνή κληρονομική πάθηση του αναπνευστικού με επίπτωση 1:3.000 γεννήσεις (Hangül et al., 2019). Τα άτομα με κυστική ίνωση παραδοσιακά είχαν χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης, ωστόσο τα τελευταία έτη με την ορθότερη αντιμετώπιση αυτών των ασθενών πλέον έχουν μια μέση επιβίωση περί τα 50 έτη. Η συχνότερη αιτία θανάτου είναι η χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια που είναι απότοκος των χρόνιων αναπνευστικών λοιμώξεων. Από την παιδική ηλικία παρουσιάζουν υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού και βρογχεκτασίες με συχνές νοσηλείες και χαμηλή ποιότητα ζωής. Πέραν των συμπτωμάτων του αναπνευστικού, οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν και παγκρεατική ανεπάρκεια, όπως επίσης και συμπτώματα από το γεννητικό και το πεπτικό σύστημα. Η θεραπεία των ασθενών αυτών περιλαμβάνει τη χορήγηση παγκρεατικών ενζύμων, αναπνευστική φυσικοθεραπεία, αντιβιοτικά και βλεννολυτικά, ενώ σε προχωρημένα στάδια μπορεί να κριθεί απαραίτητη η μεταμόσχευση πνευμόνων ή ήπατος (Castellani & Assael, 2016).

Επιπτώσεις των νοσημάτων του αναπνευστικού

Ένα σημαντικό σύμπτωμα που αφορά όλες τις χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις είναι η κόπωση. Ο βαθμός της ικανότητας των ασθενών για σωματική δραστηριότητα θα πρέπει οπωσδήποτε να λαμβάνεται υπόψιν (Gruet, 2018). Η ΧΑΠ συνήθως γίνεται αντιληπτή μετά την ηλικία των 40 με 50 ετών και έχει παρατηρηθεί πως αναπτύσσεται αργά. Η κατάσταση των πασχόντων προοδευτικά επιδεινώνεται και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η πραγματοποίηση καθημερινών δραστηριοτήτων να γίνεται συνεχώς δύσκολη, όπως για παράδειγμα η μεταφορά μιας βαλίτσας ή το

περπάτημα σε μια μικρή σκάλα. Τα άτομα αυτά επίσης συχνά βιώνουν παροξύνσεις (σοβαρά επεισόδια αυξημένης δύσπνοιας, πτυέλων και βήχα) οι οποίες διαρκούν αρκετές ημέρες έως και μερικές εβδομάδες. Αυτά τα επεισόδια μπορούν να οδηγήσουν σε ανάγκη για επείγουσα ιατρική περίθαλψη και μερικές φορές ακόμη και στο θάνατο (WHO, 2017). Όσον αφορά το βρογχικό άσθμα, η ανεπαρκής πρόσβαση σε φάρμακα και υπηρεσίες υγείας είναι ένας από τους σημαντικούς λόγους για τον κακό έλεγχο αυτού σε πολλές περιπτώσεις. Η μη χρήση κατάλληλων φαρμάκων ή η μη τήρηση της θεραπείας μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο. Το βρογχικό άσθμα προκαλεί συχνά στους νοσούντες αϋπνία, κόπωση κατά τη διάρκεια της ημέρας, μειωμένο επίπεδο δραστηριότητας και συχνές απουσίες στο σχολείο και την εργασία. Ωστόσο, φαίνεται πως το βρογχικό άσθμα παρουσιάζει χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας σε σύγκριση με άλλα χρόνια νοσήματα (WHOa).

1.5.6 Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου

Τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (ΙΦΝΕ) αποτελούν χρόνιες παθήσεις αγνώστου αιτιολογίας, αν και πιστεύεται πως στην πρόκλησή τους ενέχονται πολλαπλοί παράγοντες, όπως η εντερική μικροχλωρίδα, ο εντερικός φραγμός και διάφορα γονίδια με επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των πασχόντων (Μυλωνάκη, Τζουβαλά, Κοκοζίδης, & Τριανταφυλλίδης, 2006, όπ. αναφ. στο Κωνσταντιδέλλη, Αλετράς, & Νιάκας, 2020). Συγκεκριμένα, στα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου ανήκει η νόσος του Crohn και η ελκώδης κολίτιδα. Κλινικά, ενδοσκοπικά, ιστολογικά και ακτινολογικά χαρακτηριστικά χρησιμοποιούνται προκειμένου να διαγνωσθεί κάποιος με ένα από τα δύο νοσήματα (Sairenji, Collins, & Evans, 2017).

Ειδικότερα η νόσος του Crohn είναι μια νοσολογική οντότητα άγνωστης, πολυπαραγοντικής αιτιολογίας με πολλαπλές διαταραχές της ανοσορρύθμισης χαρακτηριστικό της οποίας είναι η διατοιχωματική φλεγμονή του γαστρεντερικού σωλήνα. Η νόσος του Crohn μπορεί να προσβάλλει το σύνολο του γαστρεντερικού σωλήνα από το στόμα έως την περιπρωκτική περιοχή (Kasper et al., 2015). Τις τελευταίες δεκαετίες η συχνότητα εμφάνισης της συγκεκριμένης νόσου αυξάνεται σταθερά (Lichtenstein et al., 2018). Χαρακτηριστικές εκδηλώσεις της νόσου είναι ο πυρετός, η παρατεταμένη κόπωση, ο κοιλικοειδής κοιλιακός πόνος, η διάρροια, η αιμορραγία στα κόπρανα, αφδώδη έλκη στο στόμα, η απώλεια βάρους, η

περιπρωκτική νόσος και τα συρίγγια τα οποία είναι διαδρομές ή επικοινωνίες δια των ιστών που συνδέουν δύο όργανα με επιθηλιακή επένδυση. Έτσι προκύπτουν εντεροκυστικά, εντεροδερματικά, εντεροεντερικά και εντεροκολπικά συρίγγια. Η νόσος του Crohn και η ελκώδης κολίτιδα χαρακτηρίζονται και από την εμφάνιση εξωεντερικών εκδηλώσεων, όπως η αρθρίτιδα, η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα, δερματολογικές και οφθαλμικές εκδηλώσεις (Kasper et al., 2015).

Η ελκώδης κολίτιδα είναι μία χρόνια και υποτροπιάζουσα νόσος χαρακτηριστικό της οποίας είναι η διηθητική φλεγμονή του βλεννογόνου του παχέος εντέρου. Παρόλο που η νόσος δεν έχει αυξημένη θνητότητα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό μπορεί να εμφανίσει σημαντική αύξηση της νοσηρότητας καθώς και του κόστους της ιατρικής φροντίδας. Είναι άγνωστης αιτιολογίας, αν και έχουν ενοχοποιηθεί κατά καιρούς γενετικοί, περιβαλλοντικοί, ανοσολογικοί και ψυχογενείς παράγοντες. Η νόσος χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση διαρροϊκών κενώσεων με πρόσμιξη αίματος και βλέννης, τεινισμού, ήπιου κοιλιακού άλγους και γενικά συμπτώματα, όπως αναιμία, καταβολή και ανορεξία με εξάρσεις και υφέσεις. Επιπλοκές της νόσου είναι η σηψαιμία, το τοξικό megacolon, η διάτρηση και η ανάπτυξη καρκίνου του παχέος εντέρου (Kasper et al., 2015).

Επιπτώσεις των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου

Τόσο η νόσος του Crohn όσο και η ελκώδης κολίτιδα μπορούν να επηρεάσουν τη ζωή των ασθενών, δηλαδή την καθημερινότητα στο σχολείο, την εργασία, την κοινωνική καθώς και την οικογενειακή ζωή. Παρατηρούνται επιδράσεις στη συμπεριφορά, την παραγωγικότητα και σε σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές πτυχές (Vivan, Santos, & Dos Santos, 2017). Αυτό συμβαίνει, καθώς η ασθένεια εμφανίζεται κατά τον πιο παραγωγικό χρόνο της ζωής και επαναλαμβάνεται με χρόνια υποτροπιάζοντα πρότυπα. Ωστόσο, μέσω της χρόνιας παρακολούθησης και της κατάλληλης αγωγής οι ασθενείς όλων των ηλικιών μπορούν να οδηγηθούν σε καλύτερη ποιότητα ζωής (Sairenji et al., 2017). Τέλος, τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής, καθώς οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Tomazoni & Benvegnú, 2018· Choi et al., 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΥΤΥΧΙΑ

2.1 Η έννοια της ευτυχίας

Πολλοί φιλόσοφοι και ψυχολόγοι κατά καιρούς έχουν ασχοληθεί με το νόημα της ευτυχίας. Η ευτυχία είναι υποκειμενική και προσωπική υπόθεση του κάθε ανθρώπου. Εξαρτάται από τον τρόπο ζωής που έχει επιλέξει κάθε άνθρωπος ανάλογα με τον εσωτερικό του κόσμο και τον ηθικό του χαρακτήρα και από το πόσο έχει καταφέρει να αξιοποιήσει σωστά τις πνευματικές, ηθικές και σωματικές του δυνάμεις (Veenhoven, 2009, όπ. αναφ. στο Abdel-Khalek & Lester, 2017). Η ψυχική ικανοποίηση του ανθρώπου που προέρχεται από την αξιολόγηση της επιτυχίας των στόχων που έθεσε στη ζωή του συντελεί στην ευτυχία του και του δημιουργεί μακροπρόθεσμα μια αίσθηση εσωτερικής πληρότητας που απορρέει από την εκπλήρωση των επιθυμιών του (Oishi & Gilbert, 2016, όπ. αναφ. στο Abdel-Khalek & Lester, 2017). Κατά τους Argyle, Martin και Lu (1995, όπ. αναφ. στο Abdel-Khalek & Lester, 2017) η ευτυχία είναι συνυφασμένη με τα θετικά συναισθήματα, την ικανοποίηση του ατόμου και την απουσία αρνητικών συναισθημάτων, όπως η κατάθλιψη ή το άγχος. Οι Lucas και Diner (2008, όπ. αναφ. στο Abdel-Khalek & Lester, 2017) δήλωσαν ότι για την ευτυχία ή την υποκειμενική ευημερία ισχυρό καθοριστικό παράγοντα αποτελεί το αποτέλεσμα της ισορροπίας ανάμεσα στις θετικές και τις αρνητικές συναισθηματικές εμπειρίες μέσα σ' ένα ευρύ χρονικό διάστημα.

Ο ηδονισμός, η θεωρία της επιθυμίας και η θεωρία της αντικειμενικής λίστας είναι τρεις βασικές θεωρητικές τοποθετήσεις που έχουν αποδοθεί στον όρο ευτυχία (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 64). Σύμφωνα με τον Αρίστιππο τον Κυρηναίο (περ. 435-355 π.Χ.) μοναδικό αγαθό είναι η απόλαυση ανεξάρτητα από το αίτιο που την προκαλεί (Waterman, 1993, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 64). Ο ηδονισμός αναφέρεται στο στιγμιαίο βίωμα απόλαυσης και ικανοποίησης. Θεωρεί ότι στη ζωή του ανθρώπου υπερτερούν κατά πολύ οι στιγμές της απόλαυσης και της χαράς των στιγμών του πόνου και της θλίψης (Bentham, 1978, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 64). Κατά τον Αριστοτέλη ύψιστη ευδαιμονία και ύψιστο αγαθό για τον άνθρωπο αποτελεί η αναζήτηση της αυτοπραγμάτωσης και της κατά το δυνατόν ανάπτυξης του δυναμικού που διαθέτει. Οι επιθυμίες ποικίλλουν από

άνθρωπο σε άνθρωπο ως προς το αντικείμενό τους με αποτέλεσμα να μην επιζητούν απαραίτητα όλοι οι άνθρωποι την απόλαυση και την αποφυγή του πόνου, αλλά να έχουν στη ζωή τους και άλλες προτεραιότητες. Οι *θεωρίες της επιθυμίας* υποστηρίζουν ότι η ευτυχία βρίσκεται στην ικανοποίηση των επιθυμιών (Griffin, 1986, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 64). Η *θεωρία της αντικειμενικής λίστας* συσχετίζει την ευτυχία με τα πολύτιμα επιτεύγματα του ατόμου, όπως με την καλή υγεία, την οικογενειακή θαλπωρή, την επαγγελματική επιτυχία, τις υλικές ανέσεις, την ομορφιά, τη μόρφωση και την ήσυχη συνείδηση (Nussbaum, 1992, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 65).

Η *θεωρία της αυθεντικής επιτυχίας* που διατυπώθηκε από τον Seligman στηρίζεται στο συνδυασμό και των τριών θεωριών που προαναφέρθηκαν. Κατ' αυτόν υπάρχουν τρία διαφορετικά είδη ευτυχίας. Η ευτυχία που απορρέει από τις καθημερινές απολαύσεις και μας χαρίζει μια ευχάριστη ζωή που συνάδει με τις αρχές του ηδονισμού. Η δεύτερη μορφή ευτυχίας πηγάζει από την εκπλήρωση των επιθυμιών του ανθρώπου ανάλογα με τις επιδιώξεις του και μας προσφέρει μια καλή ζωή. Τέλος, η ζωή με νόημα αναφέρεται στην ευτυχία με την έννοια της αντικειμενικής λίστας και σχετίζεται με την αξιοποίηση των ιδιαίτερων ικανοτήτων κάθε ατόμου για την επίτευξη ανώτερων στόχων που αποτελεί σκοπό ζωής. Γεμάτη ζωή βιώνει όποιος καταφέρνει να ικανοποιήσει και τα τρία κριτήρια της ευτυχίας (Seligman, 2002, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 65).

2.2 Παράγοντες που συμβάλλουν στην προσέγγιση της ευτυχίας

Η αίσθηση της ευτυχίας είναι υποκειμενική και ανεξάρτητη από το φύλο, την ηλικία (Myers, 2007, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 65) ή την οικονομική ευμάρεια των ανθρώπων (Diener & Biswas-Diener, 2002, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 65). Υπάρχουν πολλοί συσχετισμοί και προγνωστικοί παράγοντες της ευτυχίας. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην προσέγγιση της ευτυχίας είναι πολλοί και ποικίλλουν από άνθρωπο σε άνθρωπο ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τη θρησκευτική πίστη, το γάμο και την κοινωνική υποστήριξη (Myers, 2000, όπ. αναφ. στο Abdel-Khalek & Lester, 2017). Παρόλα αυτά όλο και περισσότερες έρευνες δείχνουν ότι η κατάκτηση όσο και οι προγνωστικοί παράγοντες της ευτυχίας διαφέρουν διαπολιτισμικά (Oishi & Gilbert,

2016, όπ. αναφ. στο Abdel-Khalek & Lester, 2017). Κυριότεροι παράγοντες της ευτυχίας είναι:

❖ Σωματική υγεία

Η σωστή λειτουργία των σωματικών, ψυχικών και πνευματικών ικανοτήτων του ανθρώπου οφείλεται κατά πολύ στην υγεία και τη σωματική ευεξία του ατόμου. Το υγιές και αρτιμελές σώμα παρέχει τη δυνατότητα σε ένα άτομο να ασχοληθεί με τον αθλητισμό, να λάβει μέρος σε ψυχαγωγικές εκδηλώσεις και άλλες πολιτιστικές δραστηριότητες που το γεμίζουν ψυχική ικανοποίηση (Zhang & Chen, 2018). Μεταξύ των παραγόντων που σχετίζονται με την ευτυχία η σωματική δραστηριότητα έχει λάβει αυξανόμενη προσοχή από τους ψυχολόγους (Richards et al. 2015· Lathia, Sandstrom, Mascolo, & Rentfrow, 2017). Υπάρχουν έρευνες που τεκμηριώνουν τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας (Saxena, Van Ommeren, Tang, & Armstrong, 2005, όπ. αναφ. στο Zhang & Chen, 2018). Η σωματική δραστηριότητα μειώνει αποτελεσματικά την κατάθλιψη και το άγχος (Ströhle, 2009, όπ. αναφ. στο Zhang & Chen, 2018). Ο τύπος, η διάρκεια, η συχνότητα και η έντασή της σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας (Richards et al., 2015). Η ψυχολογική ευεξία λειτουργεί θετικά στη σωματική υγεία. Τα ευτυχισμένα άτομα αναφέρουν καλύτερη υγεία και λιγότερα δυσάρεστα σωματικά συμπτώματα (Røysamb, Tambs, Reichborn-Kjennerud, Neale, & Harris, 2003· Mroczek & Spiro, 2005). Η ευτυχία δε θεραπεύει σοβαρές ασθένειες, αλλά προστατεύει από την αρρώστια και συντελεί στη μακροζωία (Veenhoven, 2007). Έχει παρατηρηθεί ότι τα χαρούμενα άτομα δε διαμαρτύρονται με την παραμικρή ενόχληση, έχουν περισσότερη αντοχή στον πόνο, δεν καταφεύγουν συχνά στα επείγοντα των νοσοκομείων, δεν παρουσιάζουν ψυχοσωματικά συμπτώματα, είναι φειδωλοί στην κατανάλωση φαρμάκων και δεν κάνουν συχνά χρήση αναρρωτικών αδειών (Gil et al., 2004, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 68). Ο ρόλος της ευτυχίας είναι σημαντικός για την προώθηση της υγείας, ιδίως για την προληπτική δημόσια υγεία (Veenhoven, 1996: 34, όπ. αναφ. στο Veenhoven, 2007). Το προσδόκιμο ζωής διπλασιάστηκε τον περασμένο αιώνα και εξακολουθεί να αυξάνεται γεγονός που οφείλεται εν μέρει στις πολιτικές για τη δημόσια υγεία (Veenhoven, 2000a, όπ. αναφ. στο Veenhoven, 2007).

❖ Ψυχική υγεία-Προσωπικότητα

Η αυτοπεποίθηση, η αισιοδοξία και η αγωνιστικότητα επιδρούν στην ψυχική υγεία του ατόμου και το βοηθούν να προσεγγίσει την ευτυχία και να επιτύχει καλύτερες συνθήκες ζωής. Τα ευτυχισμένα άτομα έχουν λιγότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν συμπτώματα κατάθλιψης, σχιζοφρένειας ή υποχονδρίασης (Lu & Shih, 1997· Chang & Farrehi, 2001· Diener & Seligman, 2002· Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005), αγχώδη διαταραχή και φοβίες (Kashdan & Roberts, 2004, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 68). Ακόμη αντιμετωπίζουν ευκολότερα μια σωματική ασθένεια (Collins, Hanson, Mulhern, & Padberg, 1992, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 68). Σύμφωνα με έρευνες η μειωμένη ευτυχία δεν είναι μόνο ακολουθία κακής υγείας, αλλά συνεισφέρει στην ανάπτυξη του κινδύνου για την εκδήλωση κάποιας ασθένειας (Røysamb et al., 2003· Mroczek & Spiro, 2005). Ο ήρεμος και ισορροπημένος ψυχικός κόσμος αποτελεί παράγοντα ευτυχίας και προϋποθέτει την ύπαρξη αρετών, όπως είναι η ολιγάρκεια, η μεσότητα, η σύνεση, η γαλήνη του πνεύματος, η ηρεμία και η πίστη σε υψηλά ιδανικά (Χατζηθωμάς & Αλέφαντος, 1993: 177-178).

Η προσωπικότητα του ατόμου παίζει σημαντικό ρόλο στην προσέγγιση της ευτυχίας και κατ' επέκταση στην καλλιέργεια των θετικών συναισθημάτων που συντελούν στην ψυχική υγεία του ατόμου. Κατά τον Fordyce (1983, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 65-66) τα ευτυχισμένα άτομα εμφανίζουν 14 θεμελιώδη χαρακτηριστικά που είναι: η ενεργητικότητα και η ενασχόληση με δραστηριότητες, η κοινωνικοποίηση, η παραγωγικότητα στην εργασία, η οργανωτικότητα και ο προγραμματισμός, τα χαμηλά επίπεδα ανησυχίας, οι μειωμένες προσδοκίες και φιλοδοξίες, η θετική σκέψη, ο προσανατολισμός στο παρόν, η επικέντρωση στην υγιή προσωπικότητα και η ανάπτυξη της εξωστρέφειας η οποία χαρακτηρίζεται από αυθεντικότητα, μείωση αρνητικών συναισθημάτων και προβλημάτων, διαμόρφωση στενών προσωπικών σχέσεων και επίτευξη ευτυχίας.

Η ευτυχία, ως θετική συνιστώσα της ψυχικής ευεξίας, γενικά εκλαμβάνεται ως μία υποκειμενική κατάσταση του νου που χαρακτηρίζεται από απόλαυση και ικανοποίηση και επιδιώκει τη συνολική υποκειμενική ευημερία του ατόμου (Diener 2000· Veenhoven 2010). Τα θετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, δηλαδή η αισιοδοξία, η αυτοεκτίμηση και η αντιμετώπιση του στρες, επιδρούν σε μεγάλο βαθμό στην ευτυχία του ατόμου. Καθοριστικό παράγοντα για τις διαφορές των

ανθρώπων ως προς την υποκειμενική ευημερία αποτελεί η προσωπικότητα του ατόμου (Lyubomirsky, Sheldon et al., 2005). Οι άνθρωποι εκτιμούν την ευτυχία ως έναν από τους πιο θεμελιώδεις στόχους της ζωής τους (Diener & Seligman, 2004, όπ. αναφ. στο Zhang & Chen, 2018). Οι ευτυχισμένοι άνθρωποι μπορούν να ελέγξουν και να επηρεάσουν σημαντικά τη ζωή τους, εκτός αν ζουν σε συνθήκες που στερούνται τον έλεγχο (απολυταρχικά καθεστάτα, οικονομική κρίση, συνθήκες κράτησης) (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 66).

Τα θετικά συναισθήματα δεν προκαλούν μόνο ευχαρίστηση, αλλά επιδρούν στη γενικότερη λειτουργία του ανθρώπου (Fredrickson, 1998, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 67). Η βίωσή τους χαρίζει στα άτομα ψυχική υγεία κάνοντάς τα ευτυχισμένα. Έτσι είναι πιο σπάνιο να γίνουν χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών (Bogner, Corrigan, Mysiw, Clinchot, & Fugate., 2001, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 68). Άτομα που έχουν βιώσει θετικά συναισθήματα σε χαμηλό βαθμό παρουσιάζουν μειωμένα ποσοστά ευτυχίας (Layard & Dunn, 2009).

❖ Οι ορθές διαπροσωπικές σχέσεις

Ο άνθρωπος αισθάνεται την ανάγκη να επικοινωνήσει, να ανταλλάξει απόψεις, να μοιραστεί τον πόνο του, τη χαρά του και τους προβληματισμούς του με τους συνανθρώπους του. Η ανάγκη αυτή τον οδηγεί στη σύναψη σταθερών, εγγύτερων και υποστηρικτικών σχέσεων που αποτελούν πηγή ευτυχίας. Όσον αφορά την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, σημαντικό ρόλο παίζει η αυτοαποδοχή του ατόμου που συντελεί στην αυτοβελτίωσή του και συμβάλλει στην ψυχική του υγεία (Taniguchi, 2014).

Επιπλέον πηγή κοινωνικοποίησης, νοηματοδότησης και ελπίδας αποτελούν και οι θρησκευτικές κοινότητες. Σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών τα άτομα που συμμετέχουν σε θρησκευτικές εκδηλώσεις είναι περισσότερο ευτυχισμένα. Έχει παρατηρηθεί ότι ο γυναικείος πληθυσμός είναι περισσότερο θρησκευόμενος από τον ανδρικό πληθυσμό (Abdel-Khalek, 2006). Η θρησκεία σε συνδυασμό με την αυτοαποτελεσματικότητα ενισχύουν το συναίσθημα της ευτυχίας και βοηθούν στην ψυχική υγεία και ευεξία του ατόμου (Abdel-Khalek & Lester, 2017).

❖ Κοινωνική αποδοχή

Η ευτυχία είναι υποκειμενική και προσωπική υπόθεση του ανθρώπου. Η ποιότητά της εξαρτάται από τον ίδιο τον άνθρωπο, το ήθος και το χαρακτήρα του, καθώς και την αρμονική συνύπαρξή του με τους συνανθρώπους του. Τα ευτυχισμένα άτομα χαρακτηρίζονται από αυξημένη κοινωνικότητα και έχουν ευρύτερο κοινωνικό και φιλικό περιβάλλον το οποίο αποτελεί γι' αυτά πηγή στήριξης πρακτικής, συναισθηματικής και κοινωνικής, όταν χρειαστεί (Baldassare, Rosenfield, & Rook, 1984· Mishra, 1992· Requena, 1995). Όσον αφορά τις κοινωνικές τους σχέσεις και δραστηριότητες, τα ευτυχισμένα άτομα δείχνουν να είναι ικανοποιημένα (Gladow & Ray, 1986· Cooper, Okamura, & Gurka, 1992). Ακόμη αντλούν ικανοποίηση από τις συντροφικές τους σχέσεις και από τον έγγαμο οικογενειακό τους βίο. Οι έγγαμοι ενήλικες δηλώνουν πιο ευτυχισμένοι απ' ότι οι άγαμοι, καθώς η συντροφικότητα και η οικογένεια δίνουν νόημα στη ζωή (Headey, Veenhoven, & Wearing, 1991· Stack & Eshleman, 1998· Marks & Fleming, 1999· Diener, Gohm, Suh, & Oishi, 2000· Myers, 2000).

Η κοινωνική αποδοχή σε συνάρτηση με τη μόρφωση, την πνευματική καλλιέργεια του ατόμου, καθώς και με την καλλιέργεια αρετών, όπως η σύνεση, η επιμέλεια, η εντιμότητα και η συνεργασία, αποτελούν για το άτομο φορείς κοινωνικής ευτυχίας που κατ' επέκταση συντελούν στην ευτυχία του κοινωνικού συνόλου (Χατζηθωμάς & Αλέφαντος, 1993: 178).

❖ Εργασία

Τα άτομα που βιώνουν υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας έχουν περισσότερες πιθανότητες να αποφοιτήσουν από το πανεπιστήμιο (Frisch et al., 2004, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 67), να προσληφθούν σε μια εργασία, να διατηρήσουν την εργασία τους και να αξιολογηθούν θετικά από τους ανωτέρους τους (Staw, Sutton, & Pelled, 1994· Cropanzano & Wright, 1999· Wright & Staw, 1999). Επιπλέον τους παρέχεται η ευκαιρία να καταλάβουν καίριες θέσεις (Staw, Sutton, & Pelled, 1994, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 67), να έχουν καλύτερη απόδοση στην εργασία τους (Staw & Barsade, 1993· Wright & Cropanzano, 2000), να ανέλθουν σε διευθυντικές θέσεις (Graen, 1976, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 67) και να αντλήσουν ικανοποίηση από την εργασία τους (Tait,

Padgett, & Baldwin, 1989· Weiss, Nicholas & Daus, 1999· Connolly & Viswesvaran, 2000). Επίσης τα ευτυχισμένα άτομα έχουν λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν χαμηλή απόδοση στην εργασία τους με κίνδυνο να τη χάσουν ή να οδηγηθούν σε κατάχρηση αδειών και παραίτηση (Thoresen, Kaplan, Barsky, Warren, & De Chermont, 2003, όπ αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 67). Εμφανίζουν κυρίως θεμιτές εργασιακές συμπεριφορές, όπως είναι η παροχή βοήθειας στους συναδέλφους (George & Brief, 1992, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 67), η αποφυγή συγκρούσεων (Van Katwyk, Fox, Spector, Kelloway, 2000, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 67), το ενδιαφέρον για την ανάδειξη του οργανισμού που εργάζονται και η διατύπωση δημιουργικών προτάσεων (Borman, Penner, Allen, Motowildo, 2001, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 67).

❖ Εισόδημα

Η εξασφάλιση των οικονομικών πόρων απομακρύνει από τον άνθρωπο το άγχος της καθημερινής διαβίωσης και συντελεί στην προσωπική του ευτυχία, καθώς απομακρύνει την ανασφάλεια και βελτιώνει την ποιότητα της ζωής του. Όταν το χρήμα αντιμετωπίζεται ως μέσο επίλυσης αναγκών και δεν αποτελεί αυτοσκοπό, αλλά χρησιμοποιείται με μέτρο και ο άνθρωπος θεωρεί την αυτάρκεια ως φυσικό πλούτο, τότε και μόνο τότε οδηγείται στην ευτυχία. Αποτελέσματα ερευνών έδειξαν ότι οι πλούσιοι άνθρωποι είναι πιο ευτυχισμένοι σε σύγκριση με τους φτωχούς μέχρι ενός συγκεκριμένου σημείου (Kaliterna Lipovcan & Prizmic-Larsen, 2006· Headey, Muffels, & Wooden, 2008). Ωστόσο έχει παρατηρηθεί σε χώρες του δυτικού κόσμου ότι η ευτυχία φαίνεται να είναι ανεξάρτητη από την οικονομική ευμάρεια, καθώς ενώ το κατά κεφαλήν εισόδημα αυξάνεται το επίπεδο της ευτυχίας παραμένει σταθερό ή μικραίνει (παράδοξο της ευτυχίας) (Diener & Oishi, 2000· Diener & Biswas-Diener, 2002, Blanchflower & Oswald, 2008). Ακόμη η μείωση της ευτυχίας που παρατηρείται μετά από ένα χρονικό διάστημα σε άτομα που μπορεί να πλούτισαν από απρόσμενα κέρδη οφείλεται στην προσαρμοστικότητα του ανθρώπου στα θετικά γεγονότα (Lyubomirsky, 2001, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 65). Αντίθετα με την οικονομική ευμάρεια, η ανεργία (Blanchflower & Oswald, 2004) επιφέρει χαμηλότερα επίπεδα ευτυχίας, καθώς οι άνθρωποι αισθάνονται ανασφάλεια σχετικά με την εξασφάλιση των βιοτικών τους πόρων, ενώ παράλληλα μειώνεται ο αυτοσεβασμός και η αυτοεκτίμησή τους (Frey & Stutzer, 2002· Stutzer & Frey, 2010).

❖ Υγιές περιβάλλον διαβίωσης

Το υγιές περιβάλλον διαβίωσης θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την ευτυχία του ατόμου. Για ένα υγιές περιβάλλον πρέπει να πληρούνται ορισμένες συνθήκες, όπως έλεγχος του αποχετευτικού συστήματος, της απομάκρυνσης αποβλήτων, της παροχής καθαρού αέρα και της ανακύκλωσης συσκευασιών και ηλεκτρικών συσκευών, ούτως ώστε να προστατεύεται η δημόσια υγεία (Veenhoven, 2006b, όπ. αναφ. στο Veenhoven, 2007). Επιπλέον, συζητείται η συσχέτιση της ευτυχίας με τον τόπο κατοικίας, την ποιότητα στέγασης, καθώς και τις επιπτώσεις των συνθηκών εργασίας στην υγεία του ατόμου (Veenhoven, 2007).

Καταλήγοντας, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η απόλυτη ευτυχία δεν είναι κάτι που κατακτά εύκολα ο άνθρωπος. Ο αγώνας όμως του ατόμου για την κατάκτηση της αρετής και την τελείωση τον οδηγούν στην ευτυχία. Η αληθινή όμως ευτυχία βρίσκεται μέσα στον ίδιο τον άνθρωπο και η ευτυχία του ατόμου βρίσκεται στην ευτυχία του κοινωνικού συνόλου (Χατζηθωμάς & Αλέφαντος, 1993: 180). Εύστοχα λοιπόν ο Αριστοτέλης επισημαίνει: «Όταν ευτυχεί το όλον, ευτυχεί και το μέρος» (Σαλαγιάννης, 1996: 186).

2.3 Ευτυχία και Αναπηρία

Κατά τον Veenhoven (2009, όπ. αναφ. στο Proença, Pais-Ribeiro, & Martins-Oliveira, 2012) η ευτυχία δε θεραπεύει σοβαρές ασθένειες, αλλά βοηθάει στην πρόληψη των ασθενειών, καθώς αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την ποιότητα της ζωής και συμβάλλει στη μακροζωία. Οι χαρούμενοι άνθρωποι ανέφεραν καλύτερη υγεία και λιγότερο δυσάρεστα σωματικά συμπτώματα (Kehn, 1995· Røysamb et al., 2003· Mroczek & Spyro, 2005). Επιπλέον οι πιο χαρούμενοι άνθρωποι κατά τους Diener και Seligman (2002, όπ. αναφ. στο Proença et al., 2012) εμφάνισαν λιγότερα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, όπως κατάθλιψη, σχιζοφρένεια ή υποχονδρίαση.

Αποτελέσματα έρευνας των Middleton και Byrd (1996, όπ. αναφ. στο Proença et al., 2012) που διερεύνησε την επίδραση της ευτυχίας στην αποκατάσταση της υγείας καρδιαγγειακών ασθενών που είχαν νοσηλευτεί λόγω καρδιακής ανεπάρκειας έδειξαν πως η ευτυχία συνέβαλε στη θετική πορεία της νοσηλείας. Σύμφωνα με άλλη

μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο το επίπεδο ευτυχίας που βιώνει ο ασθενής με καρδιαγγειακό νόσημα μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στην υγεία του. Συγκεκριμένα, η θετική ψυχική κατάσταση μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα σημαντικών παραμέτρων για την πρόγνωση της νόσου, όπως της κορτιζόλης, του ινωδογόνου, της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού, ενισχύοντας την ιδέα ότι η ευτυχία και η υγεία έχουν πολύ ισχυρό δεσμό (Steptoe, Wardle, & Marmot, 2005, όπ. αναφ. στο Proença et al., 2012). Επομένως, η θετική επίδραση της ευτυχίας στα άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψιν στα προγράμματα παρέμβασης (Proença et al., 2012). Ομοίως, σε άλλη μελέτη διερευνήθηκαν πολλαπλοί δείκτες αναφορικά με τη μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού (heart rate variability, HRV) μεταξύ δύο αντίθετων συναισθηματικών καταστάσεων της ευτυχίας και της θλίψης για να αποκαλυφθούν οι διαφορές στη δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος κάτω από διαφορετικές συναισθηματικές καταστάσεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι περισσότεροι από τους δείκτες της HRV παρουσίαζαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των καταστάσεων συγκίνησης, ευτυχίας και θλίψης (Shi et al., 2017). Τέλος, η πρόληψη και η διαχείριση των χρόνιων ασθενειών επικεντρωνόταν συνήθως στη μείωση των παραγόντων κινδύνου και στην ελαχιστοποίηση των επιβλαβών συμπεριφορών υγείας, αν και μέχρι σήμερα οι πρακτικές αυτές δεν κατάφεραν να επιφέρουν αλλαγές στη συμπεριφορά των ασθενών.

Υιοθετώντας την ευημερία ως παρεμβατικό στόχο με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της υγείας ενδέχεται να οδηγηθούμε στην υιοθέτηση συμπεριφορών που μειώνουν την εμφάνιση χρόνιων ασθενειών, όπως της καρδιακής ανεπάρκειας και προάγουν την υγεία. Αντικείμενο έρευνας έχουν αποτελέσει οι σχέσεις που μπορεί να υπάρχουν μεταξύ των παραγόντων κινδύνου των καρδιαγγειακών νοσημάτων και της ευτυχίας, αλλά και των προτύπων συμπεριφοράς που προάγουν την υγεία, χωρίς ωστόσο με τα μέχρι τώρα δεδομένα να έχει αναδειχθεί κάποια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ τους. Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται στο γεγονός ότι η ευτυχία ίσως είναι δύσκολο να εξεταστεί, καθώς πολλοί άνθρωποι αναφέρουν ότι είναι τουλάχιστον μέτρια έως πολύ χαρούμενοι ανεξάρτητα από το πώς μπορεί να αισθάνονται πραγματικά (Shepherd, 2011).

Σε ασθενείς με μείζονα θαλασσαιμία μελετήθηκε η σχέση μεταξύ διαφόρων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της ευτυχίας. Από την έρευνα αυτή αποδείχτηκε πως συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, δηλαδή η

εξωστρέφεια, η ευελιξία, η τερπνότητα και η ευσυνειδησία, είχαν στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την ευτυχία (Bakhshipour, Panahiyan, Hasanzadeh, & Tamaddoni, 2013). Επιπλέον σε αυτούς τους ασθενείς φαίνεται πως η ψυχολογική υποστήριξη μέσω οργανωμένων ομάδων είχε θετική επίδραση όσον αφορά την αίσθηση του άγχους που ελαττώθηκε και την αίσθηση της ευτυχίας που ενισχύθηκε, σύμφωνα με μια μελέτη της οποίας το δείγμα των συμμετεχόντων ωστόσο ήταν περιορισμένο, ώστε να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα (Roodbari, Zare, Saedi, Divsalar, & Eslamian, 2015).

Η ευτυχία είναι μία από τις πιο επιθυμητές ανθρώπινες συναισθηματικές καταστάσεις (Lyubomirsky, Sheldon et al., 2005, όπ. αναφ. στο Zahavi, 2015) που επέρχεται μετά από ευχάριστες εμπειρίες μιας ουσιαστικής ζωής (Keyes & Annas, 2009, όπ. αναφ. στο Zahavi, 2015). Μία χρόνια παροξυσμική πάθηση που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής και που έχει σχέση με την υγεία του ασθενούς και την ευημερία είναι το βρογχικό άσθμα (Schatz et al., 2005· Chen et al., 2007· Siroux et al., 2008· Leander, Cronqvist, Janson, Uddenfeldt, Rask-Andersen, 2009· Thompson et al, 2013· De Albornoz & Chen, 2021). Η νόσος του Crohn αποτελεί μια άλλη πάθηση με μεγάλο αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής των ασθενών. Σε έρευνα στην οποία συμμετείχαν 160 ασθενείς με νόσο του Crohn διαπιστώθηκε ότι η ευτυχία συσχετίζεται με τη θετική επίδραση που αποφέρουν συμπεριφορικές παρεμβάσεις σχετικές με την αποδοχή της νόσου (Zahavi, 2015).

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 είναι μία από τις πιο διαδεδομένες χρόνιες ασθένειες που μειώνουν την ευτυχία. Μελέτες αναφορικά με τη συσχέτιση του σακχαρώδους διαβήτη με την ευτυχία έχουν διεξαχθεί με ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Ένας από τους τομείς που μελετήθηκαν είναι οι συζυγικές σχέσεις και το πώς αυτές διαμορφώνονται λόγω της επίδρασης που υφίστανται από την επιβολή περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες των συζύγων στα πλαίσια κάποιου χρόνιου νοσήματος, όπως του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Φαίνεται λοιπόν πως τόσο η θετική όσο και η αρνητική διάθεση των συντρόφων επηρεάζει την οικογενειακή ευτυχία και τις κοινωνικές τους διασυνδέσεις (Roper & Yorgason, 2009). Σε άλλη μελέτη με σκοπό τη διερεύνηση των επιπτώσεων που προκαλεί στην ευτυχία των ασθενών η δυσφορία που οφείλεται στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, οι ασθενείς διακρίθηκαν σε ομάδες ανάλογα με τον τύπο της φαρμακευτικής αγωγής που λάμβαναν. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς λάμβαναν αντιδιαβητικά δισκία από το στόμα, ινσουλινοθεραπεία ή συνδυασμό και των δύο. Η ευτυχία των ασθενών με

σακχαρώδη διαβήτη που λάμβαναν συνδυαστική θεραπεία ήταν υψηλότερη απ' ό,τι στους ασθενείς που λάμβαναν μία από τις άλλες θεραπευτικές επιλογές. Επίσης, η ευτυχία των ασθενών αυτών φάνηκε να σχετίζεται με τις διαφορετικές θεραπείες, την ηλικία, τις επιπλοκές, το γλυκαιμικό έλεγχο, τον τρόπο ζωής και τη σχολική τους εκπαίδευση (Liu et al., 2020). Συνεχίζοντας, σύμφωνα με την έρευνα των Paghi, Pouraboli, Abazari και Kazemi (2017) η ομαδική θεραπεία που στοχεύει στην ανάπτυξη του συναισθήματος της ελπίδας βελτίωσε την ευτυχία των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ενώ σε άλλη μελέτη φάνηκε η θετική συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ του τρόπου ζωής και της ευτυχίας σ' αυτόν τον πληθυσμό (Jamadar & Swamy, 2020). Τέλος, οι τρεις πτυχές της καλής συναισθηματικής υγείας (ευεξία, θετική επίδραση, ανθεκτικότητα) φαίνεται πως διευκολύνουν την αυτοδιαχείριση των ασθενών αυτών και βελτιώνουν την υγεία (Robertson, Stanley, Cully, & Naik, 2012).

Σύμφωνα με την έρευνα των Barak και Achiron (2011) που διεξήχθη σε άτομα με πολλαπλή σκλήρυνση και σε υγιή άτομα τα θετικά συναισθήματα διατηρούνται ακόμα και σε Άτομα με Αναπηρίες, καθώς δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των 2 ομάδων σχετικά με την ευτυχία, την προσωπική ανάπτυξη και την ικανοποίηση από τη ζωή. Αντιθέτως, αποτελέσματα έρευνας των Nyman, Gosney και Victor (2009) έδειξαν ότι εργαζόμενοι ενήλικες με προβλήματα όρασης παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα ψυχοκοινωνικής ευημερίας απ' ό,τι οι βλέποντες συνομήλικοί τους αναφορικά με τη ψυχική υγεία, την κοινωνική λειτουργία και την ποιότητα ζωής. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι σε άτομα με απώλεια ακοής η σοβαρότητα της αναπηρίας καθώς και η προσαρμογή σ' αυτήν φαίνεται να χρησιμεύουν ως άμεσοι προγνωστικοί δείκτες της ψυχολογικής ευημερίας (Meyer & Kashubeck-West, 2013). Τέλος, οι Ville, Ravaud και Tetrafigar Group (2001) σε δείγμα 1.668 ατόμων με σοβαρή επίκτητη κινητική αναπηρία διερεύνησαν την ευτυχία σε συνάρτηση με διάφορους κοινωνικούς, ψυχοκοινωνικούς και κλινικούς παράγοντες και εντόπισαν ότι η ηλικία του δείγματος, η ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας και η επαγγελματική κατάσταση δε συνδέονται άμεσα με την ευτυχία. Αντίθετα η ύπαρξη πόνου, η σοβαρότητα της αναπηρίας και ο περιορισμός της ανεξαρτησίας του ατόμου επηρέασαν σημαντικά την ευτυχία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΕΛΠΙΔΑ

3.1 Το συναίσθημα της ελπίδας

Η ελπίδα κατά καιρούς έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητών. Κατά τον Snyder και τους συνεργάτες του (Snyder et al., 1991· Snyder, Harris et al., 1991) η ελπίδα ορίζεται κατά κύριο λόγο ως μια γνωστική διαδικασία μέσω της οποίας το άτομο θέτει ένα στόχο και επιδιώκει με τις απαραίτητες ενέργειες την πραγματοποίησή του. Είναι δηλαδή μια θετική κινητήρια κατάσταση που διακρίνεται από δύο βασικά συστατικά των οποίων η συνύπαρξη είναι απαραίτητη στο άτομο, καθώς από την επιτυχή αλληλεπίδρασή τους εξαρτάται η ανατροφοδότηση της δράσης προς την επίτευξη ενός στόχου. Έτσι το άτομο διατηρείται σε εγρήγορση, ώστε να έχει τη δυνατότητα να αναπροσαρμόσει μη επιτυχημένες στρατηγικές για να οδηγηθεί στην επίτευξη του εκάστοτε στόχου. Η υποκειμενική αντίληψη της επιτυχίας σε σχέση με την επίτευξη ενός στόχου αποτελεί συστατικό της ελπίδας. Το άτομο θεωρεί ότι στηριζόμενο στις δυνάμεις του θα δράσει αποτελεσματικά για την επίτευξη του στόχου που έχει θέσει (agency). Ένα δεύτερο συστατικό της ελπίδας αποτελεί η υποκειμενική αντίληψη της ικανότητας του ατόμου να δημιουργήσει τους κατάλληλους τρόπους, ώστε να φτάσει θέτοντας και ενδιάμεσους στόχους στην υλοποίηση του αρχικού του στόχου (pathways) (Snyder et al., 1991· Snyder, Harris et al., 1991· Snyder, 2002b).

Ο απόστολος Παύλος (Yancy & Stafford, 1992: 1250, όπ. αναφ. στο Scioli, Ricci, Nyugen, & Scioli, 2011) θεωρεί την ελπίδα ισότιμη με την πίστη και την αγάπη. Ωστόσο η ελπίδα δε συναντάται μόνο στο χριστιανισμό, αλλά υποστηρίζεται και από άλλες θρησκείες. Σύγχρονοι μελετητές, όπως ο Erik Erikson (1950, όπ. αναφ. στο Scioli et al., 2011), ο Gabriel Marcel (1962, όπ. αναφ. στο Scioli et al., 2011) και ο Jerome Frank (1968, όπ. αναφ. στο Scioli et al., 2011), διακρίνουν στο συναίσθημα της ελπίδας ιδιότητες που την καθιστούν ως τη μεγαλύτερη αρετή και σύμμαχο στις δύσκολες στιγμές, όπως αποτυχίες, ασθένειες ή θάνατοι. Η ελπίδα λειτουργεί θετικά στην ψυχολογία των ατόμων (Snyder, Harris et al., 1991· Snyder, 2004) και προσφέρει παρηγοριά στην τρίτη ηλικία (Vaillant, 2003, όπ. αναφ. στο Scioli et al., 2011). Κατά τον Carr (2004, όπ. αναφ. στο Scioli et al., 2011) αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά συναισθήματα που διέπουν την υποκειμενική ευημερία.

Η ελπίδα εκλαμβάνεται ως ένα σχετικά σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου. Είναι μια αισιόδοξη στάση του μυαλού που βασίζεται στην προσδοκία θετικών εκβάσεων σχετικά με γεγονότα και περιστάσεις στη ζωή ενός ανθρώπου. Η ελπίδα αποτελεί ένα πολλά υποσχόμενο χαρακτηριστικό του ανθρώπου που βοηθά στην έναρξη και τη συνέχιση μιας δράσης με μακροπρόθεσμους στόχους, συμπεριλαμβανομένης της ευέλικτης διαχείρισης προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν στο δρόμο προς την επιτυχία (Snyder, Rand, & Sigmon, 2002· Lopez, Pedrotti, & Snyder, 2018).

3.2 Οφέλη της ελπίδας και Αναπηρία

Στοχαστές κάθε ηλικίας από τον Αριστοτέλη έως τον Μαρσέλ ασχολήθηκαν με τις θετικές επιρροές της ελπίδας σε πολλαπλούς παράγοντες της ανθρώπινης ύπαρξης (Scioli, et al., 2011). Η υιοθέτηση συμπεριφορών προώθησης της υγείας εξαρτάται σύμφωνα με αρκετές μελέτες από την ύπαρξη υψηλού επιπέδου ελπίδας στο άτομο. Βέβαια, η αποφυγή του καπνίσματος (Berg, Shauer, Rodgers, & Narula, 2012, όπ αναφ. στο Corn, Feldman, & Wexler, 2020), η συχνή σωματική δραστηριότητα (Berg et al., 2012· Anderson & Feldman, 2019) και οι καλές διατροφικές συνήθειες (Nollen et al., 2008· Nothwehr, Clark, & Perkins, 2013) είναι παράγοντες που πρέπει να συνυπάρχουν στο άτομο, ώστε να ενισχύεται η συμβολή της ελπίδας. Το υψηλό επίπεδο της ελπίδας έχει ιδιαίτερη σημασία για τους ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο και χρόνιες ασθένειες, καθώς συμβάλλει στη θετική στάση ως προς την ενημέρωση για την εξέλιξη της ασθένειας, την αποτελεσματικότητα των θεραπειών, την ανθεκτικότητα στον πόνο και την αντιμετώπιση του φόβου, της αγωνίας και του άγχους που προκαλεί η έκβαση της ασθένειας (Irving, Snyder, & Crowson, 1998· Guerico et al., 2019).

Άτομα που εργάζονταν σε νοσοκομειακές μονάδες υψηλού στρες, αλλά είχαν υψηλά επίπεδα ελπίδας, παρουσίαζαν λιγότερη κόπωση απ' ό,τι τα άτομα που είχαν χαμηλά επίπεδα ελπίδας (Sherwin et al., 1992, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 70). Η ελπίδα έχει σχετιστεί με τη διαχείριση του στρες και συντελεί στην ψυχική υγεία του ατόμου (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 70). Οι ογκολόγοι ωστόσο αποφεύγουν να χρησιμοποιήσουν την ελπίδα ως μέσο για την ενίσχυση της ψυχολογικής υποστήριξης των ασθενών, αφού για πολλούς δεν είναι μετρήσιμη, άρα δεν πιστεύουν στην καλλιέργειά της. Ωστόσο, με έρευνες έχει αποδειχθεί η

δυνατότητα ενίσχυσης της ελπίδας και η επίδρασή της σαν θετικό συναίσθημα στην αποδοχή και την αντιμετώπιση της νόσου (Rubenstein et al., 2017, όπ. αναφ. στο Corn et al., 2020).

Ο Scioli κ.συν. (1997, όπ. αναφ. στο Santilli, Marcionetti, Rochat, Rossier, & Nota, 2016) θεώρησαν την ελπίδα ως μία συναισθηματική μεταβλητή που δρα και επηρεάζει σκέψεις και συμπεριφορές. Πρόκειται για ένα συναίσθημα που βασίζεται σε βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Scioli et al., 2011, όπ. αναφ. στο Santilli et al., 2016). Επομένως, η ελπίδα συμβάλλει θετικά στο να ξεπεράσουν τα άτομα τις αντιξοότητες της ζωής και να νιώσουν ικανοποίηση λόγω της επιτυχούς έκβασης των προτεραιοτήτων τους.

Τα άτομα με μεγαλύτερη προσαρμοστική ικανότητα όσον αφορά τη σταδιοδρομία τους θα μπορούσαν να αναπτύξουν στρατηγικές για να ξεπεραστούν προβλήματα, όπως η αλλαγή περιβάλλοντος και οι σκληρές συνθήκες στον εργασιακό χώρο, ώστε να έχουν μεγαλύτερα επίπεδα ελπίδας και ικανοποίησης (Santilli, Nota, Ginevra, & Soresi, 2014, όπ. αναφ. στο Santilli et al., 2016). Επιπλέον, η ελπίδα έχει διαπιστωθεί (Valle, Huebner, & Suldo, 2006, όπ. αναφ. στο Santilli et al., 2016) ότι συνδέεται θετικά με την ικανοποίηση από τη ζωή των νέων παγκόσμια και ο Amundson κ.συν. (2013, όπ. αναφ. στο Santilli et al., 2016) επισήμαναν ότι σχετίζεται και με την επαγγελματική αποκατάσταση των νέων. Ακόμη, παρατηρήθηκε μια σημαντική σχέση μεταξύ ελπίδας και επιτυχούς σταδιοδρομίας (Hirschi, Abessolo, & Froidevaux, 2015, όπ. αναφ. στο Santilli et al., 2016).

Οι ελπιδοφόροι έφηβοι παρουσιάζουν υψηλότερο κίνητρο επίτευξης μελλοντικών στόχων, υψηλότερες ακαδημαϊκές επιδόσεις και μεγαλύτερη ικανοποίηση από το εκπαιδευτικό πρόγραμμα (Kenny, Blustein, Haase, Jackson, & Perry, 2006, όπ. αναφ. στο Santilli et al., 2016). Σε παιδιά μικρότερης ηλικίας τα επίπεδα ελπίδας σχετίζονται με το βαθμό της σχολικής τους απόδοσης, τη σύναψη φιλικών σχέσεων, την απόδοσή τους σε αθλητικές δραστηριότητες και την εξωτερική τους εμφάνιση (Snyder, McDermott, Cook, & Rapoff, 1997, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 69). Όσο μεγαλύτερα επίπεδα ελπίδας εμφανίζουν τα παιδιά τόσο αναπτύσσουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση (Snyder et al, 1997, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 69) και παρουσιάζουν μειωμένα επίπεδα παιδικής κατάθλιψης (Snyder, Hoza et al., 1997, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 69). Η ελπίδα συμβάλλει στην ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης των ενηλίκων (Snyder et al., 1996· Curry, Snyder, Cook, Ruby, & Rehm, 1997) και στην καλλιέργεια θετικών

σκέψεων (Snyder, 1996, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 70), καθώς και στη διαχείριση της απώλειας είτε αυτή αφορά σημαντικά πρόσωπα είτε εργασία (Snyder, 1996· Snyder, 1998).

Όσον αφορά τον τομέα του αθλητισμού, επιτυχείς αποδόσεις των αθλητών ακόμα και πέρα από τις αναμενόμενες φυσικές τους ικανότητες συνδέονται με τα υψηλά επίπεδα ελπίδας τόσο των αθλητών όσο και των προπονητών τους (Curry et al., 1997, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 70). Επίσης το συναίσθημα της ελπίδας συνοδεύει κάθε αξιόλογη προσπάθεια στους τομείς της έρευνας, της επιστήμης, της τεχνολογίας όσον αφορά τα σπουδαία επιτεύγματα που συνετέλεσαν και συντελούν τα μέγιστα στην καλύτερευση του επιπέδου της ζωής του κοινωνικού συνόλου παγκοσμίως.

Η ελπίδα και η αυτοαποτελεσματικότητα σαν θετικοί παράγοντες μπορούν να βοηθήσουν τους γονείς και τα μέλη των ατόμων με νοητική αναπηρία να προσεγγίσουν με θετικό τρόπο το πρόβλημα των παιδιών τους και να το αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας οι γονείς με υψηλότερο επίπεδο ελπίδας είχαν χαμηλότερο επίπεδο αντιληπτού άγχους και υψηλότερο επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας σε σύγκριση με γονείς που εμφάνιζαν χαμηλότερο επίπεδο ελπίδας (Kore & Venkatraman, 2017).

Αποτελέσματα έρευνας σχετικής με την επίδραση της ελπίδας στις χρόνιες παθήσεις έδειξαν ότι το συναίσθημα της ελπίδας προστατεύει τα άτομα από τον πόνο και την κατάθλιψη, καθώς τους καλλιεργεί την αντίληψη ότι οι τρέχουσες δυσκολίες θα ξεπεραστούν και θα μετατραπούν σε ευνοϊκές συνθήκες για τη σωματική και ψυχική τους υγεία (Hart, Vella, & Mohr, 2008, όπ. αναφ. στο Schiavon, Marchetti, Gurgel, Busnello, & Reppold, 2017). Επιπλέον μέσω της ανάλυσης ενός προγράμματος αποκατάστασης του αναπνευστικού οι Halding και Heggdal (2012, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017) διαπίστωσαν ότι η ευημερία και η ελπίδα για το μέλλον ενισχύθηκαν κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας η οποία παρακίνησε τους ανθρώπους να υιοθετήσουν υγιέστερες συνθήκες ζωής (Richman et al., 2005· Hartley, Vance, Elliott, Cuckler, & Berry, 2008· Halding & Heggdal, 2012). Άλλες μελέτες έδειξαν ότι η ελπίδα συνέβαλε στην αύξηση της ικανοποίησης από τη ζωή σε άτομα με τραυματισμό του νωτιαίου μυελού κατά την αποκατάσταση της υγείας τους (Kortte, Gilbert, Gorman, & Wegener, 2010, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017). Ακόμη είχε θετικές επιπτώσεις σε προβλήματα υγείας όπως καρδιαγγειακά, μεταβολικά και αναπνευστικά (Richman et al., 2005, όπ. αναφ. στο Schiavon et al.,

2017) και παρείχε προστασία από την ανάπτυξη και άλλων χρόνιων παθήσεων (Richman et al., 2005· Kortte et al., 2010). Οι Hawro κ.συν. (2014, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017) ανέφεραν σε έρευνά τους ότι τα υψηλότερα επίπεδα ελπίδας συσχετίζονται με καλύτερη ποιότητα ζωής και οι Warber κ.συν. (2011, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ελπίδα αντιστρόφως με το άγχος και την κατάθλιψη συσχετίζεται με θετικά καρδιαγγειακά αποτελέσματα. Επίσης μια μελέτη των Hou, Law, Yin και Fu (2010, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017) έδειξε ότι η διατήρηση ή βελτίωση της ελπίδας σχετίζεται με τη διατήρηση της ανθεκτικότητας και επηρεάζει θετικά την υγεία (Schöllgen, Huxhold, Schütz, & Tesch-Römer, 2011, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017) ενώ παράλληλα ενθαρρύνει τα άτομα να εφαρμόσουν αλλαγές στη ζωή τους για ένα καλύτερο μέλλον (Lopez-Vargasetal., 2014, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017).

Αποτελέσματα έρευνας σε 11 ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκα κατά τη διάρκεια προγράμματος αποκατάστασης έδειξαν ότι η ελπίδα έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην ενίσχυση της συνεργασίας των ασθενών με τους επαγγελματίες υγείας για τη διεκπεραίωση του προγράμματος και τους βοήθησε, ώστε να αποδεχθούν το χρόνιο νόσημά τους και την μετέπειτα εξέλιξή του (Soundy et al., 2012). Σε έρευνα που διεξήχθη σε 63 ενήλικες με προβλήματα όρασης επισημάνθηκε ότι η ελπίδα μπορεί να επηρεάσει τη σχέση μεταξύ της αντιμετώπισης της αναπηρίας και της λειτουργικής ικανότητας αυτών των ατόμων (Jackson, Taylor, Palmatier, Elliott, & Elliott, 1998).

Από τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε 78 ασθενείς με θαλασσαιμία παρατηρήθηκε ότι μετά από συνεδρίες καλλιέργειας θετικής σκέψης βελτιώθηκαν τα επίπεδα ελπίδας αλλά και η ποιότητα του ύπνου, καθώς η θετική σκέψη μπορεί να βοηθήσει το άτομο να εκτιμήσει τις θετικές πτυχές της ζωής, ώστε να βελτιώσει τις σχέσεις του με τους άλλους και να ξεπεράσει το άγχος που του προκαλεί η ασθένεια (Makaremnia, Dehghan Manshadi, & Khademian, 2021). Σε άλλη μελέτη στην οποία συμμετείχαν 21 ασθενείς με θαλασσαιμία στο θεραπευτικό κέντρο Bushehr διαπιστώθηκε πως η συμμετοχή των ασθενών αυτών σε προγράμματα γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας και ενίσχυσης της ελπίδας είχε θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής, στο προσδόκιμο ζωής και στην ανθεκτικότητα. Επιπλέον, η ενίσχυση της ελπίδας ήταν πιο αποτελεσματική από τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (Kiani, Hajjuni, Gholizadeh, & Abbasi, 2019).

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 είναι μία από τις συχνότερες χρόνιες ασθένειες στους νέους που εκτός από τις οξείες επιπλοκές, όπως είναι η κετοξέωση, η υπογλυκαιμία και η υπεργλυκαιμία, προκαλεί και αρκετές μακροχρόνιες επιπλοκές, όπως καρδιακές παθήσεις, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και νεφρική ανεπάρκεια. Ο καλός γλυκαιμικός έλεγχος βοηθά στην πρόληψη εμφάνισης αυτών των επιπλοκών. Οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην ελπίδα βοηθούν τους νέους να βρουν τρόπους για την επίλυση εμποδίων σχετικών με την επίτευξη των στόχων τους. Συνολικά 110 παιδιά 10-16 ετών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 αξιολογήθηκαν κατά τη διάρκεια ενός εξαμήνου αναφορικά με το πώς η ελπίδα και η αισιοδοξία θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη γλυκαιμική ρύθμιση, συγκεκριμένα τις τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και τις καθημερινές τιμές μέτρησης σακχάρου. Η ελπίδα αλλά όχι η αισιοδοξία φάνηκε να συσχετίζεται με καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο. Φαίνεται λοιπόν πως μέσω της εκτίμησης της ελπίδας σε ψυχοκοινωνικούς ελέγχους θα μπορούσαν να αναγνωριστούν έγκαιρα τα άτομα που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο μη συμμόρφωσης στην αγωγή, ώστε να αντιμετωπιστούν κατάλληλα με περαιτέρω υποστηρικτικά μέτρα και ανάλογες παρεμβάσεις (Van Allen et al., 2015). Στην παρακάτω μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 38 άτομα με σακχαρώδη διαβήτη το καλοκαίρι του 2015 με σκοπό την ενίσχυση της ελπίδας για τη βελτίωση της διάθεσης των ασθενών είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε αυτούς τους ασθενείς (KhalediSardashti, Ghazavi, Keshani, & Smaeilzadeh, 2018). Σε άλλη έρευνα που διεξήχθη σε 150 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 διερευνήθηκε το επίπεδο της ελπίδας και η σχέση της με την πίστη των ασθενών στη θρησκεία. Διαπιστώθηκε ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις είναι ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά την ανάπτυξη της ελπίδας μαζί με την έγγαμη ζωή και την κοινωνική υποστήριξη (Shamsalinia, Pourghaznein, & Parsa, 2015).

Η κόπωση και το άγχος είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά συμπτώματα που βιώνουν τα άτομα που πάσχουν από φλεγμονώδεις ασθένειες, όπως τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου και συνδέονται με την υποτροπή και την επιδείνωση της ασθένειας. Τα ευρήματα αυτής της έρευνας συμπίπτουν με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών ως προς την επίσημη σχέση της κόπωσης και του άγχους με τη χρόνια ασθένεια και την ευεργετική επίδραση της ελπίδας σε άλλες μεταβλητές που σχετίζονται με τη χρόνια ασθένεια. Η ελπίδα μπορεί να καλλιεργηθεί με επακόλουθες θετικές επιπτώσεις στην ευημερία. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η ελπίδα μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση του στρες και της επακόλουθης κόπωσης σε

άτομα με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Η ελπίδα προτρέπει τους πάσχοντες να εξετάσουν προληπτικά τον τρόπο επίτευξης ενός στόχου σύμφωνα με τους περιορισμούς που επιβάλλει η νόσος, ώστε να κάνουν εκ των προτέρων σχέδια για την υπέρβαση πιθανών εμποδίων. Έτσι, οδηγούνται με λιγότερο άγχος και λιγότερη κόπωση στην επίλυση των προβλημάτων τους και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους (Hirsch & Sirois, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑ

4.1 Το συναίσθημα της αισιοδοξίας

Με τον όρο αισιοδοξία εννοούμε την προσδοκία του ατόμου ότι θα συμβούν καλά παρά κακά πράγματα στη ζωή του (Scheier & Carver, 1985). Η αισιοδοξία βασίζεται στο μοντέλο συμπεριφορικής αυτορρύθμισης (Carver & Scheier, 1981· Scheier & Carver, 1988· Scheier, Carver, & Bridges, 1994). Οι αισιόδοξοι προσδοκούν στη θετική έκβαση ενεργειών και διαφόρων καταστάσεων, ακόμη και αν χρειαστεί να αντιμετωπίσουν αντιξοότητες. Πιστεύουν ότι οι στόχοι τους θα επιτευχθούν μέσω της διαρκούς προσπάθειας και όχι μέσω της εγκατάλειψης ή απομάκρυνσης από αυτούς (Kukla, 1972· Klinger, 1975· Roth & Cohen, 1986· Snyder, Harris et al, 1991). Οι θετικές προσδοκίες τους σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα υποκειμενικής ευεξίας, καλύτερη σωματική υγεία και υψηλότερη ποιότητα και ποσότητα κοινωνικών σχέσεων (Mens, Scheier, & Carver, 2016). Τα αισιόδοξα άτομα σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών, αν και κατά τον ορισμό της αισιοδοξίας τα διακρίνει μόνο η θετική σκέψη ως προς την έκβαση των πραγμάτων, διαθέτουν αυξημένες ικανότητες επίλυσης προβλημάτων και διαμορφώνουν πιο επικεντρωμένες στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων ή συναισθηματικές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως είναι η αποδοχή, το χιούμορ και η θετική αναμόρφωση μιας κατάστασης (Scheier et al., 1986· Friedman et al., 1992· Strutton & Lumpkin, 1992· Fontaine et al., 1993· Scheier et al., 1994). Επομένως, η αισιοδοξία αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της υποκειμενικής ευημερίας (ικανοποίηση από τη ζωή και υποκειμενική ευτυχία) του ατόμου. Κατά τους Reivich, Gillham, Chaplin και Seligman (2005, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 71) ο κλασικός ορισμός της αισιοδοξίας συνδέεται και με τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύει το άτομο τα γεγονότα και τις αιτίες που τα προκαλούν (εκμαθημένη αισιοδοξία). Τα αισιόδοξα άτομα ερμηνεύουν μια επιτυχία ως αποτέλεσμα δικών τους πράξεων που θα διαρκέσει και θα επηρεάσει τη ζωή τους, ενώ αντίθετα τα απαισιόδοξα άτομα αποδίδουν την επιτυχία στον παράγοντα της τύχης (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 71). Τα άτομα με εκμαθημένη αισιοδοξία θεωρούν για μια κατάσταση ή ενέργεια υπεύθυνες αιτίες πέρα από τον εαυτό τους. Για παράδειγμα, για μια παράξενη ή επιθετική συμπεριφορά ενός

συναδέλφου θα σκεφτούν «κάτι του συμβαίνει και αντιδρά με αυτόν τον τρόπο». Αντιθέτως, τα απαισιόδοξα άτομα θα σκεφτούν για το ίδιο γεγονός «σε κάτι του έχω φταιξει και μου φέρεται έτσι» (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 72).

Η αισιοδοξία μπορεί να θεωρηθεί ως ανθρώπινη κατευθυντήρια δύναμη ή αρετή που αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Η προσαρμοστικότητα των αισιόδοξων ατόμων περιγράφεται με δύο όρους, ως *ευέλικτη αισιοδοξία* (Seligman, 1991, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 73) και ως *στρατηγική αισιοδοξία* (Armor & Taylor, 1998, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 73). Οι αισιόδοξοι βλέπουν τους επιθυμητούς στόχους ως εφικτούς, έτσι ώστε όσες αντιξοότητες κι αν προκύψουν τις αντιμετωπίζουν ενεργά και με επιμονή και έχουν σαν τελικό αποτέλεσμα την αυξημένη επίτευξη στόχων (Avvenuti, Baiardini, & Giardini, 2016).

Τα αισιόδοξα άτομα αντιμετωπίζουν θετικά τη ζωή και βρίσκουν τη δύναμη να υπερπηδήσουν τα εμπόδια που θα τους παρουσιαστούν λαμβάνοντας τα κατάλληλα μέτρα (Carver & Scheier, 1990, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 73). Παρόλα αυτά κάποιοι συγγραφείς επισημαίνουν ότι η αισιοδοξία δεν αποτελεί αποκλειστικά θετικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, καθώς κάποιες φορές η υπερβολή οδηγεί τα άτομα να υπερεκτιμούν τις δυνάμεις τους ή να υποτιμούν δύσκολες καταστάσεις λαμβάνοντας μειωμένα μέτρα πρόληψης, ώστε να οδηγούνται σε επιδίωξη ανέφικτων στόχων και να έχουν αρνητικά αποτελέσματα (Peterson & Vaidya, 2003, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 73). Η υπερβολική μη ρεαλιστική αισιοδοξία σχετίζεται με την εμπλοκή σε συμπεριφορές που ανταμείβουν άμεσα, αλλά είναι δαπανηρές στο μέλλον, λόγω της υποτίμησης του κινδύνου και της ψευδαίσθησης ενός θετικού μέλλοντος (Sharot, 2011, όπ. αναφ. στο Xie & Burns, 2019). Ωστόσο, κατά τους Armor και Taylor (1998, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 73) κατά κανόνα τα άτομα με αισιόδοξες αντιλήψεις δε λειτουργούν ανεξέλεγκτα, αλλά αξιολογούν τους κινδύνους και δρουν ανάλογα, ώστε να επιτύχουν θετική έκβαση των πραγμάτων (Taylor & Gollwitzer, 1995, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 73).

4.2 Οφέλη της αισιοδοξίας και Αναπηρία

Τα συναισθήματα των ανθρώπων όταν αντιμετωπίζουν δυσκολίες κυμαίνονται από τον ενθουσιασμό και την επιθυμία ως το θυμό, το άγχος και την

κατάθλιψη. Οι αισιόδοξοι άνθρωποι αντικρίζουν τη ζωή με ευχάριστη διάθεση και αναμένουν καλά αποτελέσματα ακόμη κι όταν τα πράγματα είναι δύσκολα (Scheier & Carver, 1992· Carver & Scheier, 1998). Η αισιοδοξία είναι παράγοντας καθημερινής ευτυχίας, σε αντίθεση με την απαισιοδοξία που είναι παράγοντας καθημερινής θλίψης (Affleck, Tennen, & Apter, 2001). Σε έρευνες για τις σχέσεις μεταξύ αισιοδοξίας και δυσφορίας χρησιμοποιήθηκε ένα ευρύ αντιπροσωπευτικό δείγμα που περιελάμβανε φοιτητές που ξεκινούν το κολέγιο (Aspinwall & Taylor, 1992· Brissette, Scheier, & Carver, 2002), επιζώντες από επιθέσεις πυραύλων (Zeidner & Hammer, 1992, όπ. αναφ. στο Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010), φροντιστές ατόμων με καρκίνο (Given et al., 1993, όπ. αναφ. στο Carver et al., 2010), φροντιστές ατόμων με νόσο Αλτσχάιμερ (Hooker, Monahan, Shifren, & Hutchinson, 1992· Shifren, & Hooker, 1995), άτομα που ασχολούνται με τα υψηλά επίπεδα του στρες κατά τον τοκετό (Carver & Gaines, 1987, όπ. αναφ. στο Carver et al., 2010), άτομα που είχαν υποστεί χειρουργική επέμβαση παράκαμψης στεφανιαίας αρτηρίας (Scheier et al., 1989· Fitzgerald, Tennen, Affleck, & Pransky, 1993), αποτυχημένες προσπάθειες γονιμοποίησης (Litt, Tennen, Affleck, & Klock, 1992, όπ. αναφ. στο Carver et al., 2010), μεταμόσχευση μυελού των οστών (Curbow, Somerfield, Baker, Wingard, & Legro, 1993, όπ. αναφ. στο Carver et al., 2010), καρκινοπαθείς (Friedman et al., 1992· Carver et al., 1993) και άτομα με AIDS (Taylor et al., 1992, όπ. αναφ. στο Carver et al., 2010). Αποτελέσματα ερευνών έδειξαν ότι τα άτομα με χαμηλότερη αισιοδοξία παρουσίασαν περισσότερη δυσφορία, σε αντίθεση με τα αισιόδοξα άτομα που ανέπτυξαν μηχανισμούς άμυνας για τη διατήρηση της υποκειμενικής ευτυχίας. Έρευνα δεκαπενταετούς παρακολούθησης σε άνδρες τρίτης ηλικίας στην Ολλανδία που αφορούσε την κατάθλιψη έδειξε σημαντικά χαμηλότερη αθροιστική επίπτωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα αισιόδοξα άτομα (Giltay, Zitman, & Kromhout, 2006, όπ. αναφ. στο Carver et al., 2010).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η αισιοδοξία συνδέεται με τη λήψη προληπτικών μέτρων για την προστασία της υγείας κάποιου, όπως μέσω της αναζήτησης γνώσεων σχετικά με παράγοντες κινδύνου για ένα νόσημα (Radcliffe & Klein, 2002, όπ. αναφ. στο Carver et al., 2010). Ευρήματα σε μελέτες που αφορούσαν ενήλικες με καρδιαγγειακά νοσήματα έδειξαν ότι οι αισιόδοξοι ασθενείς γνώριζαν καλύτερα τους παράγοντες κινδύνου για τη νόσο (Shepperd, Maroto, & Pbert, 1996, όπ. αναφ. στο Carver et al., 2010). Η αισιοδοξία είναι μια δυναμικά τροποποιήσιμη κατάσταση και η βελτίωσή της υπόσχεται πολλά για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής της σχετικής

με την υγεία σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (Kraai, Vermeulen, Hillege, Jaarsma, & Hoekstra, 2017). Η αισιοδοξία σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων (Boehm & Kubzansky, 2012) και συνολική μειωμένη θνησιμότητα. Το πιθανό όφελος των παρεμβάσεων που αποσκοπούν στην προώθηση της αισιοδοξίας ή στη μείωση της απαισιοδοξίας θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο μελλοντικών ερευνών (Rozanski, Bavishi, Kubzansky, & Cohen, 2019). Υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας συσχετίστηκαν με χαμηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης υπέρτασης σε εύλωτα άτομα ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, φυλής και εθνικότητας. Η αισιοδοξία αποτελεί πλεονέκτημα για την υγεία και είναι ένας πιθανός στόχος για παρεμβάσεις στη δημόσια υγεία (Kubzansky et al., 2020). Σχετίζεται με υγιέστερες συμπεριφορές που προστατεύουν από καρδιαγγειακές παθήσεις και συντελεί στην πρόληψή τους (Boehm et al., 2018). Οι αισιόδοξοι όχι μόνο αντιμετωπίζουν καλύτερα τις δυσκολίες, αλλά συμμετέχουν και σε δράσεις που στοχεύουν στην ελαχιστοποίηση διαφόρων ειδών κινδύνου για την υγεία στα πλαίσια προληπτικών προσπαθειών για την εξασφάλισή της (Mens et al., 2016). Σκοπός της μελέτης που ακολουθεί ήταν να προσδιορίσει το βαθμό συσχέτισης μεταξύ αισιοδοξίας και σωματικής υγείας μέσω της συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης 83 μελετών. Οι μελέτες κατηγοριοποιήθηκαν σε ομάδες, ανάλογα με το αν εστίαζαν στη θνησιμότητα, την επιβίωση, σε φυσιολογικούς δείκτες συμπεριλαμβανομένης της ανοσολογικής λειτουργίας, καρδιαγγειακά καταληκτικά σημεία, καταληκτικά σημεία αναφορικά με κακοήθειες, καταληκτικά σημεία αναφορικά με την εγκυμοσύνη, τα σωματικά συμπτώματα ή τον πόνο. Σε κάθε μία από τις άνωθεν κατηγορίες η αισιοδοξία ήταν ένας στατιστικά σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης θετικών αποτελεσμάτων σωματικής υγείας (Rasmussen, Scheier, & Greenhouse, 2009).

Η σαφής συσχέτιση αισιοδοξίας και υγείας διαπιστώθηκε και σε άλλες μελέτες που αφορούσαν καρκίνους, καρδιαγγειακές παθήσεις, χρόνια αναπνευστικά νοσήματα και τη γήρανση με συννοσηρότητες. Από τις πιθανές επεξηγηματικές υποθέσεις δύο φαίνεται να περιγράφουν καλύτερα τη συσχέτιση αισιοδοξίας και υγείας. Στην πρώτη αναφέρεται ότι η αισιοδοξία μπορεί να έχει άμεση επίδραση στο νευροενδοκρινικό σύστημα και στις ανοσοαποκρίσεις. Στη δεύτερη αναφέρεται ότι η αισιοδοξία μπορεί να επιφέρει έμμεσες επιδράσεις, καθώς προάγει την υιοθέτηση προστατευτικών συμπεριφορών υγείας και προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης και ενισχύει τη θετική διάθεση, συντελώντας στην ανάπτυξη σημαντικών μηχανισμών για τη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων (Avvenuti et al.,

2016). Σε ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια η αυξημένη αισιοδοξία είχε σαν αποτέλεσμα την αποφυγή του καπνίσματος και μια εποικοδομητικότερη προσέγγιση των δυσκολιών στην αναπνοή (Popa-Velea & Purcarea, 2014). Τέλος όσον αφορά τη γήρανση, η απόδοση των προβλημάτων υγείας σ' αυτήν συνεπάγεται συχνότερα προβλήματα υγείας, λιγότερη αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης και υψηλότερη θνησιμότητα (Sarkisian, Hays, & Mangione, 2002· Stewart, Chipperfield, Perry, & Weiner, 2012). Η αισιοδοξία μπορεί να μετριάσει την αρνητική επίδραση της αυτοαντίληψης της γήρανσης, ενισχύοντας έτσι την πρόληψη και την καλύτερη αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας στο μέλλον (Wurm & Benyamini, 2014).

Το αίσθημα της αισιοδοξίας συντελεί στην αλλαγή της καθημερινότητας του ατόμου βοηθώντας στην καθιέρωση υγιεινών συνθηκών διαβίωσης, υγιεινής διατροφής και σωματικής άσκησης. Σχετίζεται με δείκτες καλύτερης σωματικής υγείας, όπως μείωση της χοληστερόλης και του σωματικού βάρους, αύξηση της ευεξίας και της ικανοποίησης από τη ζωή. Οι αισιόδοξοι είναι πιο πιθανό να καταναλώνουν τρόφιμα με λιγότερα λιπαρά, να λαμβάνουν βιταμίνες, να κάνουν σωστή χρήση φαρμάκων και γενικά να αναλαμβάνουν δράσεις για την ελαχιστοποίηση των κινδύνων για την υγεία (Scheier & Carver, 1992, όπ. αναφ. στο Carver et al., 2010). Αξιολογούν σωστά τους κινδύνους, λαμβάνουν ενεργά μέτρα για τα σοβαρά προβλήματα υγείας και δεν αναλώνονται με ήσσοнос σημασίας προβλήματα, επιδιώκοντας έτσι τη διατήρηση της ευημερίας (Aspinwall & Brunhart, 1996, όπ. αναφ. στο Carver et al., 2010). Δεν εγκαταλείπουν την προσπάθεια επίλυσης κάποιου προβλήματος και δεν αναζητούν τρόπους απόδρασης, όπως είναι το αλκοόλ ή οι εξαρτησιογόνες ουσίες (Ohannessian, Hesselbrock, Tennen, & Affleck, 1993, όπ. αναφ. στο Carver et al., 2010).

Η αισιοδοξία σχετίζεται με καλύτερη ψυχική υγεία. Σε έρευνα σχετική με το σακχαρώδη διαβήτη, σε χρονικό διάστημα 6 ετών, διαπιστώθηκε ότι η τάση του ατόμου να έχει μια πιο θετική στάση απέναντι στη ζωή μειώνει την ευπάθειά του ως προς τα συμπτώματα κατάθλιψης (Xie & Burns, 2019). Ομοίως, από προηγούμενες μελέτες έχει διαπιστωθεί πόσο η αισιοδοξία συντελεί στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης μετά τη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη, ενώ έχει φανεί πως η αισιοδοξία προστατεύει από επιλόχεια κατάθλιψη και από τη νοσηλεία για καρδιακές παθήσεις (Shnek, Irvine, Stewart, & Abbey, 2001· Grote & Bledsoe, 2007).

Τα αισιόδοξα άτομα έχουν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη, μεγαλύτερα κοινωνικά δίκτυα απ' ό,τι τα λιγότερο αισιόδοξα και υιοθετούν συμπεριφορές που

προάγουν την υγεία (Brissette et al., 2002, όπ αναφ. στο Xie & Burns, 2019). Όσον αφορά τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, όσα παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης αντιμετωπίζουν χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Burns, Deschênes, & Schmitz, όπ. αναφ. στο Xie & Burns, 2019). Στην αισιοδοξία αποδίδονται συμπεριφορές που προστατεύουν την υγεία (Carver et al., 2010) και που συνδυάζονται με χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Adjibade et al., 2018). Καθώς έχει φανεί πως οι ψυχολογικές παρεμβάσεις μπορούν να βελτιώσουν το αίσθημα της αισιοδοξίας, μένει να αποδειχθούν οι μηχανισμοί μέσω των οποίων επέρχεται η ελάττωση εμφάνισης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και του πόνου μέσω των παρεμβάσεων αυτών (Malouff & Schutte, 2017).

Οι άνθρωποι διαφέρουν ως προς την εξεύρεση τρόπων για την επίλυση των προβλημάτων τους και ανάλογα χαρακτηρίζονται ως αισιόδοξοι ή απαισιόδοξοι. Η αισιοδοξία σχετίζεται αντιστρόφως με την απελπισία που αποτελεί παράγοντα κινδύνου για καταθλιπτικές διαταραχές (Alloy et al., 2006, όπ. αναφ. στο Carver et al., 2010). Ακόμη η αισιοδοξία φαίνεται να προσδίδει στο άτομο ανθεκτικότητα απέναντι σε αγχωτικά γεγονότα της ζωής που σχετίζονται με τον κίνδυνο εμφάνισης και υποτροπής της ψυχοπαθολογίας (Finlay-Jones, & Brown, 1981· Ellicott, Hammen, Gitlin, Brown, & Jamison, 1990). Η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και η κοινωνική ένταξη των ατόμων προωθούν την καλλιέργεια της αισιοδοξίας που διασφαλίζει τη σωματική και ψυχική τους υγεία (House, Landis, & Umberson, 1988· Kawachi & Berkman, 2001· Lorant et al., 2003). Τα αισιόδοξα άτομα προσαρμόζονται καλύτερα σε ποικίλα στρεσογόνα γεγονότα, επειδή έχουν την τάση να επιλύουν μόνοι τους τα διάφορα προβλήματα, αντί να τα αρνούνται και να λένε πως δεν υπάρχουν (Aspinwall, Richter, & Hoffman, 2001, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 72). Η αισιοδοξία συσχετίστηκε αρνητικά με κακές προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως είναι η απόσυρση, η αποφυγή ή η αγνόηση στρεσογόνων καταστάσεων (Nes & Segerstrom, 2006· Reed, 2016). Αντιθέτως, έχει διαπιστωθεί ότι η ενίσχυσή της είναι η κατάλληλη στρατηγική για την προώθηση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου (Schou-Bredal et al., 2019). Επομένως, η αισιοδοξία μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ψυχική και σωματική ευεξία με την προώθηση ενός υγιούς τρόπου ζωής και προσαρμοστικών συμπεριφορών που σχετίζονται με μεγαλύτερη ευελιξία, ικανότητες επίλυσης

προβλημάτων και πιο αποτελεσματική επεξεργασία αρνητικών πληροφοριών (Conversano et al., 2010).

Υπάρχουν αρκετές μελέτες που διερευνούν την επίδραση της αισιοδοξίας στις χρόνιες παθήσεις σύμφωνα με τους Hart και Sasso (2011, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017). Οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες αξιολόγησαν τη σχέση μεταξύ της αισιοδοξίας και των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Φάνηκε λοιπόν ότι η αισιοδοξία συσχετίστηκε με μεγαλύτερη επιτυχία με τις καρδιακές παθήσεις (Shepperd et al., 1996, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017), με λιγότερες πιθανότητες επανανοσηλείας για ένα μεγάλο εύρος νοσημάτων (συμπεριλαμβανομένου του εμφράγματος του μυοκαρδίου και της χειρουργικής επέμβασης αορτοστεφανιαίας παράκαμψης) (Scheier et al., 1999, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017) και με μειωμένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου σε ηλικιωμένους ασθενείς (Kubzansky, Sparrow, Vokonas, & Kawachi, 2001, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017). Ακόμη η αισιοδοξία συσχετίστηκε με χαμηλότερη καρδιαγγειακή θνησιμότητα σε δείγμα ηλικιωμένων (Giltay, Geleijnse, Zitman, Hoekstra, & Schouten, 2004, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017) και με λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης προόδου της νόσου καρωτίδων σε γυναίκες (Shepperd et al., 1996· Scheier et al., 1999· Kubzansky et al., 2001· Giltay et al., 2004· Matthews, Rääkkönen, Sutton-Tyrrell, & Kuller, 2004). Τα άτομα που έχουν την εσωτερική βούληση να επιτύχουν τους προσωπικούς τους στόχους και να περιμένουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα είναι σε θέση να ζήσουν περισσότερο και να έχουν πιο υγιή ζωή (Urcuyo, Boyers, Carver, & Antoni, 2005, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017).

Σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας η αισιοδοξία διαπιστώθηκε ότι συμβάλλει στη βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης, καθώς τα άτομα αρχίζουν να αναζητούν ευκαιρίες για αλλαγές στην καθημερινότητά τους, ώστε εν μέσω δυσμενών καταστάσεων να επιδιώκουν την υποκειμενική τους ευημερία (Hart et al., 2008, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017). Σε ασθενείς με νόσο του Crohn και ελκώδη κολίτιδα παρατηρήθηκε ότι η αισιοδοξία επιφέρει χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής ανησυχίας και καλύτερη προσαρμοστική τάση απέναντι στη χρόνια νόσο (Flett, Baricza, Gupta, Hewitt, & Endler, 2011, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017). Επίσης, συμβάλλει στο χαμηλότερο ρυθμό μείωσης της αναπνευστικής λειτουργίας (Kubzansky et al., 2002, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017) και στην καλύτερη αντιμετώπιση του πόνου και της κατάθλιψης, καθώς τα αισιόδοξα άτομα έχουν θετική στάση απέναντι στη ζωή και θεωρούν ότι οι τρέχουσες συνθήκες είναι

προσωρινές και μπορούν να μετατραπούν σε καλύτερες (Bargiel-Matusiewicz & Krzyszkowska, 2009· Geers, Wellman, Fowler, Helfer, & France, 2010· Hartley et al., 2008). Σε έρευνα που συμμετείχαν ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια διαπιστώθηκε ότι αυτοί που είχαν υψηλότερα επίπεδα ελπίδας και αισιοδοξίας είχαν υψηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας (Alberto & Joyner, 2008). Τέλος, κατά τους Boehm Williams, Rimm, Ryff και Kubansky (2013, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017) οι αισιόδοξοι άνθρωποι πιο εύκολα υιοθετούν υγιείς συμπεριφορές που βοηθούν στη διατήρηση ενός φυσιολογικού δείκτη μάζας σώματος (Kubzansky et al., 2002· Hart et al., 2008· Bargiel-Matusiewicz & Krzyszkowska, 2009· Geers et al., 2010· Flett et al., 2011· Boehm et al., 2013).

Σύμφωνα με ευρήματα μελέτης του Hou κ.συν. (2010, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017) η διατήρηση ή η βελτίωση των επιπέδων της αισιοδοξίας και της ελπίδας σχετίζεται με την ανάκαμψη από κάποιο ψυχικό στρες και την ανθεκτικότητα. Η αυτοεκτίμηση, η ελπίδα και η αισιοδοξία επηρεάζουν θετικά την υγεία, καθώς καθοδηγούν τα άτομα να αντιμετωπίσουν καλύτερα τις ασθένειές τους και τα ενθαρρύνουν να εφαρμόσουν αλλαγές στη ζωή τους αποσκοπώντας σε ένα καλύτερο μέλλον (Hou et al., 2010· Schöllgen et al., 2011· Lopez-Vargas et al., 2014).

Άλλη ανασκόπηση διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της ψυχικής ευεξίας και των καρδιαγγειακών παθήσεων εξετάζοντας ταυτόχρονα και τους μηχανισμούς μέσω των οποίων θα μπορούσε να υπάρξει κάποια συσχέτιση, εστιάζοντας σε συμπεριφορές αναφορικά με την υγεία (π.χ. κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, σωματική δραστηριότητα, ποιότητα και ποσότητα ύπνου και κατανάλωση τροφής) και σε βιολογικές λειτουργίες (π.χ. καρδιαγγειακές, φλεγμονώδεις και μεταβολικές διεργασίες) που σχετίζονται περισσότερο με την καρδιαγγειακή υγεία. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η ψυχική ευεξία προστατεύει από τα καρδιαγγειακά νοσήματα ανεξάρτητα από τους παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου για τη νόσο. Ειδικότερα η αισιοδοξία σχετίζεται περισσότερο με μειωμένο κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων (Boehm & Kubzansky, 2012). Ακόμη ερευνητικά αποτελέσματα έδειξαν ότι η αισιοδοξία και η απαισιοδοξία συνδέονται με τη θνησιμότητα και την εξέλιξη των καρδιαγγειακών παθήσεων. Οι συμπεριφορές υγείας, ο δείκτης μάζας σώματος, η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης παίζουν διαμεσολαβητικό ρόλο (Roy et al., 2010). Η συναισθηματική ευεξία είναι ευεργετική για την ανάρρωση και την επιβίωση σε σωματικά άρρωστους ασθενείς (Lamers, Bolier, Westerhof, Smit, & Bohlmeijer, 2011). Επίσης σύμφωνα με τα ευρήματα άλλης έρευνας η υψηλή

υποκειμενική ευημερία (όπως η ικανοποίηση από τη ζωή, η απουσία αρνητικών συναισθημάτων, η αισιοδοξία και τα θετικά συναισθήματα) συμβάλλει στην καλύτερη υγεία και στη μακροζωία (Diener & Chan, 2011). Ακόμη άλλα ερευνητικά ευρήματα έδειξαν το σημαντικό ρόλο ειδικών παρεμβάσεων αισιοδοξίας σε άτομα με καρδιαγγειακές παθήσεις. Οι παρεμβάσεις συνδέθηκαν με βελτιώσεις που αφορούσαν την αισιοδοξία, την ικανοποίηση από τη ζωή, την ελπίδα και το άγχος (Mohammadi et al., 2018).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 109 ασθενών με νόσο του Πάρκινσον διαπιστώθηκε ότι η αισιοδοξία φάνηκε να παρέχει προστασία έναντι ορισμένων αρνητικών αντιλήψεων για τις χρόνιες παθήσεις και συσχετίστηκε με καλύτερη διάθεση και ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Hurt et al., 2013). Σε άλλη έρευνα που συμμετείχαν 99 ασθενείς με νόσο του Πάρκινσον παρατηρήθηκε ότι υψηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας και χαμηλότερα απαισιοδοξίας συσχετίστηκαν με καλύτερη ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Παρεμβάσεις που προωθούν τον προσωπικό έλεγχο και την καλλιέργεια θετικών αντιλήψεων σχετικών με τη νόσο του Πάρκινσον μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Gruber-Baldini, Ye, Anderson, & Shulman, 2009).

Η δυσφορία των εμβοών και τα προβλήματα της ακοής έχουν συσχετιστεί με το άγχος και την κατάθλιψη (Jakes, 1988, όπ. αναφ. στο Andersson, 1996). Η αισιοδοξία αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την αντιμετώπιση της ασθένειας, καθώς οι αισιόδοξοι εμπλέκονται σε πιο προσαρμοστικές αντιδράσεις αντιμετώπισης από τους απαισιόδοξους. Η αντιμετώπιση των εμβοών και της απώλειας της ακοής διερευνάται με ιδιαίτερο ενδιαφέρον (Demorest & Erdman, 1989· Hallberg, Erlandsson, & Carlsson, 1992), ενώ αναζητούνται πιο άμεσες στρατηγικές αντιμετώπισης. Φαίνεται επίσης πως η αισιοδοξία σχετίζεται με τη δυσφορία που προκαλείται από τις εμβοές, την ακουστική απώλεια και τις συναισθηματικές αντιδράσεις που παρουσιάζουν τα άτομα λόγω της ακουστικής αναπηρίας (Hallberg, Erlandsson, & Carlsson, 1992, όπ. αναφ. στο Andersson, 1996).

Ευρήματα έρευνας έδειξαν ότι η αισιοδοξία, η αυτοαποτελεσματικότητα και η ανθεκτικότητα σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη σχετίζονται σημαντικά με βελτιωμένο γλυκαιμικό έλεγχο, λιγότερες επιπλοκές και μειωμένα ποσοστά θνησιμότητας. Αυτές οι συσχετίσεις προκαλούνται από έναν αριθμό φυσιολογικών και συμπεριφορικών μηχανισμών, όπως είναι η μειωμένη φλεγμονή, η βελτιωμένη νευροενδοκρινική και αυτόνομη λειτουργία, η καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία

και αλλαγές στον τρόπο ζωής. Τέτοιες παρεμβάσεις μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής, την ευημερία και την αυτοφροντίδα του σακχαρώδους διαβήτη (Celano, Beale, Moore, Wexler, & Huffman, 2013· Massey et al., 2018). Αποτελέσματα έρευνας σε δείγμα 140 ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 έδειξαν ότι η αισιοδοξία θα μπορούσε να έχει προστατευτικό ρόλο μέσω της τροποποίησης της αυτόνομης και νευροενδοκρινικής απορρύθμισης που σχετίζονται με το στρες (Puig-Perez, Hackett, Salvador, & Steptoe, 2016). Σε έρευνα που διεξήχθη σε 56 διαβητικούς ασθενείς που έπασχαν και από άλλες παθήσεις και 54 διαβητικούς ασθενείς χωρίς άλλες παθήσεις ή επιπλοκές διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς και των δύο ομάδων δε διέφεραν σημαντικά ως προς την προσωπική αίσθηση ευθύνης για την υγεία τους, αφού για να διατηρήσουν τον έλεγχο της νόσου πρέπει να είναι συνειδητοί και να ακολουθούν πιστά τη θεραπεία τους. Οι δύο ομάδες των διαβητικών ασθενών όμως παρουσίαζαν σημαντικές διαφορές σχετικά με την αισιοδοξία. Στους ασθενείς με επιπλοκές η αισιοδοξία ήταν σημαντικά χαμηλότερη (Jaworski & Adamus, 2015). Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μία εξελισσόμενη ασθένεια που εμφανίζει επιπλοκές (Huang et al., 2014, όπ. αναφ. στο Xie & Burns, 2019). Αποτελέσματα έρευνας σε διαβητικούς ασθενείς έδειξαν ότι η αισιοδοξία λειτουργεί ενάντια στην αύξηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα μετά τη διάγνωση της νόσου. Η αυξημένη κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν τα αισιόδοξα άτομα αναπτύσσει προστατευτικούς μηχανισμούς που σχετίζονται με χαμηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης συμπτωμάτων κατάθλιψης (Carver et al., 2010· Adjibade et al., 2018). Αν και τα αισιόδοξα άτομα δεν παύουν να διατηρούν προσδοκίες για το μέλλον (Sharot, 2011, όπ. αναφ. στο Xie & Burns, 2019), πολλά ευρήματα δείχνουν ότι τα οφέλη της αισιοδοξίας στην υγεία με την πάροδο του χρόνου μπορεί να μειωθούν λόγω της εξασθένησης του ανοσοποιητικού συστήματος (Cohen et al., 1999, όπ. αναφ. στο Xie & Burns, 2019) και λόγω υποτίμησης των κινδύνων που ελοχεύουν από τη νόσο (Xie & Burns, 2019). Άλλη μελέτη εξέτασε σε δείγμα 385 διαβητικών ασθενών τη σοβαρότητα των συννοσηροτήτων και τη συμμόρφωση στη θεραπεία ως ρυθμιστικούς παράγοντες για τη σχέση μεταξύ αισιοδοξίας, υγείας και ποιότητας ζωής των διαβητικών ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αισιοδοξία που σχετίζεται με την υγεία επηρέασε θετικά την ποιότητα της ζωής, όταν η συμμόρφωση στη θεραπεία ήταν η βέλτιστη, ενώ δεν υπήρχε σχετική επίδραση, όταν η συμμόρφωση στη θεραπεία ήταν κακή (Umukoro, 2018).

Η αισιοδοξία παίζει σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή των ανθρώπων σε καταστάσεις άγχους. Επιτρέπει στους ανθρώπους να σκέφτονται θετικά και τους καλλιεργεί την πεποίθηση ότι θα ξεπεράσουν τις ανησυχίες και τα άγχη της καθημερινής ζωής αναγνωρίζοντας και αξιοποιώντας τις ικανότητές τους. Προηγούμενες μελέτες είχαν δείξει ότι οι θετικές πεποιθήσεις έχουν θετική σχέση με διάφορες διαστάσεις της ποιότητας ζωής (Umukoro, 2018). Ο Kerka κ.συν. (2013) επιβεβαίωσαν ότι η αισιοδοξία μειώνει τις αρνητικές επιπτώσεις του άγχους. Οι Brydon, Walker, Wawrzyniak, Chart και Steptoe (2009) συμπέραναν ότι η αισιοδοξία δρα προστατευτικά ενάντια στις φλεγμονώδεις επιδράσεις του ψυχολογικού στρες, ενώ ο Vilhena κ.συν. (2014) διαπίστωσαν ότι η αισιοδοξία επιδρά σημαντικά στην ποιότητα της ζωής των ασθενών με χρόνιες παθήσεις, καθώς μπορεί να ενισχύσει την ανάρρωση των ασθενών ή ακόμα και να αποτρέψει τις χρόνιες παθήσεις (Affleck et al., 2001). Ακόμη ο Hassan (2002, όπ. αναφ. στο Umukoro, 2018) διαπίστωσε ότι ασθενείς με υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας ανέπτυξαν ρεαλιστικούς μηχανισμούς για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων της ζωής τους. Όπως προαναφέρθηκε, η αισιοδοξία που σχετίζεται με την υγεία συντελεί στη βέλτιστη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία που έχει σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Umukoro, 2018). Οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις κυρίως αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών (Awodele & Osuolale, 2015, όπ. αναφ. στο Umukoro, 2018). Η κακή συμμόρφωση στη θεραπεία έχει σαν αποτέλεσμα να μη λαμβάνουν οι ασθενείς το βέλτιστο όφελος από τη φαρμακευτική τους αγωγή και την αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και την αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης (Lau & Nau, 2004· Sokol, McGuigan, Verbrugge, & Epstein, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΘΕΤΙΚΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

5.1 Τα θετικά συναισθήματα

Τα συναισθήματα είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με την κοινωνική ζωή του ανθρώπου (Izard, 1971, 1972, όπ. αναφ. στο Galanakis, Stalikas, Pezirkianidis, & Karakasidou, 2016), καθώς παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ψυχική του υγεία. Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1946, όπ. αναφ. στο Galanakis et al., 2016) ένα άτομο θεωρείται υγιές, όχι μόνο επειδή δεν παρουσιάζει κάποια ασθένεια ή αναπηρία, αλλά και επειδή διακατέχεται από μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας. Από τότε που ο Seligman εισήγαγε το πεδίο της θετικής ψυχολογίας οι ψυχολόγοι έστρεψαν το ενδιαφέρον τους στην έρευνα των μεταβλητών που συνεισφέρουν στην ευτυχία και στην ψυχολογική ευημερία του ατόμου (Galanakis et al., 2016). Η θετική ψυχολογία ορίζεται ως «η μελέτη των συνθηκών και των διαδικασιών που συμβάλλουν στην άνθηση ή τη βέλτιστη λειτουργία ανθρώπων, ομάδων και ιδρυμάτων» (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000· Gable & Haidt, 2005).

Στην προσπάθεια διαμόρφωσης ορισμού και κατανόησης των θετικών συναισθημάτων σημαντικός παράγοντας είναι η υποκειμενική ερμηνεία και η σημασιодότησή της από το άτομο. Η θετική ψυχολογία εξετάζει τον τρόπο εσωτερίκευσης και τις διαδικασίες νοηματοδότησης των θετικών συναισθημάτων (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 29). Σε καμία περίπτωση η θετική ψυχολογία δεν πρέπει να αντιμετωπιστεί ως μία ηδονιστική προσέγγιση για την επίτευξη της ψυχολογικής ευημερίας. Ο Seligman (2002, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 30) διακρίνει τρία διαφορετικά επίπεδα ζωής: α) την καλή ζωή που βασίζεται στα θετικά συναισθήματα και την απόλαυση, β) τη χαρούμενη ζωή που δίνει έμφαση στην αναγνώριση των θετικών στοιχείων και ικανοτήτων του ατόμου που διαμορφώνουν την καθημερινότητά του και γ) τη με «νόημα και σκοπό» ζωή στην οποία το άτομο θέτει στόχους πάνω από το ατομικό-εγωιστικό επίπεδο αξιοποιώντας τα θετικά χαρακτηριστικά του και τις ικανότητές του. Κατά τον Seligman (2002, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 30) το δεύτερο και το τρίτο επίπεδο ζωής έχουν προγνωστική ισχύ για την ψυχολογική ευημερία του ατόμου και τα θετικά συναισθήματα είναι αναπόσπαστο μέρος της κοινωνικής ζωής.

Τα θετικά συναισθήματα δεν είναι όλα ίδια μεταξύ τους και οι αιτίες που τα προκαλούν διαφέρουν. Η βίωσή τους κάνει τους ανθρώπους να αναζητούν τρόπους για να ζουν ευτυχισμένοι. Διακρίνουμε δύο επίπεδα θετικών συναισθημάτων: α) αυτά που έχουν σχέση με την κάλυψη σωματικών αναγκών του ατόμου και β) αυτά που έχουν σχέση με την επίτευξη των στόχων και των επιθυμιών του (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 29). Για παράδειγμα, σύμφωνα με τον Csikszentmihalyi (1990, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 29) το συναίσθημα της ευχαρίστησης σε άλλους μπορεί να προέρχεται από την κάλυψη βιολογικών αναγκών, όπως της πείνας και της δίψας, ενώ σε άλλους μπορεί να προέρχεται από την ευνοϊκή εξέλιξη μιας υπόθεσης ή από την παρακολούθηση μιας ταινίας ή από έναν ευχάριστο περίπατο.

Κατά την Barbara Fredrickson η βίωση θετικών συναισθημάτων, όπως η αγάπη, η χαρά, η ευγνωμοσύνη, η γαλήνη, το ενδιαφέρον, η έμπνευση, η ελπίδα, η διασκέδαση, η υπερηφάνεια και το δέος, συμβάλλει στη διεύρυνση του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε τον κόσμο γύρω μας, ώστε να είμαστε περισσότερο ανοιχτοί σε νέες εμπειρίες, να αναζητούμε εναλλακτικούς τρόπους δράσης και αντίδρασης στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, να γινόμαστε δημιουργικοί και περισσότερο πρόθυμοι, να γνωριστούμε και να συσχετιστούμε με νέους ανθρώπους στη ζωή μας. Αξιοσημείωτο όμως είναι ότι τα συναισθήματα αυτά έχουν για το κάθε άτομο ξεχωριστά διαφορετικές αποχρώσεις και κυρίως διαφορετική ένταση και βαρύτητα στη ζωή του (Fredrickson, 1998· Fredrickson, 2001· Fredrickson, 2009). Επιπλέον τα θετικά συναισθήματα κινητοποιούν μηχανισμούς οι οποίοι οδηγούν στην ευημερία, καθώς διορθώνουν ή αναιρούν τα αποτελέσματα των αρνητικών συναισθημάτων και βρίσκονται διεθνώς στο επιστημονικό προσκήνιο (Fredrickson & Joiner, 2002· Tugade & Fredrickson, 2004).

Οι Fredrickson και Branigan (2005, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 34) διαπίστωσαν ότι το βίωμα των θετικών συναισθημάτων διευρύνει την προσοχή και την αντίληψη των ατόμων. Τα θετικά συναισθήματα συντελούν στην καταγραφή όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών από το περιβάλλον και τη δημιουργία πιο περιεκτικών και ολιστικών αναπαραστάσεων του κόσμου γύρω τους. Επίσης οδηγούν τα άτομα στην αποτελεσματικότερη διαχείριση των καθημερινών προβλημάτων τους και στη λήψη αποφάσεων σχετικών με τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής, καθώς τα καθιστούν ικανά να χρησιμοποιήσουν πολλές πιθανές λύσεις και στρατηγικές για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων. Ακόμη τα θετικά συναισθήματα φέρνουν τους ανθρώπους πιο κοντά, καθώς αυξάνουν τις πιθανότητες

να βιώσουν τα άτομα τις διαπροσωπικές τους σχέσεις ως πιο ουσιαστικές και να εμπιστευθούν περισσότερο τους ανθρώπους γύρω τους (Fredrickson & Joiner, 2002· Burns et.al., 2008).

5.2 Τα οφέλη των θετικών συναισθημάτων

Τα θετικά συναισθήματα προάγουν ευρύτερα πρότυπα αναζήτησης, καινοτόμες και δημιουργικές σκέψεις και δράσεις, κοινωνικές ομάδες χωρίς αποκλεισμούς, καθώς και πιο ευέλικτους στόχους και νοοτροπίες (Ashby & Isen, 1999· Fredrickson, Mancuso, Branigan, & Tugade, 2000· Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek, & Finkel, 2008). Πρόκειται για τα συναισθήματα που προκαλούν μια ευχάριστη και διαρκή επίδραση στο άτομο. Σύμφωνα με τη θεωρία του Broaden and Build (Fredrickson, 1998, όπ. αναφ. στο Fredrickson, 2001) κατά τη βίωση ορισμένων διακριτών θετικών συναισθημάτων συμπεριλαμβανομένης της χαράς, του ενδιαφέροντος, της ικανοποίησης, της υπερηφάνειας και της αγάπης το άτομο διευρύνει τα στιγμιαία ρεπερτόρια σκέψης-δράσης, ενώ ταυτόχρονα ενισχύει τα προσωπικά του αποθέματα είτε σωματικά είτε πνευματικά είτε ψυχολογικά είτε κοινωνικά. Αντιθέτως, τα αρνητικά συναισθήματα προσφέρουν άμεσα και γρήγορα προσαρμοστικά πλεονεκτήματα σε καταστάσεις οι οποίες απειλούν την επιβίωση μέσω ρεπερτορίων σκέψης-δράσης που προάγουν την αποφασιστικότητα και την άμεση απόκριση (π.χ. διαφυγή, επίθεση, απέλαση) (Fredrickson, 2001).

Έχει διαπιστωθεί ότι κατά τη βίωση θετικών συναισθημάτων τα άτομα αυξάνουν τη γνωστική τους ικανότητα, γίνονται πιο δεκτικά σε νέες εμπειρίες και πιο πρόθυμα ως προς την αναζήτηση εναλλακτικών λύσεων και τρόπων σκέψης και την έναρξη νέων προσπαθειών (Fredrickson, 2001, όπ. αναφ. στο Shamim & Muazzam, 2018). Η δεκτικότητα του ατόμου σε νέες ιδέες, δυνατότητες, προσεγγίσεις και πρωτοβουλίες συντελεί στην αύξηση των διαθέσιμων αποθεμάτων του και ανοίγει νέες δυνατότητες για την αντιμετώπιση όχι μόνο μιας συγκεκριμένης κατάστασης (Fredrickson & Branigan, 2005, όπ. αναφ. στο Shamim & Muazzam, 2018), αλλά και κάθε δύσκολης στιγμής, ώστε να ενισχύεται η ψυχολογική του ανθεκτικότητα (Tugade, Fredrickson, & Feldman Barrett, 2004, όπ. αναφ. στο Shamim & Muazzam, 2018). Τα θετικά συναισθήματα είναι πολύτιμα και μπορούν να οδηγήσουν σε μακροπρόθεσμα οφέλη σε σημαντικούς τομείς, όπως η εργασία, η σωματική υγεία και οι διαπροσωπικές σχέσεις. Είναι κάτι περισσότερο από φευγαλέες και

απολαυστικές εμπειρίες. Δίνουν τη δυνατότητα στο άτομο να αλλάξει τον κόσμο γύρω του. Η βίωση των θετικών συναισθημάτων μπορεί να παρακινήσει τους ανθρώπους να υιοθετήσουν θετικές συμπεριφορές που ωφελούν τη ζωή τους, τη ζωή των ανθρώπων γύρω τους και την κοινότητα γενικότερα (Armenta, Fritz, & Lyubomirsky, 2017). Επομένως, μπορεί η βίωση ενός θετικού συναισθήματος να έχει σύντομη χρονική διάρκεια όμως τα οφέλη που απορρέουν απ' αυτήν είναι μακροχρόνια. Όσο αυξάνονται τα θετικά συναισθήματα και οι ψυχολογικοί πόροι, τόσο μειώνονται τα συμπτώματα της κατάθλιψης και αυξάνεται στο άτομο η ικανοποίηση από τη ζωή (Pezirkianidis, Stalikas, Efstathioua, & Karakasidou, 2016). Τα θετικά συναισθήματα επομένως όχι μόνο ωφελούν στην ανάκαμψη από την κατάθλιψη, αλλά και συμβάλλουν στην άνθιση της ψυχικής υγείας (Fredrickson, Tugade, Waugh, & Larkin, 2003· Lyubomirsky et al., 2005· Richman et al., 2005· Lopez & Snyder, 2011· Gloria & Steinhardt, 2014).

Σύμφωνα με έρευνες τα θετικά συναισθήματα συσχετίζονται θετικά με τα αξιολογούμενα αποτελέσματα όσον αφορά την ικανοποίηση από τη ζωή (Salsman, Brown, Brechting, & Carlson, 2005· Ellison & Fan, 2008), την αισιοδοξία, την αίσθηση αυτοεκτίμησης (Whittington & Scher, 2010, όπ. αναφ. στο Galanakis et al., 2016) και το αντιληπτό νόημα της ζωής (Steger & Frazier, 2005· Martos, Thege, & Steger, 2010). Το να βιώνει το άτομο θετικά συναισθήματα έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη σωματική και ψυχική του υγεία, καθώς και στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής (Lyubomirsky et al., 2005). Επιπλέον η βίωση των θετικών συναισθημάτων έχει συσχετιστεί με τη μακροζωία (Danner et al., 2001· Levy, Slade, Kunkel, & Kasl, 2002· Ong & Allaire, 2005), με χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης κάποιας ασθένειας (Ostir, Markides, Peek, & Goodwin, 2001· Cohen, Doyle, Turner, Alper, & Skoner, 2003a), με την επιβίωση από απειλητικές για τη ζωή ασθένειες (Carver & Scheier, 1993· Middleton & Byrd, 1996· Kubzansky et al., 2001· Kubzansky et al., 2002· Moskowitz, 2003) και με λιγότερα συμπτώματα, λιγότερο πόνο και καλύτερη υγεία (Salovey & Birnbaum, 1989· Cohen et al., 2003a· Gil et al. 2004).

Τα θετικά συναισθήματα μπορούν να δημιουργήσουν μια ισχυρή θετική επίδραση στη σωματική υγεία του ατόμου. Όταν τα άτομα βιώνουν τα συναισθήματα αυτά, βασικά συστήματα του οργανισμού, όπως το κυκλοφορικό και το ανοσοποιητικό λειτουργούν καλύτερα (Fredrickson et al., 2000· Cohen, Doyle, Turner, Alper, & Skoner, 2003b· Davidson et al., 2003· Steptoe et al., 2005· Cohen &

Pressman, 2006· Diener & Chan, 2011), ενώ ελαττώνεται η αίσθηση του σωματικού πόνου (Gil et al., 2004, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 35) και βελτιώνεται η ποιότητα του ύπνου (Bardwell, Berry, Ancoli-Israel, & Dimsdale, 1999, όπ αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 35). Τα θετικά συναισθήματα αναιρούν την αρνητική επίδραση των αρνητικών συναισθημάτων (Fredrickson et al., 2000, όπ. αναφ. στο Shamim & Muazzam, 2018), βελτιώνουν την υγεία του ατόμου και αυξάνουν τη διάρκεια της ζωής του (Danner et al., 2001· Veenhoven & Hagerty, 2006· Diener & Chan, 2011). Η θετικότητα θωρακίζει την υγεία, κάνει το άτομο λιγότερο ευάλωτο στις αρνητικές συνέπειες του στρες και συνεισφέρει στην αντιμετώπιση αγχωτικών και τραυματικών καταστάσεων (Richman et al., 2005, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 35). Επίσης διευκολύνει τη μάθηση και την απόκτηση ολοκληρωμένης γνώσης (Fredrickson, 1998, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 36).

Τα θετικά συναισθήματα συσχετίζονται με αυξημένη ικανοποίηση από τη ζωή (Schimmack, Oishi, Furr, Funder, 2004, όπ. αναφ. στο Stalikas, Fitzpatrick, Mistkidou, Boutri, & Seryianni, 2015) και μια αίσθηση υποκειμενικής ευημερίας (Hooker et al., 1992· Sweetman, Munz, & Wheeler, 1993· Khoo & Bishop, 1997). Τα οφέλη που αποκομίζουν τα άτομα από τη δουλειά τους και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις εξαρτώνται και από το επίπεδο των θετικών συναισθημάτων που βιώνουν (Wright & Cropanzano, 2000, όπ. αναφ. στο Pezirkianidis et al., 2016). Τα άτομα που βιώνουν υψηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων παρουσιάζουν λιγότερο συχνά ψυχιατρικές διαταραχές και σωματικά συμπτώματα (Garland et al., 2010· Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011), καθώς επίσης αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ανθεκτικότητας, ευτυχίας, ικανοποίησης από τη ζωή (Seligman, 2002· Fredrickson et al., 2008) και ευεξίας (Seligman, 2011, όπ. αναφ. στο Pezirkianidis et al., 2016).

Επιπλέον καθοριστική καταγράφεται η συμβολή των θετικών συναισθημάτων στην ψυχοθεραπευτική και συμβουλευτική διαδικασία, καθώς συντελούν στη βελτίωση σημαντικών δεξιοτήτων των ασθενών, στη διεύρυνση του τρόπου σκέψης ως προς την επίλυση των προβλημάτων τους και στην εξεύρεση τρόπων προκειμένου να γίνουν πιο δημιουργικοί και δεκτικοί σε νέες εμπειρίες (Stalikas, Boutri, Dimitriadou, Sergianni, & Mertika, 2007, όπ. αναφ. στο Pezirkianidis et al., 2016). Τα θετικά συναισθήματα διευρύνουν τα γνωστικά και συμπεριφορικά ρεπερτόρια χτίζοντας ανθεκτικούς βιοψυχοκοινωνικούς πόρους που ενισχύουν την ψυχική υγεία. Μπορούν να επηρεάσουν τους γνωστικούς και συναισθηματικούς μηχανισμούς που

στηρίζουν τρεις διαταραχές, την κατάθλιψη, το άγχος και τη σχιζοφρένεια. Το θετικό συναίσθημα της αγάπης-καλοσύνης αναφέρεται ως μέσο δημιουργίας προσωπικών πόρων για τη σωστή διαχείριση καταστάσεων που προκαλούνται από αρνητικά συναισθήματα (Garland et al., 2010· Naseem & Khalid, 2010).

5.3 Θετικά συναισθήματα και Αναπηρία

Οι περισσότεροι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 συμμορφώνονται με τις οδηγίες για τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα και τη φαρμακευτική αγωγή. Οι πετυχημένες παρεμβάσεις για την καλύτερη συμμόρφωση των ασθενών στις θεραπευτικές οδηγίες είναι συχνά περίπλοκες και εντατικές. Η ενίσχυση θετικών ψυχολογικών καταστάσεων αποτελεί μία αποδεκτή και εφαρμόσιμη παρέμβαση σε ένα ευρύ φάσμα ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Με τη χρήση συστηματικών ασκήσεων αυξάνονται τα επίπεδα της αισιοδοξίας και της ευεξίας σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να έχουν καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία (Huffman, DuBois, Millstein, Celano, & Wexler, 2015). Ομοίως, σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 θετικά συναισθήματα, όπως η αισιοδοξία, η ευγνωμοσύνη και άλλα έχουν συσχετιστεί με καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο και χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Η αυξημένη σωματική δραστηριότητα, η τήρηση υγιεινής διατροφής και διάφορες ασκήσεις θετικής ψυχολογίας ενισχύουν τις ευεργετικές επιδράσεις των θετικών ψυχολογικών καταστάσεων και οδηγούν σε μεγαλύτερη ευημερία (Massey, Feig, Duque-Serrano, Huffman, 2017).

Τα θετικά συναισθήματα επιδρούν στη βελτίωση της υγείας (Fredrickson, 2013, όπ. αναφ. στο Shamim & Muazzam, 2018) και σχετίζονται με την καλύτερη διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη (Miles, Khambaty, Petersen, Naik, & Cully, 2018, όπ. αναφ. Shamim & Muazzam, 2018). Στόχος της μελέτης των Shamim & Muazzam (2018) ήταν να διερευνήσει τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σχετικά με τη διαχείριση της νόσου, με την επίδραση των θετικών συναισθημάτων στη βέλτιστη συμμόρφωση αυτών και την ανάδειξη προγνωστικών παραγόντων για τη διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι άνδρες παρουσίασαν πιο θετικά συναισθήματα απ' ότι οι γυναίκες. Μελέτες σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη έδειξαν ότι το στρες και η ένδεια θετικών συναισθημάτων συμβάλλουν στις

αρνητικές επιπτώσεις του σακχαρώδους διαβήτη (Carnethon, Kinder, Fair, Stafford, & Fortmann, 2003, όπ. αναφ. στο Shamim & Muazzam, 2018). Ακόμη η βίωση θετικών συναισθημάτων συνδέεται με καλύτερη αυτοδιαχείριση της νόσου, ενώ τα αρνητικά συναισθήματα συσχετίζονται με την κακή συμμόρφωση στην αγωγή, τη διατροφή και την άσκηση (Robertson et al., 2012· Miles et al., 2018). Ευρήματα άλλης έρευνας η οποία εξετάζει τη σχέση της ευεξίας, της θετικότητας και της ανθεκτικότητας με τις επιπτώσεις του σακχαρώδους διαβήτη, έδειξαν ότι η συναισθηματική υγεία μπορεί να διευκολύνει τη διαχείριση της χρόνιας φροντίδας των ασθενών (Robertson et al., 2012). Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη για την ανάπτυξη συμπεριφορών αυτοδιαχείρισης της ασθένειάς τους, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι η παροχή ψυχοκοινωνικής υποστήριξης οδηγεί σε καλύτερη και τακτικότερη υγειονομική περίθαλψη των ασθενών ελαττώνοντας παράλληλα και την εμφάνιση επιπλοκών του σακχαρώδους διαβήτη. Με αυτόν τον τρόπο προλαμβάνεται η επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών και η επιβάρυνση των συστημάτων της υγειονομικής περίθαλψης (Chew, Shariff-Ghazali, & Fernandez, 2014). Ομοίως, τα αρνητικά συναισθήματα έχουν συνδεθεί με την κακή διαχείριση (Tran, Wiebe, Fortenberry, Butler, & Berg, 2011, όπ. αναφ. στο Shamim & Muazzam, 2018), ενώ τα θετικά συναισθήματα με την καλή διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη (Moskowitz, Epel, & Acree, 2008· Lord, Rumburg, & Jaser, 2015· Dirik & Göcek-Yorulmaz, 2018· Miles et al., 2018). Καθώς όμως, όπως έχει αναφερθεί, ο επιπολασμός της νόσου αναμένεται να αυξηθεί περαιτέρω τα επόμενα έτη (Ogurtsova et al, 2017, όπ. αναφ. στο Shamim & Muazzam, 2018), κρίνεται απαραίτητη η εκπαίδευση των ασθενών από παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και από ψυχοκοινωνικούς και πολιτιστικούς φορείς με στόχο την καλύτερη διαχείριση της νόσου (Shamim & Muazzam, 2018).

Μια θετική αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1, παρά τα προβλήματα που προκαλεί η περίπλοκη αυτή νόσος, μπορεί να ασκήσει σημαντική επιρροή στη διαχείρισή της (Jaser, Patel, Linsky, & Whittemore, 2014). Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 απαιτεί ο έφηβος και η οικογένειά του να αναλάβουν κυρίως τη διαχείριση της θεραπείας (Jaser et al., 2012, όπ. αναφ. στο Jaser et al., 2014) έχοντας στόχο την επιτυχή συμμόρφωσή του στο πρόγραμμα της θεραπείας του. Επιπλέον το να μάθει να αντιμετωπίζει θετικά τα προβλήματα που απορρέουν από ένα χρόνιο νόσημα επεκτείνεται και σε άλλες περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα

την αύξηση της προσήλωσης των ενηλίκων στη θεραπεία της υπέρτασης (Ogedegbe et al., 2012, όπ. αναφ. στο Jaser et al., 2014) και των καρδιαγγειακών παθήσεων (Peterson et al., 2012, όπ. αναφ. στο Jaser et al., 2014). Ευρήματα μελέτης έδειξαν ότι μια θετική ψυχολογική προσέγγιση (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, όπ. αναφ. στο Jaser et al., 2014) που τονίζει τα θετικά συναισθήματα και όχι τα προβλήματα είναι ελκυστική και στους εφήβους και στους γονείς τους. Οι γονείς πρέπει να βρίσκουν τρόπους να επαινούν τις προσπάθειες των παιδιών τους, όχι μόνο σχετικά με τη διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη, αλλά και για άλλα επιτεύγματά τους (Jaser et al., 2014).

Σύμφωνα με μελέτες σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, όσον αφορά τη διερεύνηση της αντιμετώπισης της νόσου, διαπιστώθηκε ότι η αντιμετώπιση, η επικεντρωμένη στη διακοπή δυσάρεστων συναισθημάτων και σκέψεων, συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικής υποστήριξης είχε καλύτερα αποτελέσματα από την αντιμετώπιση που ήταν εστιασμένη στο πρόβλημα. Μια πιθανή εξήγηση, γιατί η διακοπή δυσάρεστων συναισθημάτων και σκέψεων μπορεί να είναι προσαρμοστική ως στρατηγική αντιμετώπισης σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, είναι ότι οι ασθενείς έχουν πολύ μικρό έλεγχο της νόσου τους. Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι για τους περισσότερους ασθενείς μια χρόνια, προοδευτική και απρόβλεπτη νευρολογική ασθένεια για την οποία μέχρι στιγμής δεν έχει βρεθεί η βέλτιστη θεραπεία. Όταν οι ασθενείς παρότι χάνουν την ικανότητα να ελέγχουν την πορεία της νόσου πρέπει να μάθουν να ζουν μαζί της, η θετική αντιμετώπισή της μπορεί να τους βοηθήσει να μειώσουν το άγχος που τη συνοδεύει κι έτσι να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους (Mikula et al., 2013).

Στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας επιδεινώνεται η ποιότητα ζωής εξαιτίας μιας σειράς σωματικών, γνωστικών και συναισθηματικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν. Η συναισθηματική δυσλειτουργία ευθύνεται για τα συμπτώματα κατάθλιψης που τυχόν παρουσιάζουν όσοι πάσχουν από τη νόσο (Schirda, Nicholas, & Prakash, 2015). Η σκλήρυνση κατά πλάκας επηρεάζει την ποιότητα ζωής κυρίως όσον αφορά τη φυσική κατάσταση παρά τον ψυχολογικό τομέα, όπου ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης δρα προστατευτικά στην ψυχολογική διάθεση του ατόμου μειώνοντας την κατάθλιψη και προάγοντας τα θετικά συναισθήματα, ενισχύοντας έτσι τη θέληση για ζωή (Jaracz et al., 2010). Αποτελέσματα έρευνας έδειξαν ότι η πρόωμη φάση της νόσου θεωρήθηκε δύσκολη αλλά διαχειρίσιμη ως προς την αντιμετώπισή της. Στην προσπάθεια για τη διατήρηση της φυσιολογικής ζωής των

ατόμων ακολουθήθηκαν θετικές και πρακτικές στρατηγικές. Ωστόσο η μελλοντική κατάσταση της υγείας δεν έπαυε να απασχολεί τα άτομα επηρεάζοντας την προσαρμογή τους στη χρόνια πάθηση και τη συναισθηματική τους ευημερία (Dennison, Yardley, Devereux, & Moss-Morris, 2010). Η συναισθηματική και σωματική υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους παρέχει καλύτερες εκτιμήσεις για την κοινωνική και τη συναισθηματική λειτουργία των ατόμων που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας (Krokanova et al., 2008, όπ. αναφ. στο Ghafari, Fallahi-Khoshknab, Nourozi, & Mohammadi, 2015). Η υποστηρικτική ατμόσφαιρα που είχαν δημιουργήσει οι συνομήλικοι βοήθησε τους ασθενείς να μιλήσουν ανοιχτά για τα προβλήματα, τις εμπειρίες και τις ανησυχίες τους (Taleghani, Yekta, & Nasrabadi, 2006, όπ. αναφ. στο Ghafari et al., 2015). Τόσο η εμπιστευτική σχέση ασθενών και γιατρών (Krokanova et al., 2008, όπ. αναφ. στο Ghafari et al., 2015) όσο και η κοινωνική και κυβερνητική υποστήριξη (Hosseini, Sharif, Ahmadi, & Zare, 2010, όπ. αναφ. στο Ghafari et al., 2015) κρίνονται απαραίτητες για την προσαρμογή στις χρόνιες παθήσεις. Αντιθέτως, η κακή επικοινωνία προκάλεσε αρνητικά συναισθήματα και αβεβαιότητα στους ασθενείς σχετικά με το μέλλον τους και την προσαρμογή τους στη σκλήρυνση κατά πλάκας (Soundy et al., 2012, όπ. αναφ. στο Ghafari et al., 2015). Οι έφηβοι με σκλήρυνση κατά πλάκας διατρέχουν κίνδυνο δυσκολιών στη συμπεριφορική και συναισθηματική υγεία. Παρουσιάζουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης, κόπωσης και άγχους, καθώς και χαμηλότερες προσαρμοστικές δεξιότητες. Οι σχέσεις με τους γονείς τους αναφέρονται ως βασικός παράγοντας που επηρεάζει τη συναισθηματική τους ευημερία, καθώς η οικογενειακή φροντίδα κρίνεται αναγκαία γι' αυτόν τον πληθυσμό (Till et al., 2012). Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες της δυσλειτουργίας του σώματός τους που επηρέασαν όλες τις πτυχές της ζωής τους. Αποκτώντας τις απαραίτητες γνώσεις που έγιναν η βάση για τη συνεχή διαχείριση της ασθένειάς τους χρειάστηκε να επανεκτιμήσουν τη ζωή τους κατά τη διάρκειά της (Wenneberg & Isaksson, 2014). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 74 γυναικών ηλικίας μεταξύ 19 και 57 ετών με σκλήρυνση κατά πλάκας διαπιστώθηκε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα υπερτερούσαν κατά πολύ της συναισθηματικής ευεξίας και ήταν εντονότερα στις μητέρες ασθενείς απ' ότι στις γυναίκες χωρίς παιδιά (Graziano, Calandri, Borghi, & Bonino, 2019).

Σε ασθενείς με κυστική ίνωση η αξιολόγηση και η προώθηση της ψυχικής υγείας και ευεξίας μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση ή στη διατήρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας καθώς και στην ποιότητα ζωής. Παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και του άγχους και έχει τη δυνατότητα να παρακολουθεί την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών προώθησης της ψυχικής υγείας και της ευεξίας κατά τη διάρκεια της εξέλιξης της νόσου. Η προώθηση της ψυχικής υγείας και ευεξίας ασκεί θετική επίδραση στα άτομα με κυστική ίνωση, ώστε να εμπλουτίζονται οι δεξιότητες αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων και να ενισχύονται η ελπίδα και η αισιοδοξία. Αποτελέσματα έρευνας σε 147 ενήλικες με κυστική ίνωση έδειξαν ότι τα άτομα αυτά μπορούν να επωφεληθούν από παρεμβάσεις που προωθούν την ψυχική υγεία και ευεξία καλλιεργώντας τις δεξιότητες αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων και ενισχύοντας την ελπίδα και την αισιοδοξία (Cronly et al., 2018). Το βρογχικό άσθμα σχετίζεται με υψηλά επίπεδα ψυχοκοινωνικής νοσηρότητας, όπως διαταραχές άγχους (Katon, Richardson, Lozano, McCauley, 2004, όπ. αναφ. στο Upton, 2012) και κατάθλιψης (Van Lieshout, Bienenstock, & MacQueen, 2009, όπ. αναφ. στο Upton, 2012). Τα υψηλά επίπεδα ψυχοκοινωνικής νοσηρότητας πιθανόν να έχουν προηγηθεί της διάγνωσης του βρογχικού άσθματος και να συμβάλλουν στην ανάπτυξη αναπνευστικών συμπτωμάτων. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αναζητούν παρεμβάσεις, όπως επανεκπαίδευση της αναπνοής για τη βελτίωση της ψυχολογικής ευεξίας και της ποιότητας ζωής των ασθενών (Upton, 2012).

Η προσαρμογή στη διαβίωση με κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα διαφέρει από ασθενή σε ασθενή και επηρεάζεται όχι μόνο από τη σοβαρότητα της νόσου και τους περιορισμούς που προκαλούνται απ' αυτήν, αλλά και από κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, καθώς και από την ψυχοσύνθεση και την ευαισθησία των ασθενών. Το άγχος και η κατάθλιψη που συνοδεύουν τη νόσο αποτελούν εμπόδια στην αλλαγή συμπεριφοράς και στην υιοθέτηση ενός υγιούς τρόπου ζωής αυξάνοντας τον κίνδυνο εγκατάλειψης της καρδιακής αποκατάστασης και επηρεάζοντας την ποιότητα ζωής των ασθενών, τον κίνδυνο νοσηλείας και τη θνησιμότητα. Ωστόσο σε συνδυασμό με τις κατάλληλες φαρμακευτικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις η ψυχολογική ευεξία συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα (Compare, Germani, Proietti, & Janeway, 2011· DuBois et al., 2015· Pedersen, Von Känel, Tully, & Denollet, 2017· Van Cappellen, Rice, Catalino, & Fredrickson, 2017). Τα θετικά συναισθήματα, η αισιοδοξία και η

ικανοποίηση από τη ζωή συντελούν στην ψυχολογική ευημερία του ατόμου και τη μακροζωία και προστατεύουν τα άτομα από τις καρδιαγγειακές παθήσεις (Sin, 2016). Η κακή ψυχική υγεία αποτρέπει την προώθηση της ευεξίας και συνδέεται με δυσμενή καρδιακά αποτελέσματα. Αντιθέτως, σε πρόσφατες μελέτες συστηματικών ψυχολογικών παρεμβάσεων υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι θετικά συναισθήματα, όπως η ευτυχία, η αισιοδοξία και η ευγνωμοσύνη ενισχύουν την προώθηση της ευεξίας και συμβάλλουν στην απόκτηση καλύτερων συμπεριφορών υγείας που βοηθούν στην πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων (Huffman, Legler, & Boehm, 2017). Τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερα όσον αφορά τις καρδιαγγειακές παθήσεις, έχει αναπτυχθεί η εμπειρική έρευνα σχετικά με τα οφέλη που επιφέρει στην υγεία η ψυχολογική ευεξία (π.χ. θετικά συναισθήματα, ικανοποίηση από τη ζωή, σκοπός στη ζωή και αισιοδοξία). Στοιχεία ερευνών έδειξαν ότι η ψυχολογική ευεξία συνδέεται με την καλύτερη υγεία, καθώς η ευημερία μειώνει τα καρδιαγγειακά επεισόδια όχι μόνο σε υγιή άτομα, αλλά και σε άτομα που έχουν διαγνωστεί με τη νόσο. Η συγκεκριμένη έρευνα εξετάζει τρόπους σύνδεσης της ευημερίας με τα καρδιαγγειακά νοσήματα και αναγνωρίζει την παιδική ηλικία ως κρίσιμη περίοδο για την καθιέρωση υγιών συμπεριφορών υγείας (Boehm, 2021). Αποτελέσματα έρευνας έδειξαν ότι τα θετικά συναισθήματα, όπως η αισιοδοξία, επηρεάζουν συμπεριφορές υγείας σε ασθενείς με σοβαρά καρδιακά προβλήματα συμπεριλαμβανομένης της αύξησης της σωματικής δραστηριότητας στοχεύοντας στη βελτίωση της ψυχολογικής ευεξίας των ασθενών και κατά συνέπεια στη βελτίωση της υγείας τους (Huffman, Albanese et al., 2017). Πολλές μελέτες είχαν επικεντρωθεί κυρίως στις αλλαγές που επιφέρουν τα αρνητικά συναισθήματα στους ηλικιωμένους με καρδιαγγειακές παθήσεις. Ωστόσο, άλλα ευρήματα ερευνών έδειξαν ότι τα θετικά συναισθήματα επιδρούν προστατευτικά στους ηλικιωμένους όσον αφορά τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν, όπως για παράδειγμα τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης (Ma, Li, & Feng, 2015). Πολλές αλλαγές, όσον αφορά τη λειτουργία του οργανισμού, συνοδεύουν τη διαδικασία της γήρανσης. Οι σταδιακές μειώσεις σε θεμελιώδεις πτυχές του νευροενδοκρινικού, του καρδιαγγειακού και του ανοσοποιητικού συστήματος συμβάλλουν σε αυξημένους κινδύνους νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η συμβολή των θετικών συναισθημάτων είναι ένας από τους παράγοντες που συντελούν στη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας στους ηλικιωμένους (Ong, 2010).

Η αντιμετώπιση της νόσου του Crohn είναι μια αγχωτική κατάσταση που επηρεάζει την ευημερία των ασθενών. Αν και η συναισθηματική κατάσταση των ασθενών κυριαρχείται συνήθως από αρνητικά συναισθήματα, τα θετικά συναισθήματα που συνυπάρχουν αμβλύνουν το πρόβλημα. Στόχος της μελέτης αυτής ήταν να διερευνήσει παράγοντες, όπως το φύλο, τη διάρκεια και το στάδιο της νόσου, που επιδρούν στη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών με νόσο του Crohn. Ασθενείς που βρίσκονταν στο ενεργό στάδιο της νόσου και βίωναν την έξαρσή της κυριεύονταν από αρνητικά συναισθήματα (Casellas, Lopez-Vivancos, Casado, & Malagelada, 2002, όπ. αναφ. στο Kroemeke & Jankiewicz, 2013). Σε αντίθεση ασθενείς που βρίσκονταν σε φάση προσαρμογής και βίωναν την ύφεση της νόσου εκδήλωναν θετικά συναισθήματα (Meder, Świątkowski, Mader, & Koza, 2010, όπ. αναφ. στο Kroemeke & Jankiewicz, 2013). Η νόσος του Crohn, όπως όλες οι χρόνιες παθήσεις, αποτελεί πηγή στρεσογόνων καταστάσεων για το άτομο. Οι ασθενείς στο αρχικό στάδιο αναγκάζονται να υποστούν μια ξαφνική αλλαγή στη ζωή τους και να αποδεχθούν την ασθένεια. Επόμενο είναι κατά την περίοδο της διάγνωσης της ασθένειας και της αντιμετώπισής της να οδηγούνται σε χαμηλά επίπεδα θετικών συναισθημάτων και να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού (Tkalčić, Hauser, Pletikosić, & Štimac, 2009, όπ. αναφ. στο Kroemeke & Jankiewicz, 2013). Ο μακροχρόνιος αγώνας με τη χρόνια νόσο και το συνοδευτικό πόνο μπορεί να επηρεάσει την προσωπικότητα των ασθενών και άλλους παράγοντες διάθεσης. Οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες διακατέχονταν γενικά από περισσότερα αρνητικά συναισθήματα. Εν ολίγοις η αντιμετώπιση της ασθένειας συνοδεύεται από θετικά και αρνητικά συναισθήματα που τα επίπεδά τους εξαρτώνται από το φύλο του ασθενούς, το στάδιο και τη διάρκεια της νόσου (Kroemeke & Jankiewicz, 2013· Sarid et al., 2017). Σημαντικός παράγοντας για την ελκώδη κολίτιδα και τη νόσο του Crohn είναι το άγχος που απορρέει από το φόβο για τον έλεγχο του εντέρου και πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψιν στις στρατηγικές αντιμετώπισης και υποστήριξης της νόσου. Κατά τη στιγμή της διάγνωσης και της εκδήλωσης της νόσου είναι αναγκαίες η κοινωνική (ανταλλαγή συναισθημάτων με άλλους, αποδοχή) και η συναισθηματική (διαχείριση της νόσου) υποστήριξη των ασθενών προσαρμοσμένες στις ατομικές ανάγκες τους για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους (Larsson, Lööf, & Nordin, 2016). Οι ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την προσαρμογή των ενηλίκων με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου μπορεί να είναι τροποποιήσιμοι με κατάλληλες ψυχολογικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις (Jordan, Sin, Fear, &

Chalder, 2016). Ο έλεγχος των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την έγκαιρη ανίχνευση των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ψυχικές διαταραχές και κακή ψυχοκοινωνική λειτουργία. Σύμφωνα με την αποδεδειγμένη σχέση μεταξύ της προσωπικότητας και της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας η εφαρμογή ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων αναμένεται να συμβάλλει στην αποτροπή του άγχους και της κατάθλιψης και να βελτιώσει την πορεία της νόσου (Trikos et al., 2019).

Όπως κάθε άλλη χρόνια ασθένεια η θαλασσαιμία κάνει τους πάσχοντες να ανησυχούν για τη μελλοντική τους κατάσταση και επηρεάζει την ψυχολογία τους, καθώς επιφέρει δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία τόσο του ασθενούς όσο και της οικογένειάς του. Η θετική σκέψη του ατόμου σε σχέση με τον εαυτό του και τους άλλους το ενθαρρύνει και το καθοδηγεί να αναγνωρίσει τις ικανότητές του και τα πλεονεκτήματά του, ώστε να διαμορφώσει την προσωπική του ζωή και να βελτιώσει την ποιότητά της. Συνιστάται στους επαγγελματίες υγείας να κατευθύνουν την προσοχή των παιδιών με θαλασσαιμία σε θετικά συναισθήματα και να συμμετέχουν σε προγράμματα ψυχοθεραπείας για να ενισχύσουν την αυτοπεποίθηση και την επιτυχία τους σε διάφορες πτυχές της ζωής (Zeykani & Nikmanesh, 2018).

Η απώλεια ακοής επηρεάζει τις δραστηριότητες των ατόμων που πάσχουν, ώστε να μειονεκτούν έναντι των άλλων ανθρώπων και να αισθάνονται κοινωνικά απομονωμένοι. Το κοχλιακό εμφύτευμα κατόπιν έρευνας αποδείχθηκε ότι επιδρά θετικά στη ζωή των κωφών παιδιών, ειδικά αν εμφυτεύεται σε νεαρές ηλικίες (De Giacomo et al., 2013). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Wiefferink, Rieffe, Ketelaar και Frijns (2012) τα παιδιά με κοχλιακό εμφύτευμα έχουν λιγότερο επαρκείς στρατηγικές ρύθμισης αρνητικών και θετικών συναισθημάτων και λιγότερη κοινωνική ικανότητα από τα παιδιά με φυσιολογική ακοή. Στην πορεία ενδέχεται τελικά να ακολουθήσουν τους συνομηλίκους τους με φυσιολογική ακοή, καθώς η περισσότερη βίωση θετικών συναισθημάτων σχετίζεται με καλύτερη κοινωνική λειτουργία (Wiefferink et al., 2012).

Τα άτομα με οπτική αναπηρία αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα στην καθημερινή τους ζωή και χρειάζονται τη βοήθεια των άλλων (Bigham, Jayant, Miller, White, & Yeh, 2010). Ωστόσο, τα άτομα που τους προσφέρουν τη βοήθειά τους είναι σημαντικό να είναι ενημερωμένα για τα όρια αυτής της βοήθειας (Thompson, Galbraith, Thomas, Swan, & Vrungos, 2002· Diehl & Willis, 2003). Καθώς έχει διαπιστωθεί η αρνητική συμβολή της υπερπροστασίας των ομάδων στήριξης

(Cimarolli & Boerner, 2005) όσον αφορά την αρμονική διαβίωση των ατόμων με οπτική αναπηρία, πρέπει να τα καθοδηγούν, ώστε να είναι σε θέση να διεκπεραιώνουν δραστηριότητες που απαιτούν όραση και να μην τους παρέχουν επιπλέον βοήθεια από την απαιτούμενη (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983· Cimarolli, Reinhardt, & Horowitz, 2006). Η αντιμετώπιση της αναπηρίας ενηλίκων με τύφλωση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την παρουσία του συναισθήματος της αισιοδοξίας που συμβάλλει στη συνειδητοποίηση της ανάγκης των ατόμων για την απόκτηση μιας ποιοτικής ζωής με αναπηρία (Carver & Scheier, 2000). Η αποδοχή της αναπηρίας επηρεάζει την αυτοεκτίμηση και τον αυτοέλεγχο των ατόμων με οπτική αναπηρία (Sacks & Wolffe, 1998· Kef, 2002) και απομακρύνει τη μοναξιά και την κατάθλιψη, ενώ προβάλλει την ανάγκη για αλλαγές και προσαρμοστικότητα τόσο σε προσωπικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο (Rosenblum, 2000· Kroksmark & Nordell, 2001) γεγονός που επηρεάζει θετικά την ψυχοσύνθεσή τους (Lifshitz, Hen, & Weisse, 2007).

Οι πεποιθήσεις, οι προσδοκίες και οι στόχοι ζωής χάνουν την αξία τους, όταν έχει τεθεί σε κίνδυνο η ίδια η ζωή του ατόμου. Ένας τέτοιος κίνδυνος μπορεί να είναι ένας τραυματισμός στη σπονδυλική στήλη που μπορεί να οδηγήσει σε τετραπληγία ή παραπληγία και να επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη ζωή. Αποτελέσματα έρευνας σχετικής με στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες και την καλλιέργεια του συναισθήματος της αισιοδοξίας σε 103 άνδρες σε αναπηρικό καροτσάκι άνω των 17 ετών έδειξαν ότι δε χαρακτηρίζει πάντα μια χαμηλή ποιότητα ζωής τα άτομα που υπέστησαν τραυματισμό. Υψηλό επίπεδο αισιοδοξίας παρουσίασαν τα άτομα που αξιολόγησαν θετικά την ψυχική τους κατάσταση και είχαν μια σταθεροποιημένη οικονομική κατάσταση. Σε άτομα με τετραπληγία όπου το εύρος της αναπηρίας είναι μεγαλύτερο καταγράφηκε υψηλότερο ποσοστό αισιοδοξίας απ' ότι στους παραπληγικούς. Η αισιοδοξία αποτελεί ζωτικό προσωπικό πόρο που επηρεάζει τη φυσική κατάσταση και την ευημερία του ατόμου κατά τη διαδικασία της ανάκαμψης. Η θετική προοπτική για τη ζωή εμπνέει τα άτομα με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες να ξεκινήσουν νέες ενέργειες για την αντιμετώπιση των καθημερινών δυσκολιών σε αντίθεση με την απάθεια και τη στασιμότητα που υποκινεί η έλλειψη πίστης στην επιτυχία (Rostowska & Kossak, 2011). Η αισιοδοξία είναι ένας σημαντικός ψυχοκοινωνικός πόρος για την προστασία της υγείας και τον επηρεασμό της ανθρώπινης λειτουργίας. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να εξετάσει τη συμβολή της ευγνωμοσύνης και της αυτοεκτίμησης στην αισιοδοξία σε άτομα με κινητικές

αναπηρίες. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 106 άτομα ηλικίας 18-35 ετών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η αισιοδοξία των ατόμων με κινητικές αναπηρίες μπορεί να επηρεαστεί από την ευγνωμοσύνη και την αυτοεκτίμηση (Lestari & Fajar, 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Η ΑΠΟΔΟΧΗ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΗΡΙΑ

6.1 Προσδιορισμός της έννοιας της αποδοχής και της προσαρμογής

Κάθε μορφή αναπηρίας απαιτεί αλλαγές στην καθημερινότητα της ζωής του ατόμου με σκοπό την αποδοχή της κατάστασής του και την προσαρμογή του σ' αυτήν (Livneh & Antonak, 2005). Η εξασθένηση της λειτουργίας του σώματος ή τμήματος αυτού που περιορίζει την ικανότητα ολοκλήρωσης εργασιών ή ενεργειών περιορίζοντας τη συμμετοχή του ατόμου σε μια σειρά από σημαντικές δραστηριότητες ή καταστάσεις της ζωής, αποτελούν χαρακτηριστικά της αναπηρίας (WHO, 2018, οπ. αναφ. στο Umucu et al., 2020).

Ορισμένοι φιλόσοφοι και υποστηρικτές της αναπηρίας υποστηρίζουν ότι η αναπηρία, αντί να αντιμετωπίζεται ως βλάβη, θα πρέπει να θεωρείται σαν μια εκδήλωση της ανθρώπινης ποικιλομορφίας. Ωστόσο ο ισχυρισμός ότι η αναπηρία είναι διαφορετικότητα δεν είναι γενικά αποδεκτός, αφού εξαρτάται από το μέγεθος του προβλήματος. Οι υποστηρικτές της διαφορετικότητας πιστεύουν ότι η αναπηρία δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως κάτι αρνητικό. Κατ' αυτούς ένα άτομο με αναπηρία μπορεί να διακατέχεται από συναισθήματα ευχαρίστησης ή ευτυχίας και να είναι εξίσου χαρούμενο με ένα άτομο με ήπια μορφή αναπηρίας ή δίχως αναπηρία. Οι άνθρωποι με αναπηρία τουλάχιστον μετά από μια περίοδο προσαρμογής είναι σε θέση να αποδεχθούν την αναπηρία τους και να ζήσουν ζωές που δεν είναι χειρότερες απ' ότι εκείνων χωρίς αναπηρία. Ανάλογα με το πώς αξιολογούν την κατάστασή τους θεωρούν ότι είναι λιγότερο κακή απ' ότι νομίζουν οι άλλοι (Bognar, 2015). Η θετική ψυχολογία και η μελέτη των αρετών και των δυνατών σημείων του χαρακτήρα μπορούν να αξιοποιηθούν στην αποκατάσταση προκειμένου να αναπτυχθεί μια θεωρία ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στη χρόνια πάθηση/αναπηρία (Kim et al., 2016). Κάθε άτομο με αναπηρία κατά τη διάρκεια της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής με κατάλληλες μεθοδεύσεις οδηγείται στην αποδοχή της εικόνας του σώματός του και της προσωπικής του ταυτότητας, καθώς και στην ανάπτυξη του συναισθήματος της αυτοεκτίμησης (Chan et al., 2009).

Μέσω της διαδικασίας της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής το άτομο προσεγγίζει προοδευτικά μια βέλτιστη κατάσταση μεταξύ του εαυτού του και του περιβάλλοντός του στο ανώτερο επιτρεπτό όριο των δυνατοτήτων του συμμετέχοντας

ενεργά σε κοινωνικές, επαγγελματικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες και επιδιώκοντας την επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο (Psarra & Kleftharas, 2013). Κατά την επιτυχή προσαρμογή το άτομο αποκομίζει ικανότητες προσαρμοστικής διαχείρισης, ανεξαρτησίας και αλληλεξάρτησης (Smedema & Ebener, 2010). Ωστόσο δεν καταφέρνουν όλα τα άτομα να επιτύχουν τον ίδιο βαθμό προσαρμογής στην αναπηρία. Η μη επιτυχής προσαρμογή συνοδεύεται από άγχος, κατάθλιψη, θυμό, αρνητική αυτοεκτίμηση, κοινωνική απόσυρση και άρνηση αποδοχής της αναπηρίας (Chan et al., 2009).

Η εμφάνιση μιας χρόνιας πάθησης/αναπηρίας κατά τους Livneh και Antonak (2005) συνεπάγεται μια σειρά συνεχών ψυχολογικών αντιδράσεων που αντιστοιχούν στα οχτώ στάδια αντιδράσεων στην αναπηρία. Τα πρώτα έξι στάδια (σοκ, άγχος, άρνηση, κατάθλιψη, εσωτερικευμένος θυμός, εξωτερικευμένη επιθετικότητα) είναι τα αρχικά στάδια. Το άτομο φτάνει στο έβδομο ή όγδοο στάδιο (τελικά στάδια για την προσαρμογή στην αναπηρία), αφού προσπελάσει με επιτυχία τα προηγούμενα στάδια. Στα προκαταρκτικά στάδια της διαδικασίας προσαρμογής οι συμβουλευτικές και θεραπευτικές στρατηγικές φαίνεται να είναι χρήσιμες, ενώ οι στρατηγικές προσανατολισμού της γνωστικής συμπεριφοράς-δράσης φαίνεται να είναι πιο χρήσιμες στα επόμενα στάδια. Οι διάφορες παρεμβάσεις στοχεύουν στη διευκόλυνση της μετάβασης από το ένα στάδιο στο άλλο, ώστε το άτομο με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες να είναι προετοιμασμένο όσο το δυνατόν καλύτερα για την επίλυση των καθηκόντων της ζωής (Livneh, 1986).

Οι Livneh και Antonak (2005) κάνουν διάκριση μεταξύ των εννοιών της αποδοχής και της προσαρμογής στην αναπηρία. Όσον αφορά την αποδοχή της αναπηρίας, συνιστάται η γνωστική παραδοχή της που περιγράφεται σαν μια κατάσταση αναδιοργάνωσης και αναπροσανατολισμού του ατόμου ως προς: α) την αυτοαναγνώρισή του ως Άτομο με Άναπηρία, β) τη νέα του αυτοεικόνα, γ) την εκτίμηση των αξιών στη ζωή του, δ) την αναζήτηση νέων νοημάτων και σκοπών. Από την άλλη πλευρά υποστηρίζεται ότι η προσαρμογή (adjustment) στην αναπηρία προϋποθέτει ταυτόχρονα τη συναισθηματική αποδοχή της και την κοινωνικο-συμπεριφορική επανένταξη του ατόμου ως προς: α) τη θετική του αυτοαξία, β) τη συνειδητοποίηση νέων δυνατοτήτων, γ) την ενεργό εμπλοκή του κατά την επίτευξη των κοινωνικών και επαγγελματικών του στόχων, δ) την υπέρβαση των εμποδίων και των δυσκολιών που συνεπάγεται η επίτευξη των προαναφερόμενων στόχων και σκοπών. Η προσαρμογή στην αναπηρία συμπεριλαμβάνει την αποδοχή των

λειτουργικών επιπτώσεων που προκύπτουν εξαιτίας της αναπηρίας και την ενσωμάτωσή τους στην αυτοεικόνα του ατόμου σε συνδυασμό με τη συμπεριφορική προσαρμογή και την κοινωνική επανένταξή του έχοντας στόχο την απόκτηση νέων δυνατοτήτων για τη βελτίωση της ζωής του. Συνεπώς, η αποδοχή (acceptance/acknowledgement) και η προσαρμογή (adjustment) σε μια κατάσταση αναπηρίας αποτελούν τα τελικά στάδια της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής ενός ατόμου στην αναπηρία του (Livneh & Antonak, 2005).

Καταλήγοντας, η προσαρμογή ενός ατόμου στην αναπηρία του είναι μια επίπονη και χρονοβόρα διαδικασία (Psarra & Klefтарas, 2013). Σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών ένα άτομο δεν μπορεί να χαρακτηριστεί τελικά προσαρμοσμένο, καθώς δεν υπάρχει τελικό όριο προσαρμογής, αφού όπως όλοι οι άνθρωποι έτσι και τα Άτομα με Αναπηρίες χρήζουν ανάγκη συνεχούς προσαρμογής μέσω υιοθέτησης ικανοποιητικών και λειτουργικών μεθόδων σ' ένα περιβάλλον που διαρκώς εξελίσσεται (Κλεφτάρας, 2007).

6.2 Μοντέλα προσαρμογής στην αναπηρία

Η ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία είναι μια πολύπλευρη δυναμική διαδικασία που περιγράφεται από διάφορα μοντέλα που έχουν διαμορφωθεί κατά καιρούς και εντάσσονται στο πεδίο της ψυχολογίας της επανένταξης (rehabilitation psychology). Τα κυρίαρχα μοντέλα προσαρμογής στην αναπηρία που διαφοροποιούνται ως προς το εννοιολογικό πλαίσιο που οριοθετούν και την πολυπλοκότητα των σχέσεων που περιγράφουν παρακινώντας το ερευνητικό ενδιαφέρον είναι το μοντέλο ψυχολογίας του σώματος (somatopsychology), τα μοντέλα των σταδίων (stage models) και τα οικολογικά μοντέλα προσαρμογής (ecological models).

➤ Το μοντέλο της ψυχολογίας του σώματος (Somatopsychology)

Το μοντέλο αυτό εστιάζει στην αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον αναδεικνύοντας τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που υποδεικνύουν τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή και παραδεκτή η αναπηρία, τόσο από το ίδιο το άτομο όσο και από το κοινωνικό του περιβάλλον, στοχεύοντας στην ψυχολογική προσαρμογή του στην αναπηρία (Dembo, Leviton, & Wright, 1975· Wright, 1983).

Σύμφωνα με τις αρχές του μοντέλου της ψυχολογίας του σώματος η αυτοαντίληψη της εικόνας που έχει διαμορφωθεί από το άτομο για τον εαυτό του κλονίζεται με την εμφάνιση μιας αναπηρίας. Έτσι το άτομο καλείται να αναπροσαρμόσει αυτήν την εικόνα σύμφωνα με τα νέα δεδομένα επιδιώκοντας να ενσωματώσει τις νέες αλλαγές στη ζωή του λόγω της αναπηρίας του. Η επίτευξη αυτού του στόχου θεωρείται μεγάλη επιτυχία για το άτομο, αφού επιτυγχάνει μ' αυτόν τον τρόπο ένα βέλτιστο επίπεδο ψυχολογικής προσαρμογής (Livneh & Antonak, 2005· Chan et al., 2009).

Το μοντέλο της ψυχολογίας του σώματος βασίζεται στη θεωρία του Kurt Lewin (1935) που επικεντρώνεται στην επιρροή που ασκούν οι κοινωνικοί παράγοντες στη συμπεριφορά του ανθρώπου. Η θεωρία της ψυχολογίας του Lewin προσέλκυσε το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών, όπως των Meyerson, Dembo, Barker, Leviton και Wright, που ασχολήθηκαν κυρίως με τις ψυχολογικές αντιδράσεις που συνοδεύουν την εμφάνιση μιας αναπηρίας στο άτομο. Η Wright (1983: 163) περιέγραψε «τις συνθήκες που βοηθούν στην αποδοχή της αναπηρίας ως κατάστασης μη υποτιμητικής» (όπ. αναφ. στο Livneh & Martz, 2015: 2). Σύμφωνα με τον Dembo κ.συν. (1975) τέσσερις σημαντικές αλλαγές στο σύστημα αξιών του ατόμου εμφανίζονται να αφορούν την προσαρμογή του στην αναπηρία τις οποίες αναλύουμε στη συνέχεια (Groomes & Linkowski, 2007· Marini, Glover-Graf, & Millington, 2012· Marini & Stebnicki, 2018).

A) *Διεύρυνση πεδίου αξιών (Enlargement of scope values)*: Το άτομο μετά την εμφάνιση της αναπηρίας του βιώνει μια κατάσταση πένθους εξαιτίας της διαπίστωσης της απώλειας κάποιων αξιών του. Έτσι αντιδρώντας στην απώλεια της πρώτης περιόδου οδηγείται στην προσπάθεια να ανακαλύψει και να συμπεριλάβει στις αξίες του αυτές που δεν έχουν επηρεαστεί από την αναπηρία του διευρύνοντας αντίστοιχα τα ενδιαφέροντά του, τις επιδιώξεις του και τις πεποιθήσεις του. Εν ολίγοις, κάνοντας έναν απολογισμό νοηματοδοτεί γεγονότα, αναζητεί δραστηριότητες, θέτει στόχους που να αναλογούν στη νέα κατάστασή του και τις υπάρχουσες δυνατότητές του, ενώ παράλληλα αντλεί ικανοποίηση από άλλες πηγές (Dembo et al., 1975).

B) *Υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (Subordination of physique)*: Κατά την προσαρμογή του στην αναπηρία το άτομο καλείται να αποδεχθεί τη νέα του εικόνα ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που επηρεάζεται η εξωτερική του εμφάνιση. Στρέφει επομένως την προσοχή του στην καλλιέργεια των αρετών του εμπλουτίζοντας τον

εσωτερικό του κόσμου και δίνοντας την αρμόζουσα σημασία σε άλλες αξίες της ζωής, όπως τη φιλία, την εργασία, τη δημιουργικότητα και την προσφορά του στην κοινωνία. Έτσι καταφέρνει να εξισορροπήσει τις ατέλειες στην εξωτερική του εμφάνιση με την ομορφιά που κατακλύζει τον ψυχικό του κόσμο και την ευγένεια που διακρίνει την προσωπικότητά του εντυπωσιάζοντας τον κοινωνικό του περίγυρο (Dembo et al., 1975).

Γ) *Περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (Containment of disability effects)*: Οι λειτουργικές δυσκολίες που μπορεί να επιφέρει η αναπηρία στο άτομο συχνά μπορεί να υπερτιμηθούν από μέρος του και να το οδηγήσουν σε καταβολή και αποθάρρυνση επηρεάζοντας ταυτόχρονα και άλλες σωματικές λειτουργίες που αφορούν τη συναισθηματική και διανοητική του φύση. Οι Dembo κ.συν. (1975) και Wright (1983: 32) ονόμασαν ως επίδραση της εξάπλωσης «τη δύναμη ενιαίων χαρακτηριστικών να προκαλούν σημαντικά συμπεράσματα για το άτομο». Ο περιορισμός της εξάπλωσης εξαρτάται από τον παρατηρητή. Για παράδειγμα, η εξάπλωση αυτή μπορεί να αποφευχθεί ή να ελαττωθεί, αν η αναπηρία ή η απώλεια ιδωθούν από το άτομο ως μία «κτήση» παρά ως ένα ατομικό χαρακτηριστικό (Dembo et al., 1975). Όταν η αναπηρία εκλαμβάνεται από το άτομο ως ατομικό προσωπικό χαρακτηριστικό, το άτομο και το χαρακτηριστικό αντιπροσωπεύουν μια στενά δεμένη έννοια: το Άτομο με Αναπηρία. Έτσι η ταύτιση του ατόμου με την αναπηρία του συντελούν στην εξάπλωση, γιατί τα συναισθήματα που δημιουργούνται μπορούν να επηρεάσουν και άλλες πτυχές του ατόμου. Αν όμως η αναπηρία εκλαμβάνεται ως μία κτήση του ατόμου, τότε το άτομο δεν χαρακτηρίζεται εξ ολοκλήρου ως ανάπηρο αλλά ως άτομο με κάποια μορφή αναπηρίας. Συνεπώς, ο περιορισμός των επιπτώσεων της αναπηρίας έχει να κάνει με την ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται το ίδιο την αναπηρία ως ενιαίο χαρακτηριστικό του εαυτού του και όχι ως μοναδικό χαρακτηριστικό (Wright, 1983).

Δ) *Μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (Transformation from comparative status values to asset values)*: Η σύγκριση μιας προσωπικής δεξιότητας ενός Ατόμου με Αναπηρία με ένα ορισμένο εξωτερικό από το άτομο πρότυπο προσδίδει σ' αυτό το πρότυπο μια συγκριτική αξία. Κάθε ατομικό προσόν περιέχει κάποια αξιολόγηση η οποία στηρίζεται σε εγγενείς στο αντικείμενο που αξιολογείται ποιότητες, όπως είναι η αξία του, η χρησιμότητα και η ομορφιά του. Το άτομο εκτιμά την αξία του με την

αξιολόγηση ενός προσόντος που θα υποτιμούσε υπό άλλες συνθήκες, καθώς θα αντιστοιχούσε σε χαμηλότερο επίπεδο μέσα σε ένα ορισμένο συγκριτικό πλαίσιο. Αν και οι συγκριτικές αξιολογήσεις κρίνονται απαραίτητες για τη διαδικασία της επανένταξης ή της θεραπείας ενός Ατόμου με Αναπηρία, όταν περιέχουν αρνητικές κρίσεις για την προσωπική αξία του ατόμου, δρουν ανασταλτικά στη διαδικασία της προσαρμογής στην αναπηρία. Με τη μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα δίνεται έμφαση στην ικανότητα αναγνώρισης της αξίας κάποιου ατόμου με βάση το συνδυασμό των μοναδικών προσωπικών του χαρακτηριστικών και ικανοτήτων αντί της επιλογής συγκρίσεων με εξωτερικά ανέφικτα πρότυπα (Wright, 1983).

➤ Τα μοντέλα των σταδίων (Stage models)

Τα μοντέλα των σταδίων αποτελούν ένα δεύτερο μοντέλο της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας διερχόμενης από διαφορετικά στάδια. Κατά τη διαδικασία της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής παρουσιάζονται ποικίλες πιθανές ψυχολογικές αντιδράσεις και συμπεριφορές που αρχικά είναι αρνητικές, αλλά εφόσον το άτομο τις διαχειριστεί οδηγείται στην αναγνώριση και την αποδοχή της κατάστασής του και καταφέρνει να προσαρμοστεί στην αναπηρία του παρά τους περιορισμούς που αυτή του επιφέρει (Livneh & Antonak, 2005).

Η διαδικασία προσαρμογής περιλαμβάνει επτά στάδια που είναι: α) το σοκ, β) η προσδοκία ανάρρωσης ή άρνηση, γ) ο θυμός και η οργή, δ) η διαπραγμάτευση, ε) το πένθος και η κατάθλιψη, στ) η εποικοδομητική αμυντική στάση ή αντίθετα η προβληματική αμυντική στάση, ζ) η αναγνώριση-παραδοχή και προσαρμογή στην αναπηρία (Livneh & Antonak, 2005). Η προσωπικότητα του ατόμου, οι εμπειρίες του, η κουλτούρα του και η κοινωνική στήριξη που λαμβάνει επηρεάζουν τη διαδικασία της προσαρμογής με αποτέλεσμα η σειρά και ο χρόνος προσαρμογής σε κάθε στάδιο να διαφέρει από άτομο σε άτομο (Κλεφτάρας, 2007). Τα στάδια της προσαρμοστικής διαδικασίας παρουσιάζονται στη συνέχεια με περισσότερες λεπτομέρειες.

- Σοκ: Το στάδιο του σοκ χαρακτηρίζεται από στοιχεία πανικού, καθώς το άτομο αντιλαμβάνεται το μέγεθος και τη φύση της αναπηρίας του. Έχει σύντομη διάρκεια και χαρακτηρίζεται από ψυχικό μούδιασμα και αποδιοργάνωση της γνωστικής σκέψης, ενώ ταυτόχρονα επηρεάζεται η κινητικότητα και η ομιλία του ατόμου (Livneh & Antonak, 2005).

- Άρνηση: Η αντίδραση αυτή κινητοποιείται προκειμένου να αποτραπεί το άγχος καθώς και άλλα αρνητικά συναισθήματα και θεωρείται ως «μηχανισμός άμυνας». Κατά την άρνηση, περιγράφονται μη ρεαλιστικές προσδοκίες του ατόμου καθώς και απορρίψεις των ιατρικών συμβουλών και των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Αν και στις αρχικές φάσεις της προσαρμογής μπορεί να μετριάσει το άγχος και την κατάθλιψη, η μακροχρόνια χρήση της αποβαίνει απειλητική για τη ζωή (Livneh & Antonak, 2005).
- Θυμός/Εχθρικότητα: Μέσω του εσωτερικευμένου θυμού το άτομο αποδίδει ευθύνες στον εαυτό του όσον αφορά την αναπηρία του ή την αποτυχία του να επιφέρει επιτυχημένα αποτελέσματα. Για εξωτερικευμένη εχθρικότητα γίνεται λόγος, όταν το άτομο αποδίδει ευθύνες για όσα του συμβαίνουν σε άλλα άτομα από το κοινωνικό του περιβάλλον. Και στις δύο περιπτώσεις έχει στόχο να παρεμποδίσει τη θεραπεία που λαμβάνει (Livneh & Antonak, 2005).
- Κατάθλιψη: Η μη αποδοχή της απώλειας και η παγίωση μιας κατάστασης, καθώς και μελλοντικές επιπτώσεις της οδηγούν στη συγκεκριμένη αντίδραση κατά την οποία το άτομο βιώνει συναισθήματα αδυναμίας, δυσφορίας, απελπισίας και απομόνωσης (Livneh & Antonak, 2005).
- Αποδοχή: Η αποδοχή της αναπηρίας σηματοδοτεί το τελικό στάδιο της διαδικασίας της προσαρμογής. Αρχικά, βοηθά το άτομο στη συμφιλίωσή του με την αναπηρία του και τις αλλαγές που αυτή επιφέρει στη ζωή του. Ακολουθεί η συναισθηματική αποδοχή στην οποία συμπεριλαμβάνεται το αίσθημα αποκατάστασης της αυτοαντίληψης. Τέλος το άτομο, αφού καταφέρει να διαχειριστεί με επιτυχία διάφορα εμπόδια, φτάνει στην επίτευξη των προσωπικών, κοινωνικών και επαγγελματικών του στόχων (Livneh & Antonak, 2005).

➤ **Τα οικολογικά μοντέλα προσαρμογής (Ecological models)**

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα οικολογικά μοντέλα προσαρμογής που κατά τους Livneh και Martz (2012) προσφέρουν ένα πλαίσιο περιγραφής της προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας πιο ευρύ και περισσότερο εμπειρικά τεκμηριωμένο απ' ό,τι τα προηγούμενα μοντέλα και έχουν προταθεί από πολλούς ειδικούς (Bishop, 2005· Bishop, Stenhoff, & Shepard, 2007· Bishop, Smedema, & Lee, 2009).

Τα οικολογικά μοντέλα εξετάζουν την ασυμφωνία που χαρακτηρίζει τον τύπο των συμπτωμάτων, το επίπεδο σοβαρότητας της κατάστασης και τη διάρκεια, καθώς και τις αντιδράσεις που ακολουθούν την εμφάνιση μιας αναπηρίας. Με άλλα λόγια τα μοντέλα αυτά απασχολεί ο διαφορετικός βαθμός αποδοχής και προσαρμογής σε μια κατάσταση αναπηρίας που παρατηρείται σε άτομα που έχουν την ίδια ή παρόμοια αναπηρία (Chan et al., 2009).

Τα μοντέλα αυτά εξετάζουν παράγοντες που συμβάλλουν στην προσαρμογή στην αναπηρία, όπως είναι η αιτία και το είδος της αναπηρίας, η ηλικία διάγνωσής της και η δυνατή αναστρεψιμότητα της κατάστασης ή η παγίωσή της, λόγω των αλλαγών που έχει επιφέρει αυτή στη ζωή του ατόμου. Άλλοι παράγοντες που επιδρούν στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή είναι η εθνότητα, το φύλο και η ηλικία του ατόμου, καθώς και η κοινωνικο-οικονομική και μορφωτική κατάσταση της οικογένειάς του και η κατάσταση της υγείας του. Ακόμη τα οικολογικά μοντέλα εξετάζουν μεταβλητές που σχετίζονται με την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά του ατόμου και η αλληλεπίδρασή τους παίζει καθοριστικό ρόλο στην προσαρμογή στην αναπηρία. Οι μεταβλητές αυτές είναι στρατηγικές άμυνας που υιοθετεί το άτομο για να βοηθηθεί στη διαχείριση της αναπηρίας του, στη διαμόρφωση νέων αξιών της ζωής, στην αξιολόγηση των προσόντων που το διακρίνουν και στην καλλιέργεια των γνωστικών και πνευματικών του ικανοτήτων, ώστε να οδηγηθεί στην αποδοχή της νέας του εικόνας και στην ανάπτυξη της αυτοεκτίμησής του. Επιπλέον τα οικολογικά μοντέλα εξετάζουν και μεταβλητές που αναφέρονται στην επίδραση του εξωτερικού περιβάλλοντος στην προσαρμογή στην αναπηρία, όπως είναι τα συστήματα της κοινωνικής υποστήριξης, η ιατρική περίθαλψη, οι οικονομικοί πόροι, καθώς και οι ειδικές προσαρμογές που πραγματοποιούνται στο περιβάλλον για να το καταστήσουν προσβάσιμο και φιλικό (Chan et al., 2009).

Καταλήγοντας, η εμφάνιση μιας αναπηρίας αποτελεί ένα συμβάν καθοριστικής σημασίας για τη ζωή του ατόμου που προσδιορίζει την αρχή μιας χρονοβόρας διαδικασίας προσαρμογής σε σημαντικές αλλαγές σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές (Bishop, 2005). Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αυτής το άτομο έχει στόχο να επιτύχει τη μέγιστη συνάφεια προσώπου-περιβάλλοντος. Δίνει αξία στις υπάρχουσες ικανότητες, κινείται πέρα από τις φυσικές απώλειες και επιδεικνύει επιτυχία στη χρήση δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων και στη διαχείριση του περιβάλλοντός του (Smedema, Bakken-Gillen, & Dalton, 2009). Τα οικολογικά μοντέλα αποτελούν ένα χρήσιμο εργαλείο στα χέρια των ειδικών

καθώς τους παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για την αποτελεσματικότερη διαχείριση της εκάστοτε αναπηρίας (Chan et al., 2009).

6.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμογή στην αναπηρία

Ο όρος αναπηρία καλύπτει ένα ευρύ φάσμα αναπηριών εκ γενετής και επίκτητες. Τα άτομα που παρουσιάζουν μια μορφή αναπηρίας βιώνουν μια ολική λειτουργική έκπτωση, καθώς αναγκάζονται να αποδεχθούν απώλειες που αφορούν την ανεξαρτησία τους, τη σωματική τους ακεραιότητα και τους προηγούμενους κοινωνικούς τους ρόλους (Psarra & Kleftaras, 2013). Ωστόσο η αποδοχή της απώλειας ανοίγει το δρόμο για την προσαρμογή στην αναπηρία (Chan et al., 2009). Κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της αποδοχής τα άτομα έρχονται αντιμέτωπα με μια νέα, απειλητική και στρεσογόνα κατάσταση που οδηγεί τις ζωές τους σε μια ψυχοκοινωνική κρίση, καθώς είναι υποχρεωμένα να δεχθούν αλλαγές σε πολλούς τομείς (Psarra & Kleftaras, 2013). Η ολοκλήρωση της προσαρμοστικής διαδικασίας εξαρτάται από πολλές υποκειμενικές και κοινωνικές παραμέτρους που επηρεάζουν καθοριστικά την αυτοεκτίμηση των ατόμων, ώστε να έχουν μια επιτυχή επανένταξη στο κοινωνικό σύνολο (Livneh & Antonak, 1997).

Ευρήματα έρευνας με αντικείμενο μελέτης τη σχέση μεταξύ της αποφυγής αντιμετώπισης καταστάσεων και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής έδειξαν ότι η αποφυγή αντιμετώπισης καταστάσεων συνδέεται με κακή ψυχοκοινωνική προσαρμογή (Livneh, 2019). Συγκεκριμένα, όταν το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει αγγωτικά συμβάντα της ζωής και καταστάσεις που σχετίζονται με την υγεία, η αποφυγή της αντιμετώπισης αυτών δεν οδηγεί σε θετικά αποτελέσματα όσον αφορά τη σωματική και συναισθηματική δυσφορία, την κατάθλιψη και το άγχος (Zeidner & Saklofske, 1996· Kvillemo & Bränström, 2014· Adams et al., 2017· Iturralde, Weissberg-Benchell, & Hood, 2017). Αυτή η κατάσταση έχει συνδεθεί με επίπεδα φτωχότερης ψυχοκοινωνικής προσαρμογής και διαπιστώνεται σε ένα ευρύ φάσμα ιατρικών παθήσεων, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, οι κακοήθειες, οι ακρωτηριασμοί, οι καρδιακές παθήσεις, η σκλήρυνση κατά πλάκας, οι τραυματισμοί του νωτιαίου μυελού, η ρευματοειδής αρθρίτιδα και οι τραυματικοί εγκεφαλικοί τραυματισμοί (Livneh, 2019). Τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο ψυχοκοινωνικής προσαρμογής μεταβάλλουν το σύστημα αξιών τους και προσαρμόζουν την αξιολόγηση της επιτυχίας τους σύμφωνα με τις δικές τους

ικανότητες (Freedman, 1978). Κατά τον Weinberg (1988) η αναπηρία παρακινεί τα άτομα με υψηλή θέληση να επιτύχουν τους στόχους τους παραβλέποντας τις αντιξοότητες που τους δημιουργεί. Οι Albrecht και Devlieger (1999) διαπίστωσαν ότι τα Άτομα με Αναπηρίες είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν ικανοποίηση όσον αφορά την ποιότητα της ζωής τους, αν η αναπηρία τους δε συνοδεύεται από συναισθήματα απελπισίας, πόνου, κατάπτωσης και απώλειας ελέγχου. Προσαρμόζοντας τα κριτήρια αξιολόγησης της επιτυχίας τους παραδέχονται ότι η εμπειρία της αναπηρίας τους ήταν αυτή που άλλαξε το σκοπό της ζωής τους και το σύστημα αξιών τους.

Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία υπάρχει μεταξύ των τομέων της θετικής ψυχολογίας και της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στην αναπηρία και τις χρόνιες παθήσεις μια ουσιαστική, φιλοσοφική και εννοιολογική αλληλεπικάλυψη. Αν και τα δύο πεδία για να περιγράψουν παρόμοιες έννοιες χρησιμοποιούν συχνά διαφορετική ορολογία και ορισμούς, συγκλίνουν στα ερευνητικά ενδιαφέροντά τους και καλή θα ήταν μια ουσιαστικότερη σχέση μεταξύ τους που να εστιάζει στις ανθρώπινες δυνάμεις και αρετές στη ζωή των Ατόμων με Αναπηρία/χρόνιες παθήσεις (Livneh & Martz, 2015).

Αρκετές θεωρίες αποκατάστασης προηγούνται των σημαντικών θεωριών της θετικής ψυχολογίας που αναπτύχθηκαν από άτομα, όπως οι Seligman, Peterson, Csikszentmihalyi και άλλοι. Οι δύο τομείς της θετικής ψυχολογίας και της ψυχολογίας αποκατάστασης επικεντρώνονται στις δυνάμεις των ατόμων και τα θετικά στοιχεία που εξακολουθούν να υπάρχουν μετά από άγχος ή τραύμα. Αν και θεωρούν ότι η ύπαρξη μιας στρεσογόνας κατάστασης ή μιας τραυματικής εμπειρίας υποθάλλουν την έναρξη μιας χρόνιας πάθησης/αναπηρίας που είναι δύσκολο να θεραπευτεί και μπορεί να παγιωθεί με την πάροδο του χρόνου, κρίνουν απαραίτητη την ενθάρρυνση των ατόμων να αξιοποιήσουν τα δυνατά τους σημεία και τις ικανότητές τους με στόχο την ψυχοκοινωνική τους προσαρμογή (Martz & Livneh, 2015).

Η Wright τόνισε τη σημασία των θετικών αλλαγών στο αξιακό σύστημα μετά από κάποιο τραύμα ή απώλεια και την υπεροχή της θετικής αντιμετώπισης μέσω της αποδοχής της αναπηρίας ως ένδειξη επιτυχούς προσαρμογής. Οι μεταβολές στο αξιακό σύστημα, όταν διεισδύουν στο ψυχοκοινωνικό πλαίσιο του ατόμου, ωθούν το άτομο στην υπερνίκηση και υπέρβαση των δυνητικά ολέθριων επιπτώσεων της αναπηρίας και στη χαρτογράφηση μιας νέας πορείας ζωής (Livneh & Martz, 2015).

Ευάλωτα άτομα που ζουν με αναπηρία και παρουσιάζουν ψυχολογικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, άγχος και μετατραυματικό στρες, λέμε ότι παρουσιάζουν έλλειψη ευεξίας. Προτείνεται λοιπόν η βελτίωση των επιπέδων ευεξίας ως παρέμβαση που ενεργεί ως ρυθμιστικός παράγοντας ενάντια στην ανάπτυξη αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων (Nierenberg et al., 2016).

Όσον αφορά την πρόσβαση των Ατόμων με Αναπηρία σε υπηρεσίες υγείας και αποκατάστασης, έχουν επισημανθεί πολλά εμπόδια που συχνά αποτελούν βασική αιτία για την περιορισμένη πρόσβαση των ατόμων αυτών σ' αυτές τις υπηρεσίες. Οι κυβερνήσεις και οι συνεργαζόμενοι φορείς εξαιτίας των περιορισμένων πόρων έρχονται συχνά αντιμέτωποι με δυσκολίες να δώσουν προτεραιότητα σ' αυτά τα άτομα που χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής από την πολιτεία για την κάλυψη σημαντικών αναγκών που έχουν εξαιτίας της ιδιαιτερότητάς τους (WHO, 2018, όπ. αναφ. στο Umucu et al., 2020).

Τα Άτομα με Αναπηρία είναι κάτι περισσότερο από μια συλλογή ατόμων που έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά. Διαμορφώνουν τη δική τους αντίληψη ως προς τις διακρίσεις και τις προκαταλήψεις, έχουν κοινά ενδιαφέροντα, τη δική τους κουλτούρα, τη δική τους γλώσσα, τα δικά τους ιδρύματα όπου μοιράζονται κάποια μορφή μειονεκτήματος εξαιτίας του οποίου είναι δυνατό να δέχονται αρνητικές συμπεριφορές από το κοινωνικό σύνολο (Bognar, 2015). Με τη συμβολή της θετικής ψυχολογίας πολλοί άνθρωποι με αναπηρία/χρόνιες παθήσεις δεν υποφέρουν τόσο από καταθλιπτικά συμπτώματα ή δυσκολίες συμπεριφοράς, αλλά μάλλον προσαρμόζονται στις περιστάσεις τους αρκετά καλά. Μετά την έναρξη της αναπηρίας και την επακόλουθη αποκατάσταση παρουσιάζουν θετικές αντιδράσεις και αναφέρουν σχετικά ευνοϊκά επίπεδα υποκειμενικής ευημερίας και ευτυχίας και απολαμβάνουν την καθημερινή ζωή, συμπεριλαμβανομένων της εργασίας και των αλληλεπιδράσεων με την οικογένεια και τους φίλους (Dunn, Uswatte, & Elliott, 2009).

6.4 Η προσαρμογή των ατόμων στην αναπηρία τους

Σε έρευνα στην οποία συμμετείχαν 100 άτομα με προβλήματα όρασης αξιολογήθηκε η σοβαρότητα του προβλήματος κατόπιν κλινικών αξιολογήσεων της οπτικής λειτουργίας και η προσαρμογή τους στην απώλεια όρασης. Επιπλέον αξιολογήθηκαν βασικά δημογραφικά στοιχεία, όπως η ηλικία, η γενική υγεία, η εκπαίδευση, οι περιορισμοί των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με την όραση, η

κατάθλιψη, η κοινωνική υποστήριξη και η προσωπικότητα αυτών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η απώλεια όρασης σχετίζεται σημαντικά με την κατάθλιψη και ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Ορισμένα άτομα ενδέχεται να έχουν προδιάθεση να εμφανίσουν μικρότερη προσαρμογή στην απώλεια όρασης λόγω των χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς τους, αλλά και κακή προσαρμογή στην αναπηρία εξαιτίας κυρίως της κατάθλιψης και όχι λόγω της εμφάνισης ή της σοβαρότητας της αναπηρίας τους (Tabrett & Latham, 2012). Σε έρευνα με δείγμα 700 ατόμων που υποβλήθηκαν σε δομημένη συνέντευξη με σκοπό να συλλεχθούν πληροφορίες σχετικές με την απόκτηση της οπτικής εξασθένησης διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που έχουν ζήσει με προβλήματα όρασης για πάνω από 2 έτη παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα αποδοχής και χαμηλότερα επίπεδα άρνησης σε σύγκριση με τα επίπεδα που παρουσίαζαν άτομα που είχαν πρόσφατη απώλεια όρασης. Επιπλέον διαπιστώθηκε ότι η αποδοχή της αναπηρίας συσχετίστηκε θετικά με την ευημερία, ενώ η άρνηση συσχετίστηκε με την κατάθλιψη (Bergeron & Wanet-Defalque, 2013). Στην ακόλουθη μελέτη σκοπός ήταν η διερεύνηση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής σε μια ομάδα ατόμων με τύφλωση με στόχο την ευαισθητοποίηση των οφθαλμιάτρων για τη φροντίδα αυτών των ατόμων. Η κακή προσαρμογή παρατηρήθηκε ότι υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής των ατόμων με τύφλωση. Εν τούτοις τα περισσότερα άτομα με τύφλωση προσαρμόστηκαν σε τομείς κοινωνικής αλληλεπίδρασης, γάμου και οικογένειας, ενώ αντίθετα παρουσίασαν μέτρια προσαρμογή στους τομείς της εκπαίδευσης, της επαγγελματικής κατάρτισης, της απασχόλησης και της κινητικότητας. Η μη επαρκής πρόσβαση των ατόμων με τύφλωση σε εκπαιδευτικά προγράμματα και προγράμματα αποκατάστασης συμβάλλει στην κακή προσαρμογή τους. Φαίνεται λοιπόν πως απαιτείται η συνεργασία της ιατρικής κοινότητας και των κρατικών φορέων για την παροχή σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υποστήριξης στα άτομα με τύφλωση (Tunde-Ayinmode, Akande, & Ademola-Popoola, 2011). Τέλος, από την εξέταση της σχετικής συμβολής των οπτικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων σε διάφορες πτυχές της ποιότητας ζωής σε άτομα με χαμηλή όραση προέκυψαν ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Στα άτομα με χαμηλή όραση η σωματική και ψυχική υγεία βρέθηκαν να είναι ισχυρότεροι προγνωστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής απ' ότι οι οπτικοί παράγοντες (Hernandez Trillo & Dickinson, 2012).

Όσον αφορά την ακουστική αναπηρία, η παρακάτω έρευνα ασχολήθηκε με τη συμβολή της κρατικής εκπαίδευσης στη βελτίωση του βαθμού της αισθητηριακής ακουστικής απώλειας με τη βοήθεια ακουστικών βαρηκοΐας και κοχλιακών

εμφυτευμάτων, αναφορικά με την αντίληψη του λόγου. Η προσαρμογή είναι μια διαδικασία στην οποία το άτομο αποκτά νέες γνώσεις και βελτιώνει τις ικανότητές του. Η σημασία της προφορικής επικοινωνίας υπαγορεύει την ταχεία και βέλτιστη προσαρμογή στις μεταβολές της ακοής μέσω διεργασιών που έχουν να κάνουν με την αντίληψη της ομιλίας (Boothroyd, 2010). Η διαδικασία της προσαρμογής ξεκινά, όταν το άτομο αρχίζει να αποσύρει την προσοχή του από τη νέα κατάσταση που βιώνει. Για παράδειγμα, ένα άτομο που βιώνει σημαντική ακουστική απώλεια, όταν δεν το απασχολούν πλέον οι περιορισμοί που του επιφέρει στην καθημερινότητά του, αποδέχεται τη νέα του κατάσταση αναζητώντας εναλλακτικούς τρόπους για να την αντιμετωπίσει αλλάζοντας στόχους και προτεραιότητες στη ζωή του (Ubel, Loewenstein, Schwarz, & Smith, 2005). Σε έρευνα που συμμετείχαν 114 ενήλικες με επίκτητη απώλεια ακοής που η μέση ηλικία τους ήταν τα 67 έτη διαπιστώθηκε πως ο βαθμός της απώλειας ακοής ήταν η μοναδική παράμετρος που είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την προσαρμογή στην αναπηρία. Η ελπίδα αναδείχτηκε ως ένας μηχανισμός που συνδέει την απώλεια ακοής με την προσαρμογή στην αναπηρία (Kent & La Grow, 2007).

Συνεχίζοντας, σε μελέτη που διεξήχθη σε δείγμα 100 ατόμων με τραυματισμό του νωτιαίου μυελού διερευνήθηκε ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης και της κατάθλιψης στην αποδοχή της αναπηρίας. Η υψηλότερη αποδοχή της αναπηρίας συνδέθηκε με λιγότερο καταθλιπτικά συμπτώματα και υψηλότερο επίπεδο αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης. Η κατάθλιψη αποδείχθηκε ότι μεσολαβεί στη σχέση μεταξύ της αντιληπτής κοινωνικής υποστήριξης και της αποδοχής της αναπηρίας (Jiao, Heyne, & Lam, 2012). Σε άλλη μελέτη εξετάστηκε η σχέση της κατάθλιψης και του ενδιαφέροντος για τη ζωή με την προσαρμογή στην αναπηρία σε άτομα με σωματική αναπηρία, καθώς η κατάθλιψη είναι ένα από τα πιο συχνά ψυχολογικά συμπτώματα σε άτομα με σωματικές αναπηρίες, ενώ η απόκτηση μιας σωματικής αναπηρίας είναι μια αγχωτική κατάσταση που απαιτεί την προσαρμογή ενός ατόμου σε μια νέα ανησυχητική πραγματικότητα. Μέσω της συμπλήρωσης τριών ερωτηματολογίων σχετικών με την καταθλιπτική συμπτωματολογία από 522 συμμετέχοντες διαπιστώθηκε πως υπάρχει μια αρνητική σχέση μεταξύ του ενδιαφέροντος για τη ζωή και της κατάθλιψης. Επιπλέον το ενδιαφέρον για τη ζωή βρέθηκε να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διευκόλυνση της προσαρμογής των ατόμων στις σωματικές τους αναπηρίες (Psarra & Klefтарas, 2013). Στόχος της μελέτης που έπεται ήταν να προσδιορίσει το επίπεδο αποδοχής της

αναπηρίας σε ένα δείγμα ατόμων με τραυματισμό του νωτιαίου μυελού. Στην έρευνα συμμετείχαν 40 ενήλικες που είχαν διαγνωστεί με τετραπληγία και παραπληγία. Ο έλεγχος για το επίπεδο της κατάθλιψης έδειξε σημαντικά χαμηλή αποδοχή της αναπηρίας. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν άνδρες για τους οποίους η αποδοχή της αναπηρίας διαπιστώθηκε ότι αποτελούσε σοβαρό πρόβλημα, ενώ οι γυναίκες δήλωναν υψηλότερη αποδοχή της αναπηρίας σε σχέση με τον ανδρικό πληθυσμό (Nicholls et al., 2011). Αποτελέσματα έρευνας έδειξαν ότι τα άτομα με σωματική αναπηρία που συμμετέχουν σε κοινωνικές και θρησκευτικές δραστηριότητες και επικοινωνούν μέσω του διαδικτύου ανέφεραν υψηλή αντίληψη για την υγεία, την ικανοποίηση από τη ζωή και την αποδοχή της αναπηρίας (Kim, Kim, MaloneBeach, & Han, 2015).

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εντοπιστούν οι ατομικοί και οικογενειακοί παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμογή της παιδικής ηλικίας στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, η οικογενειακή λειτουργία, η κοινωνική ικανότητα, η αυτοδιαχείριση, η αντιμετώπιση και η αυτοαποτελεσματικότητα, επηρεάζουν το επίπεδο προσαρμογής σε παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Επίσης χαρακτηριστικά, όπως ο τρόπος θεραπείας (αντλία έναντι ενέσεων) και οι ψυχοκοινωνικές αποκρίσεις (καταθλιπτικά συμπτώματα και άγχος), επηρεάζουν το επίπεδο προσαρμογής. Η προσαρμογή εξαρτάται τόσο από το μεταβολικό έλεγχο που είναι απαραίτητος για την παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου όσο και από τον ψυχοκοινωνικό έλεγχο που παρέχει μια καλή ποιότητα ζωής. Κρίνεται απαραίτητο να αναπτυχθούν καινοτόμες παρεμβάσεις που να είναι κατάλληλες και να αντιμετωπίζουν τις βιολογικές, τις ψυχοκοινωνικές και τις οικογενειακές ανάγκες που δημιουργούνται κατά την προσαρμογή στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (Whittemore, Jaser, Guo, & Grey, 2010). Η μελέτη που ακολουθεί διερευνά τις περιπτώσεις όπου ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 εμφανίζεται στην ενηλικίωση. Διαπιστώθηκε ότι η διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη επιφέρει διαταραχές στις σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές πτυχές της ζωής του νεοδιαγνωσθέντος ατόμου. Αρχικά το άτομο πρέπει να αποκτήσει προσωπική άποψη για το σακχαρώδη διαβήτη, καθώς πρέπει να αναθεωρήσει τις καθημερινές του συνήθειες. Ταυτόχρονα, ξεκινά μια διαδικασία εκμάθησης σχετική με το πώς να ζεις με σακχαρώδη διαβήτη που με τη σειρά της επηρεάζει τη συμπεριφορική προσαρμογή. Τα ευρήματα δείχνουν ότι ενώ υπάρχουν διαφορές μεταξύ των ατόμων, οι προσαρμοστικές στρατηγικές που ακολουθούνται

κατά την αρχική προσαρμοστική διαδικασία μπορούν να διαμορφώσουν μακροπρόθεσμα πρότυπα συμπεριφοράς και ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα που έχουν αντίκτυπο στην ευημερία του ατόμου (Due-Christensen, Zoffmann, Willaing, Hopkins, & Forbes, 2017). Ερευνητικά αποτελέσματα έδειξαν ότι η προώθηση μιας καλύτερης προσαρμοστικής απόκρισης, ειδικά στην περίπτωση της κατάθλιψης, φαίνεται να μειώνει τη συναισθηματική δυσφορία ανεξάρτητα από το φύλο ή την ηλικία των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. (Lacomba-Trejo et al., 2018). Αποτελέσματα έρευνας σε 265 εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 έδειξαν ότι οι νέοι πρέπει να προσαρμοστούν σωματικά και ψυχολογικά στις επιπτώσεις του σακχαρώδους διαβήτη. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να προωθήσουν συμπεριφορές αυτοεξυπηρέτησης και να βοηθήσουν στη διαχείριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με στόχο την εξισορρόπηση της συναισθηματικής αυτονομίας και της βελτιωμένης προσαρμογής στην υγεία σε εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (Chen et al., 2017). Από μελέτη μεταξύ 238 εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, όπου μελετήθηκαν οι σχέσεις μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών, της σχολικής υποστήριξης, της ανθεκτικότητας και συμπεριφορών αυτοφροντίδας με τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και την ποιότητα ζωής, διαπιστώθηκε πως η ανθεκτικότητα και οι συμπεριφορές αυτοφροντίδας άμεσα επηρεάζουν τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και την ποιότητα ζωής. Η σχολική υποστήριξη επίσης άμεσα φάνηκε να επηρεάζει την ποιότητα ζωής και έμμεσα και τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (Lo et al., 2014). Η έρευνα των Altundag και Bayat (2016) είχε στόχο την αξιολόγηση των επιπτώσεων της ομαδικής αλληλεπίδρασης και της κατάρτισης κατά τη διαδικασία προσαρμογής με τη νόσο σε εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Από τα αποτελέσματα φάνηκε πως οι έφηβοι με σακχαρώδη διαβήτη που συμμετείχαν σε κοινές δραστηριότητες κατάρτισης και αλληλεπίδρασης με ομότιμους εμφάνισαν μείωση στο επίπεδο της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και αύξηση της κοινωνικής υποστήριξης. Δραστηριότητες, όπως η συνεχής, τακτική εκπαίδευση και η αλληλεπίδραση ομότιμων ομάδων, καθώς και η δημιουργία ομάδων κοινωνικής υποστήριξης, βρέθηκαν να είναι αποτελεσματικές στη διαδικασία προσαρμογής στη νόσο (Altundag & Bayat, 2016). Ευρήματα άλλης μελέτης που πραγματοποιήθηκε σε εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 με τη βοήθεια ερωτηματολογίων και μαγνητοσκοπημένων συνεντεύξεων, όπου αξιολογήθηκε η θετική διάθεση των εφήβων κατά την αλληλεπίδρασή τους με την μητέρα τους, έδειξαν ότι η θετική διάθεση είτε αυτοαναφερόμενη είτε

παρατηρούμενη κατά τις συνεντεύξεις συσχετίζεται με τη γλυκαιμική ρύθμιση και την ποιότητα ζωής, ενώ επίσης προβλέπει βελτίωση στο γλυκαιμικό έλεγχο και στην εξωτερίκευση συναισθημάτων στους έξι μήνες (Lord et al., 2015).

Ερευνητικά ευρήματα έδειξαν ότι 77 ερωτηθέντες ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που συμμετείχαν σε πειραματική έρευνα παρουσίασαν βελτιώσεις στην αποδοχή της νόσου μετά από εκπαιδευτική παρέμβαση. Η μεγαλύτερη αποδοχή της νόσου συσχετίστηκε με τη διαχείριση του άγχους και τη χαμηλότερη μέση τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (Bertolin, Pace, Cesarino, Ribeiro, & Ribeiro, 2015). Σκοπός της μελέτης που ακολουθεί ήταν να περιγράψει πώς τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη που εξαρτώνται από ινσουλίνη αποδέχονται την ασθένειά τους και ποια αίσθηση συνοχής έχουν προκειμένου να προσδιοριστεί, αν η αποδοχή της νόσου σχετίζεται με την αίσθηση συνοχής. Τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης δείχνουν ότι ένας σημαντικός παράγοντας για το πόσο καλά δέχεται το άτομο την ασθένειά του και την αίσθηση συνοχής είναι το μορφωτικό του επίπεδο. Ο σακχαρώδης διαβήτης συνεπάγεται μια σημαντική αλλαγή στον τρόπο ζωής. Η εξατομίκευση της φροντίδας των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη είναι σημαντική και βοηθά στον προσδιορισμό των ατόμων με χαμηλή αποδοχή της νόσου και χαμηλή αίσθηση συνοχής (Richardson, Adner, & Nordstrom, 2001). Ερευνητικά αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που διδάχθηκαν πώς να διαχειριστούν το σακχαρώδη διαβήτη τους και έμαθαν να εφαρμόζουν δεξιότητες αποδοχής της νόσου τους σε σύγκριση με τους ασθενείς που έλαβαν μόνοι τους εκπαίδευση, ήταν πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν καλύτερες στρατηγικές αντιμετώπισης, να αναφέρουν καλύτερη αυτοφροντίδα στο σακχαρώδη διαβήτη και να έχουν καλύτερες τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1C) (Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007). Η μελέτη των Yi, Vitaliano, Smith, Yi και Weinger (2008) διερευνά το ρυθμιστικό ρόλο της ανθεκτικότητας στην επιδείνωση της συμπεριφοράς της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και της αυτοφροντίδας εξαιτίας της αυξανόμενης δυσφορίας που σχετίζεται με το σακχαρώδη διαβήτη. Η έρευνα ολοκληρώθηκε σε 111 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και επιβεβαίωσε τη σχέση της ανθεκτικότητας με τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και της αυτοεξυπηρέτησης ενόψει των αυξημένων επιπέδων κινδύνου (Yi et al., 2008).

Η μελέτη που ακολουθεί διερευνά τη διαδικασία προσαρμογής σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου. Συνολικά 10 ασθενείς με νόσο του Crohn και 12 ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα συμμετείχαν σε ατομικές ημιδομημένες συνεντεύξεις. Η

μελέτη έχει εντοπίσει την έννοια του «νέου φυσιολογικού» που κατέχει κεντρική σημασία στην προσαρμογή κατά την οποία οι ασθενείς επιδιώκουν να ανακτήσουν μια αίσθηση κανονικότητας βρίσκοντας μια ισορροπία μεταξύ της ζωής τους πριν και μετά τη διάγνωση. Καθώς οι ασθενείς κατανοούν την ασθένειά τους και αλληλεπιδρούν με άλλους ασθενείς, ενδέχεται να αποδεχθούν την ασθένειά τους (Blumer, 1969, όπ. αναφ. στο Matini & Ogden, 2016) και να μάθουν να ζουν μ' αυτήν. Κατά τη διαδικασία αφομοίωσης-προσαρμογής (Breakwell, 1986, όπ. αναφ. στο Matini & Ogden, 2016) τα άτομα αφομοιώνουν νέες προσωπικές και κοινωνικές πληροφορίες που προσαρμόζουν την υπάρχουσα δομή της ταυτότητάς τους. Ακόμη κατανοούν ότι δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν σωματικά στην τρέχουσα κατάσταση σε σύγκριση με τη ζωή τους πριν την εμφάνιση της νόσου τους. Έτσι αποδεχόμενοι τη νέα τους κατάσταση μειώνουν το φόρτο εργασίας αλλά και τις προσδοκίες και τις απαιτήσεις που θέτουν στον εαυτό τους (Stryker, 1980, όπ. αναφ. στο Matini & Ogden, 2016). Σε έρευνα με δείγμα 28 ασθενών με ελκώδη κολίτιδα διαπιστώθηκε ότι η εμπειρία των ασθενών από την ελκώδη κολίτιδα και η ικανότητά τους να προσαρμοστούν προκειμένου να διατηρήσουν την αίσθηση της κανονικότητας στη ζωή είναι μια σύνθετη αλληλεπίδραση συμπτωμάτων, στρατηγικών προσαρμογής και εξωτερικής υποστήριξης. Σχεδόν όλοι οι ασθενείς εξέτασαν και υιοθέτησαν μεθόδους μη ιατρικής προσαρμογής για τη βελτίωση της σωματικής και ψυχολογικής τους ευεξίας και επωφελήθηκαν από εξωτερική υποστήριξη, ώστε να διατηρήσουν την αίσθηση της κανονικότητας στη ζωή (McMullan et al., 2017). Σε έρευνα σχετική με τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου συμμετείχαν 38 ενήλικες με νόσο του Crohn και ελκώδη κολίτιδα. Οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν έρευνες ερωτηματολογίων που αξιολόγησαν τις αντιλήψεις για την ασθένεια, το άγχος, τη συναισθηματική λειτουργία, την αποδοχή και την αντιμετώπιση της νόσου και την ποιότητα ζωής. Η καλύτερη προσαρμογή συσχετίστηκε με την καλύτερη υγεία του εντέρου και την ανοχή στα συμπτώματα της νόσου, με λιγότερο πόνο, λιγότερο άγχος και λιγότερες επισκέψεις στους γαστρεντερολόγους. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι στη διαχείριση των ασθενειών παίζουν σημαντικό ρόλο γνωστικοί, συμπεριφορικοί και συναισθηματικοί παράγοντες που λειτουργούν συμπληρωματικά στη λαμβανόμενη ιατρική υποστήριξη και συντελούν στη διατήρηση της ψυχολογικής ευημερίας, τη λειτουργική κατάσταση και την ποιότητα ζωής των ασθενών (Kiebles, Doerfler, & Keefer, 2010).

Σε μελέτη με δείγμα 210 παιδιών με βρογχικό άσθμα διαπιστώθηκε από τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων σχετικών με τις γνώσεις τους για το βρογχικό άσθμα ότι η διαχείριση της συμπεριφοράς τους συσχετίστηκε θετικά με την κοινωνική προσαρμογή τους. Οι προσπάθειες ενίσχυσης της γνώσης των παιδιών σχετικά με το βρογχικό άσθμα θα τα ωφελήσουν στη διαχείριση της συμπεριφοράς τους και θα διευκολύνουν την κοινωνική τους προσαρμογή, ώστε να αυξηθεί η ανεξαρτησία τους και να ενισχυθεί η αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμησή τους (Yang, Mu, Huang, Lou, & Wu, 2012).

Ερευνητικά αποτελέσματα σε 158 εφήβους με τύφλωση και σε 158 εφήβους με χαμηλή όραση έδειξαν ότι και οι δύο ομάδες παρουσίασαν παρόμοια επίπεδα ψυχολογικής προσαρμογής. Τα αγόρια μεγαλύτερης ηλικίας και τα κορίτσια στο σύνολό τους ανέφεραν περισσότερα συναισθηματικά προβλήματα (Pinquart & Pfeiffer, 2012). Τα αποτελέσματα της αποκατάστασης της μη αναστρέψιμης απώλειας όρασης εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ψυχολογική προσαρμογή του ασθενούς. Τα συνολικά ευρήματα δείχνουν ότι η μη αναστρέψιμη απώλεια όρασης έχει συχνά αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών και στην ψυχική τους υγεία που παγιώνονται με την πάροδο του χρόνου. Η καλύτερη προσαρμογή στην απώλεια όρασης συσχετίστηκε με τη μεγαλύτερη αποδοχή της απώλειας όρασης, την καλή κοινωνική υποστήριξη και τα θετικά συναισθήματα, καθώς υψηλά επίπεδα κατάθλιψης εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της προσαρμογής (Senra et al., 2015). Σύμφωνα με την έρευνα των Tabrett και Latham (2012) η καλύτερη προσαρμογή στην απώλεια όρασης σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και με ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Στόχος αυτής της μελέτης ήταν να εκτιμηθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την προσαρμογή στην απώλεια όρασης σε ένα μικτό δείγμα ενηλίκων με οπτική αναπηρία, λαμβάνοντας υπόψη τη σοβαρότητα της απώλειας όρασης χρησιμοποιώντας μια εκτεταμένη αξιολόγηση της οπτικής λειτουργίας, για την καλύτερη κατανόηση της διαδικασίας προσαρμογής και για τον εντοπισμό ατόμων που κινδυνεύουν να αντιμετωπίσουν χαμηλότερα επίπεδα προσαρμογής (Tabrett & Latham, 2012).

Στόχος της μελέτης των Calandri, Graziano, Borghi και Bonino (2018) ήταν να περιγράψει την προσαρμογή στη σκλήρυνση κατά πλάκας (κατάθλιψη, αρνητική και θετική επίδραση) σε νέους ενήλικες ασθενείς. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν τη χρησιμότητα του επαναπροσδιορισμού της ταυτότητας και της αυτοαποτελεσματικότητας σε ψυχολογικές παρεμβάσεις με στόχο την πρόωθηση

προσαρμογής των νέων ενηλίκων στη σκλήρυνση κατά πλάκας σε μια πρώιμη φάση της ασθένειας. Σε άλλη μελέτη σε δείγμα 102 ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας διερευνήθηκε ο διαμεσολαβητικός ρόλος της αίσθησης συνοχής στη σχέση μεταξύ των στρατηγικών αντιμετώπισης (επίλυση προβλημάτων, συναισθηματική απελευθέρωση και αποφυγή δυσκολιών) και προσαρμογής (ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την κατάθλιψη και τη συναισθηματική ευεξία). Διαπιστώθηκε ότι η επίλυση προβλημάτων, η συναισθηματική απελευθέρωση και η αποφυγή δυσκολιών αποτελούν προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης κατά το πρώτο διάστημα της διάγνωσης της νόσου. Ακόμη η αίσθηση συνοχής κατέχει σημαντική θέση στην προσαρμογή των ασθενών (Calandri, Graziano, Borghi, & Bonino, 2017). Σκοπός της έρευνας που ακολουθεί ήταν να αναθεωρήσει τις εμπειρίες των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας με σκοπό να εξεταστεί η προσαρμογή των ατόμων αυτών στην αναπηρία τους. Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας αντιμετωπίζουν περιόδους άγχους, φόβου και αβεβαιότητας που μπορούν να οδηγήσουν σε απελπισία, κατάθλιψη και συναισθήματα εγκατάλειψης (Simmons, 2010, όπ. αναφ. στο Soundy, Roskell, Elder, Collett, & Dawes, 2016), ενώ παράλληλα επηρεάζουν αρνητικά και κάποιες δραστηριότητες των ασθενών (εργασία, κοινωνικές δραστηριότητες) καθώς και τις αλληλεπιδράσεις αυτών με σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής των ασθενών (Hartley et al., 2014, όπ. αναφ. στο Soundy et al., 2016). Παρά τις αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειας, είναι πιθανό οι ασθενείς επανεκτιμώντας την κατάστασή τους να βιώσουν καλύτερη προσαρμογή (Dennison, Moss-Morris, & Chalder, 2009, όπ. αναφ. στο Soundy et al., 2016). Η ελπίδα έχει συσχετιστεί με λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και η αισιοδοξία με καλύτερη ψυχική ευεξία. Η ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως η εύρεση οφέλους, η θετική επανεκτίμηση και η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης συντελούν στην προώθηση της ψυχολογικής προσαρμογής των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας (Soundy et al., 2016). Η παρακάτω μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει την ικανοποίηση από τη ζωή μεταξύ 218 ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας. Οι καλύτεροι προγνωστικοί παράγοντες της ικανοποίησης από τη ζωή ήταν το επίπεδο αποδοχής της αναπηρίας, της ελπίδας και της πνευματικής ευεξίας των ατόμων αυτών. Σημαντικό ρόλο επίσης κατείχαν η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και η επαγγελματική ενασχόληση των ασθενών (Chen & Crewe, 2009). Ακόμη άλλη μελέτη είχε ως στόχο να διερευνήσει σε δείγμα 25 ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας την προσαρμογή τους στις νέες αλλαγές και τους

περιορισμούς της ζωής που επιβάλλει η νόσος. Η θρησκευτικότητα, η αναζήτηση πληροφοριών, η αναζήτηση υποστήριξης, η καλλιέργεια του συναισθήματος της ελπίδας, οι συναισθηματικές αντιδράσεις, η απόκρυψη της νόσου και η καταπολέμηση αυτής φάνηκε να επηρεάζουν την προσαρμογή των ατόμων αυτών στην αναπηρία τους (Ghafari et al., 2015).

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να μας ενημερώσει σχετικά με τα προβλήματα που επιφέρει η απώλεια ακοής που σχετίζεται με την ηλικία και να διερευνήσει στρατηγικές πρόληψης, ταυτοποίησης, ενίσχυσης και ακουστικής αποκατάστασης με στόχο τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης και της ποιότητας ζωής των ατόμων αυτών. Παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών είναι η χρήση των ακουστικών βαρηκοΐας και οι χειρουργικές επεμβάσεις (Humes, Wilson, Barlow, Garner, & Amos, 2002· Sprinzi & Riechelmann, 2010· Acar, Yurekli, Babademez, Karabulut, & Karasen, 2011). Τα ακουστικά βαρηκοΐας βοηθούν στη βελτίωση της αντίληψης του λόγου σε ηλικιωμένους που μπορεί να χρησιμεύσει για να αντισταθμίσει την απώλεια της ακρόασης. Πολλές φορές συμβαίνει να παραμελείται στα ηλικιωμένα άτομα η έγκαιρη παροχή ποιοτικής φροντίδας της ακοής εξαιτίας της συνύπαρξης και άλλων χρόνιων ασθενειών που σχετίζονται με τη γήρανση, όπως εγκεφαλικό επεισόδιο, αρθρίτιδα, εκφυλιστικές ασθένειες των οστών και των αρθρώσεων, απώλεια της οπτικής οξύτητας και κινητικά προβλήματα (Crews, 2005, όπ. αναφ. στο Li-Korotky, 2012). Η ακουστική απώλεια που σχετίζεται με την ηλικία επιφέρει στο άτομο θεμελιώδεις αλλαγές που επηρεάζουν την ακουστική επεξεργασία της ομιλίας. Ως εκ τούτου οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να δείξουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την προώθηση στρατηγικών αποκατάστασης που θα επιτρέψουν την πλήρη εμπλοκή των ηλικιωμένων με ακουστική απώλεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής με τη βοήθεια συσκευών ακοής, ώστε να τους παρέχεται η απαιτούμενη ποιοτική φροντίδα που θα βελτιώσει την ποιότητα της ζωής τους (Li-Korotky, 2012).

Το δείγμα της έρευνας που ακολουθεί αποτελούνταν από 95 άτομα με τραυματισμό του νωτιαίου μυελού που συμμετείχαν σε πρόγραμμα αποκατάστασης. Η έναρξη ενός τραυματισμού του νωτιαίου μυελού συνοδεύεται από ένα τεράστιο άγχος που οδηγεί τα άτομα σε απόπειρες αντιμετώπισης οι οποίες μπορεί ή όχι να είναι προσαρμοστικές στη μείωση των επιπέδων του άγχους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα ψυχικά αποθέματα και οι στρατηγικές αντιμετώπισης σχετίζονται σημαντικά με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή (Livneh & Martz, 2014).

6.5 Η προσαρμογή στην αναπηρία ως παράμετρος της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας των Ατόμων με Αναπηρία

Έρευνα που υλοποιήθηκε σε άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας με στόχο να συγκρίνει τα συστατικά της ευτυχίας, της ψυχολογικής ευεξίας, της αγάπης για τη ζωή, του νοήματος στη ζωή και της σωματικής υγείας μεταξύ ασθενών με ήπια συμπτώματα και ασθενών με σοβαρά συμπτώματα έδειξε ότι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την προσαρμογή των ασθενών στη σκλήρυνση κατά πλάκας (Mohaghegh, Moghaddasi, Eslami, Dadfar, & Lester, 2021).

Η ευημερία και η ευτυχία αλλάζουν μετά από επίκτητη σωματική αναπηρία. Η έναρξη της σωματικής αναπηρίας συμβαίνει λόγω τραυματισμού ή ασθένειας που συνεπάγεται τη μείωση της λειτουργικής ικανότητας του ατόμου ή την απώλεια μέλους του σώματος. Μετά την έναρξη της αναπηρίας ορισμένα άτομα εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα και προβληματικές συμπεριφορές. Ωστόσο πολλοί άνθρωποι στην πορεία αποδέχονται την αναπηρία τους και προσαρμόζονται αρκετά καλά, καθώς αναφέρουν σχετικά ευνοϊκά επίπεδα υποκειμενικής ευημερίας και ευτυχίας και απολαμβάνουν την καθημερινή ζωή στο οικογενειακό και εργασιακό τους περιβάλλον (Dunn et al., 2009).

Η έρευνα που ακολουθεί επιχειρεί να προσδιορίσει το ρόλο των αισιόδοξων πεποιθήσεων στις διαδικασίες προσαρμογής τριών χρόνιων ασθενειών που διαφέρουν ως προς την ικανότητα ελέγχου και την αυτοφροντίδα του σακχαρώδους διαβήτη, της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 104 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, 95 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και 98 ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας. Οι αισιόδοξες πεποιθήσεις επηρεάζουν διαφορετικά τη σωματική υγεία ανάλογα με τον έλεγχο της χρόνιας νόσου. Όταν οι ασθενείς αντιμετωπίζουν μέτρια ή σε μεγάλο βαθμό ανεξέλεγκτη ασθένεια όπου οι επιλογές αυτοφροντίδας είναι περιορισμένες, οι μη ρεαλιστικές πεποιθήσεις είναι χρήσιμες, ενώ όταν οι ασθενείς αντιμετωπίζουν σε μεγάλο βαθμό ελεγχόμενη ασθένεια όπου απαιτείται αυτοφροντίδα είναι χρήσιμες οι προσδοκίες θετικής αποτελεσματικότητας (Fournier, De Ridder, & Bensing, 2002).

Σε μελέτες που είχαν δημοσιευθεί από τον Ιανουάριο του 1980 έως το Δεκέμβριο του 2010 στις οποίες συμμετείχαν ηλικιωμένοι με μη αναστρέψιμη απώλεια όρασης χρησιμοποιήθηκαν ποιοτικές μέθοδοι για τη συλλογή των δεδομένων και για την ανάλυση. Από τη σύνθεση των αποτελεσμάτων των ερευνών

διαπιστώθηκε ότι η αποδοχή της αναπηρίας και η θετική στάση απέναντι στη ζωή διευκολύνουν την επιτυχή ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ατόμων με απώλεια όρασης, καθώς και την κοινωνική υποστήριξή τους από την οικογένεια, τους φίλους και τους συνομηλίκους τους που έχουν προσαρμοστεί επιτυχώς στην κατάστασή τους και τους έχουν αποδεχθεί συμβάλλοντας έτσι στην ψυχολογική τους ευημερία (Nyman, Dibb, Victor, & Gosney, 2011).

Στόχος της ακόλουθης μελέτης ήταν να διερευνηθεί σε δείγμα 54 ασθενών η συμβολή της ελπίδας στη διαδικασία επιλογής στρατηγικών αντιμετώπισης που αποσκοπούσαν στην ψυχολογική προσαρμογή ασθενών που έπασχαν από τραυματισμό του νωτιαίου μυελού μετά την έξοδό τους από το κέντρο αποκατάστασης. Τα ευρήματα της μελέτης ανέδειξαν το ρόλο της ελπίδας στη διατήρηση μιας επίμονης στάσης αντιμετώπισης απέναντι στις αντιξοότητες, όπως αναφέρθηκε από τον Snyder (1998, όπ. αναφ. στο Kennedy, Evans, & Sandhu, 2009). Η ελπίδα απομακρύνει το άγχος και την κατάθλιψη και επηρεάζει την ψυχολογική προσαρμογή των ατόμων μετά τον τραυματισμό του νωτιαίου μυελού (Kennedy et al., 2009).

Τα ευρήματα της έρευνας των Dorsett, Geraghty, Sinnott και Acland (2017) που πραγματοποιήθηκε σε 47 άτομα με νεοαποκτηθέντα τραυματισμό έδειξαν ότι οι στρατηγικές για την προώθηση της ελπίδας σε περιβάλλον αποκατάστασης είναι πολύ σημαντικές όσον αφορά τη διαχείριση της αναπηρίας, καθώς τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα ελπίδας είχαν καλύτερα αποτελέσματα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Επιπλέον το συναίσθημα της ελπίδας συσχετίστηκε θετικά με την αυτοαποτελεσματικότητα και την ικανοποίηση από τη ζωή, ενώ συσχετίστηκε αρνητικά με την κατάθλιψη που εμφανίζουν τα άτομα με τραυματισμό του νωτιαίου μυελού. Αν και τα άτομα καταλαβαίνουν τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, δεν παύουν να τρέφουν ελπίδες για τη βελτίωσή της, θέλουν να πιστεύουν ότι θα περπατήσουν ξανά, ενώ παράλληλα εκπαιδεύονται σε πρόγραμμα αποκατάστασης για την προετοιμασία της ζωής τους σε αναπηρικό καροτσάκι (Irving et al., 1998· Chi, 2007· Folkman, 2010). Η σημασία της ελπίδας κατέχει εξέχουσα θέση και στον τομέα της παρηγορητικής φροντίδας όπου η μη ρεαλιστική αισιοδοξία καλλιεργεί στα άτομα ψευδαισθήσεις για την αποκατάσταση της υγείας τους, που όμως λειτουργούν ως ρυθμιστικοί παράγοντες για τη διατήρηση της ελπίδας και των κινήτρων για τη ζωή (Elliott, Witty, Herrick, & Hoffman, 1991· Elliott & Richards, 1999· Snyder, 2002a).

Έρευνα που διεξήχθη σε δείγμα 281 ατόμων με παραπληγία έδειξε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση της ελπίδας, της αποδοχής της αναπηρίας και της μετατραυματικής ανάπτυξης. Ο τραυματισμός του νωτιαίου μυελού επιφέρει αλλαγές τόσο στην καθημερινότητα όσο και στις ψυχοκοινωνικές πτυχές της ζωής των ατόμων που εμπλέκονται (Van Leeuwen et al., 2012, όπ. αναφ. στο Byra, 2018). Η αποδοχή της αναπηρίας θεωρείται διαμεσολαβητής στη σχέση μεταξύ της ελπίδας και της μετατραυματικής ανάπτυξης. Η απόκτηση του τραυματισμού του νωτιαίου μυελού είναι καθοριστικό γεγονός που επιβάλλει αλλαγές στις πεποιθήσεις του ατόμου για τον κόσμο και τον εαυτό του (Byra, 2018).

Αποτελέσματα έρευνας που έγινε σε δείγμα 229 φοιτητών με αναπηρία κατέδειξαν τα πολλά οφέλη της θετικής ψυχολογίας, συμπεριλαμβανομένης της αισιοδοξίας, όχι μόνο για το γενικό πληθυσμό αλλά και για άτομα με χρόνιες παθήσεις και αναπηρίες. Διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ αισιοδοξίας, προσαρμογής στην αναπηρία και ποιότητας ζωής σε φοιτητές με αναπηρίες και οι διαφορές που εντοπίστηκαν μεταξύ αυτών και ατόμων δίχως αναπηρία. Η μελέτη των ατομικών διαφορών για φοιτητές με αναπηρία βοηθά στην εξεύρεση τρόπων για την προώθηση της επιτυχούς προσαρμογής στην αναπηρία και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Freeman, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΦΙΛΙΑ

7.1 Η έννοια της φιλίας

Κατά τον Αριστοτέλη «Φιλία ἐστὶν μία ψυχὴ ἐν δυσὶ σώμασιν ἐνοικουμένη». Στα «Ἠθικά Νικομάχεια» του για τη δημιουργία της φιλίας εντοπίζει τρία κίνητρα:

- Το «χρήσιμον», δηλαδή το συμφέρον, η ωφέλεια
- Το «ἡδύ», δηλαδή η ευχαρίστηση, η απόλαυση, η ικανοποίηση
- Το «ἀγαθόν», δηλαδή το ηθικό καλό, η αρετή, η ανθρωπιά

Τα δύο πρώτα είδη σχέσεων είναι φιλίες κατά «συμβεβηκός», εφήμερες, πρόσκαιρες και ασταθείς. Κατά το τρίτο είδος το σύνδεσμο μεταξύ φίλων αποτελεί η αρετή που γεννιέται στις ψυχές των αγαθών ανθρώπων και συντελεί στην εδρέωση μιας τέλει και σταθερής φιλίας (Χατζηθωμάς & Αλέφαντος, 1998).

Ορισμοί από πολλούς ερευνητές έχουν διατυπωθεί κατά καιρούς για τον όρο φιλία. Κατά τους Donelson και Gullahorn (1977: 156) «η φιλία είναι μία στενή, προσωπική και στοργική σχέση με χαρακτηριστικά γνωρίσματα την αμοιβαία τρυφερότητα, τη συναισθηματική ζεστασιά, την επιθυμία διατήρησής της, την ειλικρίνεια και την εντιμότητα, την εμπιστοσύνη, την οικογένεια, την αυτο-αποκάλυψη, την αφοσίωση και την ανθεκτικότητα της σχέσης στο χρόνο». Κατά τη Wright (1984:119) «η φιλία ορίζεται ως μία σχέση η οποία εμπεριέχει εθελούσια ή απεριόριστη επικοινωνία κατά την οποία οι εμπλεκόμενοι αποκρίνονται ο ένας στον άλλον σε προσωπικό επίπεδο, στο οποίο τοποθετούνται ως μοναδικά άτομα παρά ως σύνολα ξεχωριστών γνωρισμάτων ή κάτοχοι απλών ρόλων».

Οι φιλικές σχέσεις ταξινομούνται με βάση το φύλο και την ηλικία αλλά και με βάση το επίπεδο εγγύτητας και οικειότητας (Wrzus, Zimmermann, Mund, & Neyer, 2017). Λαμπρά παραδείγματα ανδρικής φιλίας που αποτέλεσαν πρότυπα μεγαλοψυχίας, αλtruισμού και αυτοθυσίας κατά την αρχαία ελληνική ιστορία είναι ο Πάτροκλος και ο Αχιλλέας, ο Δάμωνας και ο Φιντίας, ο Επαμεινώνδας και ο Πελοπίδας, ο Ορέστης και ο Πυλάδης, ο Ηρακλής και ο Ιόλαος (Koutras, 2014). Τα παιδιά συνάπτουν φιλικές σχέσεις που διαφέρουν από εκείνες των εφήβων και των ενηλίκων. Τα παιδιά μέσω του συνεργατικού παιχνιδιού από την προσχολική ηλικία αναπτύσσουν την ικανότητα για τη δημιουργία φιλικών σχέσεων (Βαϊράμη, 2005).

Φιλίες μεταξύ παιδιών του ίδιου φύλου αναπτύσσονται κυρίως σε ηλικίες 8 έως 12 ετών, όταν αναζητούν τη συντροφικότητα, την αλληλοϋποστήριξη και την αποδοχή. Οι έφηβοι δίνουν προτεραιότητα στην κατανόηση του εαυτού και στην ψυχολογική εγγύτητα και συνάπτουν και ετερόφυλες φιλικές σχέσεις (Laursen & Collins, 2011). Οι στενές φιλίες διακρίνονται από υψηλά επίπεδα αλληλεπίδρασης και στηρίζονται στην οικειότητα, στην ισοτιμία, στην αμοιβαιότητα, στην ανιδιοτέλεια, στην εμπιστοσύνη και στην αίσθηση κοινής ταυτότητας (Bryant & Marmo, 2012· Κυνηγόπουλος, 2014). Οι φιλίες αυτές είναι σταθερές, καθώς αντέχουν στο χρόνο και παρέχουν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής στήριξης (Bryant & Marmo, 2012). Με τη φιλία ανοίγεται το «Εγώ» προς το «Εσύ». Κατά τον Αίσωπο «τους γνησίους τῶν φίλων αἱ συμφοραὶ δοκιμάζουσιν». Ο πραγματικός φίλος εκδηλώνει έμπρακτα τα συναισθήματά του, καθώς ενθαρρύνει, προειδοποιεί, αποτρέπει το φίλο του και τον βοηθά πάντοτε στις δύσκολες στιγμές υλικά και ηθικά. Η φιλία δεν είναι αποτέλεσμα υλικού συμφέροντος, δε διακατέχεται από αθέμιτους ανταγωνισμούς και δεν πρέπει να συγχέεται με το συνεταιρισμό και την κοινοπραξία δύο ή περισσότερων ατόμων. Απαιτεί συνεχή επικοινωνία, γιατί είναι σχέση που εμπεδώνεται καθημερινά και χρειάζεται επιμονή, υπομονή και μεγάλη προσπάθεια, ώστε να διατηρείται αδιάβλητη ως προς το ηθικό της υπόβαθρο (Χατζηθωμάς & Αλέφαντος, 1998). Οι σχέσεις που έχουν οι νέοι με συνομηλικούς τους με τους οποίους μοιράζονται ενδιαφέροντα, δραστηριότητες και άλλες κοινές σχέσεις μπορεί να έχουν ουσιαστική επίδραση στην ποιότητα της ζωής τους (Carter, Asmus, & Moss, 2013). Χιλιάδες μελέτες υπογραμμίζουν πόσο μπορούν οι φιλίες να συμβάλλουν στην κοινωνική και ακαδημαϊκή ανάπτυξη των νέων, αλλά και προειδοποιούν για τις βλαβερές συνέπειες που μπορεί να επιφέρει στους νέους η απουσία τους (Bagwell & Schmidt, 2011, όπ. αναφ. στο Carter, Asmus, & Moss, 2013). Οι νέοι μέσα από τις φιλίες που συνάπτουν βρίσκουν συντροφιά, αποκτούν συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη, μαθαίνουν νέες δεξιότητες και κυρίως διασκεδάζουν (Carter, Asmus, & Moss, 2013).

Οι περιστασιακές φιλίες χαρακτηρίζονται από λιγότερη οικειότητα, αμοιβαιότητα και διάθεση για επίλυση συγκρούσεων. Ωστόσο η διατήρηση αυτών των χωρίς βάθος φιλικών σχέσεων θεωρείται σημαντική, καθώς προωθεί τις κοινωνικές συναναστροφές. Οι γνωριμίες αυτές αναφέρονται σε ρηχές, επιφανειακές, χαμηλής ποιότητας σχέσεις, καθώς απουσιάζουν οι κοινές εμπειρίες των ατόμων (Bryant & Marmo, 2012). Οι φιλίες που αναπτύσσονται μέσω των ιστότοπων κοινωνικής δικτύωσης (Chan & Cheng, 2004) μπορεί να μην είναι το ίδιο ποιοτικές

με τις «πραγματικές» φίλιες όμως βοηθούν τα μοναχικά και τα ντροπαλά άτομα να ενισχύσουν την αυτοεκτίμησή τους, ώστε να αισθάνονται λιγότερη μοναξιά και κοινωνικό άγχος (Tsekeris & Katerelos, 2012· Κυνηγόπουλος, 2014· Liu & Bauneister, 2016· Erfani & Abedi, 2018· Tsekeris, Tsekeris, & Katerelos, 2018). Σήμερα πολλοί νέοι σχηματίζουν και διατηρούν φιλίες μέσω διαδικτύου. Η φιλία είναι απαραίτητη για την ευημερία. Η έρευνα σχολιάζει πώς τα χαρακτηριστικά της φιλίας μπορεί να επηρεαστούν από την έλευση της ευρείας ηλεκτρονικής επικοινωνίας. Ακόμη σχολιάζει τις διαφορές μεταξύ των διαδικτυακών φιλιών παιδιών και εφήβων και της δια ζώσης επικοινωνίας των φίλων, της κοινωνικής υποστήριξης, της αποκλειστικότητας, της επίλυσης συγκρούσεων και της σταθερότητας των σχέσεων. Όσον αφορά την ενασχόληση των μικρότερων παιδιών με το διαδίκτυο, απαιτείται η συνεργασία γονέων, φροντιστών και εκπαιδευτικών (Amichai-Hamburger, Kingsbury, & Schneider, 2013).

7.2 Η αξία της φιλίας

Κατά τον Αριστοτέλη ο άνθρωπος είναι «φύσει» ζώο κοινωνικό και για να ολοκληρωθεί χρειάζεται την επικοινωνία και τη συναναστροφή με τους συνανθρώπους του. Αισθάνεται την ανάγκη να ανοιχτεί σε έναν φίλο του, να εκμυστηρευτεί τα μυστικά του, να κοινωνικοποιηθεί και να περιορίσει τον ατομικισμό του. Έτσι καταπολεμά την εσωστρέφειά του και απομακρύνει το συναίσθημα της μοναξιάς (Χατζηθωμάς & Αλέφαντος, 1998).

Ο ειλικρινής φίλος είναι σωστό καταφύγιο σε κάθε δυσκολία της ζωής. Η συμμετοχή στον πόνο αλλά και στη χαρά, η κατανόηση και ο παρήγορος λόγος επιδρούν ευεργετικά και μας βοηθούν να συνεχίσουμε με αισιοδοξία και ελπίδα τον αγώνα της ζωής. Ακόμη η φιλία συντελεί στη βελτίωση του χαρακτήρα μας και συμβάλλει στην απόκτηση της αυτογνωσίας, αφού μέσω του φίλου μας μπορούμε να γνωρίσουμε τα προτερήματα και τα ελαττώματά μας. Οι φιλικές σχέσεις ευνοούν τη συνεργασία και την ομόνοια των πολιτών που κατ' επέκταση προωθούν τα κοινά συμφέροντα και συμβάλλουν στην αλληλεγγύη των λαών διασφαλίζοντας την ειρήνη στον κόσμο (Χατζηθωμάς & Αλέφαντος, 1998).

Η πεποίθηση του Αριστοτέλη ότι «χωρίς φίλους, κανείς δε θα επέλεγε να ζήσει, ακόμα κι αν είχε όλα τα άλλα αγαθά» (Rees, 2012: 163) έχει γίνει αποδεκτή ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητά της από τις ανθρωπιστικές και κοινωνικές

επιστήμες (Blatterer, 2021). Σε μελέτες για την ποιότητα της ζωής έχει επισημανθεί η σημασία της φιλίας στην υποκειμενική ευημερία, την ικανοποίηση από τη ζωή και την ευτυχία (Sirgy, 2012· Demir, Ozen, Procsal, 2014). Επίσης έχει επιβεβαιωθεί ότι η φιλία είναι μια σημαντική πηγή νοήματος (Pew Research Center, 2018, όπ. αναφ. στο Blatterer, 2021) και έχει θεωρηθεί πανάκεια για τη μοναξιά σε όλη τη διάρκεια της ζωής (Nicolaisen & Thorsen, 2017, όπ. αναφ. στο Blatterer, 2021). Κατ' αυτήν την άποψη η φιλία επιφέρει υποκειμενικά οφέλη προφανώς μόνο στους φίλους (Blatterer, 2021). Για τους πολιτικούς στοχαστές όμως στις δημοκρατικές κοινωνίες πολιτική ολοκλήρωση μπορεί να προσφέρει η «πολιτική» ή των «πολιτών» φιλία που μπορεί να κρατήσει τις κοινωνίες ενωμένες (Schwarzenbach, 2010· Smith, 2011· Mallory, 2012· Digeser, 2016).

Τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχουν διεξαχθεί έρευνες που έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως η ποιότητα των φιλικών σχέσεων επηρεάζει τη σωματική υγεία, την ευτυχία και την ψυχική ευεξία. Οι φίλοι παρέχουν συναισθηματική και ηθική υποστήριξη, προστασία από το άγχος και τις εξωτερικές απειλές, καθώς και πρακτική και οικονομική στήριξη, όταν υπάρχει ανάγκη (Dunbar, 2018).

Έρευνες των Waxler-Morrison, Hislop, Mears, & Kan, 1991· House, 2001· Kana'iauruni, Donato, Thompson-Colon, & Stainback, 2005· Min, Whitecraft, Rothbard, & Salzer, 2007· Rodriguez-Laso, Zunzunegui, & Otero, 2007· Reblin & Uchino, 2008· Smith & Christakis, 2008· Chou, Stewart, Wild, & Bloom, 2010· Dominguez & Arford, 2010· Pinquart & Duberstein, 2010· Liu & Newschaffer, 2011· Tilvis κ.συν., 2012 (όπ. αναφ. στο Dunbar, 2018) απέδειξαν ότι η φιλία είναι εσωτερική ανάγκη του ανθρώπου, απαίτηση της ψυχής του που του παρέχει τη δύναμη να προστατευτεί από σωματικές και ψυχικές ασθένειες. Έχει διαπιστωθεί ότι βοηθάει στη γρηγορότερη ανάκαμψη μετά από μια αρρώστια ή μετά από μια χειρουργική επέμβαση τους ανθρώπους και τους κάνει να νιώθουν ευτυχισμένοι και ικανοποιημένοι από τη ζωή τους.

Οι φίλοι λοιπόν μπορούν να προωθήσουν την υγεία άμεσα, καθώς παρέχουν βοήθεια, όταν χρειάζεται, κάνοντας πράξη δραστηριότητες οι οποίες ρυθμίζουν την ενδορφίνη. Η φυσική επαφή, το γέλιο, το τραγούδι και ο χορός μπορούν επίσης να επηρεάσουν την υγεία μέσω της επίδρασης που έχουν οι ενδορφίνες στο ανοσοποιητικό σύστημα (Sarkar, Sengupta, Zhang, Boyadjieva, & Murugan, 2012, όπ. αναφ. στο Dunbar, 2018).

Φιλίες στις οποίες κυριαρχούν συγκρούσεις, αντιπαλότητα και άλλα αρνητικά χαρακτηριστικά δεν είναι αρεστές στα παιδιά, καθώς προτιμούν εκείνες που διακρίνονται από υψηλή κοινωνική συμπεριφορά, οικειότητα και άλλα θετικά χαρακτηριστικά. Οι φιλίες υψηλής ποιότητας επιφέρουν θετικά αποτελέσματα σε πολλές πτυχές της ανάπτυξης των παιδιών και αυξάνουν την επιτυχία τους στον κοινωνικό κόσμο των συνομηλίκων τους επηρεάζοντας την αυτοεκτίμησή τους. Παρομοίως και σε πολλές μελέτες με ενήλικες έχει παρατηρηθεί ότι οι φιλίες και άλλες υποστηρικτικές σχέσεις συμβάλλουν στη σωματική και ψυχική υγεία των ενηλίκων, συμπεριλαμβανομένης της αυτοεκτίμησής τους (Uchino, Uno, & Holt-Lunstad, 1999, όπ. αναφ. στο Berndt, 2002). Τα παιδιά επηρεάζονται από τα χαρακτηριστικά των φίλων τους και όσο υψηλότερη είναι η ποιότητα της φιλίας τόσο υψηλότερες είναι οι επιρροές που δέχονται. Σε περιπτώσεις καλών φιλιών με κακώς προσαρμοσμένους φίλους θα πρέπει οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση της φιλίας να είναι προσεκτικές, ώστε να αποφευχθούν αρνητικές επιδράσεις (Berndt, 2002).

7.3 Φιλία και Αναπηρία

Στην κοινωνική ανάπτυξη των παιδιών η συναισθηματική λειτουργία παίζει καθοριστικό ρόλο. Το να έχεις στενούς φίλους κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία έχει μεγάλη σημασία, καθώς οι φίλοι αναζητούν τη συναισθηματική υποστήριξη μεταξύ τους (Hartup, 1993, όπ. αναφ. στο Rieffe et al., 2018) και η ύπαρξη ενός επιστήθιου φίλου, ειδικά κατά τα πρώτα χρόνια της εφηβείας, αποτελεί ισχυρό προστατευτικό παράγοντα για την πρόληψη συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας (Deater-Deckard, 2001, όπ. αναφ. στο Rieffe et al., 2018). Σε αντίθεση με τις σχέσεις γονέα-παιδιού οι φιλίες είναι σχέσεις εθελοντικές κι αυτό τις καθιστά ευάλωτες (Von Salisch, 2001, όπ. αναφ. στο Rieffe et al., 2018). Απαιτούνται ισχυρότερες προσαρμοστικές δεξιότητες για τον έλεγχο των συναισθημάτων σε επικοινωνιακές φιλίες (Rose & Asher, 1999, όπ. αναφ. στο Rieffe et al., 2018). Η σύναψη υγιών φιλικών σχέσεων, έπειτα από διάγνωση σοβαρής ασθένειας ή κάποιον τραυματισμό, μπορεί να οδηγήσει στην ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης (Iglar, Sejkora, Austin, & Davies, 2020). Τα παιδιά και οι έφηβοι με ακουστική αναπηρία καταβάλουν ιδιαίτερες προσπάθειες επιδιώκοντας την καλλιέργεια υψηλής ποιότητας φιλικών σχέσεων. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης επιβεβαίωσαν τη σημασία του ελέγχου των συναισθημάτων σχετικά με φιλίες υψηλής ποιότητας για προεφήβους με

και χωρίς απώλεια ακοής. Οι φίλιες των παιδιών με κώφωση είχαν λιγότερα θετικά χαρακτηριστικά απ' ότι των παιδιών με βαρηκοΐα και με φυσιολογική ακοή. Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ακουστική αναπηρία στην εκπαίδευση εξηγούνται από την περιορισμένη πρόσβασή τους στο κοινωνικό τους περιβάλλον παρά τη χρήση ακουστικών βαρηκοΐας ή/και κοχλιακού εμφυτεύματος. Η καλλιέργεια της συνειδητοποίησης της μοναδικής κατάστασης και της θέσης του άλλου στην ομάδα αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη βελτίωση της ακαδημαϊκής απόδοσης και την κοινωνική ένταξη των παιδιών με ακουστική αναπηρία στο σχολικό περιβάλλον (Rieffe et al., 2018). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας σχετικής με τη χρήση του υπολογιστή για την επικοινωνία των παιδιών με ακουστική αναπηρία με νέους διαδικτυακούς φίλους μέσω ιστότοπων στο διαδίκτυο διαπιστώθηκε ότι ενισχύεται η προσπάθειά τους για τη δημιουργία φιλικών σχέσεων, καθώς τα παιδιά αυτά έχουν λιγότερους φίλους απ' ότι έχουν τα άτομα με φυσιολογική ακοή και ακόμη έχουν ανάγκη για τη βελτίωση της ποιότητας των φιλικών τους σχέσεων (Blom, Marschark, Vervloed, & Knoors, 2014). Αποτελέσματα έρευνας σε άτομα με κώφωση 45 έως 81 ετών έδειξαν ότι τα κοινωνικά δίκτυα σχετίζονται σημαντικά με την εξεύρεση πόρων για υψηλότερη ποιότητα ζωής (Gerich & Fellingner, 2012).

Στην παρακάτω έρευνα εξετάστηκε η σημασία της φιλίας και της οικογενειακής υποστήριξης όσον αφορά την προσαρμογή ηλικιωμένων με οπτική αναπηρία. Τα ηλικιωμένα άτομα, άνδρες και γυναίκες, με προβλήματα όρασης ανέφεραν ως παρόχους στήριξης ένα στενό φίλο και ένα στενό μέλος της οικογένειας. Οι ηλικιωμένοι που διατηρούσαν υποστηρικτικές φιλίες και εκτός του οικογενειακού περιβάλλοντος παρουσίασαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή, λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης και καλύτερη προσαρμογή στην απώλεια όρασης. Η καλύτερη προσαρμογή στην απώλεια όρασης συσχετίστηκε με λιγότερο λειτουργική αναπηρία, τριτοβάθμια εκπαίδευση και υψηλότερη ποιότητα υποστήριξης της φιλίας. Αρχικά παρατηρήθηκε ότι η υποστήριξη των φίλων στα άτομα με απώλεια όρασης ήταν μικρότερη απ' ότι η οικογενειακή, στη συνέχεια όμως έπαιξε σημαντικό ρόλο για την προσαρμογή τους στο κοινωνικό περιβάλλον (Reinhardt, 1996). Η ακόλουθη μελέτη επικεντρώθηκε στην προσωπική και κοινωνική προσαρμογή των εφήβων με προβλήματα όρασης που βρίσκονται στο στάδιο της διαμόρφωσης της προσωπικής και κοινωνικής τους ταυτότητας, ενώ αντιμετωπίζουν σημαντικά ζητήματα, όπως τη μονιμότητα της αναπηρίας τους και τον αντίκτυπό της στην επαγγελματική,

οικογενειακή και προσωπική τους ζωή. Παράλληλα η μελέτη αναφέρθηκε και σε εφήβους χωρίς προβλήματα όρασης στους οποίους ερευνήθηκε η αποδοχή του εαυτού τους. Και οι δύο ομάδες, όσον αφορά τη στήριξη που τους παρείχαν κοντινοί τους άνθρωποι, ανέφεραν πρώτα τις μητέρες τους και τους εκπαιδευτικούς των σχολείων που φοιτούσαν, ύστερα τους στενούς τους φίλους και τελευταία τους πατεράδες τους. Η ποιότητα της φιλίας των εφήβων με προβλήματα όρασης βρέθηκε να είναι χαμηλότερη από εκείνη των εφήβων χωρίς προβλήματα όρασης (Lifshitz et al., 2007). Σε έρευνα που διεξήχθη σε 40 νεαρούς ενήλικες με προβλήματα όρασης ηλικίας από 18 έως 40 ετών εξετάστηκε η σχέση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης από φίλους και της κατάθλιψης. Οι φιλίες απαιτούν χρόνο, κοινά ενδιαφέροντα και αμοιβαιότητα. Διαπιστώθηκε ότι οι ερωτηθέντες που είχαν λάβει την ανάλογη κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους τους, ώστε να αποκτήσουν θετική αντίληψη για τη ζωή παρουσίαζαν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης (Papadopoulos & Parakonstantinou, 2019).

Ευρήματα έρευνας σχετικής με τη φιλία μεταξύ νέων με κυστική ίνωση έδειξαν ότι οι φιλίες με άτομα που είχαν διαγνωστεί με το χρόνιο αυτό νόσημα ήταν λιγότερο συχνές και χαμηλότερης ποιότητας απ' ότι με υγιή άτομα. Οι φιλίες μπορεί να παρέχουν τόσο οφέλη όσο και κινδύνους για την υγεία των νέων που οφείλουν να ακολουθούν ορισμένους κανόνες διαβίωσης σχετικούς με τη νόσο τους. Η ποιότητα της φιλίας συσχετίστηκε θετικά με την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Helms, Dellon, & Prinstein, 2014). Σύμφωνα με άλλη μελέτη για την επιτυχή αντιμετώπιση της κυστικής ίνωσης απαιτείται η υποστήριξη τόσο της οικογένειας όσο και των φίλων. Η οικογένεια παρέχει υποστήριξη σχετική με την τήρηση της ιατρικής φροντίδας των ασθενών, ενώ οι φίλοι προσφέρουν κυρίως συναισθηματική υποστήριξη ενθαρρύνοντάς τους. Υπάρχουν κάποιες συμπεριφορές, όπως υπενθυμίσεις θεραπείας, που είναι σημαντικές για τη διαχείριση ασθενειών που όμως από τους εφήβους θεωρούνται λιγότερο υποστηρικτικές απ' ότι η αυξημένη κοινωνική υποστήριξη. Χρειάζεται επομένως περισσότερη προσπάθεια για να γίνουν διακριτές οι πτυχές της υποστήριξης που σχετίζονται περισσότερο με τα αποτελέσματα της διαχείρισης των ασθενειών (Barker, Driscoll, Modi, Light, & Quittner, 2011). Αποτελέσματα έρευνας έδειξαν ότι τα παιδιά με βρογχικό άσθμα παρουσίασαν φτωχότερους δείκτες φιλίας και δυσκολίες στην κοινωνική τους προσαρμογή απ' ότι τα παιδιά με HIV που διατηρούσαν καλύτερες φιλίες και ήταν πιο καλά κοινωνικά προσαρμοσμένα (Baker, Niec, & Meade, 2012).

Σύμφωνα με την έρευνα των Peters, Nawijn και Van Kesteren (2014) οι έφηβοι με σακχαρώδη διαβήτη λαμβάνουν διάφορους τύπους συναισθηματικής υποστήριξης από φίλους. Εντόπισαν διάφορες υποστηρικτικές συμπεριφορές φίλων κυρίως όσον αφορά τη συναισθηματική υποστήριξη, όπως την προτροπή για τη λήψη της θεραπείας τους, το ενδιαφέρον, τη διασκέδαση και την ενίσχυση της κοινωνικής αποδοχής. Οι έφηβοι με σακχαρώδη διαβήτη είχαν συχνά παρόμοιες απόψεις με τους φίλους τους σχετικά με τον επιθυμητό βαθμό υποστήριξης που πρέπει να λαμβάνουν ενόψει της ανάγκης τους για αυτονομία όσον αφορά τη διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Ορισμένοι έφηβοι με σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να είναι λιγότερο ανοιχτοί με τους φίλους τους εξαιτίας του φόβου τους ότι θα είναι βάρος ή θα στιγματιστούν. Ο φόβος του στιγματισμού ωστόσο τους κάνει πιο ανθεκτικούς (Peters et al., 2014). Οι φίλοι μπορούν επίσης να συμμετέχουν σε παρεμβάσεις ως πηγή υποστήριξης (Greco, Pendley, McDonell, & Reeves, 2001, όπ. αναφ. στο Peters et al., 2014). Η ακόλουθη μελέτη διερεύνησε τις εμπειρίες παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 πριν από την εφηβική ηλικία σχετικά με τη λήψη υποστήριξης που λάμβαναν από τους φίλους τους και τους συμμαθητές τους. Στόχος της έρευνας ήταν να προσδιοριστεί πώς τα παιδιά θα μπορούσαν να υποστηριχθούν καλύτερα από τους φίλους και τους συνομηλικούς τους για να επιτύχουν την αυτοδιαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη. Σχεδόν όλα τα παιδιά που συμμετείχαν στην έρευνα αναφέρθηκαν σε έναν αριθμό στενών φίλων που ενδιαφερόταν να μάθουν για το σακχαρώδη διαβήτη και τους παρείχαν υποστήριξη. Όσον αφορά για παρέες παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, εξέφρασαν την επιθυμία τους να συνάψουν φιλίες με βάση τα κοινά τους ενδιαφέροντα και όχι από την κοινή κατάσταση της υγείας τους. Έχει επισημανθεί η ανάγκη για την εξεύρεση τρόπων που να παρέχουν την κατάλληλη βοήθεια σε μικρές ομάδες φιλίας, ώστε να είναι σε θέση να αναλάβουν την παρακολούθηση, την προτροπή, καθώς και την παροχή βοήθειας για την καλύτερη υποστήριξη των παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 στο σχολικό περιβάλλον. Η λήψη της φροντίδας για το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 δεν πρέπει να διαχωρίζεται από τις συνηθισμένες σχολικές δραστηριότητες, καθώς δεν πρέπει να δημιουργούνται αρνητικές στάσεις αντιμετώπισης από το προσωπικό του σχολείου και τους συνομηλικούς των παιδιών εξαιτίας της αντίληψης ότι ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια ασθένεια και όχι μέρος της φυσιολογικής ζωής. Οι ερευνητές προτείνουν τη συνεργασία μεταξύ γονέων, εκπαιδευτικών και επαγγελματιών υγείας για την ένταξη της φροντίδας του σακχαρώδους διαβήτη τύπου

1 στη σχολική καθημερινότητα, έχοντας ως στόχο οι μαθητές που πάσχουν να αισθάνονται ασφαλείς και να έχουν συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη ανάλογη με αυτή που έχουν από τους φίλους τους και το ευρύτερο περιβάλλον τους (Rankin et al., 2018).

Η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου είναι μια ανίατη χρόνια ασθένεια που επιβάλλει περιορισμούς στις κοινωνικές σχέσεις των νέων. Η ακόλουθη μελέτη διευκόλυνε τους νέους με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου να μοιραστούν τις εμπειρίες τους σχετικά με τη φιλία που τους παρέχει υποστήριξη στη δύσκολη πορεία της νόσου τους, λόγω της απρόβλεπτης εξέλιξής της και του στρες που τη συνοδεύει. Οι πάσχοντες φάνηκε να εκτιμούν ιδιαίτερα την ανταπόκριση που βρήκαν από καλούς φίλους τους όσον αφορά την αποδοχή της ασθένειάς τους. Η κοινωνική υποστήριξη μετά τη διάγνωση μιας μακροχρόνιας πάθησης είναι σημαντική (Kirk & Hinton, 2019, όπ. αναφ. στο Rouncefield-Swales et al., 2020), ειδικά για εκείνους που έχουν στιγματιστεί εξαιτίας της νόσου τους (Defenbaugh, 2013, όπ. αναφ. στο Rouncefield-Swales et al., 2020). Παρουσιάστηκαν περιπτώσεις όπου οι νέοι έκρυψαν από τους φίλους τους ότι πάσχουν από το συγκεκριμένο χρόνιο νόσημα ή υποτίμησαν τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, στοχεύοντας τόσο στην προστασία των φίλων τους όσο και στην ελαχιστοποίηση του κινδύνου απόρριψης. Έτσι όμως περιορίζαν και την υποστήριξη που θα λάμβαναν από στενούς φίλους και ενδεχομένως να μετρίαζαν ορισμένες από τις επιπτώσεις που επιφέρουν στη ζωή τα ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (Rouncefield-Swales et al., 2020). Η απρόβλεπτη φύση των συμπτωμάτων και του στίγματος των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα των νέων να δημιουργήσουν στενές φιλίες και να καλλιεργήσουν τις ανάλογες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις που με τη σειρά τους θα βοηθήσουν στην εξασφάλιση της ψυχικής τους υγείας και ευεξίας (Qualter & Bernie, 2021).

Αποτελέσματα έρευνας έδειξαν ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας περιέγραψαν τον αντίκτυπο της κόπωσης, του πόνου και της περιορισμένης κινητικότητας ως συναισθήματα που δεν κατανοούνται εύκολα από τους άλλους και επηρεάζουν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Εν τούτοις παρουσίασαν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης όσον αφορά τις σχέσεις με τους συντρόφους τους, τα παιδιά τους και τους στενούς τους φίλους (Herbert, Zerkowski, O'Brien, Leonard, & Bhowmick, 2019).

7.4 Η φιλία ως παράμετρος της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας των Ατόμων με Αναπηρία

Στη μελέτη που ακολουθεί συμμετείχαν 96 άτομα με προβλήματα όρασης ηλικίας 16 έως 50 ετών. Χρησιμοποιήθηκαν τρία αυτοσχεδιασμένα ερωτηματολόγια που περιελάμβαναν ερωτήσεις σχετικά με δημογραφικά δεδομένα, κοινωνικά δίκτυα, κοινωνική υποστήριξη και ευτυχία. Οι συμμετέχοντες έδειξαν να είναι ικανοποιημένοι με την υποστήριξη που είχαν λάβει την οποία είχαν χαρακτηρίσει κυρίως θετική παρά αρνητική. Από τα ευρήματα εκτιμήθηκε ιδιαίτερα η αξία της κοινωνικής υποστήριξης ως προς την επίδρασή της στην ευτυχία των ατόμων με προβλήματα όρασης (Papadopoulos, Papakonstantinou, Koutsoklenis, Koustriana, & Kouderi, 2015).

Τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας σε όλη τους τη ζωή είναι εκτεθειμένα σε μεταβλητά συμπτώματα που οφείλονται σε μη προβλέψιμες εξελίξεις της νόσου και διατρέχουν τον κίνδυνο εμφάνισης κινητικής αναπηρίας με επακόλουθες διαταραχές στην εκπαίδευση, στο οικογενειακό περιβάλλον, στις φιλικές σχέσεις και στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (Sevilla Guerra, 2013). Σε έρευνα που διεξήχθη σε 53 άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας και 31 υγιή άτομα διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας είχαν φτωχότερη αντίληψη συναισθημάτων σε σχέση με τους άλλους συμμετέχοντες και ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης από τους φίλους τους (Radlak, Cooper, Summers, & Phillips, 2021). Η έρευνα που ακολουθεί εξετάζει σε δείγμα 15 ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας το θεραπευτικό αντίκτυπο της συνεισφοράς των κοινωνικών ομάδων στη διαχείριση της νόσου και την επιτυχή προσαρμογή των πασχόντων στην εξέλιξή της. Παρατηρήθηκε ότι οι προϋπάρχοντες της διάγνωσης της νόσου κοινωνικοί ρόλοι καθώς και η διατήρηση των φιλικών σχέσεων διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο στη μετέπειτα πορεία των ασθενών. Οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι συζυγικές σχέσεις και η υποστήριξη από άλλα μέλη της οικογένειας (Larsen, 1990· Williamson, 2000· Irvine, Davidson, Hoy, & Lowe-Strong, 2009) έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη διευκόλυνση της προσαρμογής των ασθενών στις αλλαγές που επιφέρει η νόσος στη ζωή τους, καθώς μέσω αυτών των σχέσεων βοηθήθηκαν στην αποδοχή της νέας τους εικόνας, έστι ώστε να αναγνωρίζουν τον εαυτό τους ως το ίδιο άτομο με την πάροδο του χρόνου (Jetten, Haslam, & Haslam, 2012). Ωστόσο, η ικανότητα συμμετοχής σε νέες κοινωνικές ομάδες και η δυνατότητα πρόσβασης σε πολλαπλές κοινωνικές

ομάδες κρίθηκαν εξίσου σημαντικές για την προσαρμογή, καθώς παρείχαν στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας συλλογική υποστήριξη για την αντιμετώπιση των αρνητικών συνεπειών που επιφέρει η νόσος στη ζωή. Επιπλέον διαπιστώθηκε ότι η κοινωνική δικτύωση βοήθησε τους συμμετέχοντες στην έρευνα να βελτιώσουν την υγεία, την προσαρμογή και τη θετική εικόνα του εαυτού τους, καθώς και την προσπάθειά τους να ανατρέψουν τις ως τώρα πεποιθήσεις τους για τη σκλήρυνση κατά πλάκας, ώστε να μην αφεθούν στις συνέπειες της νόσου, αλλά να μάθουν να ζουν με αυτήν. Η πρόσβαση σε πολλαπλά κοινωνικά δίκτυα και η ταύτιση με μια ομάδα υποστήριξης συνεισφέρει στην ενίσχυση της κατανόησης της σκλήρυνσης κατά πλάκας μέσω των άλλων, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι το άτομο σταματά από μόνο του να επιδιώκει άλλα ενδιαφέροντα για την προσωπική του ανάπτυξη και να αναζητά και άλλες μορφές υποστήριξης (Tabuteau-Harrison, Haslam, & Mewse, 2014). Σε άλλη μελέτη μεταξύ ασθενών που διαγνώστηκαν με σκλήρυνση κατά πλάκας και είχαν αναφέρει ότι χρησιμοποιούσαν τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης διαπιστώθηκε ότι θα μπορούσαν να είναι πιο ειλικρινή στις προσωπικές τους αλληλεπιδράσεις παρά στις διαδικτυακές επαφές, ανεξάρτητα από το αν οι τελευταίες ήταν ανώνυμες ή γνωστές. Αν και η ευτυχία συνδέθηκε με υψηλότερα επίπεδα ειλικρίνειας στις προσωπικές αλληλεπιδράσεις, διαπιστώθηκε αρνητική σχέση μεταξύ της ευτυχίας και της ειλικρίνειας με τις ανώνυμες επαφές μέσω διαδικτύου. Τα άνωθεν ευρήματα υποδηλώνουν ότι η ανωνυμία μπορεί να μη βελτιώσει την ευτυχία των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας (Eijkholt & Sparling, 2019). Η φιλία έχει παρατηρηθεί ότι ασκεί θετική επίδραση, ιδιαίτερα στις νέες γυναίκες, στην ψυχική υγεία, στην επιτυχία και δημιουργική απασχόληση και στην ικανοποίηση από τη ζωή. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ιρλανδία μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων σε δείγμα 15 γυναικών ηλικίας 18 έως 30 ετών με ποικίλες αναπηρίες διαπιστώθηκε ότι η δημιουργία και η διατήρηση σημαντικών φιλιών, καθώς και η χρονική στιγμή που αυτές δημιουργούνται, συμβάλλουν στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και απομακρύνουν τα άτομα από την κοινωνική απομόνωση. Επιπλέον, η σύναψη φιλικών σχέσεων διευκολύνει τις σχέσεις στο εργασιακό περιβάλλον και βοηθά στην καλύτερη επαγγελματική απόδοση των Ατόμων με Αναπηρία (Ryan, 2016). Στόχος της έρευνας που έπεται ήταν να διερευνηθεί, εάν η κατοχή φίλων που μοιράζονται τις εμπειρίες της αναπηρίας ενός ατόμου σχετίζεται με την ευημερία και εάν αυτές οι φιλίες προστατεύουν την ευημερία από παράγοντες που σχετίζονται με την αναπηρία. Η μία μελέτη περιελάμβανε ενήλικες με τύφλωση ενώ η άλλη μελέτη ενήλικες με

μυϊκή δυστροφία, σκλήρυνση κατά πλάκας, σύνδρομο μεταπολιομυελίτιδας και τραυματισμό του νωτιαίου μυελού. Διαπιστώθηκε ότι οι φίλοι με αναπηρίες μπορούν να προσφέρουν μοναδικά σημαντικούς πόρους ενημέρωσης και συναισθηματικής υποστήριξης που περιορίζουν τον αντίκτυπο μιας λειτουργικής βλάβης στην αναπηρία. Τα άτομα με μακροχρόνιες αναπηρίες πρέπει να βοηθηθούν να δημιουργήσουν τα δικά τους δίκτυα μέσω ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων (Silverman, Molton, Smith, Jensen, & Cohen, 2017). Η ανάπτυξη των επικοινωνιακών δεξιοτήτων σε παιδιά με απώλεια ακοής επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως το βαθμό απώλειας ακοής, την ηλικία εμφάνισης του προβλήματος, τη συννοσηρότητα και τις παρεμβάσεις που δέχεται το παιδί, συμπεριλαμβανομένων των κατάλληλων αισθητηριακών συσκευών και τρόπων επικοινωνίας που εστιάζουν στην ακρόαση και τον προφορικό λόγο. Τα προβλήματα στην κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη σχετίζονται με την κακή ακαδημαϊκή απόδοσή τους (Lori Gayle, 2014). Σε έρευνα για τη χρησιμότητα του κοχλιακού εμφυτεύματος και των ακουστικών βαρηκοΐας αποδείχθηκε πως η πρόωμη χορήγησή τους είχε καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά την κοινωνικο-συναισθηματική λειτουργία των παιδιών (Michael, Attias, & Raveh, 2018). Τα ευρήματα της μελέτης των Punch και Hyde (2011) έδειξαν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με κώφωση, λόγω της απόστασης από φίλους που τυχόν γνώρισαν, όταν είχαν μεταβεί σε κέντρα παρέμβασης. Τα ψυχοκοινωνικά οφέλη επομένως είναι πιθανό να προκύψουν από την επαφή και τις συναντήσεις μεταξύ παιδιών και εφήβων με κοχλιακά εμφυτεύματα. Τόσο οι γονείς όσο και οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν να οργανώσουν τέτοιες αλληλεπιδράσεις (Punch & Hyde, 2011). Αποτελέσματα έρευνας σε μαθητές με κώφωση και βαρηκοΐα διαπίστωσαν πιο σοβαρά κοινωνικο-συναισθηματικά προβλήματα απ' ό,τι οι ακούοντες μαθητές. Τα παιδιά με κώφωση και βαρηκοΐα ανέφεραν ότι οι κοινωνικο-συναισθηματικές δυσκολίες παρεμβαίνουν στην προσωπική τους ζωή, στις φιλίες τους, στο σχολικό τους περιβάλλον και στις σχέσεις με τους ανθρώπους γύρω τους (Mekonnen, Hannu, Elina, & Matti, 2015). Αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 1.181 ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου έδειξε ότι οι ασθενείς αυτοί ισχυρίζονται πως η κοινωνική ζωή που σχετίζεται με την υγεία, η συναισθηματική κατάσταση και η παραγωγικότητα της εργασίας επηρεάζονται σοβαρά από τη νόσο τους, ενώ παράλληλα διατυπώνουν παράπονα για την ενημέρωσή τους σχετικά με τη θεραπεία. Οι πάροχοι υγείας και η κοινωνία οφείλουν να δραστηριοποιηθούν για την παροχή

βοήθειας στους ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου (Viazis et al., 2013). Στόχος της έρευνας των Arabyat και Raisch (2019) ήταν η μελέτη των σχέσεων μεταξύ της κοινωνικής και της συναισθηματικής υποστήριξης, της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία και της κατάθλιψης μεταξύ ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Στην έρευνα συμμετείχαν ασθενείς που δεν είχαν λάβει ποτέ κοινωνικο-συναισθηματική υποστήριξη, ασθενείς που είχαν λάβει σπάνια κοινωνικο-συναισθηματική υποστήριξη, αλλά και ασθενείς που είχαν λάβει αυτή την υποστήριξη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικο-συναισθηματικής υποστήριξης ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια σχετίζονται με την κατάθλιψη και την επιδείνωση της ψυχικής και σωματικής ποιότητας ζωής όσον αφορά την υγεία. Οι υπεύθυνοι για τη χάραξη υγειονομικής πολιτικής, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και τα μέλη της οικογένειας πρέπει να λάβουν σοβαρά υπόψιν τη σημασία της κοινωνικο-συναισθηματικής υποστήριξης για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Arabyat & Raisch, 2019).

Οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι η κοινωνική υποστήριξη συμβάλλει στην καλή υγεία των ατόμων στην οποία αποδίδονται τα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και η ταχύτερη ανάρρωση από επιπλοκές που προκαλούνται από χρόνιες ασθένειες (Cohen & Syme, 1985· Hurdle, 2001· Hale, Hannum, & Espelage, 2005). Επίσης άλλοι ερευνητές έχουν επικεντρώσει το ενδιαφέρον τους στη συμβολή της κοινωνικής υποστήριξης στην ψυχική υγεία των ατόμων. Οι ελπιδοφόρες προβλέψεις για καλή σωματική και ψυχική υγεία που οφείλεται στην κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν τα άτομα από το οικείο τους περιβάλλον συνεπάγονται τη μείωση της κατάθλιψης και άλλων ψυχικών διαταραχών (Singletary, Goodwyn, & Carter, 2009). Οι Cohen και McKay (1984, όπ. αναφ. στο Singletary et al., 2009) για παράδειγμα θεώρησαν ότι η κοινωνική υποστήριξη προστατεύει τα άτομα από τις βλαβερές σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις των αγχωτικών γεγονότων της ζωής. Άλλο επίκεντρο για τους ερευνητές αποτέλεσε η κοινωνική υποστήριξη για Άτομα με Αναπηρία, καθώς οι χρόνιες παθήσεις επηρεάζουν σωματικά και ψυχικά τα άτομα αυτά (Levine & Blackburn, 1946· Seybold, 2005). Οι Li και Moore (1998, όπ. αναφ. στο Singletary et al., 2009) διερεύνησαν τις κοινωνικές μεταβλητές που βοηθούν ένα άτομο να δεχθεί την αναπηρία του. Διαπίστωσαν ότι η κοινωνική διάκριση συνέβαλε σε αρνητικά αποτελέσματα και ότι η επακόλουθη κοινωνική ένταξη βελτίωσε την ψυχική ευημερία των ατόμων. Η επίτευξη όμως της κοινωνικής ένταξης προϋποθέτει

την ύπαρξη ενός ισχυρού και υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου, καθώς και την υποστήριξη που προέρχεται από μέλη της οικογένειας και φίλους. Η ανάκτηση της ελπίδας αποτελεί σημαντικό στόχο για τα Άτομα με Αναπηρία ή χρόνια νόσο, καθώς τα βοηθά στην ανάπτυξη της αυτοεκτίμησής τους και στη βελτίωση της υγείας τους. Ο Miller (2000, όπ. αναφ. στο Singletary et al., 2009) ασχολήθηκε με την απελπισία που διακατέχει πολλά Άτομα με Αναπηρία και εντόπισε κρίσιμους παράγοντες, όπως τον καθορισμό στόχων, την αισιοδοξία και την εύρεση νοήματος στη ζωή που απαιτούνται για την αποκατάσταση της αίσθησης της ελπίδας.

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

8.1 Σκοπός της έρευνας - Ερευνητικά ερωτήματα

Στη διεθνή βιβλιογραφία παρατηρήθηκε πως αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνών αποτέλεσαν τα θετικά συναισθήματα και η επίδρασή τους στη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου. Τα θετικά συναισθήματα προάγουν ευρύτερα πρότυπα αναζήτησης, καινοτόμες και δημιουργικές σκέψεις και δράσεις, κοινωνικές ομάδες χωρίς αποκλεισμούς, καθώς και πιο ευέλικτους στόχους και νοοτροπίες (Ashby & Isen, 1999· Fredrickson et al., 2000· Fredrickson et al., 2008). Επιπλέον τα θετικά συναισθήματα έχουν για το κάθε άτομο ξεχωριστά διαφορετικές αποχρώσεις και βαρύτητα στη ζωή (Fredrickson, 1998· Fredrickson, 2001· Fredrickson, 2009). Από πολλά ευρήματα ερευνών διαπιστώθηκε ότι η ευτυχία, η ελπίδα και η αισιοδοξία επηρεάζουν την προσαρμογή των ατόμων στην αναπηρία τους, τη βίωση θετικών συναισθημάτων και τη δημιουργία φιλικών σχέσεων. Η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα βιώνουν μια χρόνια πάθηση/αναπηρία είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς λειτουργεί ως πρόβλεψη για την προσαρμογή του ατόμου στην αναπηρία του. Η αποδοχή της αναπηρίας και η παροχή συναισθηματικής υποστήριξης από το οικείο περιβάλλον στα Άτομα με Αναπηρία αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την προώθηση της επιτυχούς προσαρμογής και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών των ατόμων.

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να διερευνήσει τα επίπεδα της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας, των θετικών συναισθημάτων, της προσαρμογής στην αναπηρία και της φιλίας σε άτομα με οπτική αναπηρία, ακουστική αναπηρία, κινητική αναπηρία, σκλήρυνση κατά πλάκας, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, θαλασσαιμία, καρδιαγγειακά νοσήματα, νοσήματα του αναπνευστικού και ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Οι επιμέρους σκοποί της παρούσης έρευνας ήταν η σύγκριση μεταξύ των ομάδων Ατόμων με Αναπηρία ως προς τους προαναφερθέντες παράγοντες. Τέλος, εξετάστηκε κατά πόσο η ευτυχία, η ελπίδα και η αισιοδοξία των ομάδων που προαναφέρθηκαν μπορεί να επηρεάσει την προσαρμογή των ατόμων αυτών στην αναπηρία τους, τη βίωση θετικών συναισθημάτων και τη φιλία.

Κατά την αναζήτηση ερευνών που εξετάζουν τις προαναφερθείσες μεταβλητές καταγράφηκε η έλλειψη ερευνών σχετικών με το συγκεκριμένο θέμα της παρούσης μελέτης στον ελλαδικό χώρο. Οι έρευνες που αναπτύχθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια εξέτασαν κυρίως αποσπασματικά τις προαναφερθείσες μεταβλητές. Βασικό λόγο για την πραγματοποίηση της παρούσης έρευνας αποτέλεσε η έλλειψη παρόμοιας έρευνας στην υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Στην παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε να απαντηθούν τα ακόλουθα ερωτήματα:

1. Διαφοροποιείται η ευτυχία (ικανοποίηση από τη ζωή, ενεργητικότητα, θετικό συναίσθημα, κοινωνικότητα, συνολική ευτυχία) μεταξύ των ομάδων με αναπηρία του δείγματος;
2. Διαφοροποιείται η ελπίδα (πίστη στην επίτευξη στόχων, δυναμική επίτευξη στόχων, συνολική ελπίδα) μεταξύ των ομάδων με αναπηρία του δείγματος;
3. Διαφοροποιείται η αισιοδοξία μεταξύ των ομάδων με αναπηρία του δείγματος;
4. Διαφοροποιείται η προσαρμογή στην αναπηρία μεταξύ των ομάδων με αναπηρία του δείγματος;
5. Διαφοροποιείται η βίωση θετικών συναισθημάτων μεταξύ των ομάδων με αναπηρία του δείγματος;
6. Διαφοροποιείται η φιλία (μονόδρομη συντροφικότητα, αμφίδρομη συντροφικότητα, μονόδρομη υποστηρικτικότητα, αμφίδρομη υποστηρικτικότητα) μεταξύ των ομάδων με αναπηρία του δείγματος;
7. Ποια η επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και συγκεκριμένων ατομικών στοιχείων (π.χ. προέλευση αναπηρίας, διάστημα αναπηρίας κτλ.) στην προσαρμογή των Ατόμων με Αναπηρία του δείγματος;
8. Ποια η επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και συγκεκριμένων ατομικών στοιχείων (π.χ. προέλευση αναπηρίας, διάστημα αναπηρίας κτλ.) στη βίωση θετικών συναισθημάτων των Ατόμων με Αναπηρία του δείγματος;
9. Ποια η επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και συγκεκριμένων ατομικών στοιχείων (π.χ. προέλευση αναπηρίας, διάστημα αναπηρίας κτλ.) στη φιλία (μονόδρομη συντροφικότητα) των Ατόμων με Αναπηρία του δείγματος;

10. Ποια η επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και συγκεκριμένων ατομικών στοιχείων (π.χ. προέλευση αναπηρίας, διάστημα αναπηρίας κτλ.) στη φιλία (αμφίδρομη συντροφικότητα) των Ατόμων με Αναπηρία του δείγματος;
11. Ποια η επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και συγκεκριμένων ατομικών στοιχείων (π.χ. προέλευση αναπηρίας, διάστημα αναπηρίας κτλ.) στη φιλία (μονόδρομη υποστηρικτικότητα) των Ατόμων με Αναπηρία του δείγματος;
12. Ποια η επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και συγκεκριμένων ατομικών στοιχείων (π.χ. προέλευση αναπηρίας, διάστημα αναπηρίας κτλ.) στη φιλία (αμφίδρομη υποστηρικτικότητα) των Ατόμων με Αναπηρία του δείγματος;

8.2 Ερευνητικό εργαλείο

Για τη διεξαγωγή της παρούσης μελέτης συντάχθηκε ερωτηματολόγιο στην αρχή του οποίου αναγράφονται πληροφορίες και παρέχονται τα στοιχεία επικοινωνίας (βλ. Παράρτημα Ι).

8.2.1 Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων

Το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε αρχικά περιελάμβανε 16 αυτοσχέδιες ερωτήσεις (βλ. Παράρτημα Ι, ερωτήσεις 1-16) δημογραφικού περιεχομένου για να καταγραφούν τα ατομικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Το ερωτηματολόγιο απευθύνονταν σε δέκα ομάδες Ατόμων με Αναπηρία. Οι ομάδες περιελάμβαναν άτομα με οπτική αναπηρία, ακουστική αναπηρία, κινητική αναπηρία, σκλήρυνση κατά πλάκας, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, θalasσαιμία, καρδιαγγειακά νοσήματα, νοσήματα του αναπνευστικού και ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Οι ερωτήσεις του αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου αφορούσαν πληροφορίες προσωπικού περιεχομένου, όπως φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, εισόδημα, επαγγελματική κατάσταση, διαμονή (με ποιους ζουν), ύπαρξη παιδιών, περιοχή διαβίωσης, ύπαρξη προβλημάτων υγείας, παροχή επιδόματος, υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο,

ρόλος της θρησκευτικότητας, είδος αναπηρίας, προέλευση αναπηρίας και διάστημα αναπηρίας.

8.2.2 Ψυχομετρικά Εργαλεία

Κλίμακα Ευτυχίας της Οξφόρδης (Oxford Happiness Scale) (Συγγραφείς: Hills, P. & Argyle, M.) (Προσαρμογή: Καραδήμας, Ε. Χ. & Καλαντζή-Αζίζι, Α.) (βλ. Παράρτημα Ι, ερωτήσεις 17-45)

Η κλίμακα Ευτυχίας της Οξφόρδης αποτελείται από 29 θέματα και σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει τέσσερις βασικές διαστάσεις της υποκειμενικής ευημερίας. Οι συμμετέχοντες αξιολογούν το βαθμό στον οποίο ισχύει κατά τον τελευταίο καιρό καθένα από τα θέματα του ερωτηματολογίου, σε μία κλίμακα τύπου Likert, από το 1 (δεν ισχύει καθόλου) έως το 4 (ισχύει πολύ) (Καραδήμας & Καλαντζή-Αζίζι, 2005· Σταλίκας, Τριλίβα, & Ρούσση, 2012).

Διερευνητική ανάλυση παραγόντων σε ελληνικό δείγμα 201 ατόμων αποκάλυψε μια σαφή λύση των τεσσάρων παραγόντων που ερμήνευε το 56.41% της συνολικής διακύμανσης. Ο πρώτος παράγοντας (40.54% της διακύμανσης, ιδιοτιμή = 11.76, Cronbach's α = 0.89) αντιπροσωπεύει την «ικανοποίηση από τη ζωή» και αποτελείται από εννέα θέματα (π.χ. «είμαι ευχαριστημένος με πολλά πράγματα στη ζωή μου», «η ζωή είναι καλή», «είμαι ευχαριστημένος όπως είμαι»). Ο δεύτερος παράγοντας, η «ενεργητικότητα» (6.35% της διακύμανσης, ιδιοτιμή = 1.84, Cronbach's α = 0.87), περιλαμβάνει επίσης εννέα θέματα (π.χ. «συνήθως ξυπνώ νιώθοντας ξεκούραστος», «νιώθω σε εγρήγορση πνευματικά», «νιώθω υγιής»). Ο τρίτος παράγοντας, το «θετικό συναίσθημα» (5.08% της διακύμανσης, ιδιοτιμή = 1.47, Cronbach's α = 0.79), αποτελείται από τέσσερα θέματα (π.χ. «νιώθω χαρά και ευθυμία», «γελάω πολύ»), ενώ ο τελευταίος παράγοντας, η «κοινωνικότητα» (4.43% της διακύμανσης, ιδιοτιμή = 1.29, Cronbach's α = 0.83), αποτελείται ομοίως από τέσσερα θέματα (π.χ. «ασκώ ευχάριστη επίδραση στους άλλους», «τρέφω θετικά συναισθήματα για τους άλλους»). Τρία θέματα (π.χ. «εμπλέκομαι και δεσμεύομαι σε διάφορες καταστάσεις», «ο κόσμος είναι ένα πολύ καλό μέρος») δε φόρτιζαν σε κανέναν από τους παραπάνω παράγοντες και, για το λόγο αυτό, αφαιρέθηκαν (Καραδήμας & Καλαντζή-Αζίζι, 2005· Σταλίκας κ.συν., 2012).

Τα αποτελέσματα του ελέγχου αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας ευτυχίας (Oxford Happiness Scale, OHS) και των επιμέρους διαστάσεων της (παράγοντες 1-4) παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1: Έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας ευτυχίας (OHS scale) και των επιμέρους διαστάσεων της

Κλίμακα/Υποκλίμακα	Cronbach's Alpha	n of items
OHS total	0.947	29
Παράγοντας 1 (Ικανοποίηση από τη ζωή)	0.876	9
Παράγοντας 2 (Ενεργητικότητα)	0.876	9
Παράγοντας 3 (Θετικό συναίσθημα)	0.845	4
Παράγοντας 4 (Κοινωνικότητα)	0.673	4

Αυτό σημαίνει ότι η κλίμακα συνολικής ευτυχίας εμφανίζει εξαιρετική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας ενώ και οι επιμέρους υποκλίμακες της εμφανίζουν αποδεκτή (Παράγοντας 4) - πολύ καλή (Παράγοντες 1-3) αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας.

Κλίμακα Ελπίδας (The Hope Scale) (Συγγραφείς: Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P.) (Προσαρμογή: Μουστάκη, Μ. & Σταλίκας, Α.) (βλ. Παράρτημα I, ερωτήσεις 46-53)

Η κλίμακα Ελπίδας δημιουργήθηκε με σκοπό να αξιολογήσει το βαθμό ελπίδας του εξεταζόμενου ατόμου. Η προσαρμοσμένη έκδοση της κλίμακας αποτελείται από 8 προτάσεις που κατηγοριοποιούνται σε δύο παράγοντες: (α) πίστη στην επίτευξη στόχων, και (β) δυναμική επίτευξη στόχων. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν το βαθμό στον οποίο θεωρούν ότι τους χαρακτηρίζει καθεμιά από τις προτάσεις χρησιμοποιώντας μια κλίμακα τύπου Likert πέντε διαβαθμίσεων (1=διαφωνώ απόλυτα, 5=συμφωνώ απόλυτα). Το ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί σε δείγμα 414 ατόμων σε όλη την Ελλάδα. Η κλίμακα διαθέτει καλή φαινομενική εγκυρότητα. Η εσωτερική συνέπεια του συνόλου της κλίμακας είναι ικανοποιητική (Cronbach's $\alpha = 0,83$) ενώ το ίδιο ισχύει και για τους αντίστοιχους δείκτες του κάθε παράγοντα (πίστη στην επίτευξη στόχων Cronbach's $\alpha = 0,66$, δυναμική επίτευξη στόχων Cronbach's $\alpha = 0,81$) (Snyder, Harris et al., 1991· Σταλίκας κ.συν., 2012).

Τα αποτελέσματα του ελέγχου αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας ελπίδας και των επιμέρους διαστάσεων της (παράγοντες 1-2) παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2: Έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας ελπίδας (HS scale) και των επιμέρους διαστάσεων της

Κλίμακα/Υποκλίμακα	Cronbach's Alpha	n of items
HS total	0.817	8
Παράγοντας 1 (Πίστη στην επίτευξη στόχων)	0.811	4
Παράγοντας 2 (Δυναμική επίτευξη στόχων)	0.646	4

Αυτό σημαίνει ότι η κλίμακα ελπίδας συνολικά εμφανίζει πολύ καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας, ενώ από τις επιμέρους υποκλίμακες της η πίστη στην επίτευξη στόχων (Παράγοντας 1) εμφανίζει πολύ καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας, ενώ η δυναμική στην επίτευξη στόχων (Παράγοντας 2) εμφανίζει οριακά χαμηλότερη από την αποδεκτή αξιοπιστία.

Τεστ προσανατολισμού για τη ζωή - Αναθεωρημένο (Life Orientation Test - Revised) (Συγγραφείς: Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W.) (Προσαρμογή: Lyrakos, G. N., Damigos, D., Mavreas, V., Kostopanagiotou, G., & Dimoliatis, I. D. K.) (βλ. Παράρτημα I, ερωτήσεις 54-63)

Το τεστ προσανατολισμού για τη ζωή δημιουργήθηκε προκειμένου να μελετήσει το βαθμό αισιοδοξίας σαν ένα στοιχείο της προσωπικότητας στην αρχική του μορφή, ενώ δίνεται περαιτέρω έμφαση στην αναμονή θετικών αποτελεσμάτων και γεγονότων στην αναθεωρημένη του μορφή (Scheier et al., 1994). Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 10 ερωτήσεων που αφορούν τις γενικευμένες θετικές προσδοκίες έκβασης για κάθε άνθρωπο. Τρία από τα δέκα στοιχεία διατυπώνονται σαν θετικά για την ύπαρξη αισιοδοξίας (ερώτηση 1, 4, 10), τρία σαν αρνητικά (ερώτηση 3, 7, 9) και τα υπόλοιπα τέσσερα είναι στοιχεία που χρησιμοποιούνται για να καλύψουν το βασικό αντικείμενο της μέτρησης του ερωτηματολογίου (fillers) και δεν συμβάλλουν στο συνολικό αποτέλεσμα του βαθμού της αισιοδοξίας (ερώτηση 2, 5, 6, 8) (Scheier et al., 1994· Lyrakos, Damigos, Mavreas, Kostopanagiotou, & Dimoliatis, 2009). Η διατύπωση των ερωτήσεων παρουσιάζεται με φράσεις, όπως: «Σε στιγμές αβεβαιότητας, συνήθως περιμένω να μου συμβεί το καλύτερο». Η

απάντηση στις ερωτήσεις δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (0=διαφωνώ απόλυτα έως 4=συμφωνώ απόλυτα). Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται με τον εξής τρόπο. Αρχικά αντιστρέφουμε τις βαθμολογίες για τα ερωτήματα 3, 7 και 9 και τα μετατρέπουμε σε (0=4), (1=3), (2=2), (3=1), (4=0). Στην συνέχεια προσθέτουμε τις βαθμολογίες των απαντήσεων και βρίσκουμε ένα βαθμό που δείχνει το βαθμό αισιοδοξίας του κάθε υποκειμένου (Scheier et al., 1994). Η προσαρμογή βασίστηκε σε δείγμα 115 ενηλίκων. Η μέση τιμή για την κλίμακα ήταν 14,5 για τους άνδρες και 15,5 για τις γυναίκες. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας στο ελληνικό δείγμα είναι ικανοποιητική (δείκτης Cronbach's $\alpha = 0,72$). Η αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων παρουσιάζεται αρκετά καλή (δείκτης Cronbach's $\alpha = 0,73$) (Σταλίκας κ.συν., 2012).

Τα αποτελέσματα του ελέγχου αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας προσανατολισμού ζωής για την αισιοδοξία (κλίμακα LOT-R) παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3: Έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας του τεστ προσανατολισμού ζωής για την αισιοδοξία (LOT-R scale)

Κλίμακα/Υποκλίμακα	Cronbach's Alpha	n of items
Κλίμακα LOT-R	0.767	6

Αυτό σημαίνει ότι το τεστ προσανατολισμού για τη ζωή (κλίμακα LOT-R) εμφανίζει καλή-πολύ καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας.

Κλίμακα Προσαρμογής στην Αναπηρία (Adaptation to Disability Scale-Revised, ADS-R) (Συγγραφείς: Groomes, D. A. G. & Linkowski, D. C.) (Μετάφραση - Προσαρμογή: Πανούση, Σ. & Κλεφτάρας, Γ.) (βλ. Παράρτημα I, ερωτήσεις 64-95)

Η «Αναθεωρημένη Κλίμακα Προσαρμογής στην Αναπηρία» (Adaptation to Disability Scale-Revised, ADS-R) αποτελεί τη νέα εκδοχή της Κλίμακας Αποδοχής της Αναπηρίας (Acceptance of Disability Scale, AD) του Linkowski (1971) που διαμορφώθηκε από τους Groomes & Linkowski, το 2007. Η ADS-R είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει 32 ερωτήσεις που εξετάζουν το βαθμό προσαρμογής του ατόμου στην αναπηρία του. Οι απαντήσεις δίνονται σε τετράβαθμη κλίμακα (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Συμφωνώ, 4=Συμφωνώ

απόλυτα). Από τις 32 ερωτήσεις οι 22 βαθμολογούνται αντίστροφα. Μετά την αντιστροφή των τιμών των 22 ερωτήσεων, οι τιμές και των 32 ερωτήσεων προστίθενται και προκύπτει το σκορ της συνολικής προσαρμογής στην αναπηρία για κάθε υποκείμενο όπου η χαμηλή προσαρμογή κυμαίνεται από 32 έως 60 βαθμούς, η μέτρια προσαρμογή από 61 μέχρι 93 βαθμούς και η υψηλή προσαρμογή από 94 μέχρι 128 βαθμούς (Groomes & Linkowski, 2007).

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

Για τις υποκλίμακες της διερεύνησης, του περιορισμού και της μετατροπής τιμές μεταξύ 27 έως 36 βαθμών δηλώνουν υψηλά επίπεδα της συγκεκριμένης διάστασης, τιμές μεταξύ 18 έως 26 βαθμών δηλώνουν μέτρια επίπεδα της διάστασης και τιμές μεταξύ 9 έως 17 βαθμών δηλώνουν χαμηλά επίπεδα της διάστασης. Για την υποκλίμακα της υποταγής της εξωτερικής εμφάνισης, τιμές μεταξύ 16 έως 20 βαθμών δηλώνουν υψηλά επίπεδα της συγκεκριμένης διάστασης, τιμές μεταξύ 11 έως 15 βαθμών δηλώνουν μέτρια επίπεδα της διάστασης και τιμές μεταξύ 5 έως 10 βαθμών δηλώνουν χαμηλά επίπεδα της διάστασης (Groomes & Linkowski, 2007).

Η ADS-R έχει μέτρια προς υψηλή εσωτερική συνέπεια μεταξύ των τεσσάρων υποκλιμάκων σύμφωνα με τη μελέτη που έγινε από τους Groomes και Linkowski (2007) σε 356 άτομα με διάφορες αναπηρίες. Συνολικά, η κλίμακα έχει καλή εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach's $\alpha = 0.93$), όπως επίσης και οι τέσσερις υποκλίμακες: α) διεύρυνση του πεδίου αξιών (Cronbach's $\alpha = 0.82$), β) υποταγή της εξωτερικής εμφάνισης (Cronbach's $\alpha = 0.71$), γ) περιορισμός των επιπτώσεων της δυσλειτουργίας (Cronbach's $\alpha = 0.88$), δ) μετατροπή από συγκριτικές αξίες σε προσόντα (Cronbach's $\alpha = 0.88$).

Τα αποτελέσματα του ελέγχου αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας προσαρμογής στην αναπηρία παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4: Έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας Προσαρμογής στην Αναπηρία (ADS-R scale) για το συνολικό δείγμα και κάθε ομάδα ξεχωριστά

Κλίμακα/Υποκλίμακα	Cronbach's Alpha	n of items
ADS-R total	0.945	32
Παράγοντας 1 (Περιορισμός)	0.908	9
Παράγοντας 2 (Μετατροπή)	0.865	9
Παράγοντας 3 (Διεύρυνση)	0.825	9
Παράγοντας 4 (Υποταγή)	0.724	5

Από την ανάλυση του Πίνακα 4 προκύπτει ότι η κλίμακα προσαρμογής στην αναπηρία (κλίμακα ADS-R) καθώς και οι υποκλίμακες της εμφανίζουν εξαιρετική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για το συνολικό δείγμα συμμετεχόντων.

Τεστ Θετικών Συναισθημάτων (Differential Emotions Scale - modified)
(Συγγραφείς: Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., Larkin G. R., & Izard, C. E.) (Προσαρμογή: Γαλανάκης, Μ., & Σταλίκας, Α.) (βλ. Παράρτημα I, ερωτήσεις 96-116)

Το τεστ θετικών συναισθημάτων έχει ως στόχο την αξιολόγηση του βαθμού βίωσης θετικών συναισθημάτων καθώς και του λόγου βίωσης των θετικών προς τα αρνητικά συναισθήματα. Αποτελεί τροποποίηση του παλαιότερου DES του Izard και χρησιμοποιείται για να αξιολογήσει τη βίωση συγκεκριμένων-διακριτών θετικών και αρνητικών συναισθημάτων. Περιλαμβάνει 11 θετικά και 9 αρνητικά συναισθήματα. Οι συμμετέχοντες καλούνται να υποδείξουν το βαθμό βίωσης 20 συναισθημάτων του τεστ, κατά τις δύο προηγούμενες εβδομάδες της ζωής τους γενικά, χρησιμοποιώντας μια κλίμακα τύπου Likert πέντε διαβαθμίσεων (1=καθόλου, 5=πάρα πολύ). Στο τέλος περιλαμβάνει και μια ακόμη ερώτηση σχετικά με το ποιο από τα αναφερόμενα συναισθήματα βιώθηκε εντονότερα από τον εξεταζόμενο κατά τις δύο προηγούμενες εβδομάδες. Προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός βίωσης των θετικών συναισθημάτων από τον κάθε συμμετέχοντα, εξάγεται το άθροισμα για την υποκλίμακα των 11 θετικών συναισθημάτων. Επίσης υπολογίζεται ο λόγος μεταξύ βίωσης των θετικών και των αρνητικών συναισθημάτων για τον κάθε εξεταζόμενο. Το τεστ θετικών συναισθημάτων έχει σταθμιστεί σε δείγμα 2.775 ατόμων σε όλη την

Ελλάδα. Ο μέσος όρος της βαθμολογίας των 2.775 ατόμων ως προς τη βίωση θετικών συναισθημάτων είναι 35,58 και η τυπική απόκλιση 7,33. Ο αντίστοιχος μέσος όρος ως προς το λόγο βίωσης των θετικών προς τα αρνητικά συναισθήματα είναι 2,34 και η τυπική απόκλιση 0,93. Τα αποτελέσματα ως προς την αξιοπιστία του τεστ είναι ικανοποιητικά. Συγκεκριμένα, για την υποκλίμακα των θετικών συναισθημάτων η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας ήταν Cronbach's $\alpha = 0,79$ ενώ για την υποκλίμακα των αρνητικών συναισθημάτων Cronbach's $\alpha = 0,77$ (Σταλίκας κ.συν., 2012). Τα αποτελέσματα για την αξιοπιστία των υποκλιμάκων και το χειρισμό των συνολικών αθροισμάτων είναι παρόμοια με αυτά που παρουσιάζει η Fredrickson (Fredrickson et al., 2003).

Τα αποτελέσματα του ελέγχου αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας του τεστ θετικών συναισθημάτων (DES.MOD) παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5: Έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας του τεστ βίωσης θετικών συναισθημάτων (DES.MOD)

Κλίμακα/Υποκλίμακα	Cronbach's Alpha	n of items
Κλίμακα DES.MOD	0.923	10

Αυτό σημαίνει ότι το τεστ θετικών συναισθημάτων (DES.MOD) εμφανίζει εξαιρετική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας.

Κλίμακα Φιλίας (Friendship Inventory) (Συγγραφέας: Anderson, L. R.) (Προσαρμογή: Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ.) (βλ. Παράρτημα I, ερωτήσεις 117-140)

Η κλίμακα φιλίας μετρά την ποιότητα της φιλίας, εκτιμά δηλαδή εάν είναι μονόδρομη ή αμφίδρομη. Οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν πόσους φίλους έχουν ανάλογα με τις περιστάσεις. Συγκεκριμένα, αναφέρουν σε ποιους μπορούν να απευθυνθούν, όταν έχουν κάποια ανάγκη, καθώς και ποιοι θα απευθυνθούν στους ίδιους, όταν χρειαστούν κάτι ή όταν βρεθούν σε μια δύσκολη περίσταση. Η κλίμακα αναφέρεται σε πέντε περιπτώσεις στις οποίες μπορεί να εκφραστεί οικειότητα σε μια φίλια: εργασία, διασκέδαση, θρησκεία, οικονομικά και οικείες σχέσεις. Για την ελληνική έκδοση της κλίμακας ακολουθήθηκε η μέθοδος της αντίστροφης μετάφρασης. Στην ελληνική στάθμιση που έγινε σε δείγμα 137 φοιτητών του Τμήματος Εκπαίδευσης και Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία του Πανεπιστημίου

Αθηνών ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's α ήταν Cronbach's $\alpha = 0,68$ (Malikiosi-Loizos & Anderson, 1999· Σταλίκας κ.συν., 2012).

Τα αποτελέσματα του ελέγχου αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας φιλίας (Friendship Inventory) και των επιμέρους διαστάσεων της (παράγοντες 1-4) παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6: Έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας φιλίας (Friendship Inventory) και των επιμέρους διαστάσεων της

Κλίμακα/Υποκλίμακα	Cronbach's Alpha	n of items
Κλίμακα Φιλίας	0.920	20
Παράγοντας 1 (Μονόδρομη συντροφικότητα)	0.714	5
Παράγοντας 2 (Αμφίδρομη συντροφικότητα)	0.765	5
Παράγοντας 3 (Μονόδρομη υποστηρικτικότητα)	0.746	5
Παράγοντας 4 (Αμφίδρομη υποστηρικτικότητα)	0.753	5

Αυτό σημαίνει ότι η κλίμακα φιλίας συνολικά εμφανίζει εξαιρετική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας ενώ και οι επιμέρους υποκλίμακες της εμφανίζουν καλή-αποδεκτή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας.

8.3 Συλλογή δεδομένων

Κατά την επιλογή του δείγματος για τη διεξαγωγή της παρούσης μελέτης δεν ακολουθήθηκε απλή τυχαία δειγματοληψία. Το δείγμα της παρούσης μελέτης ήταν μη πιθανοτικό, δηλαδή το δείγμα της έρευνας δεν επιλέχθηκε τυχαία. Αυτό ουσιαστικά σημαίνει ότι κάποιες ομάδες του πληθυσμού έχουν περισσότερες πιθανότητες να επιλεγούν από άλλες (Bryman, 2017: 206), καθώς η έρευνα επικεντρώνεται σε άτομα με οπτική αναπηρία, ακουστική αναπηρία, κινητική αναπηρία, σκλήρυνση κατά πλάκας, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, θαλασσαιμία, καρδιαγγειακά νοσήματα, νοσήματα του αναπνευστικού και ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Η παρούσα μελέτη ήταν συγχρονική. Το συγχρονικό σχέδιο περιλαμβάνει συλλογή δεδομένων για ένα δείγμα μονάδων ανάλυσης σε ορισμένο χρονικό σημείο, με σκοπό να συλλεχθούν ποσοτικά ή ποσοτικοποιήσιμα δεδομένα για δύο ή περισσότερες μεταβλητές, τα οποία κατόπιν εξετάζονται, ώστε να εντοπιστούν συγκεκριμένοι συνδυασμοί συσχετίσεων (Bryman, 2017: 83). Διεξήχθη με βάση τα Ηθικά Πρότυπα, όπως διατυπώθηκαν στη Διακήρυξη του World Medical Association του Ελσίνκι (2002).

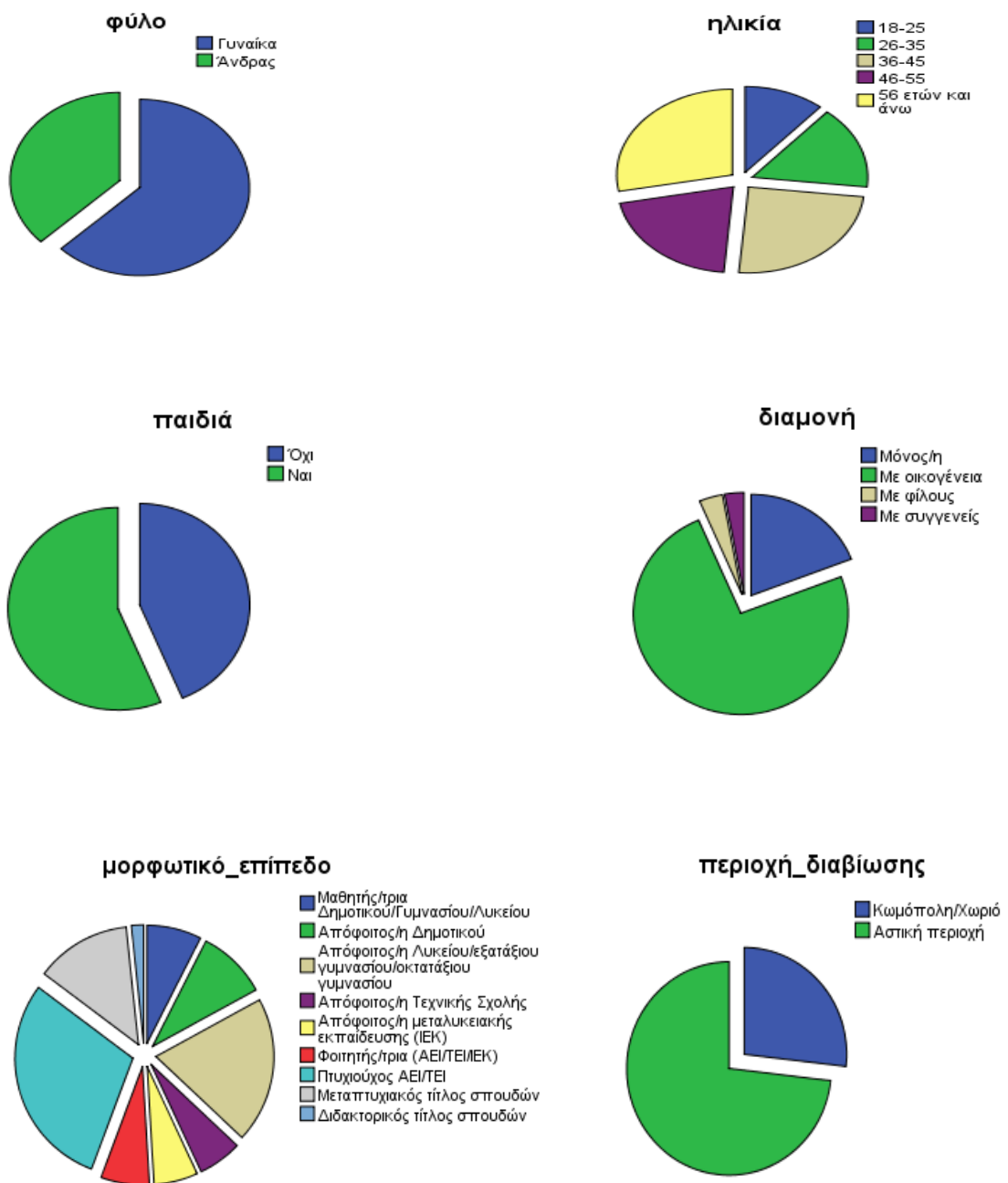
Κατά τη συλλογή των ερωτηματολογίων ακολουθήθηκε η παρακάτω διαδικασία: Αρχικά προσεγγίστηκαν και ενημερώθηκαν γνωστά άτομα από όλες τις ομάδες των Ατόμων με Αναπηρία που επιλέχθηκαν, καθώς γνωρίζαμε πως ανήκαν στις υπό διερεύνηση ομάδες. Στη συνέχεια ενημερώθηκαν σχετικά με το περιεχόμενο της έρευνας σύλλογοι Ατόμων με Αναπηρία από πολλές περιοχές της Ελλάδας, κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας με τους προέδρους των συλλόγων αλλά και με διαδικτυακή (facebook) και δια ζώσης επικοινωνία. Έπειτα χορηγήθηκαν στους συλλόγους που ενημερώθηκαν και στα άτομα που είχαν επιλεγεί μεμονωμένα λόγω της αναπηρίας τους τα ερωτηματολόγια είτε δια ζώσης είτε μέσω ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου (με τη χρήση της πλατφόρμας google forms), λόγω της πανδημίας COVID-19, είτε μέσω ταχυδρομείου. Ελάχιστοι ήταν αυτοί που είτε δεν επέστρεψαν το ερωτηματολόγιο συμπληρωμένο είτε δεν ολοκλήρωσαν τη συμπλήρωσή του είτε δε θέλησαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν να λάβουν μέρος στην έρευνα πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η έρευνα διήρκησε από το Σεπτέμβριο του 2020 έως το Μάρτιο του 2021. Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν ελληνικής καταγωγής και συγκεκριμένα από τους νομούς Αιτωλοακαρνανίας, Αττικής, Αργολίδας, Θεσσαλονίκης, Άρτας, Καβάλας, Μεσσηνίας, Τρικάλων, Λαρίσης, Πέλλας, Ιωαννίνων, Δωδεκανήσου, Αχαΐας, Πειραιώς, Μαγνησίας, Ηλείας, Κιλκίς, Σάμου, Σερρών, Χίου, Λέσβου, Χαλκιδικής, Πρέβεζας, Φθιώτιδας, Κοζάνης, Κυκλάδων, Δράμας, Ηρακλείου, Ευβοίας, Έβρου, Ρεθύμνης, Πιερίας, Καρδίτσας, Ημαθίας, Αρκαδίας, Κέρκυρας, Θεσπρωτίας, Λευκάδας, Καστοριάς, Χανίων, Γρεβενών, Κορινθίας, Λασιθίου και Ξάνθης.

8.4 Περιγραφή δείγματος

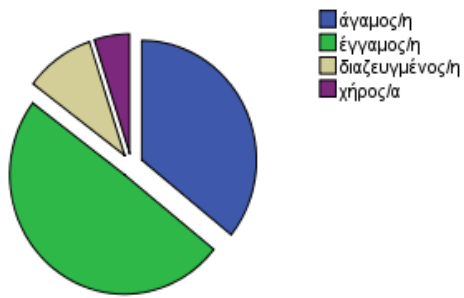
Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων του δείγματος ήταν γυναίκες [γυναίκες=63% (302/481), άνδρες=37% (179/481)]. Οι συμμετέχοντες ανήκαν κατά πλειοψηφία στην ηλικιακή ομάδα 56 ετών και άνω [18-25=11% (54/481), 26-35=16% (75/481), 36-45=25% (118/481), 46-55=21% (99/481) και 56 ετών και άνω=28% (135/481)]. Από άποψης εκπαιδευτικού επιπέδου ~30% των συμμετεχόντων δήλωσαν πτυχιούχοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (142/481) ακολουθούμενοι από αποφοίτους Λυκείου/εξατάξιου γυμνασίου/οκτατάξιου γυμνασίου (96/481, ~20%), ενώ σε μικρότερα ποσοστά ακολούθησαν οι υπόλοιπες κατηγορίες

[μαθητής/τρια=8%, απόφοιτος/η δημοτικού=10%, απόφοιτος/η τεχνικής σχολής=6%, απόφοιτος/η ΙΕΚ=6%, φοιτητής/τρια ΑΕΙ/ΤΕΙ/ΙΕΚ=7%, μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών=13% και διδακτορικός τίτλος σπουδών=2%]. Περίπου το 50% των συμμετεχόντων δήλωσαν έγγαμοι/ες (238/481) [άγαμοι/ες=36%, διαζευγμένοι/ες=10%, χήρου/ες=5%]. Η πλειοψηφία (~37%) των συμμετεχόντων δήλωσαν εισόδημα έως 501-1000€ (177/481) [0-500€=24%, 1001-1500€=26%, ≥1500€=13%]. Όσον αφορά την εργασιακή κατάσταση των συμμετεχόντων, σχεδόν οι 4/10 (206/481, ~43%) εργάζονται με πλήρη απασχόληση, ενώ το 31% (149/481) δήλωσαν συνταξιούχοι/ες [άνεργοι/ες=14%, φοιτητές/τριες ΑΕΙ/ΤΕΙ/ΙΕΚ=9%, ημιαπασχολούμενοι/ες=3%]. Τα ¾ των συμμετεχόντων δήλωσαν διαμονή με την οικογένειά τους (358/481, 74%), ενώ ~19% διέμενε μόνο του (92/481) [με φίλους=4%, με συγγενείς=3%]. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε ότι έχει παιδιά (56%, 271/481) [χωρίς παιδιά=44%], ενώ τα ¾ δήλωσαν διαμονή σε αστική περιοχή (~73%, 352/481) [κωμόπολη/χωριό=27%]. Λίγο λιγότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες δήλωσαν ότι έχουν «αρκετά» προβλήματα υγείας (216/481, ~45%) [«κανένα» πρόβλημα υγείας=9%, «λίγα» προβλήματα υγείας=33%, «πολλά» προβλήματα υγείας=14%], μάλιστα δε 6/10 αναφέρουν ότι δεν λαμβάνουν κάποιο επίδομα (291/481, ~61%) [επίδομα=40%]. Πάντως το 43% του δείγματος αναφέρει «αρκετά ικανοποιητική» υποστήριξη από τον κοινωνικό του περίγυρο (207/481) [υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο: «καθόλου» ικανοποιητική=5%, «λίγο» ικανοποιητική=19%, «πολύ» ικανοποιητική=33%], ενώ το 36% (172/481) θεωρεί «αρκετά σημαντικό» το ρόλο της θρησκευτικότητας στη ζωή του [ρόλος της θρησκευτικότητας στη ζωή: «καθόλου» σημαντικός=19%, «λίγο» σημαντικός=20%, «πολύ» σημαντικός=25%]. Όσον αφορά την κατανομή του είδους των αναπηριών, ~25% εμφάνιζε κάποιο ιδιοπαθές φλεγμονώδες νόσημα του εντέρου (122/481) [οπτική αναπηρία=6%, ακουστική αναπηρία=9%, κινητική αναπηρία=8%, σκλήρυνση κατά πλάκας=10%, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1=9%, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2=9%, μεσογειακή αναιμία/θαλασσαιμία/νόσος του Cooley=7%, καρδιαγγειακά νοσήματα=10%, νοσήματα του αναπνευστικού=7%]. Σχεδόν στους 8/10 η εμφάνιση της αναπηρίας ήταν επίκτητη (379/481) [εκ γενετής=22%], ενώ στο 36% των συμμετεχόντων είχε διάρκεια ≥21 έτη (172/481) [έως 5 έτη=21%, 6-10 έτη=17%, 11-20 έτη=26%]. Η κατανομή των συχνοτήτων ως ποσοστό για τα επιμέρους επίπεδα των κατηγορικών δημογραφικών μεταβλητών παρουσιάζεται αναλυτικά στην Εικόνα 1.

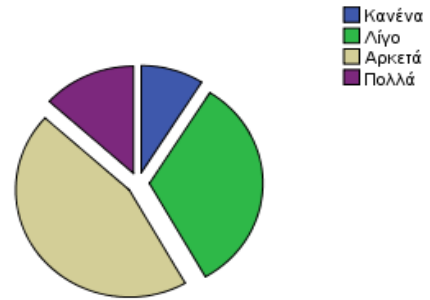
Εικόνα 1^η: Ποσοστιαία κατανομή στα διάφορα επίπεδα των κατηγορικών δημογραφικών μεταβλητών



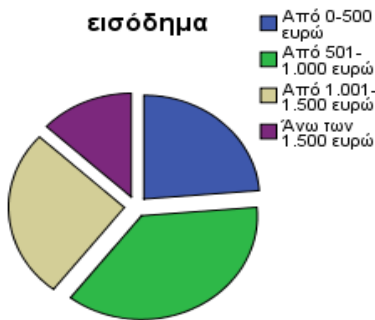
οικογενειακή_κατάσταση



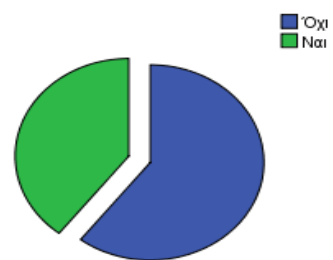
προβλήματα_υγείας



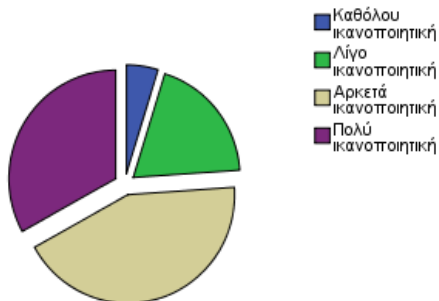
εισόδημα



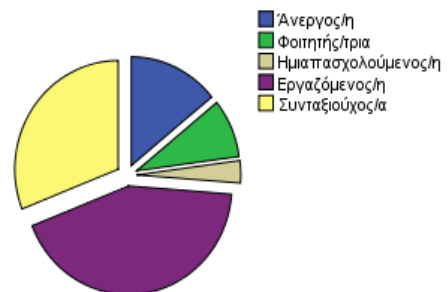
επίδομα



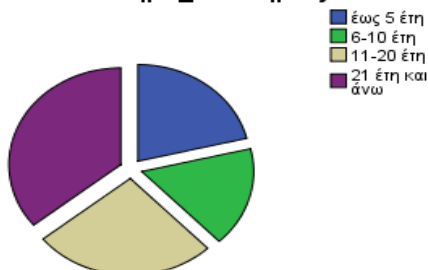
υποστήριξη_από_περίγυρο



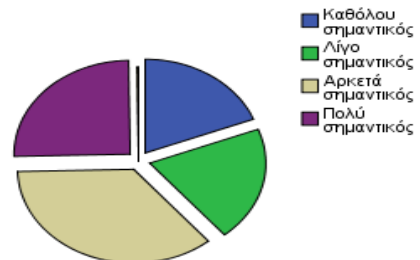
επαγγελματική_κατάσταση



διάστημα_αναπηρίας



ρόλος_θρησκευτικότητας





8.5 Στατιστική επεξεργασία δεδομένων

Αρχικά ελέγχθηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των 6 ερωτηματολογίων με το συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach's alpha (Cronbach's α). Εξετάστηκε τόσο η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας του καθενός ερωτηματολογίου συνολικά όσο και καθεμιάς υποκατηγορίας των ερωτηματολογίων. Στη συνέχεια για την αναλυτική περιγραφή του δείγματος και τη διερεύνηση των κοινωνικών/δημογραφικών χαρακτηριστικών χρησιμοποιήθηκαν πλήθη και ποσοστά για τις κατηγορικές μεταβλητές και τα αποτελέσματα αποδόθηκαν γραφικά με κατάλληλα ραβδογράμματα, ενώ για την περιγραφή των συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στατιστικά κεντρικής θέσης και διασποράς, όπως η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση και η κατανομή των τιμών αποδόθηκε με boxplots.

Ο έλεγχος κατά πόσο η ευτυχία, η ελπίδα και η αισιοδοξία συμβάλλουν στην προσαρμογή των ατόμων στην αναπηρία τους, στη βίωση θετικών συναισθημάτων και στη σύναψη φιλικών σχέσεων έγινε σε 2 στάδια. Η προσαρμογή στη αναπηρία, η βίωση θετικών συναισθημάτων και η σύναψη φιλικών σχέσεων αποτέλεσαν τις εξαρτημένες μεταβλητές της μελέτης. Ανεξάρτητες μεταβλητές στην μελέτη ήταν η ευτυχία, η ελπίδα, η αισιοδοξία και τα δημογραφικά κοινωνικά χαρακτηριστικά. Αρχικά μονομεταβλητές εξισώσεις πρόβλεψης εξέτασαν την επίδραση καθεμιάς ανεξάρτητης μεταβλητής ξεχωριστά για κάθε εξαρτημένη μεταβλητή. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που επέδειξαν στατιστική σημαντικότητα συνδυάστηκαν στο τελικό γραμμικό μοντέλο το οποίο ήταν ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) εφόσον αποτελούνταν μόνο από κατηγορικές ανεξάρτητες μεταβλητές ή ανάλυση συνδιακύμανσης (ANCOVA) εφόσον αποτελούνταν από κατηγορικές και συνεχείς ανεξάρτητες μεταβλητές. Για να βελτιστοποιηθεί η ερμηνεία του γραμμικού

μοντέλου τα επίπεδα ευτυχίας, ελπίδας και αισιοδοξίας σταθμίστηκαν ως Z-scores ως προς το μέσο όρο και την τυπική απόκλιση του δείγματος.

Για όλες τις παραπάνω αναλύσεις το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 0,05. Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με το λογισμικό στατιστικής ανάλυσης Statistical Package for the Social Sciences (SPSS v.23, IBM, Armonck, USA).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

9.1 Αποτελέσματα

9.1.1 Διερεύνηση της ευτυχίας και των διαστάσεών της στα Άτομα με Αναπηρία του δείγματος

Πίνακας 7: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των τιμών της Κλίμακας Ευτυχίας της Οξφόρδης (και των επιμέρους διαστάσεών της) της παρούσης μελέτης για το συνολικό δείγμα και τις υποομάδες ξεχωριστά

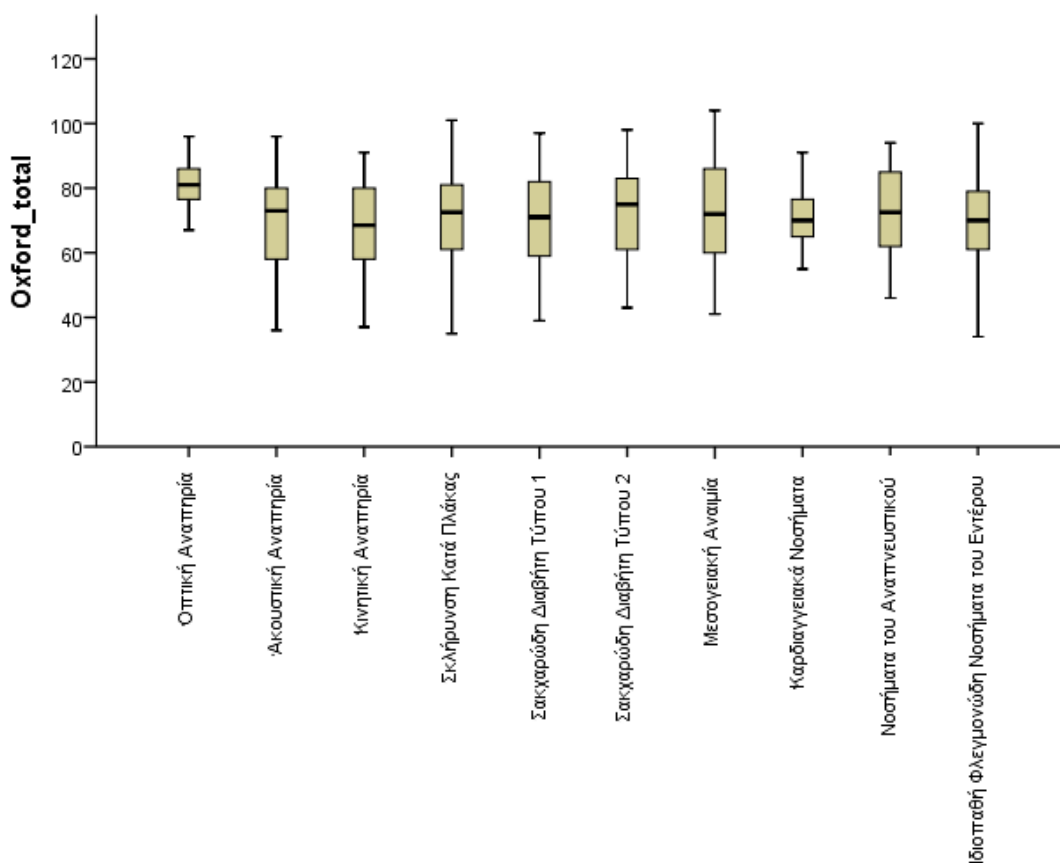
	N	Min	Max	Mean	SD	Ομάδα
Ικανοποίηση από τη ζωή	481	10	36	24,3	5,4	Συνολικό δείγμα
Ενεργητικότητα	481	9	36	23,5	5,6	
Θετικό συναίσθημα	481	4	16	11,2	2,7	
Κοινωνικότητα	481	5	16	12,2	2,1	
Συνολική Ευτυχία	481	30	104	71,2	14,3	
Ικανοποίηση από τη ζωή	31	16	36	28	4	Οπτική αναπηρία
Ενεργητικότητα	31	10	34	27	5	
Θετικό συναίσθημα	31	4	16	13	2	
Κοινωνικότητα	31	7	16	13	2	
Συνολική Ευτυχία	31	37	102	80	11	
Ικανοποίηση από τη ζωή	44	12	33	23,5	4,9	Ακουστική αναπηρία
Ενεργητικότητα	44	9	33	22,7	6,7	
Θετικό συναίσθημα	44	5	16	11,2	3,0	
Κοινωνικότητα	44	5	16	12,1	2,3	
Συνολική Ευτυχία	44	36	96	69,5	16,0	
Ικανοποίηση από τη ζωή	36	12	32	22,5	5,2	Κινητική αναπηρία
Ενεργητικότητα	36	10	32	22,1	5,5	
Θετικό συναίσθημα	36	5	15	10,8	2,8	
Κοινωνικότητα	36	7	16	12,0	2,4	
Συνολική Ευτυχία	36	37	91	67,4	14,3	
Ικανοποίηση από τη ζωή	50	13	36	24,6	5,9	Σκλήρυνη κατά πλάκας
Ενεργητικότητα	50	9	35	23,4	6,3	
Θετικό συναίσθημα	50	4	16	11,7	2,7	
Κοινωνικότητα	50	8	16	12,8	1,9	
Συνολική Ευτυχία	50	35	101	72,5	15,5	

Ικανοποίηση από τη ζωή	42	11	33	23,3	5,6	Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1
Ενεργητικότητα	42	12	34	23,2	5,9	
Θετικό συναίσθημα	42	7	15	11,2	2,6	
Κοινωνικότητα	42	7	16	12,3	2,3	
Συνολική Ευτυχία	42	39	97	70,0	14,6	
Ικανοποίηση από τη ζωή	41	13	34	24,8	5,3	Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2
Ενεργητικότητα	41	10	35	25,0	5,8	
Θετικό συναίσθημα	41	5	16	11,1	2,7	
Κοινωνικότητα	41	8	15	11,9	2,0	
Συνολική Ευτυχία	41	43	98	72,8	14,1	
Ικανοποίηση από τη ζωή	33	12	36	25,2	6,6	Μεσογειακή αναίμια
Ενεργητικότητα	33	12	36	23,9	6,8	
Θετικό συναίσθημα	33	5	16	11,6	3,1	
Κοινωνικότητα	33	9	16	12,5	2,0	
Συνολική Ευτυχία	33	41	104	73,2	17,5	
Ικανοποίηση από τη ζωή	48	10	34	23,7	4,9	Καρδιαγγειακά νοσήματα
Ενεργητικότητα	48	11	31	23,4	4,6	
Θετικό συναίσθημα	48	4	16	10,9	2,8	
Κοινωνικότητα	48	5	16	11,7	2,0	
Συνολική Ευτυχία	48	30	97	69,7	12,4	
Ικανοποίηση από τη ζωή	34	13	35	25,9	5,4	Νοσήματα του αναπνευστικού
Ενεργητικότητα	34	12	33	24,6	5,1	
Θετικό συναίσθημα	34	6	16	10,9	2,5	
Κοινωνικότητα	34	8	16	11,7	1,9	
Συνολική Ευτυχία	34	46	94	73,0	12,9	
Ικανοποίηση από τη ζωή	122	11	35	23,8	5,2	Ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου
Ενεργητικότητα	122	10	34	22,6	4,9	
Θετικό συναίσθημα	122	4	16	11,0	2,6	
Κοινωνικότητα	122	7	16	12,2	2,1	
Συνολική Ευτυχία	122	34	100	69,7	13,3	

Από την ανάλυση του Πίνακα 7 και της Εικόνας 2 προκύπτει ότι η μέση τιμή ευτυχίας για το συνολικό δείγμα κυμάνθηκε στις 71.2 ± 14.3 μονάδες και γύρω από τις τιμές αυτές κυμάνθηκε και για τις υποομάδες των συμμετεχόντων με εξαίρεση τους συμμετέχοντες με οπτική αναπηρία που αναφέρουν ελαφρώς υψηλότερα επίπεδα όσον αφορά την κλίμακα ευτυχίας (80.0 ± 11.0 μονάδες). Από τον Πίνακα 7 προκύπτει ότι δεν υπήρχε μεγάλη διακύμανση μεταξύ των υποομάδων όσον αφορά τις τιμές των

υποκλιμάκων ευτυχίας με τις τιμές για το συνολικό δείγμα να είναι 24.3 ± 5.4 , 23.5 ± 5.6 , 11.2 ± 2.7 και 12.2 ± 2.1 για την ικανοποίηση από την ζωή, την ενεργητικότητα, το θετικό συναίσθημα και την κοινωνικότητα αντίστοιχα.

Εικόνα 2: Boxplots της κατανομής του εύρους τιμών της Κλίμακας Ευτυχίας της Οξφόρδης (OHS scale) στις ομάδες Ατόμων με Αναπηρία



9.1.2 Διερεύνηση της ελπίδας και των διαστάσεών της στα Άτομα με Αναπηρία του δείγματος

Πίνακας 8: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των τιμών της Κλίμακας Ελπίδας (και των επιμέρους διαστάσεών της) της παρούσης μελέτης για το συνολικό δείγμα και τις υποομάδες ξεχωριστά

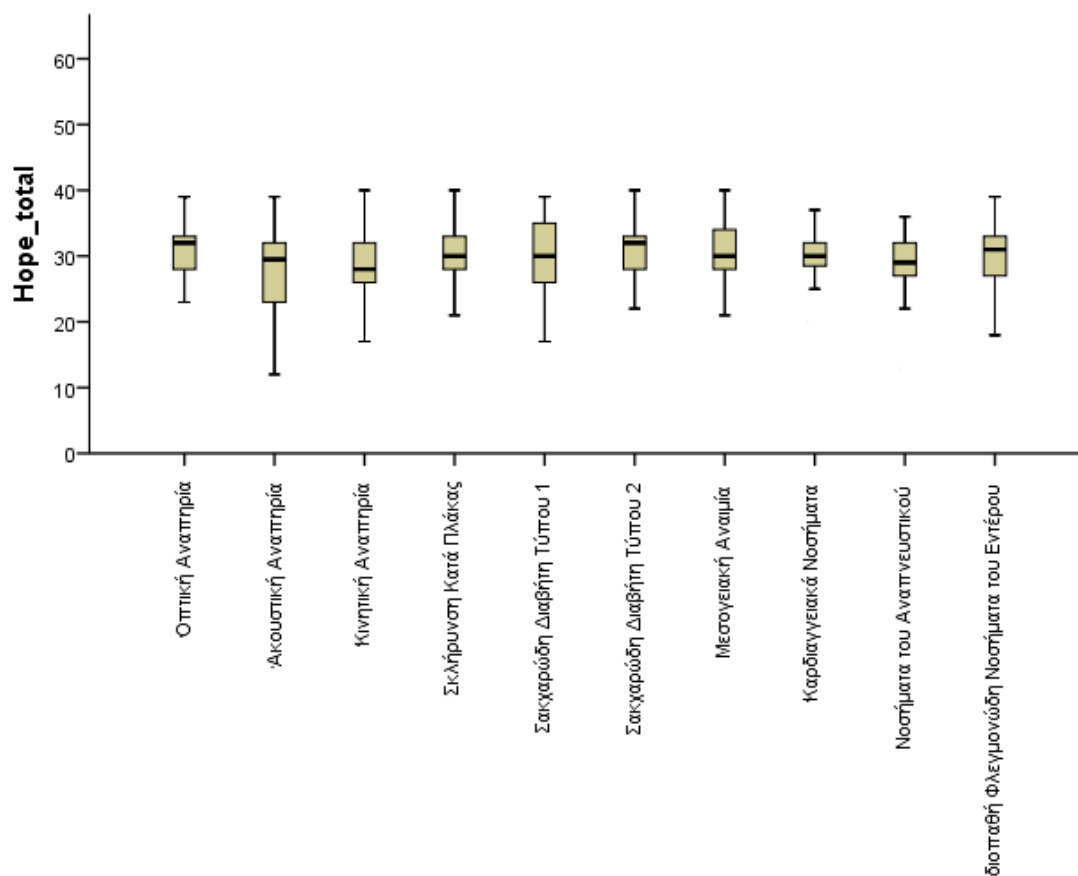
	N	Min	Max	Mean	SD	Ομάδα
Πίστη στην επίτευξη στόχων	481	4	20	14,6	2,9	Συνολικό δείγμα
Δυναμική επίτευξη στόχων	481	5	45	15,1	3,0	
Συνολική ελπίδα	481	12	57	29,8	5,3	

Πίστη στην επίτευξη στόχων	31	9	20	16	3	Οπτική αναπηρία
Δυναμική επίτευξη στόχων	31	9	20	16	2	
Συνολική Ελπίδα	31	18	39	31	4	
Πίστη στην επίτευξη στόχων	44	4	20	13,4	3,3	Ακουστική αναπηρία
Δυναμική επίτευξη στόχων	44	5	45	14,5	6,0	
Συνολική Ελπίδα	44	12	57	27,8	8,1	
Πίστη στην επίτευξη στόχων	36	4	20	14,1	3,2	Κινητική αναπηρία
Δυναμική επίτευξη στόχων	36	9	20	14,2	2,2	
Συνολική Ελπίδα	36	17	40	28,3	4,5	
Πίστη στην επίτευξη στόχων	50	8	20	14,8	2,7	Σκλήρυνση κατά πλάκας
Δυναμική επίτευξη στόχων	50	8	20	15,3	2,9	
Συνολική Ελπίδα	50	17	40	30,1	5,0	
Πίστη στην επίτευξη στόχων	42	6	20	14,6	3,1	Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1
Δυναμική επίτευξη στόχων	42	11	20	15,6	2,7	
Συνολική Ελπίδα	42	17	39	30,2	5,4	
Πίστη στην επίτευξη στόχων	41	10	20	15,0	2,4	Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2
Δυναμική επίτευξη στόχων	41	11	20	15,6	2,0	
Συνολική Ελπίδα	41	22	40	30,7	4,1	
Πίστη στην επίτευξη στόχων	33	7	20	15,4	2,6	Μεσογειακή αναιμία
Δυναμική επίτευξη στόχων	33	12	20	15,5	2,4	
Συνολική Ελπίδα	33	21	40	30,9	4,5	
Πίστη στην επίτευξη στόχων	48	8	20	14,8	2,4	Καρδιαγγειακά νοσήματα
Δυναμική επίτευξη στόχων	48	10	20	15,5	2,1	
Συνολική Ελπίδα	48	20	40	30,2	4,1	
Πίστη στην επίτευξη στόχων	34	4	20	14,2	3,0	Νοσήματα του αναπνευστικού
Δυναμική επίτευξη στόχων	34	8	20	15,1	2,4	
Συνολική Ελπίδα	34	12	40	29,4	4,9	
Πίστη στην επίτευξη στόχων	122	4	20	14,6	3,0	Ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου
Δυναμική επίτευξη στόχων	122	7	20	14,9	2,9	
Συνολική Ελπίδα	122	15	39	29,6	5,5	

Από την ανάλυση του Πίνακα 8 και της Εικόνας 3 προκύπτει ότι η μέση τιμή της κλίμακας ελπίδας για το συνολικό δείγμα κυμάνθηκε στις 29.8 ± 5.3 μονάδες αλλά και γύρω από τις τιμές αυτές κυμάνθηκε και για τις υποομάδες των συμμετεχόντων. Από τον Πίνακα 8 προκύπτει περαιτέρω ότι δεν υπήρχε μεγάλη διακύμανση μεταξύ των υποομάδων όσον αφορά τις τιμές των υποκλιμάκων ελπίδας με τις τιμές για το

συνολικό δείγμα να είναι 14.6 ± 2.9 και 15.1 ± 3.0 για την πίστη στην επίτευξη στόχων και την δυναμική στην επίτευξη στόχων αντίστοιχα.

Εικόνα 3: Boxplots της κατανομής του εύρους τιμών της Κλίμακας Ελπίδας (HS scale) στις ομάδες Ατόμων με Αναπηρία



9.1.3 Διερεύνηση της αισιοδοξίας στα Άτομα με Αναπηρία του δείγματος

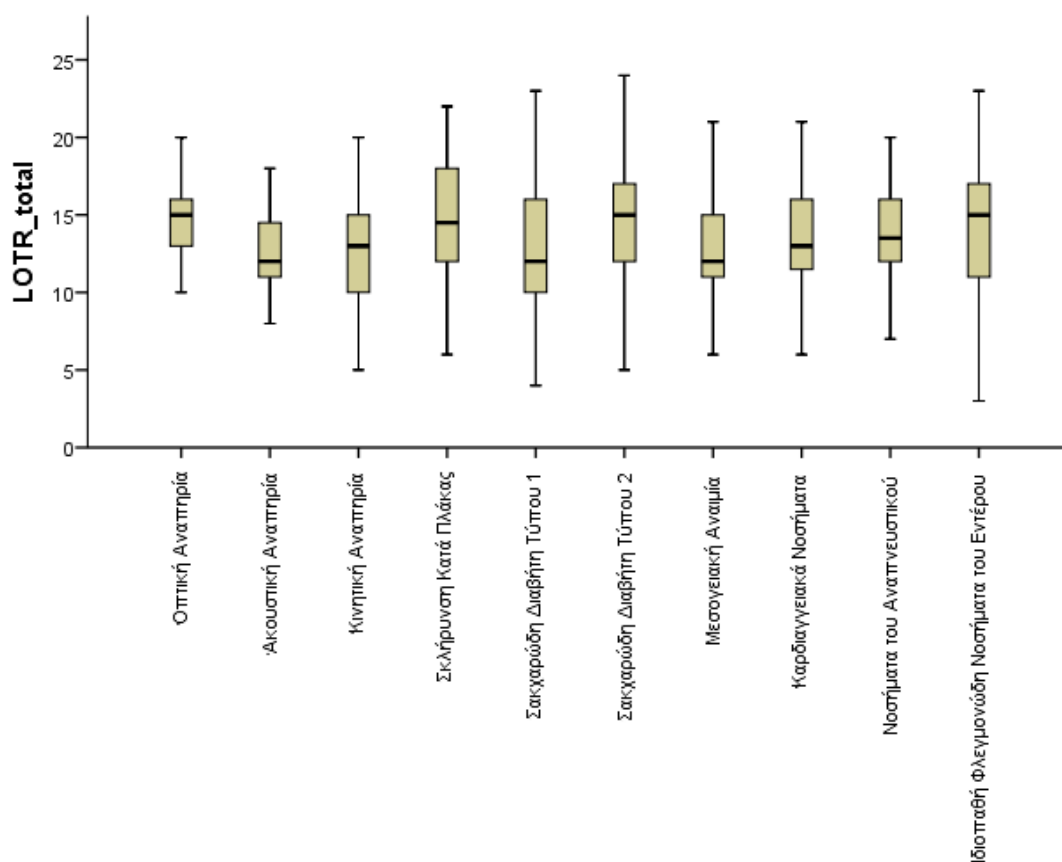
Πίνακας 9: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των τιμών του Τεστ Προσανατολισμού για τη Ζωή της παρούσης μελέτης για το συνολικό δείγμα και τις υποομάδες ξεχωριστά

	N	Min	Max	Mean	SD	Ομάδα
Αισιοδοξία	481	1	24	13,5	4,0	Συνολικό δείγμα
Αισιοδοξία	31	10	22	15	3	Οπτική αναπηρία
Αισιοδοξία	44	5	18	12,3	2,8	Ακουστική αναπηρία

Αισιοδοξία	36	1	20	12,4	4,0	Κινητική αναπηρία
Αισιοδοξία	50	6	22	14,5	4,1	Σκλήρυνση κατά πλάκας
Αισιοδοξία	42	4	23	13,1	4,2	Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1
Αισιοδοξία	41	5	24	14,0	3,8	Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2
Αισιοδοξία	33	3	21	12,7	4,3	Μεσογειακή αναιμία
Αισιοδοξία	48	2	21	13,3	3,8	Καρδιαγγειακά νοσήματα
Αισιοδοξία	34	7	20	13,7	3,1	Νοσήματα του αναπνευστικού
Αισιοδοξία	122	1	23	13,7	4,6	Ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου

Από την ανάλυση του Πίνακα 9 και της Εικόνας 4 προκύπτει η μέση τιμή της κλίμακας προσανατολισμού στη ζωή για την αισιοδοξία. Για το συνολικό δείγμα κυμάνθηκε στις 13.4 ± 4.0 μονάδες αλλά και γύρω από τις τιμές αυτές κυμάνθηκε και για τις υποομάδες των συμμετεχόντων, με εξαίρεση ίσως την ομάδα των συμμετεχόντων με ακουστική αναπηρία, κινητική αναπηρία και μεσογειακή αναιμία που παρουσίασαν σχετικά χαμηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας (12.3 ± 2.8 , 12.4 ± 4.0 και 12.7 ± 4.3 μονάδες αντίστοιχα).

Εικόνα 4: Boxplots της κατανομής του εύρους τιμών της Κλίμακας Προσανατολισμού στη Ζωή για την αισιοδοξία (LOT-R scale) στις ομάδες Ατόμων με Αναπηρία



9.1.4 Διερεύνηση της προσαρμογής στην αναπηρία των ατόμων του δείγματος

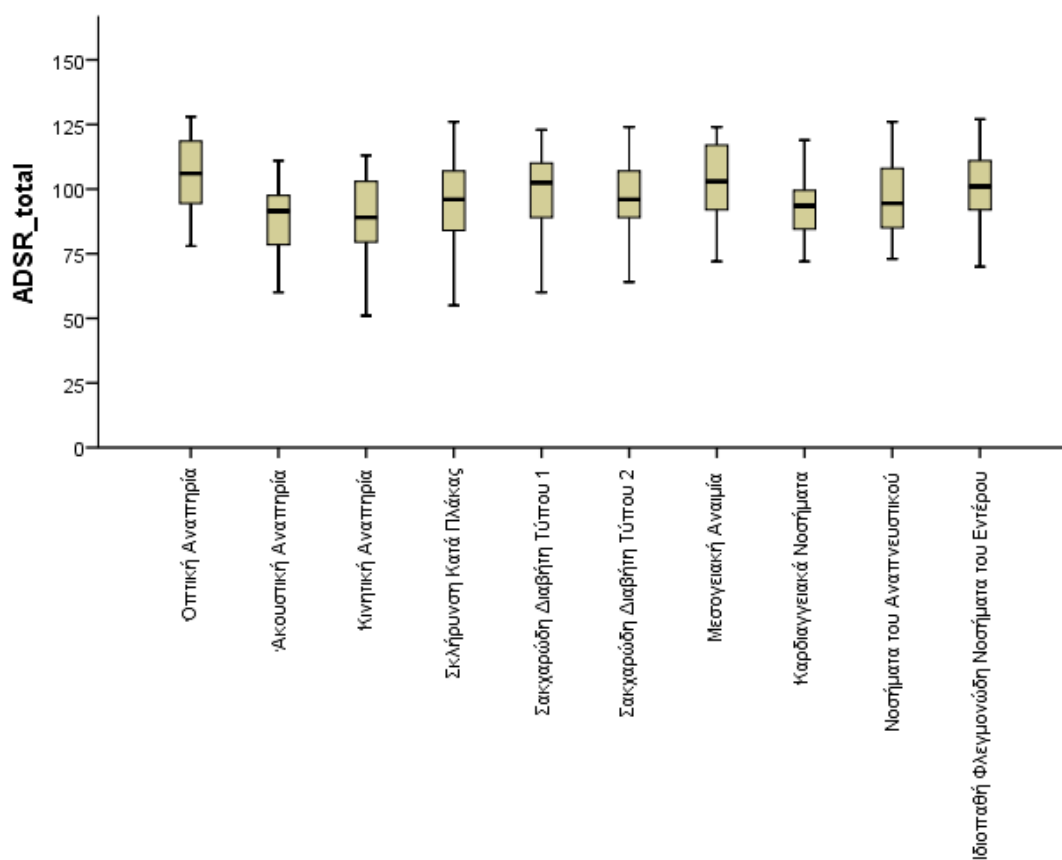
Πίνακας 10: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των τιμών της Κλίμακας Προσαρμογής στην Αναπηρία (ADS-R scale) της παρούσης μελέτης για το συνολικό δείγμα και τις υποομάδες ξεχωριστά

	N	Min	Max	Mean	SD	Ομάδα
Προσαρμογή στην αναπηρία	481	50	128	97,2	15,2	Συνολικό δείγμα
Προσαρμογή στην αναπηρία	31	78	128	105	15	Οπτική αναπηρία
Προσαρμογή στην αναπηρία	44	60	111	88,4	13,1	Ακουστική αναπηρία
Προσαρμογή στην αναπηρία	36	51	113	89,2	14,6	Κινητική αναπηρία
Προσαρμογή στην αναπηρία	50	55	126	95,5	16,5	Σκλήρυνση

						κατά πλάκας
Προσαρμογή στην αναπηρία	42	56	123	98,0	16,6	Σακχατώδη διαβήτη τύπου 1
Προσαρμογή στην αναπηρία	41	64	124	97,1	15,1	Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2
Προσαρμογή στην αναπηρία	33	72	124	104,0	13,8	Μεσογειακή αναιμία
Προσαρμογή στην αναπηρία	48	61	126	93,9	13,3	Καρδιαγγειακά νοσήματα
Προσαρμογή στην αναπηρία	34	73	126	96,2	13,7	Νοσήματα του αναπνευστικού
Προσαρμογή στην αναπηρία	122	50	127	101,0	14,1	Ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου

Από την ανάλυση του Πίνακα 10 και της Εικόνας 5 προκύπτει η μέση τιμή της κλίμακας προσαρμογής στην αναπηρία για το συνολικό δείγμα που κυμάνθηκε στις 97.2 ± 15.2 μονάδες, που έστω και οριακά υποδηλώνει μέσο όρο υψηλών επιπέδων αποδοχής της αναπηρίας. Ωστόσο, βάση της τυπικής διακύμανσης του δείγματος προκύπτει ότι τα 2/3 των συμμετεχόντων έχουν τιμές που κυμαίνονται από 82 έως 112 μονάδες, γεγονός που υποδηλώνει μέτρια αποδοχή της αναπηρίας από κάποιους συμμετέχοντες, ενώ η ελάχιστη τιμή (50) υποδηλώνει ακόμη και χαμηλά επίπεδα αποδοχής. Με βάση το κατώφλι των 97 μονάδων οι υποομάδες ακουστικής αναπηρίας, κινητικής αναπηρίας, σκλήρυνσης κατά πλάκας, καρδιαγγειακών νοσημάτων και νοσημάτων του αναπνευστικού παρουσίασαν κατά μέσο όρο μέτρια επίπεδα αποδοχής της αναπηρίας, ενώ οι υποομάδες οπτικής αναπηρίας, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, μεσογειακής αναιμίας και ιδιοπαθών φλεγμονωδών νοσημάτων του εντέρου παρουσίασαν μέσο όρο υψηλής αποδοχής της αναπηρίας (Πίνακας 10).

Εικόνα 5: Βoxplots της κατανομής του εύρους τιμών της Κλίμακας Προσαρμογής στην Αναπηρία (ADS-R scale) στις ομάδες Ατόμων με Αναπηρία



9.1.5 Διερεύνηση των θετικών συναισθημάτων στα Άτομα με Αναπηρία του δείγματος

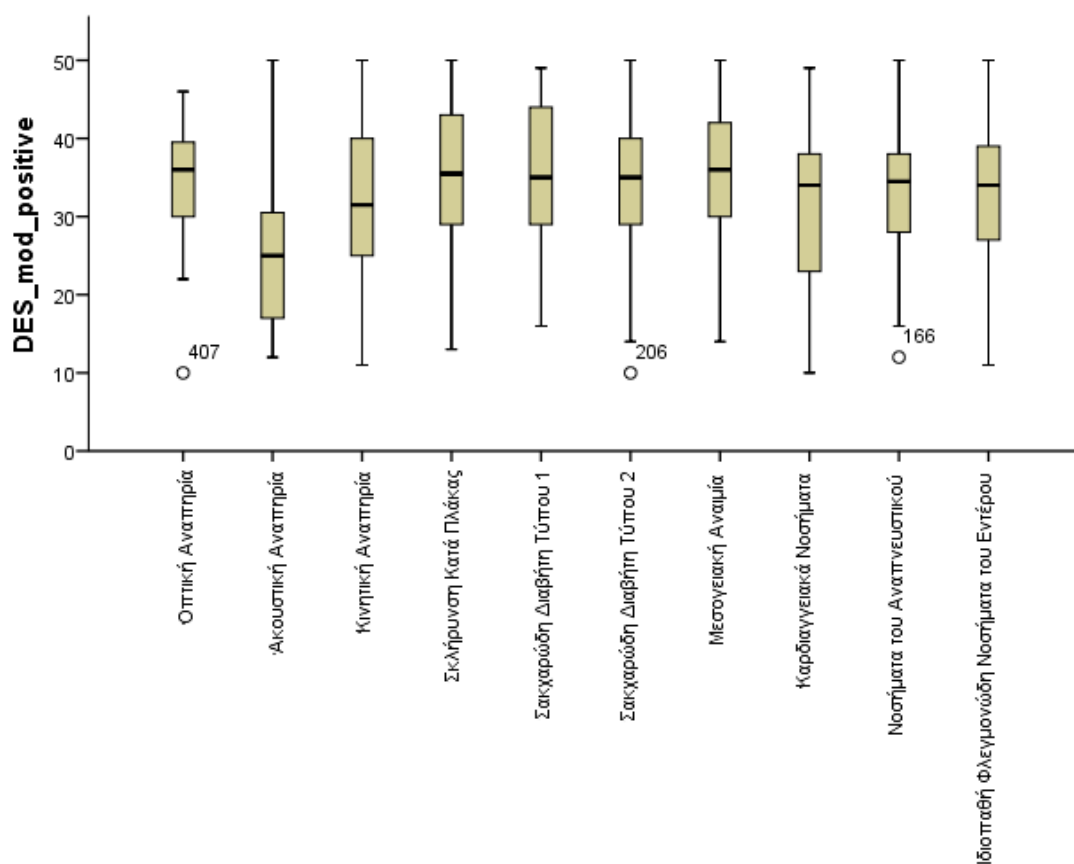
Πίνακας 11: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των τιμών του Τεστ Θετικών Συναισθημάτων (DES.MOD) της παρούσης μελέτης για το συνολικό δείγμα και τις υποομάδες ξεχωριστά

	N	Min	Max	Mean	SD	Ομάδα
Θετικά συναισθήματα	481	10	50	33,0	9,6	Συνολικό δείγμα
Θετικά συναισθήματα	31	10	46	35	8	Οπτική αναπηρία
Θετικά συναισθήματα	44	12	50	26,1	9,8	Ακουστική αναπηρία
Θετικά συναισθήματα	36	11	50	32,3	9,9	Κινητική αναπηρία

Θετικά συναισθήματα	50	13	50	35,4	9,7	Σκλήρυνση κατά πλάκας
Θετικά συναισθήματα	42	16	49	34,9	9,1	Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1
Θετικά συναισθήματα	41	10	50	33,1	9,5	Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2
Θετικά συναισθήματα	33	14	50	35,7	9,4	Μεσογειακή αναιμία
Θετικά συναισθήματα	48	10	49	31,4	10,3	Καρδιαγγειακά νοσήματα
Θετικά συναισθήματα	34	12	50	32,9	9,2	Νοσήματα του αναπνευστικού
Θετικά συναισθήματα	122	11	50	33,5	9,0	Ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου

Από την ανάλυση του Πίνακα 11 και της Εικόνας 6 προκύπτει η μέση τιμή της κλίμακας θετικών συναισθημάτων για το συνολικό δείγμα που κυμάνθηκε στις 33.0 ± 9.6 μονάδες. Με μικρές διακυμάνσεις οι μέσοι όροι \pm τυπικές αποκλίσεις των υποομάδων κυμάνθηκαν γύρω από τα επίπεδα αυτά, με εξαίρεση τους συμμετέχοντες με ακουστική αναπηρία που εμφάνισαν χαμηλότερα όρια (26.1 ± 9.8 μονάδες).

Εικόνα 6. Βoxplots της κατανομής του εύρους τιμών της Κλίμακας Θετικών Συναισθημάτων (DES.MOD) στις ομάδες Ατόμων με Αναπηρία



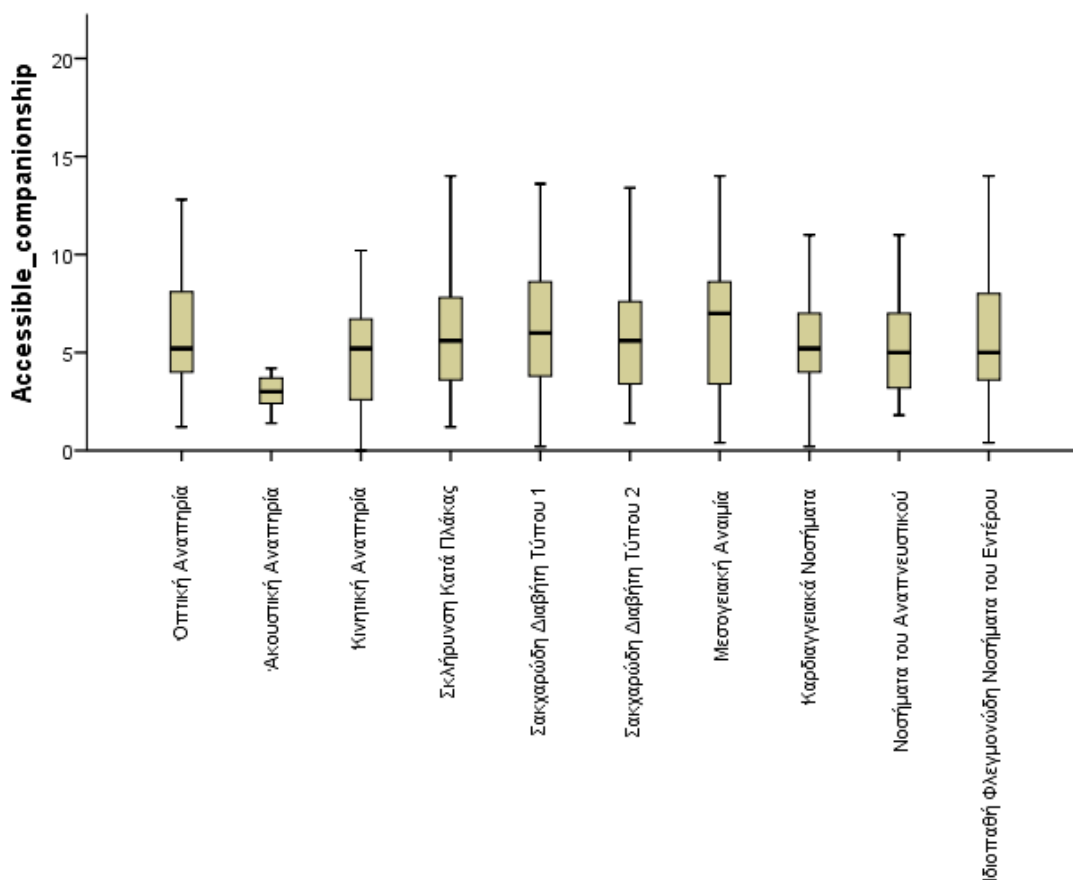
9.1.6 Διερεύνηση της φιλίας (μονόδρομη συντροφικότητα, αμφίδρομη συντροφικότητα, μονόδρομη υποστηρικτικότητα, αμφίδρομη υποστηρικτικότητα) στα Άτομα με Αναπηρία του δείγματος

Πίνακας 12: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των τιμών της Κλίμακας Φιλίας (μονόδρομη συντροφικότητα, αμφίδρομη συντροφικότητα, μονόδρομη υποστηρικτικότητα, αμφίδρομη υποστηρικτικότητα) της παρούσης μελέτης για το συνολικό δείγμα και τις υποομάδες ξεχωριστά

	N	Min	Max	Mean	SD	Ομάδα
Μονόδρομη συντροφικότητα	481	0	17	5,7	3,1	
Αμφίδρομη συντροφικότητα	481	0	18	5,1	3,3	Συνολικό
Μονόδρομη υποστηρικτικότητα	481	0	17	4,9	3,0	δείγμα
Αμφίδρομη υποστηρικτικότητα	481	0	20	4,9	3,2	
Μονόδρομη συντροφικότητα	31	1	13	6	3	Οπτική αναπηρία
Αμφίδρομη συντροφικότητα	31	1	14	6	3	
Μονόδρομη υποστηρικτικότητα	31	1	10	5	3	

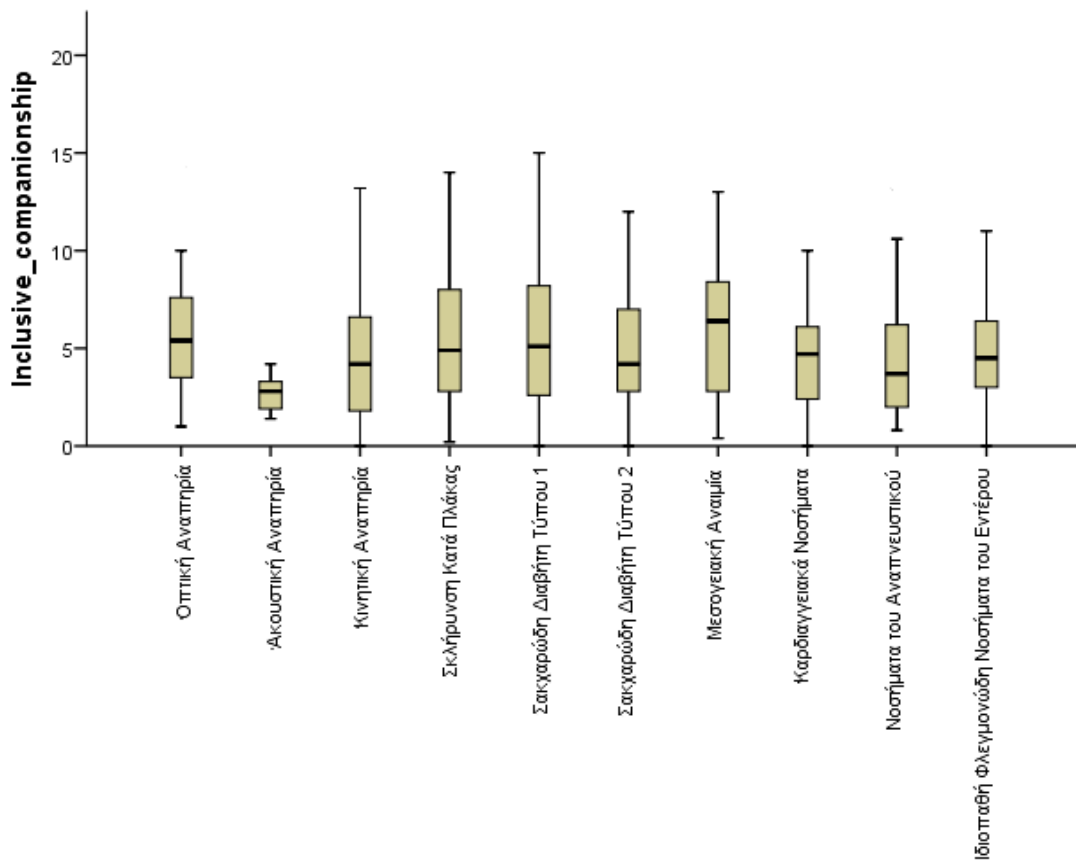
Αμφίδρομη υποστηρικτικότητα	31	0	12	5	3	
Μονόδρομη συντροφικότητα	44	1	12	3,4	2,0	
Αμφίδρομη συντροφικότητα	44	1	11	3,1	1,8	Ακουστική
Μονόδρομη υποστηρικτικότητα	44	1	8	2,9	1,4	αναπηρία
Αμφίδρομη υποστηρικτικότητα	44	2	9	3,0	1,6	
Μονόδρομη συντροφικότητα	36	0	14	5,4	3,2	
Αμφίδρομη συντροφικότητα	36	0	15	4,6	3,6	Κινητική
Μονόδρομη υποστηρικτικότητα	36	1	10	4,5	2,5	αναπηρία
Αμφίδρομη υποστηρικτικότητα	36	0	12	4,4	2,8	
Μονόδρομη συντροφικότητα	50	1	14	6,0	3,1	
Αμφίδρομη συντροφικότητα	50	0	18	5,6	3,7	Σκλήρυνση
Μονόδρομη υποστηρικτικότητα	50	1	11	5,3	2,5	κατά πλάκας
Αμφίδρομη υποστηρικτικότητα	50	1	14	4,8	2,6	
Μονόδρομη συντροφικότητα	42	0	17	6,3	3,7	
Αμφίδρομη συντροφικότητα	42	0	15	5,7	3,7	Σακχαρώδη
Μονόδρομη υποστηρικτικότητα	42	0	17	5,5	4,0	διαβήτη τύπου 1
Αμφίδρομη υποστηρικτικότητα	42	0	12	5,0	3,0	
Μονόδρομη συντροφικότητα	41	1	13	5,9	3,1	
Αμφίδρομη συντροφικότητα	41	0	14	5,2	3,3	Σακχαρώδη
Μονόδρομη υποστηρικτικότητα	41	1	16	5,1	3,6	διαβήτη τύπου 2
Αμφίδρομη υποστηρικτικότητα	41	0	12	5,2	3,5	
Μονόδρομη συντροφικότητα	33	0	14	6,6	3,3	
Αμφίδρομη συντροφικότητα	33	0	13	6,2	3,6	Μεσογειακή
Μονόδρομη υποστηρικτικότητα	33	1	12	5,6	3,3	αναιμία
Αμφίδρομη υποστηρικτικότητα	33	1	13	6,2	3,6	
Μονόδρομη συντροφικότητα	48	0	13	5,7	2,8	
Αμφίδρομη συντροφικότητα	48	0	13	4,7	2,7	Καρδιαγγειακά
Μονόδρομη υποστηρικτικότητα	48	1	12	4,4	2,6	νοσήματα
Αμφίδρομη υποστηρικτικότητα	48	1	19	5,0	3,2	
Μονόδρομη συντροφικότητα	34	2	11	5,5	2,5	
Αμφίδρομη συντροφικότητα	34	1	13	4,6	3,1	Νοσήματα του
Μονόδρομη υποστηρικτικότητα	34	1	14	4,6	2,9	αναπνευστικού
Αμφίδρομη υποστηρικτικότητα	34	1	12	4,2	2,5	
Μονόδρομη συντροφικότητα	122	0	16	5,8	3,3	Ιδιοπαθή
Αμφίδρομη συντροφικότητα	122	0	17	5,2	3,2	φλεγμονώδη
Μονόδρομη υποστηρικτικότητα	122	0	17	5,3	2,9	νοσήματα του
Αμφίδρομη υποστηρικτικότητα	122	0	20	5,3	3,6	εντέρου

Εικόνα 7: Boxplots της κατανομής του εύρους τιμών της υποκλίμακας μονόδρομης συντροφικότητας στις ομάδες Ατόμων με Αναπηρία



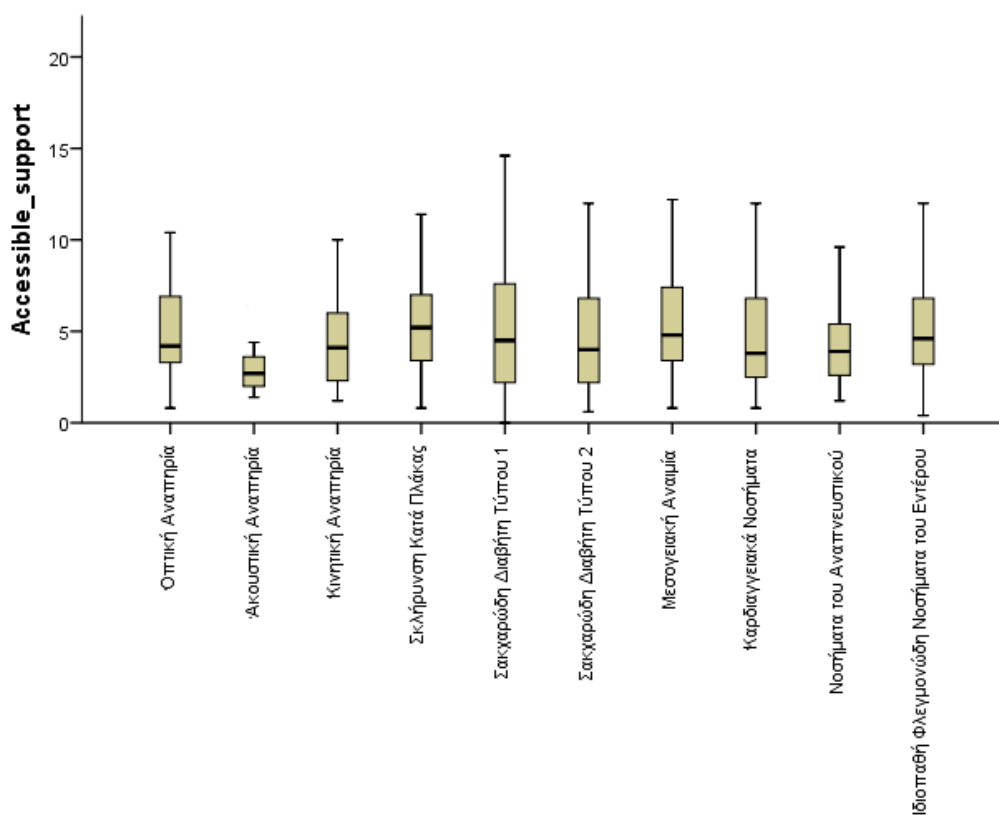
Από την ανάλυση του Πίνακα 12 και της Εικόνας 7 προκύπτει η μέση τιμή της υποκλίμακας μονόδρομης συντροφικότητας που για το συνολικό δείγμα κυμάνθηκε στις 5.7 ± 3.1 μονάδες. Με μικρές διακυμάνσεις οι μέσοι όροι \pm τυπικές αποκλίσεις των υποομάδων κυμάνθηκαν γύρω από τα επίπεδα αυτά, με εξαίρεση τους συμμετέχοντες με ακουστική αναπηρία που εμφάνισαν χαμηλότερα όρια (3.4 ± 2.0 μονάδες). Πάντως, με εξαίρεση την υποομάδα ακουστικής αναπηρίας, για όλες τις υπόλοιπες καταγράφηκαν μεγάλα εύρη όσον αφορά την κλίμακα μονόδρομης συντροφικότητας.

Εικόνα 8: Boxplots της κατανομής του εύρους τιμών της υποκλίμακας αμφίδρομης συντροφικότητας στις ομάδες Ατόμων με Αναπηρία



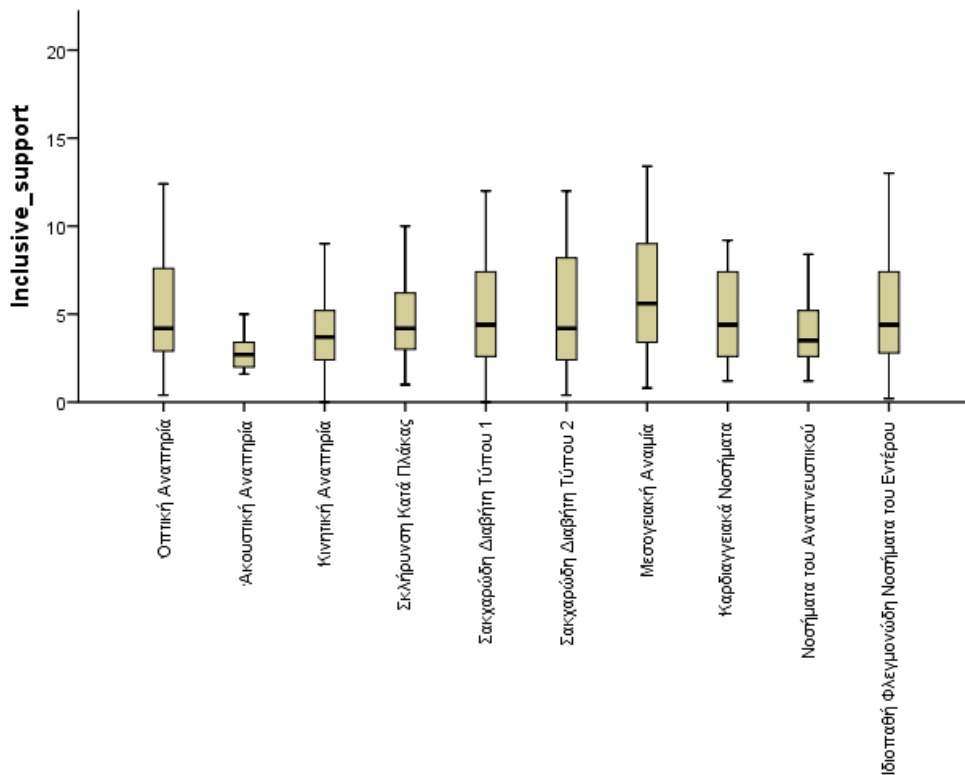
Από την ανάλυση του Πίνακα 12 και της Εικόνας 8 προκύπτει η μέση τιμή της κλίμακας αμφίδρομης συντροφικότητας για το συνολικό δείγμα που κυμάνθηκε στις 5.1 ± 3.3 μονάδες. Με μικρές διακυμάνσεις οι μέσοι όροι \pm τυπικές αποκλίσεις των υποομάδων κυμάνθηκαν γύρω από τα επίπεδα αυτά, με εξαίρεση τους συμμετέχοντες με ακουστική αναπηρία που εμφάνισαν χαμηλότερα όρια (3.1 ± 1.8 μονάδες). Και εδώ, με εξαίρεση την υποομάδα ακουστικής αναπηρίας, για όλες τις υπόλοιπες καταγράφηκαν μεγάλα εύρη όσον αφορά την κλίμακα αμφίδρομης συντροφικότητας.

Εικόνα 9: Boxplots της κατανομής του εύρους τιμών της υποκλίμακας μονόδρομης υποστηρικτικότητας στις ομάδες Ατόμων με Αναπηρία



Από την ανάλυση του Πίνακα 12 και της Εικόνας 9 προκύπτει η μέση τιμή της υποκλίμακας μονόδρομης υποστηρικτικότητας για το συνολικό δείγμα που κυμάνθηκε στις 4.9 ± 3.0 μονάδες. Με μικρές διακυμάνσεις οι μέσοι όροι \pm τυπικές αποκλίσεις των υποομάδων κυμάνθηκαν γύρω από τα επίπεδα αυτά, με εξαίρεση τους συμμετέχοντες με ακουστική αναπηρία που εμφάνισαν χαμηλότερα όρια (2.9 ± 1.4 μονάδες). Με εξαίρεση την υποομάδα ακουστικής αναπηρίας, για όλες τις υπόλοιπες καταγράφηκαν μεγάλα εύρη όσον αφορά την κλίμακα μονόδρομης υποστηρικτικότητας.

Εικόνα 10. Βoxplots της κατανομής του εύρους τιμών της υποκλίμακας αμφίδρομης υποστηρικτικότητας στις ομάδες Ατόμων με Αναπηρία



Από την ανάλυση του Πίνακα 12 και της Εικόνας 10 προκύπτει η μέση τιμή της κλίμακας αμφίδρομης υποστηρικτικότητας για το συνολικό δείγμα που κυμάνθηκε στις 4.9 ± 3.2 μονάδες. Με μικρές διακυμάνσεις οι μέσοι όροι \pm τυπικές αποκλίσεις των υποομάδων κυμάνθηκαν γύρω από τα επίπεδα αυτά, με εξαίρεση τους συμμετέχοντες με ακουστική αναπηρία που εμφάνισαν χαμηλότερα όρια (3.0 ± 1.6 μονάδες). Με εξαίρεση την υποομάδα ακουστικής αναπηρίας, για όλες τις υπόλοιπες καταγράφηκαν μεγάλα εύρη όσον αφορά την κλίμακα αμφίδρομης υποστηρικτικότητας.

9.1.7 Η προσαρμογή στην αναπηρία ως παράμετρος της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και των ατομικών στοιχείων του δείγματος

Οι επιδράσεις καθεμιάς από τις κατηγορικές ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά χαρακτηριστικά) και τις συνεχείς ανεξάρτητες μεταβλητές (συμμεταβλητές) στην προσαρμογή στην αναπηρία παρουσιάζονται στον Πίνακα 13.

Πίνακας 13: Μονομεταβλητές εξισώσεις παλινδρόμησης για την επίδραση καθεμιάς από τις ανεξάρτητες μεταβλητές στην κλίμακα προσαρμογής στην αναπηρία

Μεταβλητή	b	Std. Error	t	Sig.
Intercept	97,811	,875	111,766	,000
Φύλο	-1,605	1,435	-1,118	,285
Intercept	102,810	1,391	73,895	,000
Ηλικία	-2,345	,509	-4,609	,000
Intercept	89,786	1,324	67,804	,000
Μορφωτικό επίπεδο	1,825	,281	6,489	,000
Intercept	99,341	1,002	99,106	,000
Οικογενειακή κατάσταση	-2,532	,868	-2,919	,006
Intercept	94,210	1,142	82,518	,000
Εισόδημα	2,330	,708	3,293	,002
Intercept	92,96	1,207	76,994	,000
Επαγγελματική κατάσταση	8,28	1,585	5,224	,000
Intercept	91,14	4,044	22,553	,000
Διαμονή (με ποιους ζουν)	6,72	1,585	1,062	,285
Intercept	99,314	1,043	95,216	,000
Παιδιά	-3,728	1,390	-2,682	,009
Intercept	95,930	1,339	71,643	,000
Περιοχή διαβίωσης	1,754	1,565	1,121	,279
Intercept	105,076	1,482	70,899	,000
Προβλήματα υγείας	-4,835	,813	-5,947	,000
Intercept	97,522	,892	109,280	,000
Επίδομα	-,780	1,420	-,549	,524
Intercept	84,277	1,704	49,451	,000
Υποστήριξη από περίγυρο	6,330	,771	8,212	,000
Intercept	97,822	1,302	75,151	,000
Ρόλος θρησκευτικότητας	-,392	,659	-,595	,445
Intercept	93,640	1,375	68,101	,000
Είδος αναπηρίας	,676	,225	3,002	,000
Intercept	99,520	1,503	66,208	,000
Εγκατάσταση αναπηρίας	-2,926	1,693	-1,728	,077
Intercept	97,404	1,275	76,424	,000
Διάστημα αναπηρίας	-,107	,605	-,177	,902
Intercept	97,214	,535	181,724	,000
Ευτυχία	9,698	,536	18,110	,000
Intercept	97,214	,595	163,388	,000
Ελπίδα	7,842	,596	13,166	,000

Intercept	97,214	,589	165,059	,000
Αισιοδοξία	8,057	,590	13,665	,000

Από τις μονομεταβλητές αναλύσεις του Πίνακα 13 προκύπτει ότι η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα, η επαγγελματική κατάσταση, η ύπαρξη παιδιών, το μέγεθος των προβλημάτων υγείας, η υποστήριξη από τον περίγυρο, το είδος της αναπηρίας, τα επίπεδα ευτυχίας, τα επίπεδα ελπίδας και ο βαθμός αισιοδοξίας έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στα επίπεδα προσαρμογής στην αναπηρία. Οι μεταβλητές αυτές εξετάστηκαν στο γραμμικό μοντέλο του Πίνακα 14 όπου εκεί πλέον παρουσιάζεται η επίδραση της καθεμίας κατόπιν στάθμισης για τα επίπεδα των υπολοίπων.

Πίνακας 14: Γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας στην προσαρμογή στην αναπηρία μετά και από «στάθμιση» των επιμέρους στατιστικά σημαντικών δημογραφικών μεταβλητών

Μεταβλητή	Numerator df	Denominator df	F	Sig.
Σημείο τομής	1	480	6001,004	,000
Ηλικία	4	480	1,888	,111
Μορφωτικό επίπεδο	8	480	2,762	,005
Οικογενειακή κατάσταση	3	480	,106	,957
Εισόδημα	3	480	1,349	,258
Επαγγελματική κατάσταση	4	480	,119	,976
Παιδιά	1	480	,000	,996
Προβλήματα υγείας	3	480	5,159	,002
Υποστήριξη από περίγυρο	3	480	4,787	,003
Είδος αναπηρίας	9	480	4,768	,000
Ευτυχία	1	480	54,300	,000
Ελπίδα	1	480	7,824	,005
Αισιοδοξία	1	480	11,865	,001

Το παραπάνω γραμμικό μοντέλο απλουστεύτηκε στο μοντέλο του Πίνακα 15 μετά από αφαίρεση των παραμέτρων που δεν επέδειξαν στατιστικά σημαντική επίδραση, ενώ στον Πίνακα 16 παρουσιάζεται με τις διαφορές στα επίπεδα προσαρμογής στην αναπηρία για τα επιμέρους επίπεδα των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Πίνακας 15: Το τελικό γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας, «σταθμισμένων» για τις δημογραφικές παραμέτρους, στην προσαρμογή στην αναπηρία

Μεταβλητή	Numerator df	Denominator df	F	Sig.
Σημείο τομής	1	480	12276,15	,000
Μορφωτικό επίπεδο	8	480	4,645	,000
Προβλήματα υγείας	3	480	4,933	,002
Υποστήριξη από περίγυρο	3	480	5,094	,002
Είδος αναπηρίας	9	480	4,664	,000
Ευτυχία	1	480	56,221	,000
Ελπίδα	1	480	8,530	,004
Αισιοδοξία	1	480	11,660	,001

Από τον Πίνακα 15 διαπιστώνεται ότι το μορφωτικό επίπεδο, τα προβλήματα υγείας, η υποστήριξη από τον περίγυρο, το είδος της αναπηρίας, η ευτυχία, η ελπίδα και η αισιοδοξία έχουν η καθεμιά στατιστικά σημαντική επίδραση στην προσαρμογή στην αναπηρία, ακόμα και όταν «σταθμίζονται» για την επίδραση των υπολοίπων.

Πίνακας 16: Επιμέρους διαφορές στην προσαρμογή στην αναπηρία μεταξύ των επιπέδων των ανεξάρτητων μεταβλητών

Παράμετρος	Estimate	Std. Error	df	t	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Σημείο τομής	99,19	3,80	480	26,078	,000	91,72	106,67
Μορφωτικό επίπεδο: μαθητής/τρια δημοτικού/γυμνασίου/λυκείου	-,43	4,00	480	-,108	,914	-8,29	7,43
Μορφωτικό επίπεδο: απόφοιτος/η δημοτικού	-9,19	4,05	480	-2,271	,024	-17,14	-1,24
Μορφωτικό επίπεδο: απόφοιτος/η λυκείου/εξατάξιου γυμνασίου/οκτατάξιου γυμνασίου	,50	3,75	480	,134	,893	-6,86	7,87
Μορφωτικό επίπεδο: απόφοιτος/η τεχνικής σχολής	,87	4,05	480	,215	,829	-7,08	8,82

Μορφωτικό επίπεδο: απόφοιτος/η μεταλκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ)	,46	4,06	480	,113	,910	-7,51	8,43
Μορφωτικό επίπεδο: φοιτητής/τρια (ΑΕΙ/ΤΕΙ/ΙΕΚ)	3,06	4,02	480	,761	,447	-4,84	10,95
Μορφωτικό επίπεδο: πτυχιούχος ΑΕΙ/ΤΕΙ	1,53	3,66	480	,417	,677	-5,67	8,73
Μορφωτικό επίπεδο: μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	4,06	3,79	480	1,069	,285	-3,40	11,51
Μορφωτικό επίπεδο: διδασκτορικός τίτλος σπουδών	,00 ^b	,00	.	.	.	.	.
Προβλήματα υγείας: κανένα	2,20	2,32	480	,948	,344	-2,36	6,76
Προβλήματα υγείας: λίγο	5,76	1,65	480	3,504	,001	2,53	9,00
Προβλήματα υγείας: αρκετά	2,94	1,51	480	1,951	,052	-,02	5,91
Προβλήματα υγείας: πολλά	,00 ^b	,00	.	.	.	.	.
Υποστήριξη από τον περίγυρο: καθόλου ικανοποιητική	-6,50	2,39	480	-2,720	,007	-11,20	-1,80
Υποστήριξη από τον περίγυρο: λίγο ικανοποιητική	-4,45	1,45	480	-3,059	,002	-7,31	-1,59
Υποστήριξη από τον περίγυρο: αρκετά ικανοποιητική	-3,49	1,13	480	-3,100	,002	-5,70	-1,28
Υποστήριξη από τον περίγυρο: πολύ ικανοποιητική	,00 ^b	,00	.	.	.	.	.

Είδος αναπηρίας: οπτική αναπηρία	-2,34	2,20	480	-1,064	,288	-6,66	1,98
Είδος αναπηρίας: ακουστική αναπηρία	-4,10	2,24	480	-1,833	,067	-8,50	,29
Είδος αναπηρίας: κινητική αναπηρία	-9,22	1,94	480	-4,747	,000	-13,04	-5,41
Είδος αναπηρίας: σκλήρυνση κατά πλάκας	-6,64	1,72	480	-3,854	,000	-10,03	-3,26
Είδος αναπηρίας: σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1	-3,62	1,82	480	-1,985	,048	-7,20	-,04
Είδος αναπηρίας: σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2	-3,35	1,87	480	-1,797	,073	-7,02	,31
Είδος αναπηρίας: μεσογειακή αναμία	2,17	2,01	480	1,077	,282	-1,79	6,12
Είδος αναπηρίας: καρδιαγγειακά νοσήματα	-4,03	1,81	480	-2,225	,027	-7,59	-,47
Είδος αναπηρίας: νοσήματα του αναπνευστικού	-6,24	2,02	480	-3,088	,002	-10,21	-2,27
Είδος αναπηρίας: Ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου	,00 ^b	,00	.	.	.	.	.
Ευτυχία	5,61	,75	480	7,498	,000	4,14	7,08
Ελπίδα	1,85	,63	480	2,921	,004	,61	3,10
Αισιοδοξία	2,20	,64	480	3,415	,001	,93	3,47

Σημείωση:

Στο SPSS το Estimate για το γραμμικό μοντέλο μέσω της ρουτίνας MIXED αντιπροσωπεύει ό,τι και το b στην εξίσωση παλινδρόμησης μέσω της ρουτίνας REGRESSION.

Το μοντέλο του Πίνακα 16 ολοκληρώθηκε με post-hoc ανάλυση Bonferonni για το μορφωτικό επίπεδο, την υποστήριξη από τον περίγυρο και το είδος της αναπηρίας (δεδομένου ότι ήταν οι μεταβλητές με περισσότερα από ένα επίπεδα) από την οποία προέκυψε ότι οι απόφοιτοι δημοτικού είχαν χαμηλότερη προσαρμογή στην αναπηρία κατά 9.2 ± 4.1 , 12.2 ± 4.1 , 10.7 ± 3.9 και 13.2 ± 4.0 μονάδες (όλα τα $p<0.05$) από τους κατόχους διδακτορικού διπλώματος, κατόχους μεταπτυχιακού διπλώματος, πτυχιούχους ΑΕΙ/ΤΕΙ και φοιτητές αντίστοιχα. Επιπροσθέτως, όσοι αναφέρουν «πολύ ικανοποιητική» υποστήριξη από τον περίγυρο είχαν 6.5 ± 2.4 , 4.5 ± 1.5 και 3.5 ± 1.1 μονάδες (όλα τα $p<0.05$) υψηλότερη προσαρμογή στην αναπηρία σε σύγκριση με αυτούς που αναφέρουν «καθόλου ικανοποιητική», «λίγο ικανοποιητική» και «αρκετά ικανοποιητική» υποστήριξη από τον περίγυρο αντίστοιχα. Οι συμμετέχοντες με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου είχαν υψηλότερη προσαρμογή στην αναπηρία κατά 9.2 ± 1.9 , 6.6 ± 1.7 , 3.6 ± 1.8 , 4.0 ± 1.8 και 6.2 ± 3.9 μονάδες συγκριτικά με τους συμμετέχοντες με κινητική αναπηρία, σκλήρυνση κατά πλάκας, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, καρδιαγγειακά νοσήματα και νοσήματα του αναπνευστικού (όλα τα $p<0.05$), ενώ οι συμμετέχοντες με μεσογειακή αναιμία είχαν υψηλότερη προσαρμογή στην αναπηρία κατά 12.0 ± 1.9 μονάδες σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με κινητική αναπηρία.

Με βάση τον Πίνακα 16 επομένως, ένας συμμετέχοντας ο οποίος διέφερε κατά μία τυπική απόκλιση ως προς την ευτυχία από έναν συμμετέχοντα του ίδιου μορφωτικού επιπέδου, των ίδιων προβλημάτων υγείας, της ίδιας υποστήριξης από τον περίγυρο, του ίδιου είδους αναπηρίας και των ίδιων επιπέδων ελπίδας και αισιοδοξίας είχε υψηλότερη προσαρμογή στην αναπηρία κατά 5.6 ± 0.8 μονάδες ($p<0.05$) (κύρια επίδραση της ευτυχίας). Ένας συμμετέχοντας ο οποίος διέφερε κατά μία τυπική απόκλιση ως προς την ελπίδα από έναν συμμετέχοντα του ίδιου μορφωτικού επιπέδου, των ίδιων προβλημάτων υγείας, της ίδιας υποστήριξης από τον περίγυρο, του ίδιου είδους αναπηρίας και των ίδιων επιπέδων ευτυχίας και αισιοδοξίας είχε υψηλότερη προσαρμογή στην αναπηρία κατά 1.9 ± 0.6 μονάδες ($p<0.05$) (κύρια επίδραση της ελπίδας). Τέλος, ένας συμμετέχοντας ο οποίος διέφερε κατά μία τυπική απόκλιση ως προς την αισιοδοξία από έναν συμμετέχοντα του ίδιου μορφωτικού επιπέδου, των ίδιων προβλημάτων υγείας, της ίδιας υποστήριξης από τον περίγυρο, του ίδιου είδους αναπηρίας και των ίδιων επιπέδων ευτυχίας και ελπίδας είχε υψηλότερη προσαρμογή στην αναπηρία κατά 2.2 ± 0.6 μονάδες ($p<0.05$) (κύρια επίδραση της αισιοδοξίας).

9.1.8 Τα θετικά συναισθήματα ως παράμετρος της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και των ατομικών στοιχείων του δείγματος

Οι επιδράσεις καθεμιάς από τις κατηγορικές ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά χαρακτηριστικά) και τις συνεχείς ανεξάρτητες μεταβλητές (συμμεταβλητές) στη βίωση θετικών συναισθημάτων παρουσιάζονται στον Πίνακα 17.

Πίνακας 17: Μονομεταβλητές εξισώσεις παλινδρόμησης για την επίδραση καθεμιάς από τις ανεξάρτητες μεταβλητές στην κλίμακα βίωσης θετικών συναισθημάτων

Μεταβλητή	b	Std. Error	t	Sig.
Intercept	32,934	,555	59,308	,000
Φύλο	,184	,910	,202	,803
Intercept	35,843	,889	40,333	,000
Ηλικία	-1,190	,325	-3,663	,001
Intercept	30,119	,862	34,944	,000
Μορφωτικό επίπεδο	,708	,183	3,869	,002
Intercept	33,976	,638	53,259	,000
Οικογενειακή κατάσταση	-1,159	,552	-2,099	,002
Intercept	31,785	,728	43,639	,000
Εισόδημα	,945	,451	1,092	,102
Intercept	34,246	,967	35,403	,000
Επαγγελματική κατάσταση	-2,464	,322	-3,443	,000
Intercept	33,491	,816	41,050	,000
Διαμονή (με ποιους ζουν)	-1,542	,762	-2,711	,012
Intercept	34,119	,662	51,503	,000
Παιδιά	-1,983	,883	-2,246	,029
Intercept	33,209	,850	39,088	,000
Περιοχή διαβίωσης	-,283	,993	-,285	,746
Intercept	35,648	,964	36,988	,000
Προβλήματα υγείας	-1,628	,529	-3,078	,001
Intercept	33,419	,565	59,158	,000
Επίδομα	-1,056	,899	-1,175	,209
Intercept	24,561	1,075	22,837	,000
Υποστήριξη από περίγυρο	4,130	,486	8,491	,000
Intercept	31,464	,822	38,299	,000
Ρόλος θρησκευτικότητας	,904	,416	2,174	,012

Intercept	31,919	,878	36,367	,000
Είδος αναπηρίας	2,205	,144	3,426	,000
Intercept	32,333	,955	33,859	,000
Εγκατάσταση αναπηρίας	,849	1,076	,789	,448
Intercept	34,367	,804	42,730	,000
Διάστημα αναπηρίας	-,773	,382	-2,024	,026
Intercept	33,002	,322	102,391	,000
Ευτυχία	6,563	,323	20,341	,000
Intercept	33,002	,374	88,206	,000
Ελπίδα	5,074	,375	13,548	,000
Intercept	33,002	,368	89,695	,000
Αισιοδοξία	5,288	,368	14,356	,000

Από τις μονομεταβλητές αναλύσεις του Πίνακα 17 προκύπτει ότι η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, η επαγγελματική κατάσταση, η διαμονή (με ποιους ζουν), η ύπαρξη παιδιών, το μέγεθος των προβλημάτων υγείας, η υποστήριξη από τον περίγυρο, ο ρόλος της θρησκευτικότητας, το είδος της αναπηρίας, το διάστημα της αναπηρίας, τα επίπεδα ευτυχίας, τα επίπεδα ελπίδας και ο βαθμός αισιοδοξίας έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στα επίπεδα θετικών συναισθημάτων. Οι μεταβλητές αυτές εξετάστηκαν στο γραμμικό μοντέλο του Πίνακα 18 όπου εκεί πλέον παρουσιάζεται η επίδραση της καθεμίας κατόπιν στάθμισης για τα επίπεδα των υπολοίπων.

Πίνακας 18: Γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας στη βίωση θετικών συναισθημάτων μετά και από «στάθμιση» των επιμέρους στατιστικά σημαντικών δημογραφικών μεταβλητών

Μεταβλητή	Numerator df	Denominator df	F	Sig.
Intercept	1	480	1112,107	,000
Ηλικία	4	480	,345	,847
Μορφωτικό επίπεδο	8	480	,968	,460
Οικογενειακή κατάσταση	3	480	2,445	,063
Επαγγελματική κατάσταση	4	480	4,787	,001
Διαμονή (με ποιους ζουν)	3	480	1,374	,250
Παιδιά	1	480	,182	,670
Προβλήματα υγείας	3	480	,843	,471
Υποστήριξη από περίγυρο	3	480	2,380	,069
Ρόλος θρησκευτικότητας	3	480	1,158	,325
Είδος αναπηρίας	9	480	2,252	,018

Διάστημα αναπηρίας	3	480	2,642	,059
Ευτυχία	1	480	104,365	,000
Ελπίδα	1	480	3,212	,074
Αισιοδοξία	1	480	10,813	,001

Το παραπάνω γραμμικό μοντέλο απλουστεύτηκε στο μοντέλο του Πίνακα 19 μετά από αφαίρεση των παραμέτρων που δεν επέδειξαν στατιστικά σημαντική επίδραση, ενώ στον Πίνακα 20 παρουσιάζεται με τις διαφορές στα επίπεδα προσαρμογής στην αναπηρία για τα επιμέρους επίπεδα των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Πίνακας 19: Το τελικό γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας, «σταθμισμένων» για τις δημογραφικές παραμέτρους, στη βίωση θετικών συναισθημάτων

Μεταβλητή	Numerator df	Denominator df	F	Sig.
Intercept	1	480	5083,611	,000
Επαγγελματική κατάσταση	4	480	3,706	,006
Είδος αναπηρίας	9	480	4,658	,000
Ευτυχία	1	480	190,205	,000
Αισιοδοξία	1	480	16,331	,000

Από τον Πίνακα 19 διαπιστώνεται ότι η επαγγελματική κατάσταση, το είδος της αναπηρίας, η ευτυχία και η αισιοδοξία έχουν η καθεμιά στατιστικά σημαντική επίδραση στη βίωση θετικών συναισθημάτων ακόμα και όταν «σταθμίζονται» για την επίδραση των υπολοίπων.

Πίνακας 20: Επιμέρους διαφορές στη βίωση θετικών συναισθημάτων μεταξύ των επιπέδων των ανεξάρτητων μεταβλητών

Παράμετρος	Estimate	Std. Error	df	t	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Intercept	31,87	,86	480	36,84	,000	30,17	33,57
Επαγγελματική κατάσταση: άνεργος/η	2,39	1,00	480	2,40	,017	,43	4,34

Επαγγελματική κατάσταση: μαθητής/τρια	3,30	1,16	480	2,86	,004	1,03	5,58
Επαγγελματική κατάσταση: φοιτητής/τρια	-1,25	1,73	480	-,72	,470	-4,64	2,14
Επαγγελματική κατάσταση: εργαζόμενος/η	2,52	,76	480	3,31	,001	1,03	4,02
Επαγγελματική κατάσταση: ημιαπασχολούμενος/η	,00 ^b	,00	.	.	.	.	.
Είδος αναπηρίας: οπτική αναπηρία	-3,54	1,34	480	-2,63	,009	-6,18	-,90
Είδος αναπηρίας: ακουστική αναπηρία	-5,26	1,24	480	-4,23	,000	-7,70	-2,82
Είδος αναπηρίας: κινητική αναπηρία	1,00	1,26	480	,79	,427	-1,48	3,48
Είδος αναπηρίας: σκλήρυνση κατά πλάκας	,96	1,09	480	,88	,380	-1,18	3,09
Είδος αναπηρίας: σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1	1,62	1,16	480	1,40	,162	-,66	3,90
Είδος αναπηρίας: σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2	-,86	1,19	480	-,72	,472	-3,20	1,48
Είδος αναπηρίας: μεσογειακή αναιμία	2,02	1,29	480	1,56	,118	-,52	4,55
Είδος αναπηρίας: καρδιαγγειακά νοσήματα	-1,29	1,11	480	-1,16	,245	-3,48	,89
Είδος αναπηρίας: νοσήματα του αναπνευστικού	-1,37	1,26	480	-1,09	,277	-3,83	1,10

Είδος αναπηρίας: Ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου	,00 ^b	,00	.	.	.	.	.
Ευτυχία	5,43	,40	480	13,64	,000	4,65	6,22
Αισιοδοξία	1,69	,39	480	4,29	,000	,91	2,46

Σημείωση:

Στο SPSS το Estimate για το γραμμικό μοντέλο μέσω της ρουτίνας MIXED αντιπροσωπεύει ό,τι και το b στην εξίσωση παλινδρόμησης μέσω της ρουτίνας REGRESSION.

Το μοντέλο του Πίνακα 20 ολοκληρώθηκε με post-hoc ανάλυση Bonferonni για την επαγγελματική κατάσταση και το είδος της αναπηρίας (δεδομένου ότι ήταν οι μεταβλητές με περισσότερα από ένα επίπεδα) από την οποία προέκυψε ότι οι άνεργοι, οι φοιτητές και οι εργαζόμενοι είχαν υψηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων κατά 2.4 ± 1.0 , 3.3 ± 1.2 και 2.5 ± 0.8 μονάδες (όλα τα $p < 0.05$) από τους συνταξιούχους, ενώ οι ημιαπασχολούμενοι είχαν χαμηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων κατά 3.7 ± 1.4 , 4.6 ± 1.5 και 3.8 ± 1.2 μονάδες (όλα τα $p < 0.05$) από τους άνεργους, τους φοιτητές και τους εργαζόμενους αντίστοιχα. Επιπροσθέτως, οι συμμετέχοντες με οπτική και κινητική αναπηρία είχαν χαμηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων κατά 5.1 ± 1.3 και 6.9 ± 1.2 , 5.5 ± 1.3 και 7.3 ± 1.2 , 3.4 ± 1.3 και 5.3 ± 1.2 από τους συμμετέχοντες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, μεσογειακή αναιμία και ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου αντίστοιχα.

Με βάση τον Πίνακα 20 επομένως, ένας συμμετέχοντας ο οποίος διέφερε κατά μία τυπική απόκλιση ως προς την ευτυχία από έναν συμμετέχοντα της ίδιας επαγγελματικής κατάστασης, του ίδιου είδους αναπηρίας και των ίδιων επιπέδων αισιοδοξίας είχε υψηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων κατά 5.4 ± 0.4 μονάδες ($p < 0.05$) (κύρια επίδραση της ευτυχίας). Ένας συμμετέχοντας ο οποίος διέφερε κατά μία τυπική απόκλιση ως προς την αισιοδοξία από έναν συμμετέχοντα της ίδιας επαγγελματικής κατάστασης, του ίδιου είδους αναπηρίας και των ίδιων επιπέδων ευτυχίας είχε υψηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων κατά 1.7 ± 0.4 μονάδες ($p < 0.05$) (κύρια επίδραση της αισιοδοξίας). Η ελπίδα δεν είχε καμία στατιστικά σημαντική επίδραση στα θετικά συναισθήματα ήδη από τις μονομεταβλητές αναλύσεις ακόμη ($p > 0.05$).

9.1.9 Η φιλία (μονόδρομη συντροφικότητα) ως παράμετρος της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και των ατομικών στοιχείων του δείγματος

Οι επιδράσεις καθεμιάς από τις κατηγορικές ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά χαρακτηριστικά) και τις συνεχείς ανεξάρτητες μεταβλητές (συμμεταβλητές) στη μονόδρομη συντροφικότητα παρουσιάζονται στον Πίνακα 21.

Πίνακας 21: Μονομεταβλητές εξισώσεις παλινδρόμησης για την επίδραση καθεμιάς από τις ανεξάρτητες μεταβλητές στη μονόδρομη συντροφικότητα

Μεταβλητή	b	Std. Error	t	Sig.
Intercept	5,691	,180	31,563	,000
Φύλο	-,051	,296	-,171	,849
Intercept	5,874	,292	20,091	,000
Ηλικία	-,085	,107	-,791	,355
Intercept	4,799	,280	17,112	,000
Μορφωτικό επίπεδο	,215	,060	3,603	,003
Intercept	5,670	,208	27,252	,000
Οικογενειακή κατάσταση	,102	,080	1,458	,071
Intercept	5,304	,237	22,414	,000
Εισόδημα	,286	,147	1,948	,017
Intercept	5,400	,314	17,173	,000
Επαγγελματική κατάσταση	,152	,075	3,715	,005
Intercept	5,905	,265	22,305	,000
Διαμονή (με ποιους ζουν)	-,258	,247	-1,045	,111
Intercept	5,714	,216	26,430	,000
Παιδιά	-,075	,288	-,261	,772
Intercept	5,856	,276	21,240	,000
Περιοχή διαβίωσης	-,251	,322	-,780	,444
Intercept	5,655	,316	17,896	,000
Προβλήματα υγείας	,010	,173	,159	,740
Intercept	6,089	,181	33,614	,000
Επίδομα	-1,057	,288	-3,666	,000
Intercept	3,677	,361	10,177	,000
Υποστήριξη από περίγυρο	,976	,163	5,972	,000
Intercept	5,702	,268	21,238	,000
Ρόλος θρησκευτικότητας	-,216	,136	-,917	,199

Intercept	5,214	,285	18,322	,000
Είδος αναπηρίας	,387	,047	3,860	,000
Intercept	5,494	,310	17,716	,000
Εγκατάσταση αναπηρίας	,226	,349	,646	,510
Intercept	5,772	,262	22,014	,000
Διάστημα αναπηρίας	-,157	,124	-,756	,104
Intercept	5,672	,137	41,536	,000
Ευτυχία	,920	,137	6,733	,000
Intercept	5,672	,135	41,888	,000
Ελπίδα	,998	,136	7,366	,000
Intercept	5,672	,137	41,329	,000
Αισιοδοξία	,870	,137	6,334	,000

Από τις μονομεταβλητές αναλύσεις του Πίνακα 21 προκύπτει ότι το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα, η επαγγελματική κατάσταση, το επίδομα, η υποστήριξη από τον περίγυρο, το είδος της αναπηρίας, τα επίπεδα ευτυχίας, τα επίπεδα ελπίδας και ο βαθμός αισιοδοξίας έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στα επίπεδα μονόδρομης συντροφικότητας. Οι μεταβλητές αυτές εξετάστηκαν στο γραμμικό μοντέλο του Πίνακα 22 όπου εκεί πλέον παρουσιάζεται η επίδραση της καθεμίας κατόπιν στάθμισης για τα επίπεδα των υπολοίπων.

Πίνακας 22: Γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας στη μονόδρομη συντροφικότητα μετά και από «στάθμιση» των επιμέρους στατιστικά σημαντικών δημογραφικών μεταβλητών

Μεταβλητή	Numerator df	Denominator df	F	Sig.
Intercept	1	480	261,773	,000
Μορφωτικό επίπεδο	8	480	,825	,580
Εισόδημα	3	480	,607	,611
Διαμονή (με ποιους ζουν)	3	480	,492	,688
Επίδομα	1	480	15,120	,000
Υποστήριξη από περίγυρο	3	480	7,138	,000
Είδος αναπηρίας	9	480	1,267	,252
Ευτυχία	1	480	,036	,849
Ελπίδα	1	480	11,433	,001
Αισιοδοξία	1	480	2,753	,098

Το παραπάνω γραμμικό μοντέλο απλουστεύτηκε στο μοντέλο του Πίνακα 23 μετά από αφαίρεση των παραμέτρων που δεν επέδειξαν στατιστικά σημαντική

επίδραση καθώς και προσθήκη της στατιστικά σημαντικής αλληλεπίδρασης της υποστήριξης από τον περίγυρο με τα επίπεδα ελπίδας, ενώ στον Πίνακα 24 παρουσιάζεται με τις διαφορές στα επίπεδα μονόδρομης συντροφικότητας για τα επιμέρους επίπεδα των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Πίνακας 23: Το τελικό γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας, «σταθμισμένων» για τις δημογραφικές παραμέτρους, στη μονόδρομη συντροφικότητα

Μεταβλητή	Numerator df	Denominator df	F	Sig.
Intercept	1	480	744,746	,000
Επίδομα	1	480	18,790	,000
Υποστήριξη από περίγυρο	3	480	8,956	,000
Ελπίδα	1	480	26,342	,000
Υποστήριξη από περίγυρο*	3	480	3,149	,025
Ελπίδα				

Από τον Πίνακα 23 διαπιστώνεται ότι το επίδομα, η υποστήριξη από τον περίγυρο, η ελπίδα και η αλληλεπίδραση της ελπίδας με την υποστήριξη από τον περίγυρο έχουν η καθεμιά στατιστικά σημαντική επίδραση στη μονόδρομη συντροφικότητα, ακόμα και όταν «σταθμίζονται» για την επίδραση των υπολοίπων.

Πίνακας 24: Επιμέρους διαφορές στη μονόδρομη συντροφικότητα μεταξύ των επιπέδων των ανεξάρτητων μεταβλητών

Παράμετρος	Estimate	Std. Error	df	t	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Intercept	5,85	,28	480	20,944	,000	5,30	6,39
Επίδομα: Ναι	1,14	,26	480	4,335	,000	,63	1,66
Επίδομα: Όχι	,00 ^b	,00	.	.	.	.	.
Υποστήριξη από τον περίγυρο: καθόλου ικανοποιητική	-2,37	,65	480	-3,631	,000	-3,65	-1,09
Υποστήριξη από τον περίγυρο: λίγο ικανοποιητική	-1,38	,38	480	-3,600	,000	-2,13	-,63

Υποστήριξη από τον περίγυρο: αρκετά ικανοποιητική	-1,27	,30	480	-4,196	,000	-1,87	-,68
Υποστήριξη από τον περίγυρο: πολύ ικανοποιητική	,00 ^b	,00	.	.	.	.	.
Ελπίδα	1,41	,23	480	6,018	,000	,95	1,87
Υποστήριξη από τον περίγυρο: καθόλου ικανοποιητική*	-,56	,57	480	-,969	,333	-1,68	,57
Ελπίδα							
Υποστήριξη από τον περίγυρο: λίγο ικανοποιητική*	-,70	,34	480	-2,049	,041	-1,37	-,03
Ελπίδα							
Υποστήριξη από τον περίγυρο: αρκετά ικανοποιητική*	-,98	,33	480	-3,007	,003	-1,62	-,34
Ελπίδα							
Υποστήριξη από τον περίγυρο: πολύ ικανοποιητική*	,00 ^b	,00	.	.	.	.	.
Ελπίδα							

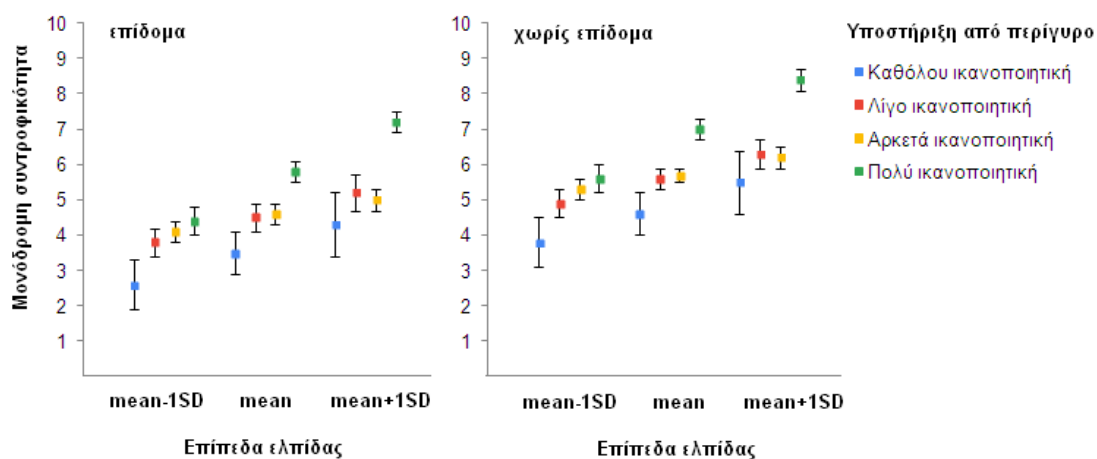
Σημείωση:

Στο SPSS το Estimate για το γραμμικό μοντέλο μέσω της ρουτίνας MIXED αντιπροσωπεύει ό,τι και το b στην εξίσωση παλινδρόμησης μέσω της ρουτίνας REGRESSION.

Από τον Πίνακα 24 η επίδραση του επιδόματος είναι unconditional, δηλαδή ισχύει για όλα τα επίπεδα της υποστήριξης και για όλα τα εύρη τιμών της ελπίδας. Όπως φαίνεται η απουσία επιδόματος συνεπάγεται 1.1 ± 0.3 μονάδες ($p < 0.05$) υψηλότερη κλίμακα μονόδρομης συντροφικότητας. Δεδομένης της αλληλεπίδρασης της υποστήριξης από τον περίγυρο με την ελπίδα, οι κύριες επιδράσεις τόσο της επίδρασης από τον περίγυρο όσο και της ελπίδας είναι conditional, δηλαδή ισχύουν μόνο όταν η αλληλεπιδρούσα μεταβλητή είναι 0. Επομένως, η χαμηλότερη μονόδρομη συντροφικότητα κατά 2.4 ± 0.7 , 1.4 ± 0.4 και 1.3 ± 0.7 μονάδες για αντίστοιχα «καθόλου», «λίγο» και «αρκετή» υποστήριξη έναντι «πολλής» υποστήριξης ισχύει για $ZHope_total=0$, όταν δηλαδή η ελπίδα βρίσκεται στο μέσο όρο. Με όμοιο τρόπο ερμηνεύεται και η κύρια επίδραση της ελπίδας που ισχύει

αποκλειστικά, όταν η υποστήριξη από τον περίγυρο=0 (δηλαδή για «πολύ» υποστήριξη η οποία και αποτελεί την ομάδα αναφοράς για το μοντέλο του Πίνακα 24). Επομένως, αποκλειστικά για «πολύ» υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο, αύξηση της ελπίδας κατά 1 τυπική απόκλιση (1 SD) συνεπάγεται στατιστικά σημαντική αύξηση της μονόδρομης συντροφικότητας κατά 1.4 ± 0.2 μονάδες ($p < 0.05$). Τέλος, η αλληλεπίδραση υποστήριξης και ελπίδας ερμηνεύεται ως η *διαφορά της διαφοράς* και συγκεκριμένα, αποκλειστικά για «αρκετή» υποστήριξη από τον περίγυρο, αύξηση της ελπίδας κατά 1 τυπική απόκλιση (1 SD) συνεπάγεται *μείωση* της μονόδρομης συντροφικότητας κατά ένα στατιστικά σημαντικό ποσό της τάξης των 1.0 ± 0.3 μονάδων σε σύγκριση με τη μεταβολή που επιτυγχάνει για «πολύ» υποστήριξη, αποκλειστικά για «λίγη» υποστήριξη από τον περίγυρο, αύξηση της ελπίδας κατά 1 τυπική απόκλιση (1 SD) συνεπάγεται *μείωση* της μονόδρομης συντροφικότητας κατά ένα στατιστικά σημαντικό ποσό της τάξης των 0.7 ± 0.3 μονάδων σε σύγκριση με τη μεταβολή που επιτυγχάνει για «πολύ» υποστήριξη και τέλος αποκλειστικά για «καθόλου» υποστήριξη από τον περίγυρο, αύξηση της ελπίδας κατά 1 τυπική απόκλιση (1 SD) συνεπάγεται *μείωση* της μονόδρομης συντροφικότητας κατά ένα μη στατιστικά σημαντικό ποσό της τάξης των 0.6 ± 0.6 μονάδων σε σύγκριση με τη μεταβολή που επιτυγχάνει για «πολύ» υποστήριξη. Επομένως, αύξηση της ελπίδας κατά το ίδιο ποσό (1 SD) έχει μεγαλύτερα ευεργετικά αποτελέσματα στην μονόδρομη συντροφικότητα για συμμετέχοντες που αναφέρουν «πολύ» υποστήριξη από τον κοινωνικό τους περίγυρο έναντι των υπολοίπων κατηγοριών. Η αλληλεπίδραση ελπίδας και υποστήριξης κοινωνικού περιγύρου αποτυπώνεται στη Εικόνα 11.

Εικόνα 11: Αλληλεπίδραση ελπίδας και υποστήριξης από τον κοινωνικό περίγυρο στα επίπεδα μονόδρομης συντροφικότητας



9.1.10 Η φιλία (αμφίδρομη συντροφικότητα) ως παράμετρος της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και των ατομικών στοιχείων του δείγματος

Οι επιδράσεις καθεμιάς από τις κατηγορικές ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά χαρακτηριστικά) και τις συνεχείς ανεξάρτητες μεταβλητές (συμμεταβλητές) στην αμφίδρομη συντροφικότητα παρουσιάζονται στον Πίνακα 25.

Πίνακας 25: Μονομεταβλητές εξισώσεις παλινδρόμησης για την επίδραση καθεμιάς από τις ανεξάρτητες μεταβλητές στην αμφίδρομη συντροφικότητα

Μεταβλητή	b	Std. Error	t	Sig.
Intercept	5,260	,189	27,813	,000
Φύλο	-,502	,310	-1,618	,109
Intercept	5,508	,307	17,950	,000
Ηλικία	-,182	,112	-1,623	,092
Intercept	4,133	,295	14,021	,000
Μορφωτικό επίπεδο	,231	,063	3,693	,003
Intercept	5,109	,219	23,348	,000
Οικογενειακή κατάσταση	-,343	,189	-1,926	,024
Intercept	4,734	,249	19,005	,000
Εισόδημα	,263	,154	1,704	,040
Intercept	4,791	,331	14,850	,000
Επαγγελματική κατάσταση	,306	,090	3,829	,001
Intercept	5,376	,278	19,318	,000
Διαμονή (με ποιους ζουν)	-,335	,260	-1,290	,250
Intercept	5,316	,227	23,425	,000
Παιδιά	-,431	,302	-1,424	,161
Intercept	5,188	,290	17,882	,000
Περιοχή διαβίωσης	-,156	,339	-,459	,636
Intercept	5,183	,332	15,596	,000
Προβλήματα υγείας	-,067	,182	-,369	,789
Intercept	5,335	,192	27,747	,000
Επίδομα	-,661	,306	-2,161	,029
Intercept	2,600	,374	6,943	,000
Υποστήριξη από περίγυρο	1,210	,169	7,146	,000
Intercept	5,187	,282	18,371	,000
Ρόλος θρησκευτικότητας	-,170	,143	-,987	,115

Intercept	4,765	,300	15,888	,000
Είδος αναπηρίας	1,058	,049	2,188	,002
Intercept	4,875	,326	14,945	,000
Εγκατάσταση αναπηρίας	,253	,367	,688	,498
Intercept	5,130	,276	18,598	,000
Διάστημα αναπηρίας	-1,032	,131	-1,843	,025
Intercept	5,074	,141	35,955	,000
Ευτυχία	1,132	,141	8,013	,000
Intercept	5,074	,142	35,787	,000
Ελπίδα	1,091	,142	7,691	,000
Intercept	5,074	,144	35,251	,000
Αισιοδοξία	,947	,144	6,570	,000

Από τις μονομεταβλητές αναλύσεις του Πίνακα 25 προκύπτει ότι το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα, η επαγγελματική κατάσταση, το επίδομα, η υποστήριξη από τον περίγυρο, το είδος της αναπηρίας, το διάστημα της αναπηρίας, τα επίπεδα ευτυχίας, τα επίπεδα ελπίδας και ο βαθμός αισιοδοξίας έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στα επίπεδα αμφίδρομης συντροφικότητας. Οι μεταβλητές αυτές εξετάστηκαν στο γραμμικό μοντέλο του Πίνακα 26 όπου εκεί πλέον παρουσιάζεται η επίδραση της καθεμίας κατόπιν στάθμισης για τα επίπεδα των υπολοίπων.

Πίνακας 26: Γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας στην αμφίδρομη συντροφικότητα μετά και από «στάθμιση» των επιμέρους στατιστικά σημαντικών δημογραφικών μεταβλητών

Μεταβλητή	Numerator df	Denominator df	F	Sig.
Intercept	1	480	230,539	,000
Μορφωτικό επίπεδο	8	480	,503	,854
Οικογενειακή κατάσταση	3	480	2,403	,058
Εισόδημα	3	480	1,384	,247
Επαγγελματική κατάσταση	4	480	1,614	,169
Επίδομα	1	480	2,503	,114
Υποστήριξη από περίγυρο	3	480	6,925	,000
Είδος αναπηρίας	9	480	1,238	,269
Διάστημα αναπηρίας	3	480	3,024	,029
Ευτυχία	1	480	1,232	,268
Ελπίδα	1	480	11,839	,001
Αισιοδοξία	1	480	,836	,361

Το παραπάνω γραμμικό μοντέλο απλουστεύτηκε στο μοντέλο του Πίνακα 27 μετά από αφαίρεση των παραμέτρων που δεν επέδειξαν στατιστικά σημαντική επίδραση καθώς και προσθήκη της στατιστικά σημαντικής αλληλεπίδρασης της υποστήριξης από τον περίγυρο με τα επίπεδα ελπίδας, ενώ στον Πίνακα 28 παρουσιάζεται με τις διαφορές στα επίπεδα αμφίδρομης συντροφικότητας για τα επιμέρους επίπεδα των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Πίνακας 27: Το τελικό γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας, «σταθμισμένων» για τις δημογραφικές παραμέτρους, στην αμφίδρομη συντροφικότητα

Μεταβλητή	Numerator df	Denominator df	F	Sig.
Intercept	1	480	530,206	,000
Υποστήριξη από περίγυρο	3	480	10,688	,000
Διάστημα αναπηρίας	3	480	3,455	,016
Ελπίδα	1	480	24,957	,000
Υποστήριξη από περίγυρο*	3	480	5,830	,001
Ελπίδα				

Από τον Πίνακα 27 διαπιστώνεται ότι η υποστήριξη από τον περίγυρο, το διάστημα της αναπηρίας, η ελπίδα και η αλληλεπίδραση της ελπίδας με την υποστήριξη από τον περίγυρο έχουν η καθεμιά στατιστικά σημαντική επίδραση στην αμφίδρομη συντροφικότητα, ακόμα και όταν «σταθμίζονται» για την επίδραση των υπολοίπων.

Πίνακας 28: Επιμέρους διαφορές στην αμφίδρομη συντροφικότητα μεταξύ των επιπέδων των ανεξάρτητων μεταβλητών

Παράμετρος	Estimate	Std. Error	df	t	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Intercept	5,44	,30	480	17,973	,000	4,85	6,04
Υποστήριξη από τον περίγυρο: καθόλου ικανοποιητική	-3,05	,68	480	-4,505	,000	-4,38	-1,72
Υποστήριξη από τον περίγυρο: λίγο ικανοποιητική	-1,63	,40	480	-4,110	,000	-2,41	-,85

Υποστήριξη από τον περίγυρο: αρκετά ικανοποιητική	-1,14	,31	480	-3,615	,000	-1,76	-,52
Υποστήριξη από τον περίγυρο: πολύ ικανοποιητική	,00 ^b	,00	.	.	.	.	.
Διάστημα αναπηρίας: έως 5 έτη	,30	,37	480	,821	,412	-,42	1,02
Διάστημα αναπηρίας: 6 με 10 έτη	,85	,40	480	2,134	,033	,07	1,62
Διάστημα αναπηρίας: 11 με 20 έτη	1,01	,34	480	2,944	,003	,33	1,68
Διάστημα αναπηρίας: 21 έτη και άνω	,00 ^b	,00	.	.	.	.	.
Ελπίδα	1,76	,24	480	7,203	,000	1,28	2,23
Υποστήριξη από τον περίγυρο: καθόλου ικανοποιητική* Ελπίδα	-1,09	,60	480	-1,824	,069	-2,26	,08
Υποστήριξη από τον περίγυρο: λίγο ικανοποιητική* Ελπίδα	-1,24	,35	480	-3,493	,001	-1,93	-,54
Υποστήριξη από τον περίγυρο: αρκετά ικανοποιητική* Ελπίδα	-1,25	,34	480	-3,693	,000	-1,92	-,59
Υποστήριξη από τον περίγυρο: πολύ ικανοποιητική* Ελπίδα	,00 ^b	,00	.	.	.	.	.

Σημείωση:

Στο SPSS το Estimate για το γραμμικό μοντέλο μέσω της ρουτίνας MIXED αντιπροσωπεύει ό,τι και το b στην εξίσωση παλινδρόμησης μέσω της ρουτίνας REGRESSION.

Από τον Πίνακα 28 η επίδραση του διαστήματος αναπηρίας είναι unconditional, δηλαδή ισχύει για όλα τα επίπεδα της υποστήριξης και για όλα τα εύρη

τιμών της ελπίδας. Όπως φαίνεται διάστημα αναπηρίας 21 έτη και άνω συνεπάγεται 1.0 ± 0.3 και 0.9 ± 0.4 μονάδες ($p < 0.05$) χαμηλότερη κλίμακα αμφίδρομης συντροφικότητας σε σύγκριση με 11-21 έτη και 6-10 έτη.

Δεδομένης της αλληλεπίδρασης της υποστήριξης από τον περίγυρο με την ελπίδα, οι κύριες επιδράσεις τόσο της επίδρασης από τον περίγυρο όσο και της ελπίδας είναι conditional, δηλαδή ισχύουν μόνο όταν η αλληλεπιδρούσα μεταβλητή είναι 0. Επομένως, η χαμηλότερη αμφίδρομη συντροφικότητα κατά 3.1 ± 0.7 , 1.6 ± 0.4 και 1.1 ± 0.6 μονάδες για αντίστοιχα «καθόλου», «λίγο» και «αρκετή» υποστήριξη έναντι «πολλής» υποστήριξης ισχύει για $ZHope_total=0$, όταν δηλαδή η ελπίδα βρίσκεται στο μέσο όρο. Με όμοιο τρόπο ερμηνεύεται και η κύρια επίδραση της ελπίδας, η οποία ισχύει αποκλειστικά όταν η υποστήριξη από τον περίγυρο=0 (δηλαδή για «πολύ» υποστήριξη η οποία και αποτελεί την ομάδα αναφοράς για το μοντέλο του Πίνακα 28). Επομένως, αποκλειστικά για «πολύ» υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο, αύξηση της ελπίδας κατά 1 τυπική απόκλιση (1 SD) συνεπάγεται στατιστικά σημαντική αύξηση της αμφίδρομης συντροφικότητας κατά 1.8 ± 0.2 μονάδες ($p < 0.05$). Τέλος, η αλληλεπίδραση υποστήριξης και ελπίδας ερμηνεύεται ως η *διαφορά της διαφοράς* και συγκεκριμένα, αποκλειστικά για «αρκετή» υποστήριξη από τον περίγυρο, αύξηση της ελπίδας κατά 1 τυπική απόκλιση (1 SD) συνεπάγεται *μείωση* της αμφίδρομης συντροφικότητας κατά ένα στατιστικά σημαντικό ποσό της τάξης των 1.3 ± 0.3 μονάδων σε σύγκριση με τη μεταβολή που επιτυγχάνει για «πολύ» υποστήριξη, αποκλειστικά για «λίγη» υποστήριξη από τον περίγυρο, αύξηση της ελπίδας κατά 1 τυπική απόκλιση (1 SD) συνεπάγεται *μείωση* της αμφίδρομης συντροφικότητας κατά ένα στατιστικά σημαντικό ποσό της τάξης των 1.2 ± 0.3 μονάδων σε σύγκριση με την μεταβολή που επιτυγχάνει για «πολύ» υποστήριξη και τέλος αποκλειστικά για «καθόλου» υποστήριξη από τον περίγυρο, αύξηση της ελπίδας κατά 1 τυπική απόκλιση (1 SD) συνεπάγεται *μείωση* της αμφίδρομης συντροφικότητας κατά ένα μη στατιστικά σημαντικό ποσό της τάξης των 1.1 ± 0.6 μονάδων σε σύγκριση με τη μεταβολή που επιτυγχάνει για «πολύ» υποστήριξη. Επομένως, αύξηση της ελπίδας κατά το ίδιο ποσό (1 SD) έχει μεγαλύτερα ευεργετικά αποτελέσματα στην αμφίδρομη συντροφικότητα για συμμετέχοντες που αναφέρουν «πολύ» υποστήριξη από τον κοινωνικό τους περίγυρο έναντι των υπολοίπων κατηγοριών.

9.1.11 Η φιλία (μονόδρομη υποστηρικτικότητα) ως παράμετρος της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και των ατομικών στοιχείων του δείγματος

Οι επιδράσεις καθεμιάς από τις κατηγορικές ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά χαρακτηριστικά) και τις συνεχείς ανεξάρτητες μεταβλητές (συμμεταβλητές) στη μονόδρομη υποστηρικτικότητα παρουσιάζονται στον Πίνακα 29.

Πίνακας 29: Μονομεταβλητές εξισώσεις παλινδρόμησης για την επίδραση καθεμιάς από τις ανεξάρτητες μεταβλητές στη μονόδρομη υποστηρικτικότητα

Μεταβλητή	b	Std. Error	t	Sig.
Intercept	4,840	,172	28,212	,000
Φύλο	,119	,281	,423	,678
Intercept	5,266	,278	18,963	,000
Ηλικία	-1,160	,102	-1,875	,010
Intercept	3,988	,266	14,978	,000
Μορφωτικό επίπεδο	,220	,057	3,893	,002
Intercept	5,084	,198	25,729	,000
Οικογενειακή κατάσταση	-,238	,171	-1,393	,114
Intercept	4,391	,224	19,575	,000
Εισόδημα	,383	,139	2,753	,003
Intercept	4,463	,299	14,939	,000
Επαγγελματική κατάσταση	2,157	,199	2,583	,000
Intercept	5,035	,252	19,974	,000
Διαμονή (με ποιους ζουν)	-,167	,235	-,711	,348
Intercept	5,045	,206	24,545	,000
Παιδιά	-,285	,274	-1,042	,291
Intercept	4,901	,263	18,668	,000
Περιοχή διαβίωσης	-,023	,307	-,075	,945
Intercept	4,817	,301	16,019	,000
Προβλήματα υγείας	,091	,165	,351	,512
Intercept	5,193	,173	29,959	,000
Επίδομα	-,783	,276	-2,838	,005
Intercept	2,868	,342	8,381	,000
Υποστήριξη από περίγυρο	,986	,155	6,373	,000
Intercept	4,805	,256	18,804	,000
Ρόλος θρησκευτικότητας	,748	,129	1,373	,092

Intercept	4,412	,271	16,304	,000
Είδος αναπηρίας	,089	,044	2,414	,001
Intercept	4,549	,295	15,434	,000
Εγκατάσταση αναπηρίας	,425	,332	1,280	,199
Intercept	4,966	,250	19,901	,000
Διάστημα αναπηρίας	-,046	,118	-,392	,529
Intercept	4,884	,131	37,383	,000
Ευτυχία	,824	,131	6,302	,000
Intercept	4,884	,129	37,742	,000
Ελπίδα	,914	,130	7,052	,000
Intercept	4,884	,132	37,060	,000
Αισιοδοξία	,732	,132	5,550	,000

Από τις μονομεταβλητές αναλύσεις του Πίνακα 29 προκύπτει ότι η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα, η επαγγελματική κατάσταση, το επίδομα, η υποστήριξη από τον περίγυρο, το είδος της αναπηρίας, τα επίπεδα ευτυχίας, τα επίπεδα ελπίδας και ο βαθμός αισιοδοξίας έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στα επίπεδα μονόδρομης υποστηρικτικότητας. Οι μεταβλητές αυτές εξετάστηκαν στο γραμμικό μοντέλο του Πίνακα 30 όπου εκεί πλέον παρουσιάζεται η επίδραση της καθεμίας κατόπιν στάθμισης για τα επίπεδα των υπολοίπων.

Πίνακας 30: Γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας στη μονόδρομη υποστηρικτικότητα μετά και από «στάθμιση» των επιμέρους στατιστικά σημαντικών δημογραφικών μεταβλητών

Μεταβλητή	Numerator df	Denominator df	F	Sig.
Intercept	1	480	241,242	,000
Ηλικία	4	480	1,046	,383
Μορφωτικό επίπεδο	8	480	,636	,747
Εισόδημα	3	480	1,179	,317
Επαγγελματική κατάσταση	4	480	1,226	,299
Επίδομα	1	480	3,230	,073
Υποστήριξη από περίγυρο	3	480	7,556	,000
Είδος αναπηρίας	9	480	,960	,473
Ευτυχία	1	480	,004	,953
Ελπίδα	1	480	15,488	,000
Αισιοδοξία	1	480	,133	,715

Το παραπάνω γραμμικό μοντέλο απλουστεύτηκε στο μοντέλο του Πίνακα 31 μετά από αφαίρεση των παραμέτρων που δεν επέδειξαν στατιστικά σημαντική επίδραση, ενώ στον Πίνακα 32 παρουσιάζεται με τις διαφορές στα επίπεδα μονόδρομης υποστηρικτικότητας για τα επιμέρους επίπεδα των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Πίνακας 31: Το τελικό γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας, «σταθμισμένων» για τις δημογραφικές παραμέτρους, στη μονόδρομη υποστηρικτικότητα

Μεταβλητή	Numerator df	Denominator df	F	Sig.
Intercept	1	480	642,066	,000
Υποστήριξη από περίγυρο	3	480	9,614	,000
Ελπίδα	1	480	35,896	,000

Από τον Πίνακα 31 προκύπτει ότι η υποστήριξη από τον περίγυρο έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στη μονόδρομη υποστηρικτικότητα ακόμη και μετά από «στάθμιση» για την επίδραση της ελπίδας, αλλά και το αντίστροφο, ότι η ελπίδα έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στην μονόδρομη υποστηρικτικότητα ακόμη και μετά από «στάθμιση» για την επίδραση της υποστήριξης από τον περίγυρο.

Πίνακας 32: Επιμέρους διαφορές στη μονόδρομη υποστηρικτικότητα μεταξύ των επιπέδων των ανεξάρτητων μεταβλητών

Παράμετρος	Estimate	Std. Error	df	t	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Intercept	5,76	,22	480	25,968	,000	5,32	6,19
Υποστήριξη από τον περίγυρο: καθόλου ικανοποιητική	-2,59	,62	480	-4,177	,000	-3,80	-1,37
Υποστήριξη από τον περίγυρο: λίγο ικανοποιητική	-1,46	,37	480	-3,944	,000	-2,18	-,73
Υποστήριξη από τον περίγυρο: αρκετά ικανοποιητική	-1,09	,29	480	-3,699	,000	-1,66	-,51

Υποστήριξη από τον περίγυρο: πολύ ικανοποιητική	,00 ^b	,00	.	.	.	.	.
Ελπίδα	,77	,13	480	5,991	,000	,52	1,03

Σημείωση:

Στο SPSS το Estimate για το γραμμικό μοντέλο μέσω της ρουτίνας MIXED αντιπροσωπεύει ό,τι και το b στην εξίσωση παλινδρόμησης μέσω της ρουτίνας REGRESSION.

Επομένως, βάση του Πίνακα 32, αύξηση της ελπίδας κατά μία τυπική απόκλιση (1 SD) συνεπάγεται στατιστικά σημαντική αύξηση της μονόδρομης υποστηρικτικότητας κατά 0.8 ± 0.1 μονάδες ($p < 0.05$). Επιπρόσθετα διαπιστώνεται στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη μονόδρομη υποστηρικτικότητα για την «καθόλου», «λίγο» και «αρκετά» ικανοποιητική υποστήριξη έναντι της «πολύ» ικανοποιητικής υποστήριξης από τον περίγυρο κατά 2.6 ± 0.6 , 1.5 ± 0.4 και 1.1 ± 0.3 μονάδες αντίστοιχα.

9.1.12 Η φιλία (αμφίδρομη υποστηρικτικότητα) ως παράμετρος της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και των ατομικών στοιχείων του δείγματος

Οι επιδράσεις καθεμιάς από τις κατηγορικές ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά χαρακτηριστικά) και τις συνεχείς ανεξάρτητες μεταβλητές (συμμεταβλητές) στην αμφίδρομη υποστηρικτικότητα παρουσιάζονται στον Πίνακα 33.

Πίνακας 33: Μονομεταβλητές εξισώσεις παλινδρόμησης για την επίδραση καθεμιάς από τις ανεξάρτητες μεταβλητές στην αμφίδρομη υποστηρικτικότητα

Μεταβλητή	b	Std. Error	t	Sig.
Intercept	4,944	,182	27,222	,000
Φύλο	-,133	,298	-,445	,645
Intercept	5,028	,295	17,066	,000
Ηλικία	-,156	,108	-,821	,075
Intercept	4,257	,284	14,973	,000
Μορφωτικό επίπεδο	,157	,060	2,593	,002
Intercept	4,771	,209	22,776	,000
Οικογενειακή κατάσταση	,147	,181	,810	,276

Intercept	4,447	,238	18,688	,000
Εισόδημα	,347	,147	2,355	,011
Intercept	4,407	,316	13,941	,000
Επαγγελματική κατάσταση	,882	,105	1,932	,007
Intercept	5,129	,267	19,233	,000
Διαμονή (με ποιους ζουν)	-,260	,249	-1,046	,204
Intercept	4,769	,218	21,905	,000
Παιδιά	,223	,290	,770	,453
Intercept	4,961	,278	17,852	,000
Περιοχή διαβίωσης	-,091	,325	-,281	,787
Intercept	4,357	,317	13,737	,000
Προβλήματα υγείας	,231	,174	1,400	,263
Intercept	5,183	,184	28,190	,000
Επίδομα	-,730	,293	-2,496	,013
Intercept	3,740	,373	10,028	,000
Υποστήριξη από περίγυρο	,565	,169	3,348	,005
Intercept	4,836	,270	17,878	,000
Ρόλος θρησκευτικότητας	,737	,437	,968	,147
Intercept	4,309	,286	15,064	,000
Είδος αναπηρίας	,111	,047	2,365	,001
Intercept	4,531	,312	14,524	,000
Εγκατάσταση αναπηρίας	,461	,351	1,311	,187
Intercept	5,106	,264	1105,380	,000
Διάστημα αναπηρίας	-,120	,125	1,992	,114
Intercept	4,894	,141	34,601	,000
Ευτυχία	,583	,142	4,114	,000
Intercept	4,894	,139	35,201	,000
Ελπίδα	,815	,139	5,854	,000
Intercept	4,894	,142	34,498	,000
Αισιοδοξία	,531	,142	3,738	,000

Από τις μονομεταβλητές αναλύσεις του Πίνακα 33 προκύπτει ότι το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα, η επαγγελματική κατάσταση, το επίδομα, η υποστήριξη από τον περίγυρο, το είδος της αναπηρίας, τα επίπεδα ευτυχίας, τα επίπεδα ελπίδας και ο βαθμός αισιοδοξίας έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στα επίπεδα αμφίδρομης υποστηρικτικότητας. Οι μεταβλητές αυτές εξετάστηκαν στο γραμμικό μοντέλο του Πίνακα 34 όπου εκεί πλέον παρουσιάζεται η επίδραση της καθεμίας κατόπιν στάθμισης για τα επίπεδα των υπολοίπων.

Πίνακας 34: Γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας στην αμφίδρομη υποστηρικτικότητα μετά και από «στάθμιση» των επιμέρους στατιστικά σημαντικών δημογραφικών μεταβλητών

Μεταβλητή	Numerator df	Denominator df	F	Sig.
Intercept	1	480	236,372	,000
Μορφωτικό επίπεδο	8	480	1,692	,098
Εισόδημα	3	480	,849	,468
Επαγγελματική κατάσταση	4	480	,783	,537
Επίδομα	1	480	2,168	,142
Υποστήριξη από περίγυρο	3	480	2,332	,073
Είδος αναπηρίας	9	480	1,410	,181
Ευτυχία	1	480	,085	,771
Ελπίδα	1	480	17,137	,000
Αισιοδοξία	1	480	,113	,737

Το παραπάνω γραμμικό μοντέλο απλουστεύτηκε στο μοντέλο του Πίνακα 35 μετά από αφαίρεση των παραμέτρων που δεν επέδειξαν στατιστικά σημαντική επίδραση, ενώ στον Πίνακα 36 παρουσιάζεται με τις διαφορές στα επίπεδα αμφίδρομης υποστηρικτικότητας για τα επιμέρους επίπεδα των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Πίνακας 35: Το τελικό γραμμικό μοντέλο για την επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας, «σταθμισμένων» για τις δημογραφικές παραμέτρους, στην αμφίδρομη υποστηρικτικότητα

Μεταβλητή	Numerator df	Denominator df	F	Sig.
Intercept	1	480	1242,567	,000
Ελπίδα	1	480	34,675	,000

Με βάση τον Πίνακα 35 η ελπίδα έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στην αμφίδρομη υποστηρικτικότητα.

Πίνακας 36: Επιμέρους διαφορές στην αμφίδρομη υποστηρικτικότητα μεταξύ των επιπέδων των ανεξάρτητων μεταβλητών

Παράμετρος	Estimate	Std. Error	df	t	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Intercept	4,90	,14	480	35,250	,000	4,63	5,17
Ελπίδα	,82	,14	480	5,889	,000	,55	1,09

Σημείωση:

Στο SPSS το Estimate για το γραμμικό μοντέλο μέσω της ρουτίνας MIXED αντιπροσωπεύει ό,τι και το b στην εξίσωση παλινδρόμησης μέσω της ρουτίνας REGRESSION.

Επομένως, αύξηση της ελπίδας κατά μία τυπική απόκλιση (1 SD) συνεπάγεται στατιστικά σημαντική αύξηση της αμφίδρομης υποστηρικτικότητας κατά 0.8 ± 0.1 μονάδες ($p < 0.05$).

9.2 Συζήτηση-συμπεράσματα ευρημάτων

Στην παρούσα μελέτη αρχικά διερευνήθηκε η ύπαρξη διαφοροποίησης μεταξύ του δείγματος και συγκεκριμένα μεταξύ των ατόμων με οπτική αναπηρία, ακουστική αναπηρία, κινητική αναπηρία, σκλήρυνση κατά πλάκας, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, μεσογειακή αναιμία, καρδιαγγειακά νοσήματα, νοσήματα του αναπνευστικού και ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου ως προς την ευτυχία, την ελπίδα, την αισιοδοξία, την προσαρμογή στην αναπηρία, τα θετικά συναισθήματα και τη φιλία. Στη συνέχεια εξετάστηκε κατά πόσο οι ομάδες των Ατόμων με Αναπηρία στο σύνολό τους διαφοροποιούνται ως προς διάφορα περιγραφικά στοιχεία. Πέρα από ερωτήματα, όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη παιδιών, ο ρόλος της θρησκευτικότητας, η επαγγελματική κατάσταση, το εισόδημα ανά μήνα, η διαμονή (με ποιους ζουν) και η περιοχή διαβίωσης προστέθηκαν και στοιχεία τα οποία έχουν σχέση με τα Άτομα με Αναπηρία, όπως η ύπαρξη κάποιου επιδόματος, η υποστήριξη που λαμβάνουν από τα άτομα με τα οποία συναναστρέφονται, το αν είναι εκ γενετής ή επίκτητη η αναπηρία και το διάστημα της αναπηρίας. Ακόμη μελετήθηκε η ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και των εξαρτημένων μεταβλητών της προσαρμογής στην αναπηρία, των θετικών συναισθημάτων και της φιλίας. Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψαν

σημαντικά αποτελέσματα τα οποία αναλύονται παρακάτω και ταυτόχρονα γίνεται αναφορά σε πιθανές ερμηνείες τους.

9.2.1 Η ευτυχία, η ελπίδα και η αισιοδοξία των Ατόμων με Αναπηρία

Όσον αφορά το συναίσθημα της ευτυχίας, από τη στατιστική ανάλυση της παρούσης μελέτης προέκυψε πως όλες οι ομάδες εμφανίζουν περίπου ίδιου επιπέδου ποσοστά ευτυχίας με εξαίρεση την ομάδα ατόμων με οπτική αναπηρία όπου σημειώθηκαν ελαφρώς υψηλότερα επίπεδα ευτυχίας. Η ευτυχία δε θεραπεύει ασθένειες, αλλά βοηθάει στην πρόληψή τους, αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την ποιότητα της ζωής και συμβάλλει στη μακροζωία (Veenhoven, 2009, όπ. αναφ. στο Proença et al., 2012). Όπως αποδείχθηκε από τις έρευνες των Middleton και Byrd (1996, όπ. αναφ. στο Proença et al., 2012) και Steptoe κ.συν. (2005, όπ. αναφ. στο Proença et al., 2012) η ευτυχία και η υγεία έχουν έναν πολύ ισχυρό δεσμό που επιδρά στην αποκατάσταση της υγείας των ασθενών καθώς και στη θετική πορεία της νοσηλείας. Στα προγράμματα παρέμβασης που αφορούν την καρδιακή ανεπάρκεια πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψιν η θετική επίδραση της ευτυχίας στην ψυχική κατάσταση των ασθενών και η συμβολή της στη μείωση των παραγόντων κινδύνου και στην ελαχιστοποίηση επιβλαβών συμπεριφορών υγείας (Proença et al., 2012· Shi et al., 2017). Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ασθενών με μείζονα θαλασσαιμία φάνηκε να έχουν θετική συσχέτιση με την ευτυχία που η αύξησή της κατόπιν ψυχολογικής υποστήριξης συνέβαλε στην ελάττωση της αίσθησης του άγχους τους (Bakhshipour et al., 2013· Roodbari et al., 2015). Το βρογχικό άσθμα επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών και κατ' επέκταση το βαθμό της ευτυχίας τους (Schatz et al., 2005· Chen et al., 2007· Siroux et al., 2008· Leander et al, 2009· Thompson et al, 2013), ενώ στους ασθενείς με τη νόσο του Crohn διαπιστώθηκε ότι η ευτυχία συσχετίζεται με τη θετική επίδραση που αποφέρουν συμπεριφορικές παρεμβάσεις σχετικές με την αποδοχή της νόσου (Zahavi, 2015). Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 επηρεάζει τις συζυγικές σχέσεις των ασθενών λόγω των περιορισμών που επιφέρει στις δραστηριότητες της καθημερινότητάς τους επηρεάζοντας έτσι την ευτυχία τους (Roper & Yorgason, 2009). Ακόμη άλλοι παράγοντες που μειώνουν την ευτυχία είναι η δυσφορία που προκαλεί ο σακχαρώδης διαβήτης, οι θεραπευτικές αγωγές, η ηλικία των ασθενών, οι επιπλοκές της νόσου, ο γλυκαιμικός έλεγχος και γενικά ο τρόπος ζωής των ασθενών

(Liu et al., 2020). Ωστόσο, η ομαδική θεραπεία που στοχεύει στην ανάπτυξη του συναισθήματος της ελπίδας και ο τρόπος ζωής των ασθενών συντελούν στη βελτίωση της ευτυχίας (Paghi et al., 2017· Jamadar & Swamy, 2020). Σε άτομα με πολλαπλή σκλήρυνση σύμφωνα με την έρευνα των Barak και Achiron (2011) διαπιστώθηκε η ύπαρξη της ευτυχίας, ενώ αντιθέτως σε αποτελέσματα έρευνας των Nyman κ.συν. (2009) που διεξήχθη σε ενήλικες με προβλήματα όρασης καθώς και κατά την προσαρμογή ατόμων με απώλεια ακοής (Meyer & Kashubeck-West, 2013) βρέθηκαν χαμηλότερα επίπεδα ψυχοκοινωνικής ευημερίας. Τέλος, σε άτομα με επίκτητη κινητική αναπηρία βρέθηκε ότι η ευτυχία δε συνδέεται με την ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας και την επαγγελματική ενασχόληση, ενώ αντιθέτως επηρεάζεται σημαντικά από την ύπαρξη του πόνου και τη σοβαρότητά της αλλά και από τον περιορισμό της ανεξαρτησίας του ατόμου (Ville et al., 2001).

Σχετικά με το συναίσθημα της ελπίδας προέκυψε πως όλες οι ομάδες των Ατόμων με Αναπηρία παρουσίασαν περίπου ίδιου επιπέδου ποσοστά ελπίδας. Η υιοθέτηση συμπεριφορών προώθησης της υγείας εξαρτάται σύμφωνα με αρκετές μελέτες από την ύπαρξη υψηλού επιπέδου ελπίδας στο άτομο (Hart et al., 2008· Corn et al., 2020). Το υψηλό επίπεδο της ελπίδας έχει ιδιαίτερη σημασία για τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, αφού τους βοηθά να αντιμετωπίσουν τις επιπτώσεις αυτών των ασθενειών (Irving et al., 1998· Guerico et al., 2019). Η ελπίδα έχει συσχετιστεί με λιγότερη κόπωση (Sherwin et al., 1992, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 70), σωστή διαχείριση του άγχους και καλή ψυχική υγεία (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 70). Ασκεί θετική επιρροή στην αποδοχή και την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων (Rubenstein et al., 2017, όπ. αναφ. στο Corn et al., 2020) και προσφέρει ικανοποίηση λόγω της επιτυχούς έκβασης των προτεραιοτήτων των ασθενών (Scioli et al., 2011, όπ. αναφ. στο Santilli et al., 2016). Επιπλέον, η ελπίδα σχετίζεται με τις καλύτερες ακαδημαϊκές επιδόσεις των νέων (Kenny et al., 2006, όπ. αναφ. στο Santilli et al., 2016) και την καλύτερη επαγγελματική τους κατάσταση (Amundson et al., 2013, όπ. αναφ. στο Santilli et al., 2016), τη σχολική απόδοση των μικρότερων παιδιών και τη σύναψη φιλικών σχέσεων (Snyder et al., 1997, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 69), καθώς και την ανάπτυξη της αυτοεκτίμησης στους ενήλικες (Snyder et al., 1996· Curry et al., 1997) και την καλλιέργεια θετικών σκέψεων (Snyder, 1996, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 70). Ερευνητικά αποτελέσματα έδειξαν ότι η ελπίδα είχε θετικές επιπτώσεις σε προβλήματα υγείας, όπως καρδιαγγειακά, μεταβολικά και

αναπνευστικά (Richman et al., 2005, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017) και παρέχει προστασία από την ανάπτυξη και άλλων χρόνιων παθήσεων (Richman et al., 2005· Kortte et al., 2010). Επίσης από άλλα ερευνητικά ευρήματα αποδείχθηκε ότι η ελπίδα συνέβαλε στην αποκατάσταση της υγείας ατόμων με τραυματισμό του νωτιαίου μυελού (Kortte et al., 2010, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017) και βοήθησε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας να αποδεχθούν το χρόνιο νόσημά τους (Soundy et al., 2012). Ακόμη, σύμφωνα με άλλα ευρήματα ο ρόλος της ελπίδας ήταν καθοριστικός και είχε θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής, στο προσδόκιμο ζωής, στην ανθεκτικότητα και σε άλλα χρόνια νοσήματα, όπως τη θαλασσαιμία (Kiani et al., 2019· Makaremnia et al., 2021), το σακχαρώδη διαβήτη (KhalediSardashti et al., 2018) και το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (Van Allen et al., 2015). Όσον αφορά τους ασθενείς που πάσχουν από ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, η ελπίδα συνέβαλε στη μείωση της κόπωσης και του άγχους που συνοδεύει τα χρόνια αυτά νοσήματα (Hirsch & Sirois, 2014), ενώ σε ασθενείς με προβλήματα όρασης συνέβαλε στην προσπάθεια διατήρησης της λειτουργικής ικανότητας αυτών των ατόμων (Jackson et al, 1998).

Όλες οι ομάδες των Ατόμων με Αναπηρία παρουσίασαν στην παρούσα μελέτη περίπου ίδιου επιπέδου ποσοστά αισιοδοξίας με εξαίρεση τις ομάδες των συμμετεχόντων με ακουστική αναπηρία, κινητική αναπηρία και μεσογειακή αναιμία όπου παρατηρήθηκαν σχετικά χαμηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας. Οι αισιόδοξοι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τη ζωή με ευχάριστη διάθεση και αναμένουν καλά αποτελέσματα ακόμη κι όταν τα πράγματα είναι δύσκολα (Scheier & Carver, 1992· Carver & Scheier, 1998). Η αισιοδοξία συντελεί στην αλλαγή της καθημερινότητας του ατόμου, καθώς σχετίζεται με δείκτες καλύτερης σωματικής υγείας, όπως μείωση της χοληστερόλης και του σωματικού βάρους, αύξηση της ευεξίας και της ικανοποίησης από τη ζωή (Scheier & Carver, 1992, όπ. αναφ. στο Carver et al., 2010). Η αισιοδοξία σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων (Boehm & Kubzansky, 2012), καθώς ωθεί τα άτομα να υιοθετήσουν υγιέστερες συμπεριφορές που συμβάλλουν στην πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων (Boehm & Kubzansky, 2012· Boehm et al., 2018). Σε ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια η αισιοδοξία συνέβαλε στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης (Kubzansky et al., 2002· Hartley et al., 2008· Bargiel-Matusiewicz & Krzyszkowska, 2009· Geers et al., 2010· Popa-Velea & Purcarea, 2014) αυξάνοντας τα επίπεδα αυτοφροντίδας (Alberto & Joyner, 2008). Επίσης η αισιοδοξία συντελεί

στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης που εμφανίζονται μετά τη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη και συμβάλλει στην καλύτερη ψυχική υγεία των ασθενών (Shnek et al., 2001· Grote & Bledsoe, 2007). Τα αισιόδοξα άτομα εμφανίζουν χαμηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης συμπτωμάτων κατάθλιψης (Carver et al., 2010· Adjibade et al., 2018), καθώς η αισιοδοξία μέσω της τροποποίησης της αυτόνομης νευροενδοκρινικής απορρύθμισης που σχετίζεται με το στρες προστατεύει τα άτομα, που σε συνδυασμό με την αυξημένη κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν αναπτύσσουν προστατευτικούς μηχανισμούς (Puig-Perez et al., 2016) που βοηθούν στην προσαρμογή τους σε καταστάσεις άγχους (Umukoro, 2018). Ο σακχαρώδης διαβήτης, όπως έχει ήδη αναφερθεί, είναι μια εξελισσόμενη ασθένεια που οι επιπλοκές της σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα αισιοδοξίας (Huang et al., 2014· Jaworski & Adamus, 2015). Ωστόσο, σε ευρήματα άλλων ερευνών που διεξήχθησαν σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη διαπιστώθηκε η θετική συσχέτιση της αισιοδοξίας με το βελτιωμένο γλυκαιμικό έλεγχο, με λιγότερες επιπλοκές και με μειωμένα ποσοστά θνησιμότητας (Celano et al., 2013· Massey et al., 2018). Επιπλέον, αποδείχθηκε πως η αισιοδοξία συμβάλλει στην αναζήτηση πιο άμεσων στρατηγικών αντιμετώπισης των εμβοών και της ακουστικής απώλειας (Demorest & Erdman, 1989· Hallberg et al., 1992). Η ενίσχυση της αισιοδοξίας έχει διαπιστωθεί ότι είναι η πιο κατάλληλη στρατηγική για την προώθηση της σωματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου (Schou-Bredal et al., 2019). Σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας διαπιστώθηκε ότι η αισιοδοξία συμβάλλει στη βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης (Hart et al., 2008, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017), ενώ σε ασθενείς με νόσο του Crohn και ελκώδη κολίτιδα παρατηρήθηκε ότι ενισχύει την καλύτερη προσαρμοστική τους τάση απέναντι στη χρόνια νόσο (Flett et al., 2011, όπ. αναφ. στο Schiavon et al., 2017). Αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με νόσο του Πάρκινσον διαπιστώθηκε ότι η αισιοδοξία συμβάλλει στην καλύτερη διάθεση και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Gruber-Baldini et al., 2009· Hurt et al., 2013). Τέλος, η αισιοδοξία που σχετίζεται με την υγεία επιδρά στην ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνιες παθήσεις και ενισχύει τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία τους για την ανάρρωσή τους (Affleck et al., 2001· Vilhena et al., 2014· Awodele & Osuolale, 2015).

9.2.2 Η προσαρμογή των ατόμων στην αναπηρία τους: Η επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και των ατομικών στοιχείων

Από την έρευνα επιβεβαιώθηκε πως οι ομάδες των ατόμων με ακουστική αναπηρία, κινητική αναπηρία, σκλήρυνση κατά πλάκας, καρδιαγγειακά νοσήματα και νοσήματα του αναπνευστικού παρουσίασαν κατά μέσο όρο μέτρια επίπεδα αποδοχής της αναπηρίας, ενώ οι ομάδες των ατόμων με οπτική αναπηρία, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, μεσογειακή αναιμία και ιδιοπαθή φεγμονώδη νοσήματα του εντέρου παρουσίασαν μέσο όρο υψηλής αποδοχής της αναπηρίας. Η προσαρμογή είναι μια διαδικασία κατά την οποία το άτομο αποκτά νέες γνώσεις και βελτιώνει τις ικανότητές του (Boothroyd, 2010). Η διαδικασία της προσαρμογής ξεκινά, όταν το άτομο αρχίζει να αποσύρει την προσοχή του από τη νέα κατάσταση που βιώνει (Ubel et al., 2005). Ερευνητικά ευρήματα έδειξαν ότι η απώλεια όρασης σχετίζεται σημαντικά με την κατάθλιψη και ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Η μικρότερη προσαρμογή που εμφανίζουν ορισμένα άτομα με απώλεια όρασης οφείλεται κυρίως στα συμπτώματα κατάθλιψης που παρουσιάζουν και όχι στη σοβαρότητα της αναπηρίας τους (Hernandez Trillo & Dickinson, 2012· Tabrett & Latham, 2012). Επιπλέον διαπιστώθηκε ότι η αποδοχή της αναπηρίας συσχετίστηκε θετικά με την ευημερία, ενώ η άρνηση συσχετίστηκε με την κατάθλιψη (Bergeron & Wanet-Defalque, 2013). Έχει παρατηρηθεί ότι η κακή προσαρμογή που υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής των ατόμων με τύφλωση (Tunde-Ayinmode et al., 2011) συχνά οφείλεται στη μη επαρκή πρόσβαση των ατόμων αυτών σε εκπαιδευτικά προγράμματα και προγράμματα αποκατάστασης. Επομένως, κρίνεται απαραίτητη η συνεργασία της ιατρικής κοινότητας και των κρατικών φορέων για την παροχή σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υποστήριξης στα άτομα με τύφλωση (Tunde-Ayinmode et al., 2011). Σε άτομα με ακουστική αναπηρία είναι ιδιαίτερα σημαντική η βοήθεια που παρέχεται μέσω των ακουστικών βαρηκοΐας και των κοχλιακών εμφυτευμάτων αναφορικά με την αντίληψη του λόγου (Boothroyd, 2010). Τα άτομα που βιώνουν σημαντική ακουστική απώλεια αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους για την αντιμετώπισή της αλλάζοντας στόχους και προτεραιότητες στη ζωή τους αποδεχόμενοι τη νέα τους κατάσταση (Humes et al., 2002· Ubel et al., 2005· Kent & La Grow, 2007· Sprinzi & Riechelmann, 2010· Acar et al., 2011· Li-Korotky, 2012). Σε ασθενείς με τραυματισμό του νωτιαίου μυελού διερευνήθηκε ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης και της κατάθλιψης στην αποδοχή της αναπηρίας (Jiao et al.,

2012). Διαπιστώθηκε μια αρνητική σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της προσαρμογής στην αναπηρία, ενώ το ενδιαφέρον για τη ζωή βρέθηκε να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διευκόλυνση της προσαρμογής (Psarra & Kleftharas, 2013). Τα ψυχικά αποθέματα και οι στρατηγικές αντιμετώπισης συντελούν στη μείωση των επιπέδων του άγχους που συνοδεύει τον τραυματισμό του ωτιαίου μυελού και σχετίζονται σημαντικά με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ασθενούς (Livneh & Martz, 2014). Σε παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 διαπιστώθηκε ότι η προσαρμογή εξαρτάται τόσο από το μεταβολικό έλεγχο που είναι απαραίτητος για την παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου όσο και από τον ψυχοκοινωνικό έλεγχο που παρέχει μια καλή ποιότητα ζωής (Whittemore et al., 2010). Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν ότι παρά τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των ατόμων οι στρατηγικές που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της προσαρμογής μπορούν να διαμορφώσουν μακροπρόθεσμα πρότυπα συμπεριφοράς και ψυχοκοινωνικά αποτελέσματα που έχουν αντίκτυπο στην ευημερία του ατόμου (Due-Christensen et al., 2017· Lacomba-Trejo et al., 2018). Η εξισορρόπηση της συναισθηματικής αυτονομίας και η βελτιωμένη προσαρμογή στην υγεία σε εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 μπορεί να επιτευχθεί με την προώθηση συμπεριφορών αυτοεξυπηρέτησης και σωστής διαχείρισης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Chen et al., 2017). Η συνεχής τακτική εκπαίδευση και η αλληλεπίδραση ομότιμων ομάδων, καθώς και η δημιουργία ομάδων κοινωνικής υποστήριξης επηρέασαν θετικά το επίπεδο της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και αποδείχθηκαν αποτελεσματικές στη διαδικασία προσαρμογής στη νόσο (Lord et al., 2015· Altundag & Bayat, 2016). Η μεγαλύτερη αποδοχή του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 συσχετίστηκε με τη διαχείριση του άγχους και τη χαμηλότερη μέση τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (Bertolin et al., 2015). Ένας σημαντικός παράγοντας για το πόσο καλά δέχεται το άτομο την ασθένειά του και την αίσθηση συνοχής είναι το μορφωτικό του επίπεδο (Richardson et al., 2001). Όσον αφορά τη διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη, τα άτομα που είχαν λάβει εκπαίδευση ήταν σε θέση να αναπτύξουν καλύτερες στρατηγικές αντιμετώπισης, καλύτερη αυτοφροντίδα και καλύτερες τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (Gregg et al., 2007). Κατά τη διαδικασία της προσαρμογής ασθενών με νόσο του Crohn και ασθενών με ελκώδη κολίτιδα τα άτομα αλληλεπιδρούν με άλλους ασθενείς, αποδέχονται την ασθένειά τους (Blumer, 1969, όπ. αναφ. στο Matini & Ogden, 2016) και αφομοιώνουν νέες προσωπικές και κοινωνικές πληροφορίες που τις προσαρμόζουν στην υπάρχουσα δομή της ταυτότητάς τους (Breakwell, 1986, όπ.

αναφ. στο Matini & Ogden, 2016). Η καλύτερη προσαρμογή συσχετίστηκε με την καλύτερη υγεία του εντέρου και την ανοχή στα συμπτώματα της νόσου. Γνωστικοί, συμπεριφορικοί και συναισθηματικοί παράγοντες, που λειτουργούν συμπληρωματικά στη λαμβανόμενη ιατρική υποστήριξη, παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση των ασθενειών και συντελούν στη διατήρηση της ψυχολογικής ευημερίας, τη λειτουργική κατάσταση και την ποιότητα ζωής των ασθενών (Kiebles et al., 2010· McMullan et al., 2017). Η κοινωνική προσαρμογή παιδιών με βρογχικό άσθμα διευκολύνθηκε από τις προσπάθειες ενίσχυσης της γνώσης των παιδιών σχετικά με τη νόσο, ώστε να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση και να πάψουν να εξαρτώνται απ' αυτήν (Yang et al., 2012). Συνολικά ευρήματα δείχνουν ότι η μη αναστρέψιμη απώλεια όρασης επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και την ψυχική τους υγεία. Η καλύτερη προσαρμογή στην απώλεια όρασης συσχετίστηκε με τη μεγαλύτερη αποδοχή της απώλειας όρασης και την καλή κοινωνική υποστήριξη, με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και με ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (Tabrett & Latham, 2012· Senra et al., 2015). Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας αντιμετωπίζουν περιόδους άγχους, φόβου και αβεβαιότητας που μπορούν να οδηγήσουν σε απελπισία, κατάθλιψη και συναισθήματα εγκατάλειψης (Simmons, 2010, όπ. αναφ. στο Soundy et al., 2016). Ωστόσο, παρά τις αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειας, μπορεί να επηρεαστεί θετικά η ψυχική ευημερία των ασθενών εκείνων που είναι σε θέση να επανεκτιμήσουν θετικά τη δική τους κατάσταση και να βιώσουν καλύτερη προσαρμογή (Dennison et al., 2009· Calandri et al., 2018). Η ανάπτυξη προσαρμοστικών στρατηγικών αντιμετώπισης, όπως η επίλυση προβλημάτων, η θετική επανεκτίμηση και η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης συντελούν στην προώθηση της ψυχολογικής προσαρμογής των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας (Soundy et al., 2016· Calandri et al., 2017). Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τον ψυχοκοινωνικό αντίκτυπο των συμπτωμάτων της σκλήρυνσης κατά πλάκας και τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να προσαρμοστούν στις νέες αλλαγές και τους περιορισμούς της ζωής που επιβάλλει η νόσος και να διατηρήσουν την ποιότητα της ζωής τους (Ghafari et al., 2015· Soundy et al., 2016).

Από τα ευρήματα της παρούσης μελέτης διαπιστώθηκε πως το μορφωτικό επίπεδο, τα προβλήματα υγείας, η υποστήριξη από τον περίγυρο, το είδος της αναπηρίας, η ευτυχία, η ελπίδα και η αισιοδοξία επηρεάζουν την προσαρμογή όλων των ατόμων του δείγματος στην αναπηρία τους. Οι απόφοιτοι δημοτικού είχαν

χαμηλότερη προσαρμογή στην αναπηρία από τους κατόχους διδακτορικού διπλώματος, κατόχους μεταπτυχιακού διπλώματος, πτυχιούχους ΑΕΙ/ΤΕΙ και φοιτητές αντίστοιχα. Επιπρόσθετα όσοι αναφέρουν «πολύ ικανοποιητική» υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο είχαν υψηλότερη προσαρμογή στην αναπηρία σε σύγκριση με αυτούς που αναφέρουν «καθόλου ικανοποιητική», «λίγο ικανοποιητική» και «αρκετά ικανοποιητική» υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο αντίστοιχα. Οι συμμετέχοντες με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου είχαν υψηλότερη προσαρμογή στην αναπηρία συγκριτικά με τους συμμετέχοντες με κινητική αναπηρία, σκλήρυνση κατά πλάκας, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, καρδαγγειακά νοσήματα και νοσήματα του αναπνευστικού, ενώ οι συμμετέχοντες με μεσογειακή αναιμία είχαν υψηλότερη προσαρμογή στην αναπηρία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με κινητική αναπηρία. Η ευημερία και η ευτυχία αλλάζουν μετά από μια επίκτητη σωματική αναπηρία. Στην πορεία όμως πολλοί άνθρωποι αποδέχονται την αναπηρία τους και μαθαίνουν να ζουν με αυτήν, καθώς αναφέρουν σχετικά ευνοϊκά επίπεδα υποκειμενικής ευημερίας και ευτυχίας (Dunn et al., 2009). Η προσαρμογή των ασθενών στη σκλήρυνση κατά πλάκας επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (Mohaghegh et al., 2021). Οι αισιόδοξες πεποιθήσεις επηρεάζουν διαφορετικά τη σωματική υγεία ανάλογα με τον έλεγχο της χρόνιας νόσου. Είναι χρήσιμες, όταν οι ασθενείς αντιμετωπίζουν ανεξέλεγκτη ασθένεια, ενώ όταν αντιμετωπίζουν ελεγχόμενη ασθένεια όπου απαιτείται αυτοφροντίδα είναι χρήσιμες οι προσδοκίες θετικής αποτελεσματικότητας (Fournier et al., 2002). Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχή κοινωνική προσαρμογή των ατόμων με απώλεια όρασης είναι η αποδοχή της αναπηρίας τους και η κοινωνική υποστήριξή τους από την οικογένεια, τους φίλους τους και τους συνομηλικούς τους που τους έχουν αποδεχθεί συμβάλλοντας έτσι στην ψυχολογική τους ευημερία (Nyman et al., 2011). Ερευνητικά αποτελέσματα που συμφωνούν με τα ευρήματα της παρούσης μελέτης ανέδειξαν την επίδραση της ελπίδας στην επιμονή των ατόμων μετά τον τραυματισμό του νωτιαίου μυελού για την αντιμετώπιση των δυσκολιών της ζωής, καθώς η ελπίδα συντελεί στην απομάκρυνση του άγχους και της κατάθλιψης και συμβάλλει στην ψυχολογική προσαρμογή αυτών των ατόμων (Kennedy et al., 2009· Dorsett et al., 2017). Η ελπίδα παρέχει κίνητρα για τη ζωή στα άτομα με κινητική αναπηρία και κατέχει εξέχουσα θέση στον τομέα της παρηγορητικής φροντίδας, παρά τις ψευδαισθήσεις που τα διακατέχουν σχετικά με την αποκατάσταση της υγείας τους (Elliot et al., 1991· Irving et al., 1998· Elliott &

Richards, 1999· Snyder, 2002a· Chi, 2007· Folkman, 2010). Ο τραυματισμός του ωτιαίου μυελού επιφέρει αλλαγές στην καθημερινότητα και στις ψυχοκοινωνικές πτυχές της ζωής. Η αποδοχή της αναπηρίας θεωρείται διαμεσολαβητής στη σχέση μεταξύ της ελπίδας και της μετατραυματικής ανάπτυξης (Van Leeuwen et al., 2012· Byra, 2018). Η μελέτη των ατομικών διαφορών σε φοιτητές με αναπηρία συνέβαλε στην εξεύρεση τρόπων για την προώθηση της επιτυχούς προσαρμογής τους στην αναπηρία και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής (Freeman, 2013).

Συνοψίζοντας, από την έρευνα αποδείχθηκε πως ένας συμμετέχοντας ο οποίος διέφερε κατά μία τυπική απόκλιση ως προς την ευτυχία από έναν συμμετέχοντα του ίδιου μορφωτικού επιπέδου, των ίδιων προβλημάτων υγείας, της ίδιας υποστήριξης από τον περίγυρο, του ίδιου είδους αναπηρίας και των ίδιων επιπέδων ελπίδας και αισιοδοξίας είχε υψηλότερη προσαρμογή στην αναπηρία (κύρια επίδραση της ευτυχίας). Ένας συμμετέχοντας ο οποίος διέφερε κατά μία τυπική απόκλιση ως προς την ελπίδα από έναν συμμετέχοντα του ίδιου μορφωτικού επιπέδου, των ίδιων προβλημάτων υγείας, της ίδιας υποστήριξης από τον περίγυρο, του ίδιου είδους αναπηρίας και των ίδιων επιπέδων ευτυχίας και αισιοδοξίας είχε υψηλότερη προσαρμογή στην αναπηρία (κύρια επίδραση της ελπίδας). Τέλος ένας συμμετέχοντας ο οποίος διέφερε κατά μία τυπική απόκλιση ως προς την αισιοδοξία από έναν συμμετέχοντα του ίδιου μορφωτικού επιπέδου, των ίδιων προβλημάτων υγείας, της ίδιας υποστήριξης από τον περίγυρο, του ίδιου είδους αναπηρίας και των ίδιων επιπέδων ευτυχίας και ελπίδας είχε υψηλότερη προσαρμογή στην αναπηρία (κύρια επίδραση της αισιοδοξίας).

9.2.3 Τα θετικά συναισθήματα των Ατόμων με Αναπηρία: Η επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και των ατομικών στοιχείων

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε πως όλες οι ομάδες των Ατόμων με Αναπηρία εμφάνισαν περίπου τα ίδια ποσοστά βίωσης θετικών συναισθημάτων, με εξαίρεση τους συμμετέχοντες με ακουστική αναπηρία οι οποίοι εμφάνισαν χαμηλότερα όρια. Ακόμη διαπιστώθηκε πως η επαγγελματική κατάσταση, το είδος της αναπηρίας, η ευτυχία και η αισιοδοξία επηρέασαν όλα τα άτομα του δείγματος της παρούσης μελέτης όσον αφορά τη βίωση θετικών συναισθημάτων. Οι άνεργοι, οι φοιτητές και οι εργαζόμενοι φάνηκε πως είχαν υψηλότερο επίπεδο θετικών συναισθημάτων απ' ότι οι συνταξιούχοι, ενώ οι ημιαπασχολούμενοι είχαν

χαμηλότερο επίπεδο θετικών συναισθημάτων απ' ό,τι οι άνεργοι, οι φοιτητές και οι εργαζόμενοι αντίστοιχα. Επιπρόσθετα οι συμμετέχοντες με οπτική και κινητική αναπηρία παρουσίασαν χαμηλότερο επίπεδο θετικών συναισθημάτων απ' ό,τι παρουσίασαν οι συμμετέχοντες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, μεσογειακή αναιμία και ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου αντίστοιχα.

Η ενίσχυση θετικών ψυχολογικών καταστάσεων συμβάλλει στην καλύτερη συμμόρφωση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στη θεραπεία τους και στην τήρηση υγιεινών συνθηκών διαβίωσης (σωματική άσκηση, διατροφή, ασκήσεις θετικής ψυχολογίας) ενισχύοντας την ευημερία τους (Huffman et al., 2015· Massey et al., 2017). Οι άνδρες παρουσίασαν περισσότερα θετικά συναισθήματα απ' ό,τι οι γυναίκες σύμφωνα με αποτελέσματα έρευνας σχετικής με τη διερεύνηση των διαφορών ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά τη διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη (Shamim & Muazzam, 2018). Η βίωση θετικών συναισθημάτων (Robertson et al., 2012· Miles et al., 2018), η καλή συναισθηματική υγεία (Robertson et al., 2012), η ψυχολογική υποστήριξη και η σωστή υγειονομική περίθαλψη (Chew et al., 2014) διευκολύνουν τη διαχείριση της χρόνιας φροντίδας των ασθενών (Shamim & Muazzam, 2018). Το στρες και η ένδεια θετικών συναισθημάτων (Carnethon et al., 2003, όπ. αναφ. στο Shamim & Muazzam, 2018) έχουν αρνητικές επιπτώσεις στο σακχαρώδη διαβήτη και συμβάλλουν στην επιδείνωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η διαχείριση της θεραπείας παιδιών και εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 είναι κυρίως υπόθεση των ασθενών και των οικογενειών τους για την επίτευξη επιτυχούς συμμόρφωσης στο πρόγραμμα της θεραπείας. Οι γονείς πρέπει να επιβραβεύουν τις προσπάθειες των παιδιών τους σχετικά με τη σωστή διαχείριση της νόσου (Jaser et al., 2012, όπ. αναφ. στο Jaser et al., 2014).

Η θετική αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας με τη διακοπή δυσάρεστων συναισθημάτων και σκέψεων και τη συναισθηματική υποστήριξη βοήθησε τους ασθενείς να μειώσουν το άγχος και την κατάθλιψη και να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους (Jaracz et al., 2010· Mikula et al., 2013· Schirda et al., 2015). Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες της δυσλειτουργίας του σώματός τους που επηρεάζουν όλες τις πτυχές της ζωής τους. Η οικογενειακή φροντίδα, η φιλική υποστήριξη, η εμπιστευτική σχέση ασθενών και γιατρών, η κοινωνική και κυβερνητική υποστήριξη κρίνονται απαραίτητες για την προσαρμογή των ασθενών (Krokavcova et al., 2008· Hosseini et al. 2010· Till et al., 2012). Αντιθέτως, η κακή επικοινωνία προκαλεί αρνητικά

συναισθήματα και αβεβαιότητα για το μέλλον τους και την προσαρμογή τους στη σκλήρυνση κατά πλάκας (Soundy et al., 2012, όπ. αναφ. στο Ghafari et al., 2015). Τα θετικά συναισθήματα διαπιστώθηκε ότι προώθησαν την ψυχική υγεία και ευεξία και βελτίωσαν την ποιότητα ζωής των ασθενών με κυστική ίνωση και βρογχικό άσθμα (Katon et al., 2004· Cronly et al., 2018).

Τα θετικά συναισθήματα, η αισιοδοξία και η ικανοποίηση από τη ζωή συντελούν στην ψυχολογική ευημερία του ατόμου και τη μακροζωία και προστατεύουν τα άτομα από τις καρδιαγγειακές παθήσεις (Sin, 2016). Επιπλέον θετικά συναισθήματα, όπως η ευτυχία, η αισιοδοξία και η ευγνωμοσύνη ενισχύουν την προώθηση της ευεξίας και συμβάλλουν στην απόκτηση καλύτερων συμπεριφορών υγείας που βοηθούν στην πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων (Huffman et al., 2017). Άλλα ευρήματα ερευνών έδειξαν ότι τα θετικά συναισθήματα επιδρούν προστατευτικά στους ηλικιωμένους, όσον αφορά τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν, όπως για παράδειγμα τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης (Ma et al., 2015). Ακόμη τα θετικά συναισθήματα συντελούν στη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας στους ηλικιωμένους (Ong, 2010). Η νόσος του Crohn αποτελεί πηγή στρεσογόνων καταστάσεων για το άτομο. Η αντιμετώπιση της ασθένειας συνοδεύεται από θετικά και αρνητικά συναισθήματα που τα επίπεδά τους εξαρτώνται από το φύλο του ασθενούς, το στάδιο και τη διάρκεια της νόσου (Kroemeke & Jankiewicz, 2013· Sarid et al., 2017). Η κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη των ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, προσαρμοσμένες στις ατομικές ανάγκες τους, είναι αναγκαίες για την καλύτερευση της ποιότητας της ζωής τους (Larsson et al., 2016). Η αποτροπή του άγχους και της κατάθλιψης μέσω ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων θα βελτιώσει την πορεία της νόσου (Trikoš et al., 2019). Η ανησυχητική μελλοντική πορεία των ασθενών με θαλασσαιμία επηρεάζει την ψυχική τους υγεία. Ωστόσο, η καλλιέργεια των θετικών συναισθημάτων συνεισφέρει στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησής τους και την επιτυχία τους σε διάφορες πτυχές της ζωής (Zeykani & Nikmanesh, 2018). Η κοινωνική απομόνωση των ασθενών με απώλεια ακοής αμβλύνεται με τη χρήση ακουστικών βαρηκοΐας και την τοποθέτηση κοχλιακού εμφυτεύματος. Ακόμη τα θετικά συναισθήματα συντελούν στην καλύτερη κοινωνική λειτουργία (Wiefferink et al., 2012). Η αρμονική διαβίωση των ατόμων με οπτική αναπηρία επιτυγχάνεται με την εκπαίδευσή τους, ώστε να είναι σε θέση να διεκπεραιώνουν δραστηριότητες που απαιτούν όραση (Sarason et al., 1983· Cimarolli et al., 2006). Η παρουσία του

συναισθήματος της αισιοδοξίας σε άτομα με τύφλωση συμβάλλει στην αποδοχή της αναπηρίας τους, στην απομάκρυνση της μοναξιάς και της κατάθλιψης και στην επιτυχή προσαρμογή τους (Sacks & Wolffe, 1998· Rosenblum, 2000· Kroksmark & Nordell, 2001· Kef, 2002). Η αισιοδοξία επηρεάζει τη φυσική κατάσταση και την ευημερία του ατόμου κατά τη διαδικασία της ανάκαμψης. Σε άτομα που υπέστησαν τραυματισμό η καλλιέργεια του συναισθήματος της αισιοδοξίας τα βοήθησε να αποκτήσουν θετική προοπτική για τη ζωή, ώστε να ξεκινήσουν νέες ενέργειες για την αντιμετώπιση καθημερινών δυσκολιών σε αντίθεση με την απάθεια και τη στασιμότητα που υποκινεί η έλλειψη πίστης στην επιτυχία (Rostowska & Kossak, 2011).

Συνοψίζοντας, από την έρευνα αποδείχθηκε πως ένας συμμετέχοντας ο οποίος διέφερε κατά μία τυπική απόκλιση ως προς την ευτυχία από έναν συμμετέχοντα της ίδιας επαγγελματικής κατάστασης, του ίδιου είδους αναπηρίας και των ίδιων επιπέδων αισιοδοξίας είχε υψηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων (κύρια επίδραση της ευτυχίας). Ένας συμμετέχοντας ο οποίος διέφερε κατά μία τυπική απόκλιση ως προς την αισιοδοξία από έναν συμμετέχοντα της ίδιας επαγγελματικής κατάστασης, του ίδιου είδους αναπηρίας και των ίδιων επιπέδων ευτυχίας είχε υψηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων (κύρια επίδραση της αισιοδοξίας).

9.2.4 Η φιλία (μονόδρομη συντροφικότητα, αμφίδρομη συντροφικότητα, μονόδρομη υποστηρικτικότητα, αμφίδρομη υποστηρικτικότητα) των Ατόμων με Αναπηρία: Η επίδραση της ευτυχίας, της ελπίδας, της αισιοδοξίας και των ατομικών στοιχείων

Η μονόδρομη συντροφικότητα σε όλες τις ομάδες των Ατόμων με Αναπηρία κυμάνθηκε περίπου στα ίδια επίπεδα, με εξαίρεση τους συμμετέχοντες με ακουστική αναπηρία που εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα. Το επίδομα, η υποστήριξη από τον περίγυρο, η ελπίδα, καθώς και η αλληλεπίδραση της ελπίδας με την κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε πως επιδρούν σημαντικά στη μονόδρομη συντροφικότητα. Η επίδραση του επιδόματος ισχύει για όλα τα επίπεδα της υποστήριξης και για όλα τα εύρη τιμών της ελπίδας. Η απουσία επιδόματος φάνηκε πως επιφέρει υψηλότερα επίπεδα μονόδρομης συντροφικότητας. Από την έρευνα αποδείχθηκε πως η αύξηση της ελπίδας κατά μία τυπική απόκλιση έχει μεγαλύτερα ευεργετικά αποτελέσματα στη μονόδρομη συντροφικότητα για συμμετέχοντες που αναφέρουν «πολύ»

υποστήριξη από τον κοινωνικό τους περίγυρο έναντι των υπολοίπων κατηγοριών. Όσον αφορά την αμφίδρομη συντροφικότητα, όλες οι ομάδες των Ατόμων με Αναπηρία παρουσίασαν περίπου τα ίδια επίπεδα, με εξαίρεση τους συμμετέχοντες με ακουστική αναπηρία οι οποίοι εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα. Η υποστήριξη από τον περίγυρο, το διάστημα της αναπηρίας, η ελπίδα, καθώς και η αλληλεπίδραση της ελπίδας με την κοινωνική υποστήριξη διαπιστώθηκε πως επιδρούν στην αμφίδρομη συντροφικότητα. Η επίδραση του διαστήματος αναπηρίας ισχύει για όλα τα επίπεδα της υποστήριξης και για όλα τα εύρη τιμών της ελπίδας. Όπως φάνηκε διάστημα αναπηρίας από 21 έτη και άνω συνεπάγεται χαμηλότερα επίπεδα αμφίδρομης συντροφικότητας σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι πάσχουν από κάποια αναπηρία 11-21 έτη και 6-10 έτη. Από τα αποτελέσματα αποδείχθηκε πως αύξηση της ελπίδας κατά μία τυπική απόκλιση έχει μεγαλύτερα ευεργετικά αποτελέσματα στην αμφίδρομη συντροφικότητα για συμμετέχοντες που αναφέρουν «πολύ» υποστήριξη από τον κοινωνικό τους περίγυρο έναντι των υπολοίπων κατηγοριών.

Η μονόδρομη υποστηρικτικότητα για όλες τις ομάδες των Ατόμων με Αναπηρία κυμάνθηκε περίπου στα ίδια επίπεδα, με εξαίρεση την ομάδα των ατόμων με ακουστική αναπηρία η οποία εμφάνισε χαμηλότερα όρια. Τόσο η υποστήριξη από τον περίγυρο όσο και η ελπίδα αποδείχθηκε πως επηρεάζουν τη μονόδρομη υποστηρικτικότητα. Από τα αποτελέσματα αποδείχθηκε πως αύξηση της ελπίδας κατά μία τυπική απόκλιση συνεπάγεται στατιστικά σημαντική αύξηση της μονόδρομης υποστηρικτικότητας. Επιπροσθέτως, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη μονόδρομη υποστηρικτικότητα για την «καθόλου», «λίγο» και «αρκετά» ικανοποιητική υποστήριξη έναντι της «πολύ» ικανοποιητικής υποστήριξης από τον περίγυρο. Τέλος, η αμφίδρομη υποστηρικτικότητα κυμάνθηκε σε όλες τις ομάδες του δείγματος περίπου στα ίδια επίπεδα, με εξαίρεση για άλλη μια φορά τους συμμετέχοντες με ακουστική αναπηρία. Το συναίσθημα της ελπίδας αποδείχθηκε πως επιδρά στην αμφίδρομη υποστηρικτικότητα. Συγκεκριμένα φάνηκε πως αύξηση της ελπίδας κατά μία τυπική απόκλιση συνεπάγεται στατιστικά σημαντική αύξηση της αμφίδρομης υποστηρικτικότητας.

Η σύναψη φιλικών σχέσεων ενισχύει την κοινωνική υποστήριξη ιδιαίτερα μετά τη διάγνωση σοβαρών ασθενειών (Iglar et al, 2020). Οι φιλίες είναι σχέσεις εθελοντικές κι αυτό τις καθιστά ευάλωτες σε αντίθεση με τις σχέσεις γονέα-παιδιού (Von Salisch, 2001, όπ. αναφ. στο Rieffe et al., 2018). Για τον έλεγχο των

συναισθημάτων σε εποικοδομητικές φιλίες απαιτούνται ισχυρότερες προσαρμοστικές δεξιότητες (Rose & Asher, 1999, όπ. αναφ. στο Rieffe et al., 2018). Σε παιδιά και εφήβους με απώλεια ακοής, αν και πρέπει να καταβάλουν ιδιαίτερες προσπάθειες, η φιλία συμβάλλει στην κοινωνική τους ένταξη και στη βελτίωση της ακαδημαϊκής τους απόδοσης (Rieffe et al., 2018). Η επικοινωνία των παιδιών με ακουστική αναπηρία μέσω διαδικτύου με νέους φίλους, παρά την περιορισμένη πρόσβαση που έχουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον, ενισχύει τη βελτίωση των φιλικών τους σχέσεων (Blom et al., 2014). Σε άτομα με οπτική αναπηρία διαπιστώθηκε ότι οι υποστηρικτικές φιλίες, συμπληρώνοντας την οικογενειακή υποστήριξη που λάμβαναν, συνέβαλαν στην ικανοποίησή τους από τη ζωή και στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που εμφάνιζαν, ώστε να αποκτήσουν θετική αντίληψη για τη ζωή (Reinhardt, 1996· Papadopoulos & Papakonstantinou, 2019). Ευρήματα άλλης μελέτης έδειξαν ότι η ποιότητα της φιλίας των εφήβων με προβλήματα όρασης βρέθηκε να είναι χαμηλότερη από εκείνη των εφήβων χωρίς προβλήματα όρασης (Lifshitz et al., 2007). Σε νέους με κυστική ίνωση διαπιστώθηκε ότι η σύναψη φιλιών με άτομα που είχαν διαγνωστεί με το χρόνιο νόσημα ήταν λιγότερο συχνή και χαμηλότερης ποιότητας απ' ότι με υγιή άτομα (Helms et al., 2014). Επιπλέον διαπιστώθηκε ότι η υποστήριξη της οικογένειας αφορούσε κυρίως την τήρηση της ιατρικής φροντίδας των ασθενών, ενώ η υποστήριξη των φίλων ήταν κυρίως συναισθηματική και ενθαρρυντική (Barker et al., 2011). Σε παιδιά με βρογχικό άσθμα εντοπίστηκαν δυσκολίες στην κοινωνική τους προσαρμογή και χαμηλότεροι δείκτες φιλίας απ' ότι στα παιδιά με HIV (Baker et al., 2012). Η συναισθηματική υποστήριξη που λαμβάνουν από φίλους οι νέοι με σακχαρώδη διαβήτη συντελεί στη σωστή διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη, την ενίσχυση της κοινωνικής αποδοχής και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Peters et al., 2014). Σε φιλίες μεταξύ παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη και υγιών παιδιών παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά που νοσούσαν έκαναν λόγο για στενό αριθμό φίλων που τους παρείχαν υποστήριξη δείχνοντας ενδιαφέρον για το πρόβλημά τους. Όσον αφορά τις φιλίες μεταξύ παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη, αυτές συνάπτονταν με βάση τα κοινά τους ενδιαφέροντα και όχι την κοινή τους κατάσταση. Η ένταξη της φροντίδας του σακχαρώδους διαβήτη στη σχολική καθημερινότητα θεωρείται απαραίτητη για να αισθάνονται τα παιδιά αυτά ασφαλή και να έχουν πρακτική και συναισθηματική υποστήριξη, ώστε να ενταχθούν πλήρως στη σχολική κοινότητα (Rankin et al., 2018). Η ανταπόκριση που βρήκαν από καλούς φίλους σχετικά με την αποδοχή της ασθένειάς τους οι νέοι με ιδιοπαθή

φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, καθώς και η κοινωνική υποστήριξη που τους παρείχαν τους βοήθησαν στην αντιμετώπιση της μακροχρόνιας πάθησής τους (Kirk & Hinton, 2019, όπ. αναφ. στο Rouncefield-Swales et al., 2020). Ωστόσο, υπήρξαν και περιπτώσεις που οι νέοι ασθενείς κυριευμένοι από το φόβο του στιγματισμού απέκρυπταν από τους φίλους τους τη σοβαρότητα της κατάστασής τους (Rouncefield-Swales et al., 2020· Qualter & Bernie, 2021). Σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας διαπιστώθηκε ότι παρά την περιορισμένη τους κινητικότητα, την κόπωση και τον πόνο που τους κυριεύει παρουσίασαν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης τόσο από το οικογενειακό όσο και από το φιλικό τους περιβάλλον (Herbert et al., 2019).

Η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην ευτυχία ατόμων με απώλεια όρασης συνέβαλε στην ενίσχυση της ευημερίας τους (Papadopoulos et al., 2015). Ο κίνδυνος εμφάνισης κινητικής αναπηρίας σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας επηρέασε την κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη που λάμβαναν από τους φίλους τους (Sevilla Guerra, 2013· Radlak et al., 2021). Στην προσαρμογή των ασθενών στις αλλαγές που επιφέρει η νόσος στη ζωή τους εξέχουσα θέση κατέχουν οι διαπροσωπικές και οι συζυγικές σχέσεις, καθώς και η υποστήριξη που λαμβάνουν και από άλλα μέλη της οικογένειας (Larsen, 1990· Williamson, 2000· Irvine et al., 2009· Jetten et al., 2012). Η ικανότητα συμμετοχής σε νέες κοινωνικές ομάδες και στα κοινωνικά δίκτυα συνέβαλε στην ενίσχυση της κατανόησης της σκλήρυνσης κατά πλάκας για τη σωστότερη διαχείριση της νόσου (Tabuteau-Harrison et al., 2014). Οι φίλοι με αναπηρίες μπορούν να παρέχουν ενημέρωση και συναισθηματική υποστήριξη, ώστε να περιορίσουν τον αντίκτυπο μιας λειτουργικής βλάβης στην αναπηρία. Τα άτομα με μακροχρόνιες αναπηρίες μέσω ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων πρέπει να βοηθηθούν να δημιουργήσουν τις δικές τους ομάδες υποστήριξης (Silverman et al., 2017). Ωστόσο διαπιστώθηκε ότι τα άτομα στις προσωπικές τους αλληλεπιδράσεις ήταν πιο ειλικρινή απ' ότι στις διαδικτυακές επαφές. Η ανωνυμία στις φιλικές σχέσεις είναι πιθανό να μη βελτιώσει την ευτυχία των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας (Eijkholt & Sparling, 2019). Οι φιλικές σχέσεις ενισχύουν την αυτοεκτίμηση και απομακρύνουν τα άτομα από την κοινωνική απομόνωση. Επιπλέον συμβάλλουν στη δημιουργία καλών εργασιακών σχέσεων και στην επαγγελματική απόδοση των Ατόμων με Αναπηρία (Ryan, 2016). Σε μαθητές με κώφωση και βαρηκοΐα διαπιστώθηκαν πιο σοβαρά κοινωνικο-συναισθηματικά προβλήματα απ' ότι στους ακούοντες μαθητές (Mekonnen et al., 2015). Η κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη παιδιών με απώλεια ακοής διευκολύνθηκε με την πρόωμη

χορήγηση ακουστικών βαρηκοΐας και κοχλιακού εμφυτεύματος (Michael et al., 2018). Τα ψυχοκοινωνικά οφέλη που απορρέουν από τις αλληλεπιδράσεις παιδιών με ακουστική αναπηρία επηρεάζουν την κοινωνικο-συναισθηματική τους ανάπτυξη παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στις συναντήσεις τους (Punch & Hyde, 2011). Σε ασθενείς με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου εντοπίστηκε πως η κοινωνική ζωή που σχετίζεται με την υγεία, η συναισθηματική κατάσταση και η παραγωγικότητα της εργασίας επηρεάζονται σοβαρά από τη νόσο τους (Viazis et al., 2013). Τα χαμηλότερα επίπεδα της κοινωνικο-συναισθηματικής υποστήριξης ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια σχετίζονται με την κατάθλιψη και την επιδείνωση της ψυχικής και σωματικής ποιότητας ζωής όσον αφορά την υγεία τους. Επομένως, η κοινωνικο-συναισθηματική υποστήριξη είναι αναγκαία για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Arabyat & Raisch, 2019). Οι ελπιδοφόρες προβλέψεις για καλή σωματική και ψυχική υγεία που απορρέει από την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν τα άτομα από το οικείο τους περιβάλλον συντελούν στη μείωση της κατάθλιψης και άλλων ψυχικών διαταραχών, στα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και στην ταχύτερη ανάρρωση από επιπλοκές που προκαλούνται από χρόνιες ασθένειες (Cohen & McKay, 1984· Cohen & Syme, 1985· Hurdle, 2001· Hale et al., 2005· Singletary et al., 2009). Η κοινωνική υποστήριξη που παρέχεται σε Άτομα με Αναπηρία από μέλη της οικογένειας και φίλους, καθώς και από το διαδίκτυο συμβάλλει στην κοινωνική τους ένταξη (Levine & Blackburn, 1946· Seybold, 2005). Η ανάκτηση της ελπίδας αποτελεί σημαντικό στόχο για τα Άτομα με Αναπηρία ή χρόνια νόσο, καθώς τα βοηθά στην ανάπτυξη της αυτοεκτίμησής τους και στη βελτίωση της υγείας τους (Li & Moore, 1998, όπ. αναφ. στο Singletary et al., 2009). Ο καθορισμός στόχων, η αισιοδοξία, η εύρεση νοήματος στη ζωή απαιτούνται για την αποκατάσταση της αίσθησης της ελπίδας σε Άτομα με Αναπηρία (Miller, 2000, όπ. αναφ. στο Singletary et al., 2009).

9.3 Περιορισμοί της έρευνας – Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η ύπαρξη μεθοδολογικών αδυναμιών επιβάλλει περιορισμούς στα συμπεράσματα της παρούσης έρευνας. Αρχικά προκύπτουν περιορισμοί από το μέγεθος του δείγματος σε σχέση με τον πληθυσμό που εκπροσωπεί. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα τόσο πιο αξιόπιστα είναι

τα αποτελέσματα της έρευνας (Bryman, 2017: 195). Στη συνέχεια αναφέρονται περιορισμοί που έχουν σχέση με τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας. Όταν η αποστολή των ερωτηματολογίων γίνεται μέσω ταχυδρομείου ή μέσω διαδικτύου (χρήση της πλατφόρμας google forms) δεν μπορεί να αποδειχθεί ότι το άτομο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο ανήκει σε κάποια από τις ομάδες των Ατόμων με Αναπηρία που αυτό απευθύνεται (Bryman, 2017: 273). Όσον αφορά τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων, είναι πιθανό να μην επιλέγονται οι σωστές, αλλά εκείνες που είναι ευάρεστες στους άλλους. Επιπλέον υπήρξαν άτομα μεγάλης ηλικίας με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο τα οποία παρουσίασαν δυσκολίες στην κατανόηση του ερωτηματολογίου και χρειάστηκαν βοήθεια για τη συμπλήρωσή του (Bryman, 2017: 261). Η διαπίστωση αυτή αφορούσε κυρίως άτομα με ακουστική αναπηρία όπου κρίθηκε απαραίτητη η παρέμβαση ατόμου που κατείχε τη νοηματική γλώσσα. Ο συνδυασμός και άλλων ερευνητικών μεθόδων, όπως η συνέντευξη και η παρατήρηση θα βοηθούσε στην εγκυρότητα των αποτελεσμάτων, καθώς δεν μπορούμε να παραβλέψουμε ότι η ευτυχία, η ελπίδα, η αισιοδοξία και γενικότερα τα θετικά συναισθήματα, η ψυχοκοινωνική προσαρμογή και η φιλία διερευνώνται σε έναν ιδιαίτερο χώρο, το χώρο της αναπηρίας. Τέλος, δεν εξετάστηκε αν υπήρξε συννοσηρότητα, δηλαδή αν το ίδιο άτομο παρουσίαζε δύο ή περισσότερες αναπηρίες.

Η γενίκευση των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης έρευνας για να καταστεί δυνατή πρέπει τα ευρήματά της να τεθούν σε αντιπαράθεση με τα ευρήματα μελλοντικών ερευνών που θα λάβουν υπόψιν τους, τους περιορισμούς που προαναφέρθηκαν. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να διερευνήσουν διεξοδικότερα την επιρροή της ευτυχίας, της ελπίδας και της αισιοδοξίας στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή, στη βίωση θετικών συναισθημάτων και στη σύναψη φιλικών σχέσεων των Ατόμων με Αναπηρία μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων. Τέλος, μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να διεξαχθεί αποκλειστικά σε μαθητικό πληθυσμό αλλά και στους εκπαιδευτές και στους γονείς των μαθητών με αναπηρία.

9.4 Προτάσεις εκπαιδευτικής παρέμβασης

Ο χώρος της εκπαίδευσης είναι ο πιο κατάλληλος για τη δημιουργία προϋποθέσεων που θα συμβάλλουν στην προαγωγή της ακαδημαϊκής και προσωπικής ανάπτυξης των παιδιών (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 243). Στο σχολείο παρέχονται οι δυνατότητες για την ανάπτυξη και τη βίωση θετικών συναισθημάτων, την

καλλιέργεια δεξιοτήτων και την αποτελεσματική αντιμετώπιση αγχογόνων καταστάσεων που βιώνουν οι μαθητές (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 244). Επιπλέον οι μαθητές βοηθούνται να αναπτύξουν πρωτοβουλίες σχετικές με την επίλυση προβλημάτων και να αποκτήσουν κοινωνικές δεξιότητες στα πλαίσια της δυναμικής της ομάδας, θετική αυτοεικόνα, υπευθυνότητα, ψυχική ανθεκτικότητα και αισιοδοξία (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 243). Όσον αφορά την καλλιέργεια των κοινωνικών δεξιοτήτων, οι εκπαιδευτικοί όλων των βαθμίδων μέσω προγραμμάτων συναισθηματικής εκπαίδευσης ωθούν τους μαθητές στην υιοθέτηση κοινωνικών συμπεριφορών απαραίτητων, ώστε να επιτύχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα σε μία κοινωνική αλληλεπίδραση (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 253). Η διαχείριση των αγχογόνων καταστάσεων δεν εξαρτάται μόνο από την εκμάθηση και την εφαρμογή δεξιοτήτων και στρατηγικών αλλά και από την προσωπική συμπεριφορά και τον χαρακτήρα των μαθητών. Στα προγράμματα παρέμβασης η ενεργός συμμετοχή εκπαιδευτικών και μαθητών, καθώς και η έγκαιρη παρέμβαση των γονέων συνεισφέρουν στην εξασφάλιση μιας σωστής και ισορροπημένης συμπεριφοράς που ενισχύει την αυτοεικόνα των μαθητών και την εμπιστοσύνη τους στον εαυτό τους (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 254-255). Στο χώρο του σχολείου ο τομέας που θα μπορούσε να βελτιωθεί σημαντικά από την καλλιέργεια των θετικών συναισθημάτων είναι εκείνος της πρόληψης που κατά τον Seligman (2003, όπ. αναφ. στο Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011: 244) εστιάζει στην ενδυνάμωση των δυνατοτήτων και των ικανοτήτων του ατόμου και όχι στη βελτίωση και αποκατάσταση των αδυναμιών του. Η σημασία της συμμετοχής της οικογένειας στις διαδικασίες πρόληψης ή/και υποστήριξης είναι καθοριστική, καθώς κρίνεται απαραίτητος και ο ρόλος των γονέων στην καλλιέργεια θετικών και ευνοϊκών συνθηκών που αποτελούν προαπαιτούμενα για την κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών (Κυπριωτάκη, 2009). Τα παρεμβατικά προγράμματα στο χώρο του σχολείου αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις για την προαγωγή της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής των μαθητών. Τα προγράμματα αυτά έχουν στόχο την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της ψυχικής υγείας των μαθητών, καθώς και τη δημιουργία θετικού κλίματος και υποστηρικτικού περιβάλλοντος στην τάξη (Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2011). Το θετικό ψυχολογικό κλίμα της σχολικής τάξης προωθεί τη μάθηση και ενισχύει την αυτοεκτίμηση και την ικανοποίηση των κοινωνικο-συναισθηματικών αναγκών των μαθητών και μπορεί να αποτελέσει το κατάλληλο υπόβαθρο για την υλοποίηση διαφόρων προγραμμάτων πρόληψης (Norton, 1984· Johnson & Johnson, 1989· Ghai, 2003). Η διεπιστημονική

προσέγγιση της πρώιμης παρέμβασης συμβάλλει στη μεταφορά γνώσης μεταξύ των εμπλεκόμενων επιστημονικών πεδίων για την ανάπτυξη βέλτιστων στρατηγικών παρέμβασης με στόχο την αντιμετώπιση των πολυδιάστατων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (Κυπριωτάκη & Φραγγογιάννη, 2010).

Στο Αναλυτικό Πρόγραμμα Σπουδών συμπεριλαμβάνεται ένα πρόγραμμα Αγωγή Υγείας που έχει στόχο τη βελτίωση και την προαγωγή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας των μαθητών. Σύμφωνα με το πρόγραμμα αυτό οι μαθητές θα μάθουν να έχουν θετική στάση απέναντι στη ζωή και μέσω της ενδυνάμωσης των ικανοτήτων τους να μπορούν να αντιμετωπίζουν τις αντιξοότητες της ζωής (Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, 2003). Προτείνεται επίσης η εισαγωγή μαθημάτων σχετικών με τη διαχείριση των συναισθημάτων στο σχολείο, ώστε να μάθουν τα παιδιά τώρα σαν μαθητές και αργότερα σαν ενήλικες να αναγνωρίζουν όχι μόνο τα συναισθήματά τους, αλλά και τα συναισθήματα των άλλων που βρίσκονται γύρω τους και να διακρίνουν εκείνα που τους οδηγούν στην ψυχολογική τους ευημερία. Ακόμη μέσα από την κατάλληλη εκπαίδευση τα Άτομα με Αναπηρία θα βοηθηθούν για την επιτυχή ένταξή τους στην κοινωνία. Ωστόσο, για τη διεκπεραίωση όλων των ανωτέρω προτάσεων, κρίνεται απαραίτητη η επιμόρφωση των εκπαιδευτικών όλων των βαθμίδων μέσα από ανάλογα προγράμματα, ώστε να αποκτήσουν γνώσεις σχετικές με το ρόλο της κοινωνικο-συναισθηματικής ανάπτυξης στη συμπεριφορά των μαθητών τους αλλά και την εξεύρεση τρόπων για την ενίσχυσή της. Επιπλέον, οι εκπαιδευτικοί ειδικής και γενικής εκπαίδευσης καθώς και οι πάροχοι υγείας οφείλουν να παρακολουθούν τις καινοτόμες εκπαιδευτικές πρακτικές των Επιστημών Αγωγής που έχουν σχέση με την εκπαίδευση των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες εμπλουτίζοντας τις γνώσεις τους, έτσι ώστε συμπληρώνοντας την επιστημονική τους κατάρτιση να παρεμβαίνουν και να αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους για την αποτελεσματικότερη εκπαίδευση των μαθητών αυτών (Miller, Morfidi, & Soulis, 2013).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

- Βαϊράμη, Μ. (2005). *Φιλικές σχέσεις παιδιών σχολικής ηλικίας: Οικογενειακοί παράγοντες που τις επηρεάζουν* (Διδακτορική διατριβή). Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Ανακτήθηκε από: <http://ikee.lib.auth.gr/record/22080/files/gri-2005-563.pdf>
- Βοζίκης, Α., & Σωτηροπούλου, Ε. (2012). Πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας στην Ελλάδα: Ανάλυση των ιδίων πληρωμών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4), 448-453.
- Bryman, A. (2017). *Μέθοδοι Κοινωνικής Έρευνας*. Αθήνα: Gutenberg.
- Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (Ε.Σ.Α.μεΑ.) (2008). *Σχεδιάζοντας πολιτική σε θέματα αναπηρίας*.
- Ζώνιου-Σιδέρη, Α., Ντεροπούλου-Ντέρου, Ε., & Βλάχου-Μπαλαφούτη, Α. (2012). *Αναπηρία και εκπαιδευτική πολιτική Κριτική προσέγγιση της ειδικής και ενταξιακής εκπαίδευσης*. Αθήνα: Εκδόσεις Πέδιο.
- Heward, W. (2011). *Παιδιά με ειδικές ανάγκες. Μία εισαγωγή στην ειδική εκπαίδευση*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Hockenberry, J. M., & Wilson, M. D. (2011). *Παιδιατρική Νοσηλευτική: Θεμελιώδεις γνώσεις για τη φροντίδα του παιδιού σε όλα τα στάδια της ανάπτυξης*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Καραδήμας, Ε. Χ., & Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2005). Υποκειμενική ευεξία, δημογραφικές και ενδοπροσωπικές μεταβλητές. *Ψυχολογία*, 12(4), 506-523.
- Κλεφτάρας, Γ. (2007). Στάδια προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία: Ο ρόλος της ψυχολογικής συμβουλευτικής. *Το βήμα των κοινωνικών επιστημών*, 49, 149-180.
- Κουμπάνου, Α., & Φτιάκα, Ε. (2009). *Από το περιθώριο στο μάτι του κυκλώνα: Η εκπαίδευση των κωφών στην Κύπρο*. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Κουρμπέτης, Β., & Χατζοπούλου Μ. (2010). *Μπορώ και με τα μάτια μου: Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις και πρακτικές για κωφούς μαθητές*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Κουτελέκος, Ι., & Χαλιάσος, Ν. (2013). Μεσογειακή αναιμία. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 2(3), 101-112.

- Κρουσταλάκης, Σ. Γ. (2005). *Παιδιά με ιδιαίτερες ανάγκες στην οικογένεια και το σχολείο. Ψυχοπαιδαγωγική Παρέμβαση για μια Συμβουλευτική Γονέων και Εκπαιδευτικών* (ζ' έκδ.). Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Κυνηγόπουλος, Γ. (2014). Οι διαδικτυακές φιλίες των εφήβων και η ποιότητά τους. Ανακοίνωση στο 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εξελικτικής Ψυχολογίας. Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο.
- Κυπριωτάκη, Μ. (2009). Πρώιμη Υποστηρικτική Παρέμβαση: Για μια αισιόδοξη έκβαση σε κάθε μορφή ανεπάρκειας. *Επιστήμες Αγωγής*, 2(2), 21-32.
- Κυπριωτάκη, Μ., & Φραγγογιάννη, Μ. Ε. (2010). Η οικογένεια στο πλαίσιο της Πρώιμης Υποστηρικτικής Παρέμβασης. Στων Αικ. Κορνηλάκη, Μ. Κυπριωτάκη, & Γ. Μανωλίτσης (Επιμ. έκδ.). *Πρώιμη Παρέμβαση: Διεπιστημονική Θεώρηση* (σσ. 125-145). Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Κυπριωτάκης, Α. (2000). *Τα ειδικά παιδιά και η αγωγή τους*. Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.
- Κωνσταντιδέλλη, Δ., Αλετράς, Β., & Νιάκας, Δ. (2020). Ποιότητα ζωής ασθενών με ιδιοπαθή φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου. Επίδραση των anti-TNFα ως φαρμακευτική αγωγή. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(6), 773-781.
- Νόμος 958/1979, άρθρο 1, παρ. 2, Περί αντικαταστάσεως των άρθρων 1, 2 και 5 του Ν. 1904/51 "περί προστασίας και αποκαταστάσεως των τυφλών", Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ-191 Α' / 30-10-2017).
- Παιδαγωγικό Ινστιτούτο (2003). *Διαθεματικό ενιαίο πλαίσιο προγραμμάτων σπουδών (Δ.Ε.Π.Π.Σ.) και αναλυτικά προγράμματα σπουδών (Α.Π.Σ.) υποχρεωτικής εκπαίδευσης*. Υπουργείο Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων.
- Παιδαγωγικό Ινστιτούτο (2011). *Νέο Σχολείο, Σχολική και Κοινωνική Ζωή: Οδηγός εκπαιδευτικού, Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση*. Υπουργείο Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων.
- Παπαφράγκου, Κ. (1996). *Ακοολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Μαυρομάτη.
- Σαλαγιάννης, Π. Β. (1996). *Προσεγγίσεις θεμάτων σύγχρονου προβληματισμού* (β' μέρος) (γ' έκδ.). Αθήνα: Εκδόσεις Χρήστος Ε. Δαρδανός.
- Σούλης, Σ. Γ. (2008). *Ένα Σχολείο για Όλους. Από την έρευνα στην Πράξη. Παιδαγωγική της Ένταξης* (β' τόμος). Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Σούλης, Σ. Γ. (2020). *Σπουδή στη νοητική αναπηρία*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Σταλίκας, Α., & Μυτσκίδου, Π. (Επιμ.) (2011). *Εισαγωγή στη Θετική Ψυχολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.

- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2012). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. Μια συλλογή και παρουσίαση των ερωτηματολογίων, δοκιμασιών και καταλόγων καταγραφής χαρακτηριστικών στον ελληνικό χώρο*. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Χατζηθωμάς, Φ. Π., & Αλέφαντος, Π. Ν. (1993). *Λεξικό Αναπτυγμένων Εννοιών* (β' τόμος) (δ' έκδ.). Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις «Φίλιππος».
- Χατζηθωμάς, Φ. Π., & Αλέφαντος, Π. Ν. (1998). *Λεξικό Αναπτυγμένων Εννοιών* (γ' τόμος) (ε' έκδ.). Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις «Φίλιππος».

Ξενόγλωσση

- Aalto, A.-M., Uutela, A., & Kangas, T. (1996). Health behaviour, social integration, perceived health and dysfunction. A comparison between patients with type I and II diabetes and controls. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 24(4), 272–281. doi:10.1177/140349489602400408
- Abdel-Khalek, A. M. (2006). Happiness, health, and religiosity: Significant relations. *Mental Health, Religion & Culture*, 9(1), 85–97. doi:10.1080/13694670500040625
- Abdel-Khalek, A. M., & Lester, D. (2017). The association between religiosity, generalized self-efficacy, mental health, and happiness in Arab college students. *Personality and Individual Differences*, 109, 12–16. doi:10.1016/j.paid.2016.12.010
- Acar, B., Yurekli, M. F., Babademez, M. A., Karabulut, H., & Karasen, R. M. (2011). Effects of hearing aids on cognitive functions and depressive signs in elderly people. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 52(3), 250–252. doi:10.1016/j.archger.2010.04.013
- Adams, R. N., Mosher, C. E., Cohee, A. A., Stump, T. E., Monahan, P. O., Sledge, G. W. Jr, Cella, D., & Champion, V. L. (2017). Avoidant coping and self-efficacy mediate relationships between perceived social constraints and symptoms among long-term breast cancer survivors. *Psycho-oncology*, 26(7), 982-990. doi:10.1002/pon.4119
- Adjibade, M., Assmann, K. E., Andreeva, V. A., Lemogne, C., Hercberg, S., Galan, P., & Kesse-Guyot, E. (2017). Prospective association between adherence to the Mediterranean diet and risk of depressive symptoms in the French

- SU.VI.MAX cohort. *European Journal of Nutrition*, 57(3), 1225-1235. doi:10.1007/s00394-017-1405-3
- Adjibade, M., Lemogne, C., Julia, C., Hercberg, S., Galan, P., Assmann, K. E., & Kesse-Guyot, E. (2018). Prospective association between combined healthy lifestyles and risk of depressive symptoms in the French NutriNet-Santé cohort. *Journal of Affective Disorders*, 238, 554–562. doi:10.1016/j.jad.2018.05.038
- Affleck, G., Tennen, H., & Apter, A. (2001). Optimism, pessimism, and daily life with chronic illness. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism & pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 147–168). American Psychological Association. doi:10.1037/10385-007
- Alberto, J., & Joyner, B. (2008). Hope, optimism, and self-care among Better Breathers Support Group members with chronic obstructive pulmonary disease. *Applied Nursing Research*, 21(4), 212–217. doi:10.1016/j.apnr.2006.12.005
- Albrecht, G. L., & Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science and Medicine*, 48(8), 977-988. doi:10.1016/s0277-9536(98)00411-0
- Al-Hakeim, H. K., Najm, A. H., Al-Dujaili, A. H., & Maes, M. (2020). Major Depression in Children with Transfusion-Dependent Thalassemia Is Strongly Associated with the Combined Effects of Blood Transfusion Rate, Iron Overload, and Increased Pro-inflammatory Cytokines. *Neurotoxicity Research*, 38(1), 228-241. doi:10.1007/s12640-020-00193-1
- Al-Mosawy, W. F. (2017). The Beta-thalassemia. *Scientific Journal of Medical Research*, 1(1), 24-30.
- Altundag, S., & Bayat, M. (2016). Peer Interaction and Group Education for Adaptation to Disease in Adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus. *Journal of Medical Sciences*, 32(4), 1010-1014. doi:10.12669/pjms.324.9809
- American Diabetes Association (2018). Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2017. *Diabetes Care*, 41(5), 917-928. doi:10.2337/dci18-0007
- American Diabetes Association (2019). Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetesd-2019. *Diabetes Care*, 42(1), 13-28. doi:10.2337/dc19-s002

- American Diabetes Association (2021). Microvascular Complications and Foot Care: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. *Diabetes Care*, *44*(1), 151-167. doi:10.2337/dc21-s011
- Amichai-Hamburger, Y., Kingsbury, M., & Schneider, B. H. (2013). Friendship: An old concept with a new meaning? *Computers in Human Behavior*, *29*(1), 33–39. doi:10.1016/j.chb.2012.05.025
- Anderson, C. L., & Feldman, D. B. (2019). Hope and Physical Exercise: The Contributions of Hope, Self-Efficacy, and Optimism in Accounting for Variance in Exercise Frequency. *Psychological Reports*, *123*(4), 1145-1159. doi:10.1177/0033294119851798
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, *24*(6), 1069-1078. doi:10.2337/diacare.24.6.1069
- Anderson, R., Falci, C., & Warner, D. (2016). *Physical Disability and Changes in Older Adults' Social Network Ties: A Longitudinal Examination of Ego-Alter Dyads*. Lincoln: University of Nebraska – Lincoln. Retrieved from: <https://paa.confex.com/paa/2016/meetingapp.cgi/Paper/8066>
- Andersson, G. (1996). The role of optimism in patients with tinnitus and in patients with hearing impairment. *Psychology & Health*, *11*(5), 697–707. doi:10.1080/08870449608404998
- Andras, A., & Ferket, B. (2014). Screening for peripheral arterial disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). doi:10.1002/14651858.cd010835.pub2
- Antikchi, E., Taghavi, A., Rafienia, P. (2017). The relationship between personality traits, mental health and quality of life in people with thalassemia. *Iranian journal of Pediatric Hematology and Oncology*, *7*(1), 37-47. <http://ijpho.ssu.ac.ir/article-1-469-en.html>
- Arabyat, R. M., & Raisch, D. W. (2019). Relationships Between Social/Emotional Support and Quality of Life, Depression and Disability in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Analysis Based on Propensity Score Matching. *Annals of Behavioral Medicine*, *53*(10), 918-927. doi:10.1093/abm/kaz002
- Ardron, M., MacFarlane, I., & Robinson, C. (1987). Educational achievements, employment and social class of insulin-dependent diabetics: a survey of a

- young adult clinic in Liverpool. *Diabetic Medicine*, 4(6), 546-548. doi:10.1111/j.1464-5491.1987.tb00928.x
- Armenta, C. N., Fritz, M. M., & Lyubomirsky, S. (2017). Functions of Positive Emotions: Gratitude as a Motivator of Self-Improvement and Positive Change. *Emotion Review*, 9(3), 183–190. doi:10.1177/1754073916669596
- Ashby, F. G., & Isen, A. M. (1999). A Neuropsychological Theory of Positive Affect and Its Influence on Cognition. *Psychological Review*, 106(3), 529-550. doi:10.1037/0033-295X.106.3.529
- Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(6), 989-1003. doi:10.1037//0022-3514.63.6.989
- Audureau, E., Rican, S., & Coste, J. (2012). Worsening trends and increasing disparities in health-related quality of life: evidence from two French population-based cross-sectional surveys, 1995–2003. *Quality of Life Research*, 22(1), 13–26. doi:10.1007/s11136-012-0117-7
- Avvenuti, G., Baiardini, I., & Giardini, A. (2016). Optimism’s Explicative Role for Chronic Diseases. *Frontiers in Psychology*, 7. doi:10.3389/fpsyg.2016.00295
- Awodele, O., & Osulale, J. A. (2015). Medication adherence in type 2 diabetes patients: study of patients in Alimosho General Hospital, Igando, Lagos, Nigeria. *African Health Sciences*, 15(2), 513-22. doi:10.4314/ahs.v15i2.26
- Bachmeier, C. A. E., Waugh, C., Vitanza, M., Bowden, T., Uhlman, C., Hurst, C., Okano, S., Barrett, H., D’Silva, N., D’Emden, H., & O’Moore-Sullivan, T. (2019). Diabetes care – addressing psychological wellbeing in young adults with a newly developed assessment tool. *Internal Medicine Journal*, 50(1), 70-76. doi:10.1111/imj.14355
- Baigent, C., Keech, A., Kearney, P. M., Blackwell, L., Buck, G., Pollicino, C., Kirby, A., Sourjina, T., Peto, R., Collins, R., & Simes, R. (2005). Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet*, 366(9493), 1267-1278. doi:10.1016/S0140-6736(05)67394-1

- Bakhshipour, B., Panahiyan, S., Hasanzadeh, R., & Tamaddoni, A. (2013). Relationship between Personality Traits and Happiness in Patients with Thalassemia. *Zahedan Journal Research in Medical Sciences*, *16*(11), 28-32.
- Baldassare, M, Rosenfield, S, & Rook, K. (1984). The types of social relations predicting elderly well-being. *Research on Aging*, *6*(4), 549-559. doi:10.1177/0164027584006004006
- Bansilal, S., Castellano, J. M., & Fuster, V. (2015). Global burden of CVD: focus on secondary prevention of cardiovascular disease. *International Journal of Cardiology*, *201*, 51–57. doi:10.1016/s0167-5273(15)31026-3
- Barak, Y., & Achiron, A. (2011). Happiness and personal growth are attainable in interferon-beta-1a treated multiple sclerosis patients. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, *12*(5), 887–895. doi:10.1007/s10902-010-9234-6
- Bargiel-Matusiewicz, K., & Krzyszkowska, A. (2009). Dispositional optimism and coping with pain. *European Journal of Medical Research*, *14*(S4), 271-274. doi:10.1186/2047-783x-14-s4-271
- Barker, A. B., Leighton, P., & Ferguson, M. A. (2017). Coping together with hearing loss: a qualitative meta-synthesis of the psychosocial experiences of people with hearing loss and their communication partners. *International Journal of Audiology*, *56*(5), 297–305. doi:10.1080/14992027.2017.1286695
- Barker, D. H., Driscoll, K. A., Modi, A. C., Light, M. J., & Quittner, A. L. (2011). Supporting cystic fibrosis disease management during adolescence: the role of family and friends. *Child: Care, Health and Development*, *38*(4), 497–504. doi:10.1111/j.1365-2214.2011.01286.x
- Baker, S. E., Niec, L. N., & Meade, J. (2012). A Comparison of Friendship Quality and Social Functioning Among Children With Perinatally Acquired HIV, Children With Persistent Asthma, and Healthy Children of HIV-Positive Mothers. *Journal of Pediatric Psychology*, *37*(5), 580–590. doi:10.1093/jpepsy/jss007
- Barnes, E. (2016). *The Minority Body: A Theory of Disability*. United Kingdom: Oxford University Press.

- Berg, A. T., Shauer, G. G., Rodgers, K., & Narula, S. K. (2012). College student smokers: former versus current and non-smokers. *American Journal of Preventive Medicine*, *43*, S229–S236. doi:10.1016/j.amepre.2012.07.038
- Bergeron, C. M., & Wanet-Defalque, M.-C. (2013). Psychological adaptation to visual impairment: The traditional grief process revised. *British Journal of Visual Impairment*, *31*(1), 20–31. doi:10.1177/0264619612469371
- Berndt, T. J. (2002). Friendship Quality and Social Development. *Current Directions in Psychological Science*, *11*(1), 7–10. doi:10.1111/1467-8721.00157
- Bertolin, D. C., Pace, A. E., Cesarino, C. B., Ribeiro, R. de C. H. M., & Ribeiro, R. M. (2015). Adaptação psicológica e aceitação do diabetesmellitus tipo 2. *Acta Paulista de Enfermagem*, *28*(5), 440–446. doi:10.1590/1982-0194201500074
- Bigham, J. P., Jayant, C., Miller, A., White, B., & Yeh, T. (2010). VizWiz::LocateIt - Enabling blind people to locate objects in their environment. In *2010 IEEE Computer Society Conference on Computer Vision and Pattern Recognition - Workshops, CVPRW 2010* (pp. 65-72). doi:10.1109/cvprw.2010.5543821
- Bishop, M. (2005). Quality of Life and Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: Preliminary Analysis of a Conceptual and Theoretical Synthesis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, *48*(4), 219-231. doi:10.1177/00343552050480040301
- Bishop, M., Smedema, S. M., & Lee, E. J. (2009). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and disability. In Chan F., Cardoso, E., & Chronister, J. A. (Eds.), *Understanding Psychosocial Adjustment to Chronic Illness and Disability: A Handbook for Evidence-Bases Practitioners in Rehabilitation* (pp. 521-558). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Bishop, M., Stenhoff, D. M., & Shepard, L., (2007). Psychosocial Adaptation and Quality of Life in Multiple Sclerosis: Assessment of the Disability Centrality Model. *The Journal of Rehabilitation*, *73*(1), 3-12.
- Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2004). Well-being over time in Britain and the USA. *Journal of Public Economics*, *88*(7-8), 1359-1386. doi:10.1016/S0047-2727(02)00168-8
- Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2008). Is well-being U-Shaped over the life cycle? *Social Science and Medicine*, *66*(8), 1733-1749. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.030

- Blatterer, H. (2021). Friendship and solidarity. *European Journal of Social Theory*. doi:10.1177/1368431020982499
- Blom, H., Marschark, M., Vervloed, M. P. J., & Knoors, H. (2014). Finding Friends Online: Online Activities by Deaf Students and Their Well-Being. *PLoS ONE*, 9(2). doi:10.1371/journal.pone.0088351
- Boehm, J. K. (2021). Positive psychological well-being and cardiovascular disease: Exploring mechanistic and developmental pathways. *Social and Personality Psychology Compass*, 15(6). doi:10.1111/spc3.12599
- Boehm, J. K., & Kubzansky, L. D. (2012). The heart's content: The association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological Bulletin*, 138(4), 655–691. doi:10.1037/a0027448
- Boehm, J. K., Chen, Y., Koga, H., Mathur, M. B., Vie, L. L., & Kubzansky, L. D. (2018). Is Optimism Associated With Healthier Cardiovascular-Related Behavior? Meta-Analyses of 3 Health Behaviors. *Circulation Research*, 122(8), 1119–1134. doi:10.1161/circresaha.117.310828
- Boehm, J. K., Williams, D. R., Rimm, E. B., Ryff, C., & Kubzansky, L. D. (2013). Relation Between Optimism and Lipids in Midlife. *The American Journal of Cardiology*, 111(10), 1425–1431. doi:10.1016/j.amjcard.2013.01.292
- Bognar, G. (2015). Is disability mere difference? *Journal of Medical Ethics*, 42(1), 46–49. doi:10.1136/medethics-2015-102911
- Boothroyd, A. (2010). Adapting to Changed Hearing: The Potential Role of Formal Training. *Journal of the American Academy of Audiology*, 21(9), 601-611. doi:10.3766/jaaa.21.9.6
- Brisette, I., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 102–111. doi:10.1037//0022-3514.82.1.102
- Brown, R. L., & Barrett, A. E. (2011). Visual Impairment and Quality of Life Among Older Adults: An Examination of Explanations for the Relationship. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(3), 364–373. doi:10.1093/geronb/gbr015
- Bryant, E. M., & Marmo, J. (2012). The rules of Facebook Friendship: A two-stage examination of interaction rules in close, casual, and acquaintance friendships.

- Journal of Social and Personal Relationships*, 29(8), 1013-1035. doi: 10.1177/0265407512443616
- Brydon, L., Walker, C., Wawrzyniak, A. J., Chart, H., & Steptoe, A. (2009). Dispositional optimism and stress-induced changes in immunity and negative mood. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23(6), 810–816. doi:10.1016/j.bbi.2009.02.018
- Burns, A. B., Brown, J. S., Sachs-Ericsson, N., Plant, E. A., Curtis, J.T., Fredrickson, B. L., Joiner, T. E. (2008). Upward spirals of positive emotion and coping: Replication, extension, and initial exploration of neurochemical substrates. *Personality & Individual Differences*, 44(2), 360-370. doi:10.1016/j.paid.2007.08.015
- Byra, S. (2018). Basic hope and posttraumatic growth in people with traumatic paraplegia — the mediating effect of acceptance of disability. *Spinal Cord*, 57(4), 301-307. doi:10.1038/s41393-018-0215-7
- Calandri, E., Graziano, F., Borghi, M., & Bonino, S. (2017). Coping strategies and adjustment to multiple sclerosis among recently diagnosed patients: the mediating role of sense of coherence. *Clinical Rehabilitation*, 31(10), 1386–1395. doi:10.1177/0269215517695374
- Calandri, E., Graziano, F., Borghi, M., & Bonino, S. (2018). Young adults' adjustment to a recent diagnosis of multiple sclerosis: The role of identity satisfaction and self-efficacy. *Disability and Health Journal*, 12(1), 72-78. doi:10.1016/j.dhjo.2018.07.008
- Carter, E. W., Asmus, J., & Moss, C. K. (2013). Fostering friendships: supporting relationships among youth with and without developmental disabilities. *The Prevention Researcher*, 20(2). <https://link.gale.com/apps/doc/A330251259/AONE?u=anon~3f2fafc8&sid=googleScholar&xid=eb58131b>
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L. Jr, & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375–390. doi: 10.1037//0022-3514.65.2.375

- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1981). *Attention and Self-Regulation: A Control Theory Approach to Human Behavior*. New York: Springer. doi:10.1007/978-1-4612-5887-2
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1993). Vigilant and avoidant coping in two patient samples. In H. W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness* (pp. 295–319). Hogrefe & Huber Publishers.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9781139174794
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2000). On the structure of behavioral self-regulation. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 41–84). Academic Press. doi:10.1016/B978-012109890-2/50032-9
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 879–889. doi:10.1016/j.cpr.2010.01.006
- Castellani, C., & Assael, B. M. (2016). Cystic fibrosis: a clinical view. *Cellular and Molecular Life Sciences, 74*(1), 129–140. doi:10.1007/s00018-016-2393-9
- Celano, C. M., Beale, E. E., Moore, S. V., Wexler, D. J., & Huffman, J. C. (2013). Positive Psychological Characteristics in Diabetes: A Review. *Current Diabetes Reports, 13*(6), 917–929. doi:10.1007/s11892-013-0430-8
- Chan, D. K. S., & Cheng, G. H. L. (2004). A comparison of offline and online friendship qualities at different stages of relationship development. *Journal of Social and Personal Relationships, 21*(3), 305-320. doi: 10.1177/0265407504042834
- Chan, F., Da Silva Cardoso, E., & Chronister, J. A. (Eds.) (2009). *Understanding Psychosocial Adjustment to Chronic Illness and Disability: A handbook for evidence-based practitioners in rehabilitation*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Chang, E. C., & Farrehi, A. S. (2001). Optimism/pessimism and information-processing styles: Can their influences be distinguished in predicting psychological adjustment. *Personality and Individual Differences, 31*(4), 555–562. doi:10.1016/S0191-8869(00)00159-8
- Chen, C.-Y., Lo, F.-S., Chen, B.-H., Lu, M.-H., Hsin, Y.-M., & Wang, R.-H. (2017). Pathways of emotional autonomy, self-care behaviors, and depressive

- symptoms on health adaptation in adolescents with type 1 diabetes. *Nursing Outlook*, 65(1), 68–76. doi:10.1016/j.outlook.2016.07.015
- Chen, H., Gould, M. K., Blanc, P. D., Miller, D. P., Kamath, T. V., Lee, J. H., & Sullivan, S. D. (2007). Asthma control, severity, and quality of life: Quantifying the effect of uncontrolled disease. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 120(2), 396–402. doi:10.1016/j.jaci.2007.04.040
- Chen, R. K., & Crewe, N. M. (2009). Life Satisfaction among People with Progressive Disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 75(2), 50–58.
- Chew, B.-H, Shariff-Ghazali, S., & Fernandez, A. (2014). Psychological aspects of diabetes care: Effecting behavioral change in patients. *World Journal of Diabetes*, 5(6), 796-808. doi:10.4239/wjd.v5.i6.796
- Chi, G. C. (2007). The role of hope in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34(2), 415–424. doi: 10.1188/07.ONF.415-424
- Choi, H. G., Lee, M. J., & Lee, S.-M. (2018). Visual impairment and risk of depression: A longitudinal follow-up study using a national sample cohort. *Scientific Reports*, 8(1). doi:10.1038/s41598-018-20374-5
- Choi, K., Chun, J., Han, K., Park, S., Soh, H., Kim, J., Lee, J., Lee, H. J., Im, J. P., & Kim, J. S. (2019). Risk of Anxiety and Depression in Patients with Inflammatory Bowel Disease: A Nationwide, Population-Based Study. *Journal of Clinical Medicine*, 8(5). doi:10.3390/jcm8050654
- Cimarolli, V. R., & Boerner, K. (2005). Social support and well-being in adults who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 99(9), 521-534. doi:10.1177/0145482X0509900904
- Cimarolli, V. R., Reinhardt, J. P., & Horowitz, A. (2006). Perceived overprotection: Support gone bad? *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), S18–S23. doi:10.1093/geronb/61.1.S18
- Cohen, S., & Pressman, S. D. (2006). Positive affect and health. *Current Directions in Psychological Science*, 15(3), 122-125. doi:10.1111%2Fj.0963-7214.2006.00420.x
- Cohen, S., & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, J. E. Stinger, & S. E. Taylor (Eds.), *Handbook of psychology and health* (vol. 4, pp. 253– 267). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. In S. Cohen, & S. L. Syme (Eds.), *Social support and health* (pp. 3–22). Orlando, FL: Academic.
- Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R. B., Alper, C. M., & Skoner, D. P. (2003a). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, *65*(4), 652-657. doi:10.1097/01.psy.0000077508.57784.da
- Cohen, S., Doyle, W. J., Turner, R., Alper, C. M., & Skoner, D. P. (2003b). Sociability and susceptibility to the common cold. *Psychological Science*, *14*(5), 389-395. doi:10.1111/1467-9280.01452
- Compare, A, Germani, E, Proietti, R, & Janeway, D. (2011). Clinical Psychology and Cardiovascular Disease: An Up-to-Date Clinical Practice Review for Assessment and Treatment of Anxiety and Depression. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, *7*, 148-156. doi: 10.2174/1745017901107010148
- Connolly, J. J., & Viswesvaran, C. (2000). The role of affectivity in job satisfaction: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, *29*(2), 265–281. doi:10.1016/S0191-8869(99)00192-0
- Conte, S. M., & Vale, P. R. (2018). Peripheral Arterial Disease. *Heart, Lung and Circulation*, *27*(4), 427–432. doi:10.1016/j.hlc.2017.10.014
- Conversano, C., Rotondo, A., Lensi, E., Della Vista, O., Arpone, F., & Reda, M. A. (2010). Optimism and Its Impact on Mental and Physical Well-Being. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, *6*(1), 25–29. doi:10.2174/1745017901006010025
- Cooper, H., Okamura, L., & Gurka, V. (1992). Social activity and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, *13*(5), 573–583. doi:10.1016/0191-8869(92)90198-X
- Corn, B. W., Feldman, D. B., & Wexler I. (2020). The science of hope. *Lancet Oncology*, *21*(9), 452-459. doi:10.1016/S1470-2045(20)30210-2
- Cronly, J., Duff, A., Riekert, K., Horgan, A., Lehane, E., Perry, I., Fitzgerald, A., Howe, B., Ni Chroinin, M. N., & Savage, E. (2018). Positive mental health and wellbeing in adults with cystic fibrosis: A cross sectional study. *Journal of Psychosomatic Research*, *116*, 125-130. doi:10.1016/j.jpsychores.2018.11.016

- Cropanzano, R., & Wright, T. A. (1999). A 5-year study of change in the relationship between well-being and job performance. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, *51*(4), 252–265. doi:10.1037/1061-4087.51.4.252
- Curry, L. A., Snyder, C. R., Cook, D. L., Ruby, B. C., & Rehm, M. (1997). Role of hope in academic and sport achievement. *Journal of Personality and Social Psychology*, *73*(6), 1257–1267. doi:10.1037/0022-3514.73.6.1257
- Danner, D. D., Snowdon, D. A., & Friesen, W. V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *80*(5), 804–813. doi:10.1037/0022-3514.80.5.804
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, *65*(4), 564–570. doi:10.1097/01.psy.0000077505.67574.e3
- Davis, E., Reddihough, D., Murphy, N., Epstein, A., Reid, S. M., Whitehouse, A., Williams, K., Leonard, H., & Downs, J. (2017). Exploring quality of life of children with cerebral palsy and intellectual disability: What are the important domains of life? *Child: Care, Health and Development*, *43*(6), 854–860. doi:10.1111/cch.12501
- Davis, E., Shelly, A., Waters, E., Mackinnon, A., Reddihough, D., Boyd, R., & Graham, H. K. (2009). Quality of life of adolescents with cerebral palsy: perspectives of adolescents and parents. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *51*(3), 193–199. doi:10.1111/j.1469-8749.2008.03194.x
- De Albornoz, S. C., & Chen, G. (2021). Relationship between health-related quality of life and subjective wellbeing in asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, *142*. doi:10.1016/j.jpsychores.2021.110356
- De Giacomo, A., Craig, F., D’Elia, A., Giagnotti, F., Matera, E., & Quaranta, N. (2013). Children with cochlear implants: Cognitive skills, adaptive behaviors, social and emotional skills. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, *77*(12), 1975–1979. doi:10.1016/j.ijporl.2013.09.015
- Dehghani, A., Nayeri, D. N., & Ebadi, A. (2017). Antecedents of Coping with the Disease in Patients with Multiple Sclerosis: A Qualitative Content Analysis. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, *5*(1), 49–60.

- Dembo, T., Leviton, G. L., & Wright, B. A. (1975). Adjustment to misfortune: A problem of social-psychological rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 22(1), 1-100. doi:10.1037/h0090832
- Demir, M., Ozen, A., & Procsal, A. D. (2014). Friendship and happiness. Michalos, A. C. (Ed.), *Encyclopedia of quality of life and well-being* (pp. 2359–2363). Springer.
- Demorest, M. E., & Erdman, S. A. (1989). Relationships among Behavioral, Environmental, and Affective Communication Variables. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54(2), 180. doi:10.1044/jshd.5402.180
- Dennison, L., Moss-Morris, R., & Chalder, T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 141–153. doi:10.1016/j.cpr.2008.12.001
- Dennison, L., Yardley, L., Devereux, A., & Moss-Morris, R. (2010). Experiences of adjusting to early stage Multiple Sclerosis. *Journal of Health Psychology*, 16(3), 478–488. doi:10.1177/1359105310384299
- Dickson, V. V., Howe, A., Deal, J., & McCarthy, M. M. (2012). The relationship of work, self-care, and quality of life in a sample of older working adults with cardiovascular disease. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 41(1), 5–14. doi:10.1016/j.hrtlng.2011.09.012
- Diehl, M., & Willis, S. L. (2003). Everyday competence and everyday problem solving in aging adults: The role of physical and social context (1st ed.). In H. W. Wahl, R. J. Scheidt, & P. G. Windley (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics. Aging in context: Scio-physical environments* (vol. 23, pp. 130-166). New York: Springer.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34–43. doi:10.1037/0003-066X.55.1.34
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? *Social Indicators Research*, 57(2), 119–169. doi:10.1023/A:1014411319119
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1–43. doi:10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x

- Diener, E., & Oishi, S. (2000). Money and happiness: Income and subjective well-being across nations. In E. Diener & E. M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being* (pp. 185–218). The MIT Press.
- Diener, E., & Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, *13*(1), 81–84. doi:10.1111/1467-9280.00415
- Diener, E., Gohm, C., Suh, E., & Oishi, S. (2000). Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *31*(4), 419-436. doi:10.1177/0022022100031004001
- Digester, P. E. (2016). *Friendship reconsidered: What it means and how it matters to politics*. Columbia University Press. doi:10.7312/dige17434
- Dirik, G., & Göcek-Yorulmaz, E. (2018). Positive Sides of the Disease: Posttraumatic Growth in Adults with Type 2 Diabetes. *Behavioral Medicine*, *44*(1), 1-10. doi:10.1080/08964289.2016.1173635
- Donelson, E., & Gullahorn, J. E. (1977). Friendship. In E. Donelson & J. E. Gullahorn (Eds.), *Women: A psychological perspective* (pp. 154-167). New York, NY: John Wiley.
- Dorsett, P., Geraghty, T., Sinnott, A., & Acland, R. (2017). Hope, coping and psychosocial adjustment after spinal cord injury. *Spinal Cord Series and Cases*, *3*. doi:10.1038/scsandc.2017.46
- DuBois, C. M., Lopez, O. V., Beale, E. E., Healy, B. C., Boehm, J. K., & Huffman, J. C. (2015). Relationships between positive psychological constructs and health outcomes in patients with cardiovascular disease: A systematic review. *International Journal of Cardiology*, *195*, 265–280. doi:10.1016/j.ijcard.2015.05.121
- Due-Christensen, M., Zoffmann, V., Willaing, I., Hopkins, D., & Forbes, A. (2017). The Process of Adaptation Following a New Diagnosis of Type 1 Diabetes in Adulthood: A Meta-Synthesis. *Qualitative Health Research*, *28*(2), 245–258. doi:10.1177/1049732317745100
- Dunbar, R. I. M. (2018). The Anatomy of Friendship. *Trends in Cognitive Sciences*, *22*(1), 32–51. doi:10.1016/j.tics.2017.10.004
- Dunn, D. S., Uswatte, G., & Elliott, T. R. (2009). Happiness, resilience, and positive growth following physical disability: Issues for understanding, research, and therapeutic intervention. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *Oxford*

- handbook of positive psychology* (pp. 651–664). Oxford University Press. doi: 10.1093/oxfordhb/9780195187243.001.0001
- Eijkholt, M., & Sparling, A. (2019). Health, honesty and happiness: Authenticity and anonymity in social media participation of individuals with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 27, 121-126. doi:10.1016/j.msard.2018.09.020
- Ellicott, A., Hammen, C., Gitlin, M., Brown, G., & Jamison, K. (1990). Life events and the course of bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147(9), 1194–1198. doi:10.1176/ajp.147.9.1194
- Elliott, T. R., Richards, J. S. (1999). Living with the facts, negotiating the terms: unrealistic beliefs, denial and adjustment in the first year of acquired physical disability. *Journal of Personal & Interpersonal Loss*, 4(4), 361–381. doi:10.1080/10811449908409742
- Elliott, T. R., Witty, T. E., Herrick, S. M., & Hoffman, J. T. (1991). Negotiating reality after physical loss: Hope, depression, and disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 608–613. doi:10.1037/0022-3514.61.4.608
- Ellison, C. G., & Fan, D. (2008). Daily Spiritual Experiences and Psychological Well-Being among US Adults. *Social Indicators Research*, 88(2), 247-271. doi:10.1007/s11205-007-9187-2
- Engum, A., Mykletun, A., Midthjell, K., Holen, A., & Dahl, A. A. (2005). Depression and diabetes: a large population-based study of sociodemographic, lifestyle, and clinical factors associated with depression in type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 28(8), 1904-1909. doi:10.2337/diacare.28.8.1904
- Erfani, S. S., & Abedin, B. (2018). Impacts of the use of social network sites on users' psychological well-being: A systematic review. *Journal of the Association for Information Science and Technology*, 69(7), 900-912. doi: 10.1002/asi.24015
- Falvo, D. (2005). *Medical and Psychosocial Aspects of Chronic Illness and Disability* (3rd ed.). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Fasczewski, K. S., Gill, D. L., & Rothberger, S. M. (2017). Physical activity motivation and benefits in people with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 40(13), 1517–1523. doi:10.1080/09638288.2017.1300946
- Ferguson, M. A., Kitterick, P. T., Chong, L. Y., Edmondson-Jones, M., Barker, F., & Hoare, D. J. (2017). Hearing aids for mild to moderate hearing loss in adults.

- Finlay-Jones, R., & Brown, G. W. (1981). Types of stressful life event and the onset of anxiety and depressive disorders. *Psychological Medicine*, *11*(4), 803–815. doi:10.1017/s0033291700041301
- Fitzgerald, T. E., Tennen, H., Affleck, G., & Pransky, G. S. (1993). The relative importance of dispositional optimism and control appraisals in quality of life after coronary artery bypass surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, *16*(1), 25–43. doi: 10.1007/BF00844753
- Flett, G. L., Baricza, C., Gupta, A., Hewitt, P. L., & Endler, N. S. (2011). Perfectionism, psychosocial impact and coping with irritable bowel disease: A study of patients with Crohn’s disease and ulcerative colitis. *Journal of Health Psychology*, *16*(4), 561–571. doi:10.1177/1359105310383601
- Fogarty, E., Walsh, C., McGuigan, C., Tubridy, N., & Barry, M. (2014). Direct and Indirect Economic Consequences of Multiple Sclerosis in Ireland. *Applied Health Economics and Health Policy*, *12*(6), 635–645. doi:10.1007/s40258-014-0128-3
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, *19*(9), 901–908. doi:10.1002/pon.1836
- Fontaine, K. R., Manstead, A. S. R., & Wagner, H. (1993). Optimism, perceived control over stress, and coping. *European Journal of Personality*, *7*(4), 267–281. doi:10.1002/per.2410070407
- Fournier, M., De Ridder, D., & Bensing, J. (2002). Optimism and adaptation to chronic disease: The role of optimism in relation to self-care options of type 1 diabetes mellitus, rheumatoid arthritis and multiple sclerosis. *British Journal of Health Psychology*, *7*(4), 409–432. doi:10.1348/135910702320645390
- Fredrickson, B. L. (1998). What Good Are Positive Emotions? *Review of General Psychology*, *2*(3), 300–319. doi:10.1037/1089-2680.2.3.300
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, *56*(3), 218–226. doi:10.1037/0003-066X.56.3.218
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity: Groundbreaking research reveals how to embrace the hidden strength of positive emotions, overcome negativity, and thrive*. Crown Publishers/Random House.

- Fredrickson, B. L., & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science, 13*(2), 172-175. doi:10.1111/1467-9280.00431
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of personality and social psychology, 95*(5), 1045–1062. doi:10.1037/a0013262
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C., & Tugade, M. M. (2000). The Undoing Effect of Positive Emotions. *Motivation and Emotion, 24*(4), 237-258. doi:10.1023/A:1010796329158
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What Good Are Positive Emotions in Crisis? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(2), 365-376. doi:10.1037/0022-3514.84.2.365
- Freedman, J. (1978). *Happy people: What happiness is, who has it, and why* (1st ed.). New York, NY: Harcourt Brace Jovanovich.
- Freeman, A. J. (2013). *The Relationship Between Optimism, Adaptation to Disability, and Quality of Life Among College Students with Disabilities* (Master Thesis). Florida State University. Retrieved from: http://purl.flvc.org/fsu/fd/FSU_migr_etd-8554
- Frey, B. S., & Stutzer, A. (2002). What Can Economists Learn from Happiness Research? *Journal of Economic Literature, 40*(2), 402-435. doi:10.1257/002205102320161320
- Friedman, L. C., Nelson, D. V., Baer, P. E., Lane, M., Smith, F. E., & Dworkin, R. J. (1992). The relationship of dispositional optimism, daily life stress, and domestic environment to coping methods used by cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine, 15*(2), 127-141. doi:10.1007/BF00848321
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and Why) is Positive Psychology? *Review of General Psychology, 9*(2), 103–110. doi:10.1037/1089-2680.9.2.103
- Gåfvels, C., Börjesson, B., & Lithner, F. (1991). The social consequences of insulin-treated diabetes mellitus in patients 20-50 years of age. An epidemiological case-control study. *Scandinavian Journal of Social Medicine, 19*(2), 86–93. doi:10.1177/140349489101900202

- Galanakis, M. , Stalikas, A. , Pezirkianidis, C., & Karakasidou, I. (2016) Reliability and Validity of the Modified Differential Emotions Scale (mDES) in a Greek Sample. *Psychology*, 7(1), 101-113. doi:10.4236/psych.2016.71012
- Garland, E. L., Fredrickson, B., Kring, A. M., Johnson, D. P., Meyer, P. S., & Penn, D. L. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 849–864. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.002
- Geers, A. L., Wellman, J. A., Fowler, S. L., Helfer, S. G., & France, C. R. (2010). Dispositional Optimism Predicts Placebo Analgesia. *The Journal of Pain*, 11(11), 1165–1171. doi:10.1016/j.jpain.2010.02.014
- Gerich, J., & Fellingner, J. (2012). Effects of Social Networks on the Quality of Life in a Elder and Middle-Age Deaf Community Sample. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17(1), 102–115. doi:10.1093/deafed/enr022
- Ghafari, S., Fallahi-Khoshknab, M., Nourozi, K., & Mohammadi, E. (2015). Patients' experiences of adapting to multiple sclerosis: a qualitative study. *Contemporary Nurse*, 50(1), 36–49. doi:10.1080/10376178.2015.1010252
- Ghaith, G. (2003). The relationship between forms of instruction, achievement and perceptions of classroom climate. *Educational Research*, 45(1), 83-93. doi:10.1080/0013188032000086145
- Ghasemi, N., Razavi, S., & Nikzad, E. (2017). Multiple Sclerosis: Pathogenesis, Symptoms, Diagnoses and Cell-BasedTherapy. *Cell Journal*, 19(1), 1-10. doi:10.22074/cellj.2016.4867
- Gil, K. M., Carson, J. W., Porter, L. S., Scipio, C., Bediako, S. M., & Orringer, E. (2004). Daily mood and stress predict pain, health care use, and work activity in African American adults with sickle-cell disease. *Health Psychology Journal*, 23(3), 267-274. doi:10.1037/0278-6133.23.3.267
- Giltay, E. J., Geleijnse, J. M., Zitman, F. G., Hoekstra, T., & Schouten, E. G. (2004). Dispositional Optimism and All-Cause and Cardiovascular Mortality ina Prospective Cohort of Elderly Dutch Men and Women. *Archives of General Psychiatry*, 61(11), 1126-1135. doi:10.1001/archpsyc.61.11.1126
- Gladow, N. W., & Ray, M. P. (1986). The impact of informal support systems on the well being of low income single parents. *Family Relations: An*

- Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 35(1), 113–123. doi:10.2307/584290
- Gloria, C. T., & Steinhardt, M. A. (2014). Relationships Among Positive Emotions, Coping, Resilience and Mental Health. *Stress and Health*, 32(2), 145–156. doi:10.1002/smi.2589
- Goldenberg, M. M. (2012). Multiple sclerosis review. *P & T: a peer-reviewed journal for formulary management*, 37(3), 175–184.
- Graziano, F., Calandri, E., Borghi, M., & Bonino, S. (2019). Adjustment to multiple sclerosis and identity satisfaction among newly diagnosed women: what role does motherhood play? *Women Health*, 60(3), 271-283. doi:10.1080/03630242.2019.1626789
- Gregg, E. W., Cheng, Y. J., Cadwell, B. L., Imperatore, G, Williams, D. E., Flegal, K. M., Narayan, K. M., & Williamson, D. F. (2005). Secular trends in cardiovascular disease risk factors according to body mass index in US adults. *JAMA*, 293(15), 1868-1874. doi:10.1001/jama.293.15.1868
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 336-343. doi: 10.1037/0022-006X.75.2.336
- Groomes, D. A. G., & Linkowski, D. C. (2007). Examining the structure of the revised Acceptance of Disability Scale. *Journal of Rehabilitation*, 73(3), 3-9.
- Grote, N. K., & Bledsoe, S. E. (2007) Predicting postpartum depressive symptoms in new mothers: The role of optimism and stress frequency during pregnancy. *Health & Social Work*, 32(2), 107–118. doi:10.1093/hsw/32.2.107
- Grow, S. J. L., Towers, A., Yeung, P., Alpass, F., & Stephens, C. (2015). The Relationship between Loneliness and Perceived Quality of Life among Older Persons with Visual Impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 109(6), 487–499. doi:10.1177/0145482x1510900606
- Gruber-Baldini, A. L., Ye, J., Anderson, K. E., & Shulman, L. M. (2009). Effects of optimism/pessimism and locus of control on disability and quality of life in Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 15(9), 665–669. doi:10.1016/j.parkreldis.2009.03.005

- Gruet, M. (2018). Fatigue in Chronic Respiratory Diseases: Theoretical Framework and Implications For Real-Life Performance and Rehabilitation. *Frontiers in Physiology*, 9. doi:10.3389/fphys.2018.01285
- Guercio, B. J., Zhang, S., Ou, F. S., Venook, A. P., Niedzwiecki, D., Lenz, H. J., Innocenti, F., O'Neil, B. H., Shaw, J. E., Polite, B. N., Hochster, H. S., Atkins, J. N., Goldberg, R. M., Sato, K., Ng, K., Van Blarigan, E., Mayer, R. J., Blanke, C. D., O'Reilly, E. M., Fuchs, C. S., & Meyerhardt, J. A. (2019). Associations of Physical Activity With Survival and Progression in Metastatic Colorectal Cancer: Results From Cancer and Leukemia Group B (Alliance)/SWOG 80405. *Journal of Clinical Oncology*, 37(29), 2620-2631. doi:10.1200/JCO.19.01019
- Halding, A.-G., & Hegdal, K. (2011). Patients' experiences of health transitions in pulmonary rehabilitation. *Nursing Inquiry*, 19(4), 345–356. doi:10.1111/j.1440-1800.2011.00573.x
- Hale, C. J., Hannum, J. W., & Espelage, D. L. (2005). Social support and physical health: The importance of belonging. *Journal of American College Health*, 53(6), 276–284. doi: 10.3200/JACH.53.6.276-284
- Hallberg, L. R.-M., Erlandsson, S. I., & Carlsson, S. G. (1992). Coping strategies used by middle-aged males with noise-induced hearing loss, with and without tinnitus. *Psychology & Health*, 7(4), 273–288. doi:10.1080/08870449208403157
- Han, J. H., Lee, H. J., Jung, J., & Park, E.-C. (2018). Effects of self-reported hearing or vision impairment on depressive symptoms: a population-based longitudinal study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(3), 343-355. doi:10.1017/s2045796018000045
- Handicaps Welfare Association (2018). *General Information on physical disabilities*. Retrieved from: <https://hwa.org.sg/general-information-on-physical-disabilities/>
- Hangül, M., Pekcan, S., Köse, M., Acıcan, D., Şahlar, T. E., Erdoğan, M., Kendirci, M., Güney, D., Öznaruz, H., Demir, O., Ercan, Ö., & Göçlü, F. (2019). The Incidence of Cystic Fibrosis in the Central Region of Anatolia in Turkey Between 2015 and 2016. *Balkan Medical Journal*, 36(3), 179–183. doi:10.4274/balkanmedj.galenos.2018.2018.1332

- Harbo, H. F., Gold, R., & Tintoré, M. (2013). Sex and gender issues in multiple sclerosis. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, *6*(4), 237-248. doi:10.1177/1756285613488434
- Hart, S. L., Vella, L., & Mohr, D. C. (2008). Relationships among depressive symptoms, benefit-finding, optimism, and positive affect in multiple sclerosis patients after psychotherapy for depression. *Health Psychology*, *27*(2), 230–238. doi:10.1037/0278-6133.27.2.230
- Hartley, S. M., Vance, D. E., Elliott, T. R., Cuckler, J. M., & Berry, J. W. (2008). Hope, self-efficacy, and functional recovery after knee and hip replacement surgery. *Rehabilitation Psychology*, *53*(4), 521–529. doi:10.1037/a0013121
- Headey, B., Muffels, R., & Wooden, M. (2008). Money Does not Buy Happiness: Or Does It? A Reassessment Based on the Combined Effects of Wealth, Income and Consumption. *Social Indicators Research*, *87*(1), 65–82. doi:10.1007/s11205-007-9146-y
- Headey, B., Veenhoven, R., & Wearing, A. (1991). Top-down versus bottom-up theories of subjective well-being. *Social Indicators Research*, *24*(1), 81–100. doi:10.1007/BF00292652
- Helms, S. W., Dellon, E. P., & Prinstein, M. J. (2014). Friendship Quality and Health-Related Outcomes Among Adolescents With Cystic Fibrosis. *Journal of Pediatric Psychology*, *40*(3), 349–358. doi:10.1093/jpepsy/jsu063
- Herbert, L. B., Zerkowski, K., O'Brien, S., Leonard, K. V., & Bhowmick, A. (2019). Impact on interpersonal relationships among patients with multiple sclerosis and their partners. *Neurodegenerative Disease Management*, *9*(3), 173-189. doi:10.2217/nmt-2018-0045
- Hernandez Trillo, A., & Dickinson, C. M. (2012). The Impact of Visual and Nonvisual Factors on Quality of Life and Adaptation in Adults with Visual Impairment. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, *53*(7), 4234-4241. doi:10.1167/iovs.12-9580
- Hirsch, J. K., & Sirois, F. M. (2014). Hope and fatigue in chronic illness: The role of perceived stress. *Journal of Health Psychology*, *21*(4), 451–456. doi:10.1177/1359105314527142

- Holman, J. A., Drummond, A., Hughes, S. E., & Naylor, G. (2019). Hearing impairment and daily-life fatigue: a qualitative study. *International Journal of Audiology*, *58*(7), 408-416. doi:10.1080/14992027.2019.1597284
- Hooker, K., Monahan, D., Shifren, K., & Hutchinson, C. (1992). Mental and physical health of spouse caregivers: The role of personality. *Psychology and Aging*, *7*(3), 367-375. doi:10.1037/0882-7974.7.3.367
- Hosseini, N., Sharif, F., Ahmadi, F., & Zare, M. (2010). Striving for balance: Coping with epilepsy in Iranian patients. *Epilepsy & Behavior*, *18*(4), 466-471. doi:10.1016/j.yebeh.2010.05.022
- Hou, W. K., Law, C. C., Yin, J., & Fu, Y. T. (2010). Resource loss, resource gain, and psychological resilience and dysfunction following cancer diagnosis: A growth mixture modeling approach. *Health Psychology*, *29*(5), 484-495. doi:10.1037/a0020809
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). *Social relationships and health. Science*, *241*(4865), 540-545. doi:10.1126/science.3399889
- Huang, E. S., Laiteerapong, N., Liu, J. Y., John, P. M., Moffet, H. H., & Karter, A. J. (2014). Rates of complications and mortality in older patients with diabetes mellitus: the diabetes and aging study. *JAMA Internal Medicine*, *174*(2), 251-258. doi:10.1001/jamainternmed.2013.12956
- Huffman, J. C., Albanese, A. M., Campbell, K. A., Celano, C. M., Millstein, R. A., Mastromauro, C. A., Healy, B. C., Chung, W.-J., Januzzi, J. L., Collins, L. M., & Park, E. R. (2017). The Positive Emotions after Acute Coronary Events behavioral health intervention: Design, rationale, and preliminary feasibility of a factorial design study. *Clinical Trials*, *14*(2), 128-139. doi:10.1177/1740774516673365
- Huffman, J. C., DuBois, C. M., Millstein, R. A., Celano, C. M., & Wexler, D. (2015). Positive Psychological Interventions for Patients with Type 2 Diabetes: Rationale, Theoretical Model, and Intervention Development. *Journal of Diabetes Research*, *2015*. doi:10.1155/2015/428349
- Huffman, J. C., Legler, S. R., & Boehm, J. K. (2017). Positive psychological well-being and health in patients with heart disease: a brief review. *Future Cardiology*, *13*(5), 443-450. doi:10.2217/fca-2017-0016

- Hui, C., Tadi, P., & Patti, L. (2021). *Ischemic Stroke*. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Humes, L. E., Wilson, D. L., Barlow, N. N., Garner, C. B., & Amos, N. (2002). Longitudinal changes in hearing aid satisfaction and usage in the elderly over a period of one or two years after hearing aid delivery. *Ear & Hearing, 23*(5), 428–438. doi:10.1097/00003446-200210000-00005
- Hurdle, D. E. (2001). Social support: A critical factor in women's health and health promotion. *Health and Social Support, 26*(2), 72–79. doi:10.1093/hsw/26.2.72
- Hurt, C. S., Burn, D. J., Hindle, J., Samuel, M., Wilson, K., & Brown, R. G. (2013). Thinking positively about chronic illness: An exploration of optimism, illness perceptions and well-being in patients with Parkinson's disease. *British Journal of Health Psychology, 19*(2), 363–379. doi:10.1111/bjhp.12043
- Ighodaro, O., M., & Adeosun, A., M. (2017). Vascular Complications in Diabetes Mellitus. *The Lancet Diabetes & Endocrinology, 1*(2), 1-3. doi:10.31031/GJEM.2017.01.000506
- Igler, E. C., Sejkora, E. K., Austin, J. E., & Davies, W. H. (2020). Friendship changes following a friend's school absence after serious illness or injury. *Journal of Child Health Care, 24*(2), 233-245. doi:10.1177/1367493519853437
- Ilaghi, T., Pouraboli, B., Abazari, F., & Kazemi, M. (2017). The Effect of Group Hope Therapy on Happiness of Patients with Type II Diabetes Who Referred To A Diabetic Clinic at Southeast of Iran. *Journal of Nursing & Healthcare, 2*(2).
- Ilhan, B., Idil, A., & Ilhan, I. (2020). Sports participation and quality of life in individuals with visual impairment. *Irish Journal of Medical Science, 190*(1), 429-436. doi:10.1007/s11845-020-02285-5
- Irvine, H., Davidson, C., Hoy, K., & Lowe-Strong, A. (2009). Psychosocial adjustment to multiple sclerosis: Exploration of identity redefinition. *Disability and Rehabilitation, 31*(8), 599–606. doi:10.1080/09638280802243286
- Irving, L. M., Snyder, C. R., & Crowson, J. J. Jr (1998). Hope and coping with cancer by college women. *Journal of Personality, 66*(2), 195–214. doi:10.1111/1467-6494.00009

- Iturralde, E., Weissberg-Benchell, J., & Hood, K. K. (2017). Avoidant coping and diabetes-related distress: Pathways to adolescents' Type 1 diabetes outcomes. *Health Psychology, 36*(3), 236–244. doi:10.1037/hea0000445
- Jackson, W. T., Taylor, R. E., Palmatier, A. D., Elliott, T. R., & Elliott, J. L. (1998). *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 5*(2), 173–185. doi:10.1023/a:1026259115029
- Jacobson, A. M., Hauser, S. T., Willett, J. B., Wolfsdorf, J. I., Dvorak, R., Herman, L., & Groot, M. D. (1997). Psychological Adjustment to IDDM: 10-Year Follow-Up of an Onset Cohort of Child and Adolescent Patients. *Diabetes Care, 20*(5), 811–818. doi:10.2337/diacare.20.5.811
- Jamadar, C., & Swamy, I. C. (2020). Influence of Lifestyle on Happiness of Persons with type-2 Diabetes Mellitus. *British Journal of Psychology Research, 8*(4), 31-38.
- Jaracz, K., Pawlak, M., Górna, K., Kołcz, B., Wołoszyn, D., & Kozubski, W. (2010). Quality of life and social support in patients with multiple sclerosis. *Neurologia i Neurochirurgia Polska, 44*(4), 358–365. doi:10.1016/s0028-3843(14)60295-4
- Jaser, S. S., Patel, N., Linsky, R., & Whittemore, R. (2014). Development of a Positive Psychology Intervention to Improve Adherence in Adolescents With Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Health Care, 28*(6), 478–485. doi:10.1016/j.pedhc.2014.02.008
- Jaworski, M., & Adamus, M. M. (2015). Health suggestibility, optimism and sense of responsibility for health in diabetic patients. *International Journal of Diabetes in Developing Countries, 36*(3), 290–294. doi:10.1007/s13410-015-0435-8
- Jetten, J., Haslam, C., & Haslam, S. A. (Eds.) (2012). *The social cure: Identity, health and well-being*. Psychology Press.
- Jiao, J., Heyne, M. M., & Lam, C. S. (2012). Acceptance of Disability among Chinese Individuals with Spinal Cord Injuries: The Effects of Social Support and Depression. *Psychology, 3*(9A), 775-781. doi:10.4236/psych.2012.329117
- Johnson, D. W., & Johnson, R. (1989). *Learning Together and Alone*. N.J.: Prentice Hall.
- Jordan, C., Sin, J., Fear, N. T., & Chalder, T. (2016). A systematic review of the psychological correlates of adjustment outcomes in adults with inflammatory

- bowel disease. *Clinical Psychology Review*, 47, 28–40. doi:10.1016/j.cpr.2016.06.001
- Kahn, S. E., Cooper, M. E., & Del Prato, S. (2014). Pathophysiology and treatment of type 2 diabetes: perspectives on the past, present, and future. *The Lancet*, 383, 1068–1083. doi:10.1016/s0140-6736(13)62154-6
- Kaliterna Lipovcan, L. J., & Prizmic-Larsen, Z. (2006). What makes Croats Happy? Predictors of Happiness in Representative Sample in Dimensions of Well-Being. In A. Delle Fave (Ed.), *Dimensions of Well-Being. Research and Intervention* (pp. 53-59). Milano: FrancoAngeli.
- 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 MultiPIE Sclerosis Study (IMPrESS)*. The London School of Economics and Political Science, London, UK.
- Kasper, D. L., Hauser, S. L., Jameson, J. L., Fauci, A. S., Longo, D. L., & Loscalzo, J. (2015). *Harrison's principles of internal medicine* (19th ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- Katon, W. J., Richardson, L., Lozano, P., & McCauley, E. (2004). The relationship of asthma and anxiety disorders. *Psychosomatic Medicine*, 66(3), 349-355. doi:10.1097/01.psy.0000126202.89941.ea
- Katsarou, A., Gudbjörnsdottir, S., Rawshani, A., Dabelea, D., Bonifacio, E., Anderson, B., J., Jacobsen, L., M., Schatz, D., A., & Lernmark, Å. (2017). Type 1 diabetes mellitus. *Nature Reviews Disease Primers*, 3. doi:10.1038/nrdp.2017.16
- Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458–467. doi:10.1093/jurban/78.3.458
- Kef, S. (2002). Psychosocial Adjustment and the Meaning of Social Support for Visually Impaired Adolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 96(1), 22–37. doi:10.1177/0145482X0209600104
- Kehn, D. J. (1995). Predictors of elderly happiness. *Activities, Adaptation & Aging*, 19(3), 11–30. doi:10.1300/J016v19n03_02
- Kelly, S. D., Howe, C. J., Hendler, J. P., & Lipman, T. H. (2005). Disordered eating behaviors in youth with type 1 diabetes. *The Diabetes educator*, 31(4), 572-583. doi:10.1177/0145721705279049

- Kennedy, P., Evans, M., & Sandhu, N. (2009). Psychological adjustment to spinal cord injury: The contribution of coping, hope and cognitive appraisals. *Psychology, Health & Medicine, 14*(1), 17–33. doi:10.1080/13548500802001801
- Kent, B., & La Grow, S. (2007). The role of hope in adjustment to acquired hearing loss. *International Journal of Audiology, 46*(6), 328–340. doi:10.1080/14992020701261389
- Kepka, S., Baumann, C., Anota, A., Buron, G., Spitz, E., Auquier, P., Guillemin, F., & Mercier, M. (2013). The relationship between traits optimism and anxiety and health-related quality of life in patients hospitalized for chronic diseases: data from the SATISQOL study. *Health and Quality of Life Outcomes, 11*(1). doi:10.1186/1477-7525-11-134
- KhalediSardashti, F., Ghazavi, Z., Keshani, F., & Smaeilzadeh, M. (2018). Effect of hope therapy on the mood status of patients with diabetes. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 23*(4), 281-286. doi:10.4103/ijnmr.IJNMR_36_16
- Khoo, S.-A., & Bishop, G. D. (1997). Stress and optimism: Relationships to coping and well-being. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient, 40*(1), 29–40.
- Kiani, J., Hajiuni, A., Gholizadeh, F., & Abbasi, F. (2019). Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Hope Therapy on Quality of Life, Life Expectancy and Resiliency in Patients with Thalassemia. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, 27*(4), 1482-1495. doi:10.18502/ssu.v27i4.1357
- Kiebles, J. L., Doerfler, B., & Keefer, L. (2010). Preliminary evidence supporting a framework of psychological adjustment to inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases, 16*(10), 1685–1695. doi:10.1002/ibd.21215
- Kim, J. H., McMahon, B. T., Hawley, C., Brickham, D., Gonzalez, R., & Lee, D.-H. (2016). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Virtue Based Model. *Journal of Occupational Rehabilitation, 26*(1), 45–55. doi:10.1007/s10926-015-9622-1
- Kim, J., Kim, M., MaloneBeach, E., & Han, A. (2015). A Study of Health Perception, Disability Acceptance, and Life Satisfaction Based on Types of Leisure

- Activity Among Koreans with a Physical Disability. *Applied Research in Quality of Life*, 11(3), 791–804. doi:10.1007/s11482-015-9397-8
- Kim, S. Y., Kim, H.-J., Park, E.-K., Joe, J., Sim, S., & Choi, H. G. (2017). Severe hearing impairment and risk of depression: A national cohort study. *PLOS ONE*, 12(6). doi:10.1371/journal.pone.0179973
- Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives. *Psychological Review*, 82(1), 1–25. doi:10.1037/h0076171
- Ko, H.-Y., Lee, J.-K., Shin, J.-Y., & Jo, E. (2015). Health-Related Quality of Life and Cardiovascular Disease Risk in Korean Adults. *Korean Journal of Family Medicine*, 36(6), 349-356. doi:10.4082/kjfm.2015.36.6.349
- Köpke, S., Solari, A., Rahn, A., Khan, F., Heesen, C., & Giordano, A. (2018). Information provision for people with multiple sclerosis (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10). doi:10.1002/14651858.CD008757.pub3
- Kore, R., & Venkatraman, S. (2017). A study on Hope, Stress and Self-Efficacy in Parents of Children with Intellectual Disability. *Indian Journal of Mental Health*, 4(3), 243-251. doi:10.30877/IJMH.4.3.2017.243-251
- Kortte, K. B., Gilbert, M., Gorman, P., & Wegener, S. T. (2010). Positive psychological variables in the prediction of life satisfaction after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 40–47. doi:10.1037/a0018624
- Koutras, D. N. (2014). Friendship in Aristotle. *Diotima: Revue de Recherche Philosophique*, 42, 56-62.
- Kovacs, M., Goldston, D., Obrosky, D. S., & Bonar, L. K. (1997). Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. *Diabetes Care*, 20(1), 36-44. doi:10.2337/diacare.20.1.36
- Kraai, I. H., Vermeulen, K. M., Hillege, H. L., Jaarsma, T., & Hoekstra, T. (2017). Optimism and quality of life in patients with heart failure. *Palliative and Supportive Care*, 16(6), 725-731. doi:10.1017/s1478951517001055
- Kroemeke, A., & Jankiewicz, D. (2013). The emotional state of Crohn's disease patients: the function of gender, disease stage and duration. *Gastroenterologia Polska*, 20(2), 41-44.
- Krokavcova, M., Van Dijk, J. P., Nagyova, I., Rosenberger, J., Gavelova, M., Middel, B., Gdovinova, Z., & Groothoff, J. W. (2008). Social support as a predictor of

- perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Patient Education and Counseling*, 73(1), 159–165. doi:10.1016/j.pec.2008.03.019
- Kroksmark, U., & Nordell, K. (2001). Adolescence: The Age of Opportunities and Obstacles for Students with Low Vision in Sweden. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 95(4), 213–225. doi:10.1177/0145482X0109500403
- Kubzansky, L. D., Boehm, J. K., Allen, A. R., Vie, L. L., Ho, T. E., Trudel-Fitzgerald, C., Koga, H. K., Scheier, L. M., & Seligman, M. E. P. (2020). Optimism and risk of incident hypertension: a target for primordial prevention. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29. doi:10.1017/s2045796020000621
- Kubzansky, L. D., Sparrow, D., Vokonas, P., & Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosomatic Medicine*, 63(6), 910–916. doi:10.1097/00006842-200111000-00009
- Kubzansky, L. D., Wright, R. J., Cohen, S., Weiss, S., Rosner, B., & Sparrow, D. (2002). Breathing easy: a prospective study of optimism and pulmonary function in the normative aging study. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(4), 345–53. doi:10.1207/S15324796ABM2404_11
- Kukla, A. (1972). Attributional determinants of achievement-related behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 21(2), 166–174. doi:10.1037/h0032244
- Kumaran, S. E., Khadka, J., Baker, R., & Pesudovs, K. (2019). Functional limitations recognised by adults with amblyopia and strabismus in daily life: a qualitative exploration. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 39(3), 131–140. doi:10.1111/opo.12610
- Kvillemo, P., & Bränström, R. (2014). Coping with Breast Cancer: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 9(11). doi:10.1371/journal.pone.0112733
- La Grow, S., Yeung, P., Towers, A., Alpass, F., & Stephens, C. (2011). Determinants of the Overall Quality of Life of Older Persons who have Difficulty Seeing: The Importance of the Ability to Get Around. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 105(10), 720–730. doi:10.1177/0145482x1110501018
- Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., Casaña-Granell, S., Prado-Gascó, V. J., Pérez-Marín, M., & Montoya-Castilla, I. (2018). Questionnaire on adaptation to type 1 diabetes among children and its relationship to psychological

- disorders. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. doi:10.1590/1518-8345.2759.3088
- Lamers, S. M. A., Bolier, L., Westerhof, G. J., Smit, F., & Bohlmeijer, E. T. (2011). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(5), 538–547. doi:10.1007/s10865-011-9379-8
- Larsen, P. D. (1990). Psychosocial adjustment in multiple sclerosis. *Rehabilitation Nursing*, 15(5), 242–247. doi:10.1002/j.2048-7940.1990.tb01485.x
- Larsson, K., Lööf, L., & Nordin, K. (2016). Stress, coping and support needs of patients with ulcerative colitis or Crohn's disease: a qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(5-6), 648–657. doi:10.1111/jocn.13581
- Lathia, N., Sandstrom, G. M., Mascolo, C., & Rentfrow, P. J. (2017). Happier People Live More Active Lives: Using Smartphones to Link Happiness and Physical Activity. *PLoS ONE*, 12(1). doi:10.1371/journal.pone.0160589
- Lau, D. T., & Nau, D. P. (2004). Oral Antihyperglycemic Medication Nonadherence and Subsequent Hospitalization Among Individuals With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 27(9), 2149–2153. doi:10.2337/diacare.27.9.2149
- Laursen, B., & Collins, W. A. (2011). *Relationship pathways: From adolescence to young adulthood*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lavorgna, L., Lanzillo, R., Brescia Morra, V., Abbadessa, G., Tedeschi, G., & Bonavita, S. (2017). Social Media and Multiple Sclerosis in the Posttruth Age. *Interactive Journal of Medical Research*, 6(2). doi:10.2196/ijmr.7879
- Lavorgna, L., Russo, A., De Stefano, M., Lanzillo, R., Esposito, S., Moshtari, F., Rullani, F., Piscopo, K., Buonanno, D., Brescia Morra, V., Gallo, A., Tedeschi, G., & Bonavita, S. (2017). Health-Related Coping and Social Interaction in People with Multiple Sclerosis Supported by a Social Network: Pilot Study With a New Methodological Approach. *Interactive Journal of Medical Research*, 6(2). doi:10.2196/ijmr.7402
- Law, M. R., Morris, J. K., & Wald, N. J. (2009). Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ*, 338. doi: 10.1136/bmj.b1665
- Layard, R., & Dunn, J. (2009). *A Good Childhood: Searching for Values in a Competitive Age*. UK: Penguin Books.

- Leander, M., Cronqvist, A., Janson, C., Uddenfeldt, M., & Rask-Andersen, A. (2009). Non-respiratory Symptoms and Well-Being in Asthmatics from a General Population Sample. *Journal of Asthma*, 46(6), 552–559. doi:10.1080/02770900902866743
- Lestari, R., & Fajar, M. (2020). Gratitude, Self-Esteem and Optimism in People with Physical Disabilities. *Prizren Social Science Journal*, 4(2), 14-21. doi:10.32936/pssj.v4i2.150
- Levine, J., & Blackburn, A. R. (1946). Rehabilitation of the newly blinded. *Journal of Clinical Psychology*, 2(2), 140–145. doi:10.1002/1097-4679(194604)2:2<140::aid-jclp2270020209>3.0.co;2-s
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261-70. doi:10.1037//0022-3514.83.2.261
- Lewin, K. (1935). *A Dynamic Theory Of Personality* (1st ed.). New York and London: McGraw-Hill Book Company, Inc.
- Lichtenstein, G. R., Loftus, E. V., Isaacs, K. L., Regueiro, M. D., Gerson, L. B., & Sands, B. E. (2018). ACG Clinical Guideline: Management of Crohn’s Disease in Adults. *The American Journal of Gastroenterology*, 113(4), 481–517. doi:10.1038/ajg.2018.27
- Lifshitz, H., Hen, I., & Weisse, I. (2007). Self-concept, Adjustment to Blindness, and Quality of Friendship Among Adolescents with Visual Impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 101(2), 96-107. doi:10.1177/0145482X0710100204
- Li-Korotky, H.-S. (2012). Age-Related Hearing Loss: Quality of Care for Quality of Life. *The Gerontologist*, 52(2), 265–271. doi:10.1093/geront/gnr159
- Lima, M. G., Barros, M. B. A., César, C. L. G., Goldbaum, M., Carandina, L., & Alves, M. C. G. P. (2011). Comportamentos relacionados à saúde e qualidade de vida em idosos: um estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 45(3), 485-93. doi:10.1590/S0034-89102011000300006
- Linkowski, D. C. (1971). A Scale to Measure Acceptance of Disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 14(4), 236-244.
- Liu, D., & Baumeister, R. F. (2016). Social networking online and personality of self-worth: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 64, 79-89. doi:10.1016/j.jrp.2016.06.024

- Liu, S.-Y., Huang, J., Dong, Q.-L., Li, B., Zhao, X., Xu, R., & Yin, H.-F. (2020). Diabetes distress, happiness, and its associated factors among type 2 diabetes mellitus patients with different therapies. *Medicine*, 99(11). doi:10.1097/md.00000000000018831
- Livneh, H. (1986). A unified approach to existing models of adaptation to disability: II. Intervention strategies. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 17(2), 6–10.
- Livneh, H. (2019). The use of generic avoidant coping scales for psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A systematic review. *Health Psychology Open*, 6(2). doi:10.1177/2055102919891396
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Aspen Publishers.
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (2005). Psychosocial Adaption to Chronic Illness and Disability: A Primer for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, 83(1), 12-20. doi:10.1002/j.1556-6678.2005.tb00575.x
- Livneh, H., & Martz, E. (2012). Adjustment to Chronic Illness and Disabilities: Theoretical Perspectives, Empirical Findings, and Unresolved Issues. In P. Kennedy (Ed.), *The Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology* (pp. 47-87). New York, NY: Oxford University Press.
- Livneh, H., & Martz, E. (2014). Coping strategies and resources as predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 59(3), 329–339. doi:10.1037/a0036733
- Livneh, H., & Martz, E. (2015). Psychosocial Adaptation to Disability Within the Context of Positive Psychology: Philosophical Aspects and Historical Roots. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(1), 13–19. doi:10.1007/s10926-015-9601-6
- Lloyd, C. E., & Orchard, T. J. (1999). Physical and psychological well-being in adults with Type 1 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 44(1), 9–19. doi:10.1016/s0168-8227(99)00004-2
- Lloyd, C. E., Robinson, N., & Fuller, J. H. (1992). Education and Employment Experiences in Young Adults with Type 1 Diabetes Mellitus. *Diabetic Medicine*, 9(7), 661–666. doi:10.1111/j.1464-5491.1992.tb01863.x
- Lo, F.-S., Hsu, H.-Y., Chen, B.-H., Lee, Y.-J., Chen, Y.-T., & Wang, R.-H. (2014). Factors affecting health adaptation of Chinese adolescents with type 1

- diabetes. *Journal of Child Health Care*, 20(1), 5–16. doi:10.1177/1367493514540815
- Lobentanz, I. S., Asenbaum, S., Vass, K., Sauter, C., Klosch, G., Kollegger, H., Kristoferitsch, W., & Zeitlhofer, J. (2004). Factors influencing quality of life in multiple sclerosis patients: disability, depressive mood, fatigue and sleep quality. *Acta Neurologica Scandinavica*, 110(1), 6–13. doi:10.1111/j.1600-0404.2004.00257.x
- 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*, 8, 683-692. doi:10.2147/ppa.s58813
- Lopez, S. J., & Snyder, C. R. (2011). *The Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed.). New York, NY, USA: Oxford University Press.
- Lopez, S. J., Pedrotti, J. P., & Snyder, C. R. (2018). *Positive Psychology: The Scientific and Practical Explorations of Human Strength* (4th ed.). London Sage.
- Lopez-Vargas, P. A., Tong, A., Phoon, R. K., Chadban, S. J., Shen, Y., & Craig, J. C. (2014). Knowledge deficit of patients with stage 1-4 CKD: A focus group study. *Nephrology*, 19(4), 234–243. doi:10.1111/nep.12206
- Lorant, V., Delière, D., Eaton, W., Robert, A., Philpott, P., & Anseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98–112. doi:10.1093/aje/kwf182
- Lord, J. H., Rumburg, T. M., & Jaser, S. S. (2015). Staying Positive: Positive Affect as a Predictor of Resilience in Adolescents With Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(9), 968–977. doi:10.1093/jpepsy/jsv042
- Lori Gayle, H. (2014). Social-Emotional Development in Children with Hearing Loss. *Theses and Dissertations--Communication Sciences and Disorders*, 4. https://uknowledge.uky.edu/commdisorders_etds/4
- Lu, L., & Shih, J. B. (1997). Personality and happiness: Is mental health a mediator? *Personality and Individual Differences*, 22(2), 249-256. doi:10.1016/S0191-8869(96)00187-0
- Ludt, S., Wensing, M., Szecsenyi, J., Van Lieshout, J., Rochon, J., Freund, T., Campbell, S. M., & Ose, D. (2011). Predictors of Health-Related Quality of

- Life in Patients at Risk for Cardiovascular Disease in European Primary Care. *PLoS ONE*, 6(12). doi:10.1371/journal.pone.0029334
- Lulé, D., Pauli, S., Altintas, E., Singer, U., Merk, T., Uttner, I., Birbaumer, N., & 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
- Lyrakos, G. N., Damigos, D., Mavreas, V., Kostopanagiotou, G., & Dimoliatis, I. D. K. (2009). A Translation and Validation Study of the Life Orientation Test Revised in the Greek Speaking Population of Nurses among Three Hospitals in Athens and Ioannina. *Social Indicators Research*, 95(1), 129–142. doi:10.1007/s11205-009-9453-6
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–855. doi:10.1037/0033-2909.131.6.803
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of General Psychology*, 9(2), 111–131. doi:10.1037/1089-2680.9.2.111
- Ma, L., Li, Y., & Feng, M. (2015). Positive emotion and cardiovascular disease in elderly people. *International journal of clinical and experimental medicine*, 8(5), 6682–6686.
- Maharani, A., Pendleton, N., & Leroi, I. (2019). Hearing impairment, loneliness, social isolation and cognitive function: Longitudinal analysis using English Longitudinal Study on Ageing. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(12), 1348-1356. doi:10.1016/j.jagp.2019.07.010
- Maheri, A., Sadeghi, R., Shojaeizadeh, D., Tol, A., Yaseri, M., & Rohban, A. (2018). Depression, Anxiety, and Perceived Social Support among Adults with Beta-Thalassemia Major: Cross-Sectional Study. *Korean Journal of Family Medicine*, 39(2), 101-107. doi:10.4082/kjfm.2018.39.2.101
- Makaremnia, S., Dehghan Manshadi, M., & Khademian, Z. (2021). Effects of a positive thinking program on hope and sleep quality in Iranian patients with thalassemia: A randomized clinical trial. *BMC Psychology*, 9(1). doi: 10.1186/s40359-021-00547-0

- Malikiosi-Loizos, M., & Anderson, L. R. (1999). Accessible friendships, inclusive friendships, reciprocated friendships as related to social and emotional loneliness in Greece and the USA. *European Psychologist*, 4(3), 165–178. doi:10.1027/1016-9040.4.3.165
- Mallory, P. (2012). Political friendship in the era of ‘the social’: Theorizing personal relations with Alexis de Tocqueville. *Journal of Classical Sociology*, 12(1), 22–42. doi:10.1177/1468795X11433705
- Malouff, J. M., & Schutte, N. S. (2016). Can psychological interventions increase optimism? A meta-analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(6), 594–604. doi:10.1080/17439760.2016.1221122
- Marini, I., & Stebnicki, A. M. (2018). *The Psychological and Social Impact of Illness and Disability* (7th ed.). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Marini, I., Glover-Graf, M. N., & Millington, J. M. (2012). *Psychosocial Aspects of Disability: Insider Perspectives and Counseling Strategies*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Marks, G. N., & Fleming, N. (1999). Influences and consequences of well-being among Australian young people: 1980–1995. *Social Indicators Research*, 46(3), 301–323. doi:10.1023/A:1006928507272
- Martos, T., Thege, B. K., & Steger, M. F. (2010). It’s Not Only What You Hold, It’s How You Hold It: Dimensions of Religiosity and Meaning in Life. *Personality and Individual Differences*, 49(8), 863-868. doi:10.1016/j.paid.2010.07.017
- Martz, E., & Livneh, H. (2015). Psychosocial Adaptation to Disability Within the Context of Positive Psychology: Findings from the Literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(1), 4–12. doi:10.1007/s10926-015-9598-x
- Massey, C. N., Feig, E. H., Duque-Serrano, L., & Huffman, J.C. (2017). Psychological Well-Being and Type 2 Diabetes. *Current Research in Diabetes & Obesity Journal*, 4(4). doi:10.19080/crdoj.2017.04.555641
- 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*, 147, 118-133. doi:10.1016/j.diabres.2018.11.014
- Matini, L., & Ogden, J. (2016). A qualitative study of patients’ experience of living with inflammatory bowel disease: A preliminary focus on the notion of

- adaptation. *Journal of Health Psychology*, 21(11), 2493–2502. doi:10.1177/1359105315580463
- Matthews, K. A., Räikkönen, K., Sutton-Tyrrell, K., & Kuller, L. H. (2004). Optimistic attitudes protect against progression of carotid atherosclerosis in healthy middle-aged women. *Psychosomatic Medicine*, 66(5), 640-644. doi:10.1097/01.psy.0000139999.99756.a5
- Matti, A. I., McCarl, H., Klaer, P., Keane, M.C., & Chen, C.S. (2010). Multiple sclerosis: patients' information sources and needs on disease symptoms and management. *Patient Prefer and Adherence*, 24(4), 157-161. doi:10.2147/ppa.s10824
- McCabe, M. P., Ebacioni, K. J., Simmons, R., McDonald, E., & Melton, L. (2015). Unmet education, psychological and peer support needs of people with multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(1), 82-87. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.05.010
- McMullan, C., Pinkney, T. D., Jones, L. L., Magill, L., Nepogodiev, D., Pathmakanthan, S., Cooney, R., & Mathers, J. M. (2017). Adapting to ulcerative colitis to try to live a “normal” life: a qualitative study of patients' experiences in the Midlands region of England. *BMJ Open*, 7(8). doi:10.1136/bmjopen-2017-017544
- Mekonnen, M., Hannu, S., Elina, L., & Matti, K. (2015). Socio-emotional Problems Experienced by Deaf and Hard of Hearing Students in Ethiopia. *Deafness & Education International*, 17(3), 155–162. doi:10.1179/1557069X15Y.0000000002
- Mens, M. G., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2016). In Snyder, C. R., Lopez, S. J., Edwards, L. M., & Marques, S. C. (Eds.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology* (3rd ed.). Oxford University Press. doi:10.1093/oxfordhb/9780199396511.013.24
- Meyer, J. M., & Kashubeck-West, S. (2013). Well-being of individuals with late-deafness. *Rehabilitation Psychology*, 58(2), 124–136. doi:10.1037/a0032197
- Michael, R., Attias, J., & Raveh, E. (2018). Cochlear Implantation and Social-Emotional Functioning of Children with Hearing Loss. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 24(1), 25-31. doi:10.1093/deafed/eny034
- Middleton, R. A., & Byrd, E. K. (1996). Psychosocial factors and hospital readmission status of older persons with cardiovascular disease. *Journal of*

- Applied Rehabilitation Counseling*, 27(4), 3–10. doi:10.1891/0047-2220.27.4.3
- Mikula, P., Nagyova, I., Krokavcova, M., Vitkova, M., Rosenberger, J., Szilasiova, J., Gdovinova, Z., Groothoff, J. W., & Van Dijk, J. P. (2013). Coping and its importance for quality of life in patients with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 36(9), 732–736. doi:10.3109/09638288.2013.808274
- Miles, S. R., Khambaty, T., Petersen, N. J., Naik, A. D., & Cully, J. A. (2018). The Role of Affect and Coping in Diabetes Self-Management in Rural Adults with Uncontrolled Diabetes and Depressive Symptoms. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 25(1), 55-65. doi:10.1007/s10880-017-9527-6
- Miller, K. J., Morfidi, E., & Soulis, S. (2013). Teachers' Perceptions of Greek Special Education Policies and Practices. *Journal of International Special Needs Education*, 16(1), 53-65.
- Mishra, S. (1992). Leisure activities and life satisfaction in old age: A case study of retired government employees living in urban areas. *Activities, Adaptation & Aging*, 16(4), 7–26. doi:10.1300/J016v16n04_02
- Mohaghegh, F., Moghaddasi, M., Eslami, M., Dadfar, M., & Lester, D. (2021). Disability and its association with psychological factors in multiple sclerosis patients. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 49. doi:10.1016/j.msard.2020.102733
- Mohammadi, N., Aghayousefi, A., Nikrahan, G. R., Adams, C. N., Alipour, A., Sadeghi, M., Roohafza, H., Celano, C. M., & Huffman, J. C. (2018). A randomized trial of an optimism training intervention in patients with heart disease. *General Hospital Psychiatry*, 51, 46–53. doi:10.1016/j.genhosppsych.2017.12.004
- Moore, P., Methley, A., Pollard, C., Mutch, K., Hamid, S., Elson, L., & Jacob, A. (2016). Cognitive and psychiatric comorbidities in neuromyelitis optica. *Journal of the Neurological Sciences*, 360, 4-9. doi:10.1016/j.jns.2015.11.031
- Moore, D. (1996). *Educating the Deaf: Psychology, Principles and Practices* (4th ed.). Boston, MA: Houghton Mifflin Company.
- Moskowitz, J. T. (2003). Positive affect predicts lower risk of AIDS mortality. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 620-626. doi:10.1097/01.psy.0000073873.74829.23

- Moskowitz, J. T., Epel, E. S., & Acree, M. (2008). Positive affect uniquely predicts lower risk of mortality in people with diabetes. *Health Psychology, 27*(1S), S73-S82. doi:10.1037/0278-6133.27.1.S73
- Mroczek, D. K., & Spiro, A. (2005). Change in Life Satisfaction During Adulthood: Findings From the Veterans Affairs Normative Aging Study. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*(1), 189–202. doi:10.1037/0022-3514.88.1.189
- Müller, R., Landmann, G., Béchir, M., Hinrichs, T., Arnet, U., Jordan, X., & Brinkhof, M. (2017). Chronic pain, depression and quality of life in individuals with spinal cord injury: Mediating role of participation. *Journal of Rehabilitation Medicine, 49*(6), 489–496. doi:10.2340/16501977-2241
- Munce, S. E. P., Straus, S. E., Fehlings, M. G., Voth, J., Nugaeva, N., Jang, E., Webster, F., & Jaglal, S. B. (2016). Impact of psychological characteristics in selfmanagement in individuals with traumatic spinal cord injury. *Spinal Cord, 54*(1), 29–33. doi:10.1038/sc.2015.91
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist, 55*(1), 56–67. doi:10.1037/0003-066X.55.1.56
- Naseem, Z., & Khalid, R. (2010). Positive Thinking in Coping with Stress and Health outcomes: Literature Review. *Journal of Research and Reflections in Education, 4*(1), 42-61.
- National Health Service (NHS) (2018). *Cardiovascular disease*. Retrieved from: <https://www.nhs.uk/conditions/cardiovascular-disease/>
- Nes, L. S., & Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional Optimism and Coping: A Meta-Analytic Review. *Personality and Social Psychology Review, 10*(3), 235–251. doi:10.1207/s15327957pspr1003_3
- Nicholls, E., Lehan, T., Plaza, S. L. O., Deng, X., Romero, J. L. P., Pizarro, J. A. A., & Carlos Arango-Lasprilla, J. (2011). Factors influencing acceptance of disability in individuals with spinal cord injury in Neiva, Colombia, South America. *Disability and Rehabilitation, 34*(13), 1082–1088. doi:10.3109/09638288.2011.631684
- Nielsen, H., B., Ovesen, L., L., Mortensen, L., H., Lau, C., J., & Joensen, L., E. (2016). Type 1 diabetes, quality of life, occupational status and education level—a comparative population-based study. *Diabetes Research and Clinical Practice, 121*, 62-68. doi:10.1016/j.diabres.2016.08.021

- Nierenberg, B., Mayersohn, G., Serpa, S., Holovatyk, A., Smith, E., & Cooper, S. (2016). Application of well-being therapy to people with disability and chronic illness. *Rehabilitation Psychology, 61*(1), 32–43. doi:10.1037/rep0000060
- Nollen, N., Befort, C., Pulvers, K., James, A. S., Kaur, H., Mayo, M. S., Hou, Q., & Ahluwalia, J. S. (2008). Demographic and psychosocial factors associated with increased fruit and vegetable consumption among smokers in public housing enrolled in a randomized trial. *Health Psychology, 27*(3S), S252–S259. doi:10.1037/0278-6133.27.3(Suppl.).S252
- Norton, M. S. (1984). What's so important about school climate? *Contemporary Education, 56*(1), 43-45.
- Nothwehr, F., Clark, D. O., & Perkins, A. (2013). Hope and the use of behavioural strategies related to diet and physical activity. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 26*(S1), 159–163. doi:10.1111/jhn.12057
- Nyman, S. R., Dibb, B., Victor, C. R., & Gosney, M. A. (2011). Emotional well-being and adjustment to vision loss in later life: a meta-synthesis of qualitative studies. *Disability and Rehabilitation, 34*(12), 971–981. doi:10.3109/09638288.2011.626487
- 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
- O'Neil, A., Stevenson, C. E., Williams, E. D., Mortimer, D., Oldenburg, B., & Sanderson, K. (2013). The health-related quality of life burden of co-morbid cardiovascular disease and major depressive disorder in Australia: findings from a population-based, cross-sectional study. *Quality of Life Research, 22*(1), 37–44. doi:10.1007/s11136-012-0128-4
- Ogurtsova, K., Da Rocha Fernandes, J. D., Huang, Y., Linnenkamp, U., Guariguata, L., Cho, N. H., Cavan, D., Shaw, J. E., & Makaroff, L. E. (2017). IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Research and Clinical Practice, 128*, 40-50. doi:10.1016/j.diabres.2017.03.024
- Olshansky, S. J., Passaro, D. J., Hershow, R. C., Layden, J., Carnes, B. A., Brody, J., Hayflick, L., Butler, R. N., Allison, D. B., & Ludwig, D. S. (2005). A Potential Decline in Life Expectancy in the United States in the 21st Century.

- New England Journal of Medicine*, 352(11), 1138-1145.
doi:10.1056/NEJMSr043743
- Ong, A. D. (2010). Pathways Linking Positive Emotion and Health in Later Life. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 358–362. doi:10.1177/0963721410388805
- Ong, A. D., & Allaire, J.C. (2005). Cardiovascular intraindividual variability in later life: the influence of social connectedness and positive emotions. *Psychology and Aging*, 20(3), 476-485. doi:10.1037/0882-7974.20.3.476
- Ostir, G. V., Markides, K. S., Peek, M. K., & Goodwin, J. S. (2001). The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 63(2), 210-215. doi:10.1097/00006842-200103000-00003
- Pandya, A., Gaziano, T. A., Weinstein, M. C., & Cutler, D. (2013). More Americans Living Longer With Cardiovascular Disease Will Increase Costs While Lowering Quality Of Life. *Health Affairs*, 32(10), 1706–1714. doi:10.1377/hlthaff.2013.0449
- Papadopoulos, K., & Papakonstantinou, D. (2019). The Impact of Friends' Social Support on Depression of Young Adults with Visual Impairments. *International Journal of Disability, Development and Education*, 67(5), 484-496. doi:10.1080/1034912X.2019.1620922
- Papadopoulos, K., Papakonstantinou, D., Koutsoklenis, A., Koustriava, E., & Kouderi, V. (2015). Social Support, Social Networks, and Happiness of Individuals With Visual Impairments. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 58(4), 240–249. doi:10.1177/0034355214535471
- Pedersen, S. S., Von Känel, R., Tully, P. J., & Denollet, J. (2017). Psychosocial perspectives in cardiovascular disease. *European Journal of Preventive Cardiology*, 24(3S), 108–115. doi:10.1177/2047487317703827
- Persson, S., Dahlquist, G., Gerdtham, U.-G., & Steen Carlsson, K. (2013). Impact of childhood-onset type 1 diabetes on schooling: a population-based register study. *Diabetologia*, 56(6), 1254–1262. doi:10.1007/s00125-013-2870-8
- Peters, L. W. H., Nawijn, L., & Van Kesteren, N. M. C. (2014). How Adolescents with Diabetes Experience Social Support from Friends: Two Qualitative Studies. *Scientifica*, 2014. doi:10.1155/2014/415849

- Peyrot, M., & Rubin, R. R. (1997). Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care*, *20*(4), 585-590. doi:10.2337/diacare.20.4.585
- Pezirkianidis, C., Stalikas, A., Efstathioua, E., & Karakasidou, E. (2016). The Relationship Between Meaning in Life, Emotions and Psychological Illness: The Moderating Role of the Effects of the Economic Crisis. *The European Journal of Counselling Psychology*, *4*(1), 77-100. doi:10.5964/ejcop.v4i1.75
- Pinquart, M., & Pfeiffer, J. P. (2012). Psychological Adjustment in Adolescents with Vision Impairment. *International Journal of Disability, Development and Education*, *59*(2), 145–155. doi:10.1080/1034912x.2012.676416
- Popa-Velea, O., & Purcarea, V. L. (2014). Psychological factors mediating health-related quality of life in COPD. *Journal of Medicine and Life*, *7*(1), 100-103.
- Proença, E. D., Pais-Ribeiro, J. L., & Martins-Oliveira, M. J. (2012). Happiness, Hope, and Affection as Predictors of Quality of Life and Functionality of Individuals With Heart Failure at Three-Month Follow-up. *Psychology Research*, *2*(9), 532-539. <http://hdl.handle.net/10400.21/3552>
- Psarra, E., & Kleftras, G. (2013). Adaptation to Physical Disabilities: The Role of Meaning in Life and Depression. *The European Journal of Counselling Psychology*, *2*(1), 79-99. doi:10.5964/ejcop.v2i1.7
- Puig-Perez, S., Hackett, R. A., Salvador, A., & Steptoe, A. (2016). Optimism moderates psychophysiological responses to stress in older people with Type 2 diabetes. *Psychophysiology*, *54*(4), 536–543. doi:10.1111/psyp.12806
- Punch, R., & Hyde, M. (2011). Social Participation of Children and Adolescents With Cochlear Implants: A Qualitative Analysis of Parent, Teacher, and Child Interviews. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, *16*(4), 474–493. doi:10.1093/deafed/enr001
- Qualter, P., & Bernie, C. (2021). Crohn's and colitis: New research offers insights into caring for young people. *British Journal of Child Health*, *1*(5). doi:10.12968/chhe.2020.1.5.217
- Radlak, B., Cooper, C., Summers, F., & Phillips, L. H. (2021). Multiple sclerosis, emotion perception and social functioning. *Journal of Neuropsychology*. doi:10.1111/jnp.12237
- Rankin, D., Harden, J., Barnard, K. D., Stephen, J., Kumar, S., & Lawton, J. (2018). Pre-adolescent children's experiences of receiving diabetes-related

- support from friends and peers: A qualitative study. *Health Expectations*, 21(5), 870-877. doi:10.1111/hex.12802
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F., & Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and Physical Health: A Meta-analytic Review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239–256. doi:10.1007/s12160-009-9111-x
- Reed, D. (2016). Coping with occupational stress: the role of optimism and coping flexibility. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 71-79. doi:10.2147/prbm.s97595
- Rees, R. (2012). *Latin Panegyric. Oxford readings in classical studies*. Oxford & New York: Oxford University Press.
- Reich, D. S., Lucchinetti, C. F., & Calabresi, P. A. (2018). Multiple sclerosis. *New England Journal of Medicine*, 378(2), 169-80. doi: 10.1056/NEJMra1401483
- Reinhardt, J. P. (1996). The Importance of Friendship and Family Support in Adaptation to Chronic Vision Impairment. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 51B(5), 268-278. doi:10.1093/geronb/51b.5.p268
- Requena, F. (1995). Friendship and subjective well-being in Spain: A cross-national comparison with the United States. *Social Indicators Research*, 35(3), 271–288. doi:10.1007/BF01079161
- Richards, C. L., Malouin, F., & Nadeau, S. (2015). Stroke rehabilitation: clinical picture, assessment, and therapeutic challenge. *Progress in Brain Research*, 218, 253–280. doi:10.1016/bs.pbr.2015.01.003
- Richards, J., Jiang, X., Kelly, P., Chau, J., Bauman, A., & Ding, D. (2015). Don't worry, be happy: cross-sectional associations between physical activity and happiness in 15 European countries. *BMC Public Health*, 15(1). doi:10.1186/s12889-015-1391-4
- Richardson, A., Adner, N., & Nordstrom, G. (2001). Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: acceptance and coping ability. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 758–763. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01717.x
- Richman, L. S., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P., & Bauer, M. (2005). Positive Emotion and Health: Going Beyond the Negative. *Health Psychology*, 24(4), 422–429. doi:10.1037/0278-6133.24.4.422
- Rieffe, C., Broekhof, E., Eichengreen, A., Kouwenberg, M., Veiga, G., Da Silva, B. M. S., Van Der Laan, A., & Frijns, J. H. M. (2018). Friendship and Emotion

- Control in Pre-Adolescents With or Without Hearing Loss. *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 23(3), 209–218. doi:10.1093/deafed/eny012
- Rikos, N., Giannadaki, G. K., Spontidaki, A., Tzagkaraki, M., & Linardakis, M. (2020). Health status, anxiety, depression, and quality of life of patients with thalassemia. *Journal of Public Health: From Theory to Practice*. doi:10.1007/s10389-020-01241-y
- Robertson, S. M., Stanley, M. A., Cully, J. A., & Naik, A. D. (2012). Positive Emotional Health and Diabetes Care: Concepts, Measurement, and Clinical Implications. *Psychosomatics*, 53(1), 1–12. doi:10.1016/j.psych.2011.09.008
- Roodbari, O., Zare, H., Saeedi, H., Divsalar, K., & Eslamian, F. (2015). The effectiveness of positive thinking training on perceived stress and happiness in patients with thalassemia major. *Report of Health Care Journal*, 1(3), 88-91.
- Roper, S. O., & Yorgason, J. B. (2009). Older Adults With Diabetes and Osteoarthritis and Their Spouses: Effects of Activity Limitations, Marital Happiness, and Social Contacts on Partners' Daily Mood. *Family Relations*, 58(4), 460–474. doi:10.1111/j.1741-3729.2009.00566.x
- Rosenblum, L. P. (2000). Perceptions of the Impact of Visual Impairment on the Lives of Adolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94(7), 434-445. doi:10.1177/0145482X0009400703
- Rostowska, T., & Kossak, D. (2011). Strategies for coping with stress in patients with tetraplegia and paraplegia. *Acta Neuropsychologica*, 9(1), 31-48.
- Roth, S., & Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41(7), 813–819. doi:10.1037/0003-066X.41.7.813
- Rouncefield-Swales, A., Carter, B., Bray, L., Blake, L., Allen, S., Probert, C., Crook, K., & Qualter, P. (2020). Sustaining, Forming, and Letting Go of Friendships for Young People with Inflammatory Bowel Disease (IBD): A Qualitative Interview-Based Study. *International Journal of Chronic Diseases*, 2020. doi:10.1155/2020/7254972
- Roy, B., Diez-Roux, A. V., Seeman, T., Ranjit, N., Shea, S., & Cushman, M. (2010). Association of Optimism and Pessimism With Inflammation and Hemostasis in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA).

- Røysamb, E., Tambs, K., Reichborn-Kjennerud, T., Neale, M. C., & Harris, J. R. (2003). Happiness and Health: Environmental and Genetic Contributions to the Relationship Between Subjective Well-Being, Perceived Health, and Somatic Illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(6), 1136–1146. doi: 10.1037/0022-3514.85.6.1136
- Rozanski, A., Bavishi, C., Kubzansky, L. D., & Cohen, R. (2019). Association of Optimism With Cardiovascular Events and All-Cause Mortality. *JAMA Network Open*, 2(9). doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.12200
- Rubin, R. R., & Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 15(3), 205–218. doi:10.1002/(sici)1520-7560(199905/06)15:3<205::aid-dmrr29>3.0.co;2-o
- Ryan, M. (2016). *“I’m very comfortable with her”: An exploration of the importance of friendship to young women with disabilities and how these friendships are created.* (Master Thesis). Limerick: University of Limerick. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10344/5765>
- Sacks, S. Z., & Wolffe, K. E. (1998). Lifestyles of Adolescents with Visual Impairments: An Ethnographic Analysis. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 92(1), 7–17. doi:10.1177/0145482X9809200104
- Sairenji, T., Collins, K. L., & Evans, D. V. (2017). An Update on Inflammatory Bowel Disease. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 44(4), 673–692. doi:10.1016/j.pop.2017.07.010
- Salovey, P., & Birnbaum, D. (1989). Influence of mood on health-relevant cognitions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(3), 539-51. doi:10.1037 // 0022-3514.57.3.539
- Salsman, J. M., Brown, T. L., Brechting, E. H., & Carlson, C. R. (2005). The Link between Religion and Spirituality and Psychological Adjustment: The Mediating Role of Optimism and Social Support. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(4), 522-535. doi:10.1177/0146167204271563
- Salvador-Carulla, L., Reed, G. M., Vaez-Azizi, L. M., Cooper, S. A., Martinez-Leal, R., Bertelli, M., Adnams, C., Cooray, S., Deb, S., Akoury-Dirani, L., Girimaji, S. C., Katz, G., Kwok, H., Luckasson, R., Simeonsson, R., Walsh, C., Munir, K., & Saxena, S. (2011). Intellectual developmental disorders: towards a new

- name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11. *World psychiatry*, 10(3), 175–180. doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00045.x
- Santilli, S., Marcionetti, J., Rochat, S., Rossier, J., & Nota, L. (2016). Career Adaptability, Hope, Optimism, and Life Satisfaction in Italian and Swiss Adolescents. *Journal of Career Development*, 44(1), 62–76. doi:10.1177/0894845316633793
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127–139. doi:10.1037/0022-3514.44.1.127
- Sarid, O., Slonim-Nevo, V., Pereg, A., Friger, M., Sergienko, R., Schwartz, D., Greenberg, D., Shahar, I., Chernin, E., Vardi, H., Eidelman, L., Segal, A., Ben-Yakov, G., Gaspar, N., Munteanu, D., Rozental, A., Mushkalo, A., Dizengof, V., Abu-Freha, N., Fich, A., & Odes, S. (2017). Coping strategies, satisfaction with life, and quality of life in Crohn's disease: A gender perspective using structural equation modeling analysis. *PLoS One*, 12(2). doi:10.1371/journal.pone.0172779
- Sarkisian, C. A., Hays, R. D., & Mangione, C. M. (2002). Do older adults expect to age successfully? The association between expectations regarding aging and beliefs regarding healthcare seeking among older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(11), 1837–1843. doi:10.1046/j.1532-5415.2002.50513.x
- Schatz, M., Mosen, D., Apter, A. J., Zeiger, R. S., Vollmer, W. M., Stibolt, T. B., Leong, A., Johnson, M. S., Mendoza, G., & Cook, E. F. (2005). Relationships among quality of life, severity, and control measures in asthma: an evaluation using factor analysis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 115(5), 1049-1055. doi:10.1016/j.jaci.2005.02.008
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219–247. doi:10.1037/0278-6133.4.3.219
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1988). A model of behavioral self-regulation: Translating intention into action. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 21. *Social psychological studies of the self: Perspectives and programs* (pp. 303–346). Academic Press.

- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research, 16*(2), 201–228. doi:10.1007/BF01173489
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(6), 1063–1078. doi:10.1037/0022-3514.67.6.1063
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Magovern, G. J., Lefebvre, R. C., Abbott, R. A., Carver, C. S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1024–1040. doi:10.1037//0022-3514.57.6.1024
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Schulz, R., Bridges, M. W., Magovern, G. J., & Carver, C. S. (1999). Optimism and rehospitalization after coronary artery bypass graft surgery. *Archives of Internal Medicine, 159*(8), 829-835. doi:10.1001/archinte.159.8.829
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K., & Carver, C. S. (1986). Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1257-1264. doi:10.1037//0022-3514.51.6.1257
- Schiavon, C. C., Marchetti, E., Gurgel, L. G., Busnello, F. M., & Reppold, C. T. (2017). Optimism and Hope in Chronic Disease: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology, 7*. doi:10.3389/fpsyg.2016.02022
- Schirda, B., Nicholas, J. A., & Prakash, R. S. (2015). Examining trait mindfulness, emotion dysregulation, and quality of life in multiple sclerosis. *Health Psychology, 34*(11), 1107–1115. doi:10.1037/hea0000215
- Schöllgen, I., Huxhold, O., Schüz, B., & Tesch-Römer, C. (2011). Resources for health: Differential effects of optimistic self-beliefs and social support according to socioeconomic status. *Health Psychology, 30*(3), 326–335. doi:10.1037/a0022514
- Schou-Bredal, I., Bonsaksen, T., Heir, T., Skogstad, L., Lerdal, A., Grimholt, T., & Ekeberg, Ø. (2019). Optimists report fewer physical and mental health conditions than pessimists in the general Norwegian population. *Health Psychology Report, 7*(1), 9-18. doi:10.5114/hpr.2019.81003

- Schwarzenbach, S. A. (2010). *On civic friendship: Including women in the state*. Columbia University Press.
- Scioli, A., Ricci, M., Nyugen, T., & Scioli, E. R. (2011). Hope: Its nature and measurement. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3(2), 78–97. doi:10.1037/a0020903
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. doi:10.1037/0003-066x.55.1.5
- Senra, H., Barbosa, F., Ferreira, P., Vieira, C. R., Perrin, P. B., Rogers, H., Rivera, D., & Leal, I. (2015). Psychologic Adjustment to Irreversible Vision Loss in Adults. *Ophthalmology*, 122(4), 851–861. doi:10.1016/j.ophtha.2014.10.022
- Sevilla Guerra, S. (2013). Management of psychosocial adjustment among people with multiple sclerosis: a critical analysis. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 9(2), 89–92. doi:10.12968/bjnn.2013.9.2.89
- Seybold, D. (2005). The psychosocial impact of acquired vision loss—Particularly related to rehabilitation involving orientation and mobility. *International Congress Series*, 1282, 298–301. doi:10.1016/j.ics.2005.05.008
- Shamim, A., & Muazzam, A. (2018). Positive Emotions as Predictors in the Management of Type II Diabetes. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 16(2), 27-33.
- Shamsalinia, A., Pourghaznein, T., & Parsa, M. (2015). The Relationship Between Hope and Religious Coping Among Patients With Type 2 Diabetes. *Global Journal of Health Science*, 8(1), 208-216. doi:10.5539/gjhs.v8n1p208
- Shepherd, J. (2011). *Happiness and Health: Associations with Cardiovascular Disease Risk Factors* (Master Thesis). Auckland University of Technology. Retrieved from: <https://openrepository.aut.ac.nz/bitstream/handle/10292/2555/ShepherdJ.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Shepperd, J. A., Maroto, J. J., & Pbert, L. A. (1996). Dispositional Optimism as a Predictor of Health Changes among Cardiac Patients. *Journal of Research in Personality*, 30(4), 517–534. doi:10.1006/jrpe.1996.0038

- Shi, H., Yang, L., Zhao, L., Su, Z., Mao, X., Zhang, L., & Liu, C. (2017). Differences of Heart Rate Variability Between Happiness and Sadness Emotion States: A Pilot Study. *Journal of Medical and Biological Engineering*, 37(4), 527–539. doi:10.1007/s40846-017-0238-0
- Shifren, K., & Hooker, K. (1995). Stability and change in optimism: A study among spouse caregivers. *Experimental Aging Research*, 21(1), 59–76. doi:10.1080/03610739508254268
- Shnek, Z. M., Irvine, J., Stewart, D., & Abbey, S. (2001). Psychological factors and depressive symptoms in ischemic heart disease. *Health Psychology*, 20(2), 141-145. doi:10.1037//0278-6133.20.2.141
- Silverman, A. M., Molton, I. R., Smith, A. E., Jensen, M. P., & Cohen, G. L. (2017). Solace in solidarity: Disability friendship networks buffer well-being. *Rehabilitation Psychology*, 62(4), 525–533. doi:10.1037/rep0000128
- Silverstein, M. D., Nietert, P. J., Zoller, J. S., & Silvestri, G. A. (2001). Predicted impact of attaining smoking reduction goals on mortality. *Southern Medical Journal*, 94(2), 176-183.
- Sin, N. L. (2016). The Protective Role of Positive Well-Being in Cardiovascular Disease: Review of Current Evidence, Mechanisms, and Clinical Implications. *Current Cardiology Reports*, 18(11). doi:10.1007/s11886-016-0792-z
- Singletary, C., Goodwyn, M. A., & Carter, A. P. (2009). Hope and Social Support in Adults who are Legally Blind at a Training Center. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 103(8), 500–504. doi:10.1177/0145482X0910300808
- Sirgy, J. M. (2012). *The psychology of quality of life: Hedonic well-being, life satisfaction and eudaimonia*. Springer.
- Siroux, V., Boudier, A., Anto, J. M., Cazzoletti, L., Accordini, S., Alonso, J., Cerveri, I., Corsico, A., Gulsvik, A., Jarvis, D., De Marco, R., Marcon, A., Marques, E. A., Bugiani, M., Janson, C., Leynaert, B., & Pin, I. (2008). Quality-of-life and asthma-severity in general population asthmatics: results of the ECRHS II study. *Allergy*, 63(5), 547–554. doi:10.1111/j.1398-9995.2008.01638.x
- Smedema, S. M., & Ebener, D. (2010). Substance abuse and psychosocial adaptation to physical disability: analysis of the literature and future directions. *Disability and Rehabilitation*, 32(16), 1311–1319. doi:10.3109/09638280903514721

- Smedema, S. M., Bakken-Gillen, S. K., & Dalton, J. (2009). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: Models and measurement. In F. Chan, E. Da Silva Cardoso, & J. A. Chronister (Eds.), *Understanding psychosocial adjustment to chronic illness and disability: A handbook for evidence-based practitioners in rehabilitation* (pp. 51–73). Springer Publishing Co.
- Smith, G. M. (2011). Friendship and the world of states. *International Politics*, 48(1), 10–27. doi:10.1057/ip.2010.35
- Snyder, C. R. (1996). To hope, to lose, and to hope again. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 1(1), 1–16. doi:10.1080/15325029608415455
- Snyder, C. R. (1998). A case for hope in pain, loss, and suffering. In J. H. Harvey (Ed.), *Perspectives on loss: A sourcebook* (pp. 63–79). Brunner/Mazel.
- Snyder, C. R. (2002a). “False” hope. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1003–1022. doi:10.1002/jclp.10096
- Snyder, C. R. (2002b). Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275. doi:10.1207/s15327965pli1304_01
- Snyder, C. R. (2004). Hope and the other strengths: Lessons from Animal Farm. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5), 624–627. doi:10.1521/jscp.23.5.624.50751
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570–585. doi:10.1037/0022-3514.60.4.570
- Snyder, C. R., Irving, L., & Anderson, J. R. (1991). Hope and health: Measuring the will and the ways. In C. R. Snyder, & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 285–305). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Snyder, C. R., Rand, K., & Sigmon (2002). False hope. *The Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1003–1022. doi:10.1002/jclp.10096
- Snyder, C. R., Sympson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A., & Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 321–335. doi:10.1037/0022-3514.70.2.321

- Sokol, M. C., McGuigan, K. A., Verbrugge, R. R., & Epstein, R. S. (2005). Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost. *Medical Care*, *43*(6), 521–530. doi:10.1097/01.mlr.0000163641.86870.af
- Songer, T. J., LaPorte, R. E., Dorman, J. S., Orchard, T. J., Becker, D. J., & Drash, A. L. (1989). Employment Spectrum of IDDM. *Diabetes Care*, *12*(9), 615–622. doi:10.2337/diacare.12.9.615
- Soundy, A., Benson, J., Dawes, H., Smith, B., Collett, J., & Meaney, A. (2012). Understanding hope in patients with Multiple Sclerosis. *Physiotherapy*, *98*(4), 344–350. doi:10.1016/j.physio.2011.05.003
- Soundy, A., Roskell, C., Elder, T. M., Collett, J., & Dawes, H. (2016). The Psychological Processes of Adaptation and Hope in Patients with Multiple Sclerosis: A Thematic Synthesis. *Open Journal of Therapy and Rehabilitation*, *4*(1), 22–47. doi:10.4236/ojtr.2016.41003
- Sprinzel, G. M., & Riechelmann, H. (2010). Current trends in treating hearing loss in elderly people: A review of the technology and treatment options—A mini-review. *Gerontology*, *56*(3), 351–358. doi:10.1159/000275062
- Stack, S., & Eshleman, J. R. (1998). Marital status and happiness: A 17-nation study. *Journal of Marriage and the Family*, *60*(2), 527–536. doi:10.2307/353867
- Stalikas, A., Fitzpatrick, M., Mistkidou, P., Boutri, A., & Seryianni, C. (2015). Positive emotions in psychotherapy: Conceptual propositions and research challenges. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome* (pp. 331–349). Springer-Verlag Publishing. doi:10.1007/978-3-7091-1382-0_17
- Staw, B. M., & Barsade, S. G. (1993). Affect and managerial performance: A test of the sadder-but-wiser vs. happier-and-smarter hypotheses. *Administrative Science Quarterly*, *38*(2), 304–331. doi:10.2307/2393415
- Staw, B. M., Sutton, R. I., & Pelled, L. H. (1994). Employee positive emotion and favorable outcomes at the workplace. *Organization Science*, *5*(1), 51–71. doi:10.1287/orsc.5.1.51
- Steen Carlsson, K., Landin-Olsson, M., Nyström, L., Arnqvist, H. J., Bolinder, J., Östman, J., & Gudbjörnsdóttir, S. (2009). Long-term detrimental consequences of the onset of type 1 diabetes on annual earnings—evidence

- from annual registry data in 1990–2005. *Diabetologia*, 53(6), 1084–1092. doi:10.1007/s00125-009-1625-z
- Steger, M. F., & Frazier, P. (2005). Meaning in Life: One Link in the Chain from Religiousness to Well-Being. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 574–582. doi:10.1037/0022-0167.52.4.574
- Steptoe, A., Wardle, J., & Marmot, M. (2005). Positive affect and health-related neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory processes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102(18), 6508–6512. doi:10.1073/pnas.0409174102
- Stewart, S. T., Cutler, D. M., & Rosen, A. B. (2009). Forecasting the Effects of Obesity and Smoking on U.S. Life Expectancy. *New England Journal of Medicine*, 361(23), 2252–2260. doi:10.1056/nejmsa0900459
- Stewart, T. L., Chipperfield, J. G., Perry, R. P., & Weiner, B. (2012). Attributing illness to ‘old age’: Consequences of a self-directed stereotype for health and mortality. *Psychology & Health*, 27(8), 881–897. doi:10.1080/08870446.2011.630735
- Strutton, D., & Lumpkin, J. (1992). Relationship between optimism and coping strategies in the work environment. *Psychological Reports*, 71, 1179–1186. doi: 10.2466/pr0.1992.71.3f.1179
- Stutzer, A., & Frey, B. S. (2010). Recent Advances in the Economics of Individual Subjective Well-Being. *Social Research*, 77(2), 679–714. The Johns Hopkins University Press.
- Sweetman, M. E., Munz, D. C., & Wheeler, R. J. (1993). Optimism hardiness, and explanatory style as predictors of general well-being among attorneys. *Social Indicators Research*, 29(2), 153–161. doi:10.1007/BF01077893
- Tabrett, D. R., & Latham, K. (2012). Adjustment to Vision Loss in a Mixed Sample of Adults with Established Visual Impairment. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 53(11), 7227–7234. doi:10.1167/iovs.12-10404
- Tabuteau-Harrison, S. L., Haslam, C., & Mewse, A. J. (2014). Adjusting to living with multiple sclerosis: The role of social groups. *Neuropsychological Rehabilitation*, 26(1), 36–59. doi:10.1080/09602011.2014.993403
- Tait, M., Padgett, M. Y., & Baldwin, T. T. (1989). Job and life satisfaction: A reevaluation of the strength of the relationship and gender effects as a function

- of the date of the study. *Journal of Applied Psychology*, 74(3), 502–507. doi:10.1037/0021-9010.74.3.502
- Taniguchi, H. (2014). Interpersonal Mattering in Friendship as a Predictor of Happiness in Japan: The Case of Tokyoites. *Journal of Happiness Studies*, 16(6), 1475–1491. doi:10.1007/s10902-014-9570-z
- Telfer, P. (2009). Update on Survival in Thalassemia Major. *Hemoglobin*, 33(S1), S76–S80. doi:10.3109/03630260903347336
- Thompson, A. A., Walters, M. C., Kwiatkowski, J., Rasko, J. E. J., Ribeil, J.-A., Hongeng, S., Magrin, E., Schiller, G. J., Payen, E., Semeraro, M., Moshous, D., Lefrere, F., Puy, H., Bourget, P., Magnani, A., Caccavelli, L., Diana, J.-S., Suarez, F., Monpoux, F., Brousse, V., Poirot, C., Brouzes, C., Meritet, J.-F., Pondarré, C., Beuzard, Y., Chrétien, S., Lefebvre, T., Teachey, D. T., Anurathapan, U., Ho, P. J., Von Kalle, C., Kletzel, M., Vichinsky, E., Soni, S., Veres, G., Negre, O., Ross, R. W., Davidson, D., Petrusich, A., Sandler, L., Asmal, M., Hermine, O., De Montalembert, M., Hacein-Bey-Abina, S., Blanche, S., Leboulch, P., & Cavazzana, M. (2018). Gene Therapy in Patients with Transfusion-Dependent β -Thalassemia. *The New England Journal of Medicine*, 378(16), 1479–1493. doi:10.1056/nejmoa1705342
- Thompson, P. J., Salvi, S., Lin, J., Cho, Y. J., Eng, P., Abdul Manap, R., Boonsawat, W., Hsu, J. Y., Faruqi, R. A., Moreno-Cantu, J. J., Fish, J. E., & Ho, J. C.-M. (2013). Insights, attitudes and perceptions about asthma and its treatment: Findings from a multinational survey of patients from 8 Asia-Pacific countries and Hong Kong. *Respirology*, 18(6), 957–967. doi:10.1111/resp.12137
- Thompson, S. C., Galbraith, M., Thomas, C., Swan, J., & Vrungos, S. (2002). Caregivers of stroke patient family members: Behavioral and attitudinal indicators of overprotective care. *Psychology & Health*, 17(3), 297–312. doi:10.1080/08870440290029557
- Thomson, R. G. (2017). *The Extraordinary Bodies: figuring physical disability in American culture and literature* (3rd ed.). New York: Columbia University Press.
- Till, C., Udler, E., Ghassemi, R., Narayanan, S., Arnold, D. L., & Banwell, B. L. (2012). Factors associated with emotional and behavioral outcomes in adolescents with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 18(8), 1170–1180. doi:10.1177/1352458511433918

- Tomazoni, E. I., & Benvegnú, D. M. (2018). Symptoms of anxiety and depression, and quality of life of patients with Crohn's disease. *Arquivos de Gastroenterologia*, 55(2), 148–153. doi:10.1590/s0004-2803.201800000-26
- Tough, H., Siegrist, J., & Fekete, C. (2017). Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. *BMC Public Health*, 17(1). doi:10.1186/s12889-017-4308-6
- Trikkalinou, A., Papazafiropoulou, A. K., & Melidonis, A. (2017). Type 2 diabetes and quality of life. *World Journal of Diabetes*, 8(4), 120-129. doi:10.4239/wjd.v8.i4.120
- Trikoš, L., Jojić, N., Knežević, G., Živanović, M., Svorcan, P., & Jovanović, A. (2019). Exploration of personality in the patients with the inflammatory bowel disease. *Vojnosanitetski Pregled*, 76(12), 1217-1226. doi:10.2298/VSP171006023T
- Tsekeris, C., & Katerelos, I. (2012). Web 2.0, complex networks and social dynamics. *Contemporary Social Science*, 7(3), 233-246. doi: 10.1080/21582041.2012.721896
- Tsekeris, T., Tsekeris, C., & Katerelos, I. (2018). Reflections on networks, human behaviour, and social dynamics in the digital age. *AI & SOCIETY*, 33(2), 253-260. doi: 10.1007/s00146-017-0704-9
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back from Negative Emotional Experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333. doi:10.1037/0022-3514.86.2.320
- Tunde-Ayinmode, M. F., Akande, T. M., & Ademola-Popoola, D. S. (2011). Psychological and social adjustment to blindness: Understanding from two groups of blind people in Ilorin, Nigeria. *Annals of African Medicine*, 10(2), 155-164. doi:10.4103/1596-3519.82073
- Ubel, P. A., Loewenstein, G., Schwarz, N., & Smith, D. (2005). Misimagining the unimaginable: the disability paradox and health care decision making. *Health Psychology*, 24(4S), S57-S62. doi:10.1037/0278-6133.24.4.S57
- Umucu, E., Schlegelmilch, A., Brinck, E., Hartman, E., Iwanaga, K., Estala, V., Roskowski, M., Lee, B., Anderson, C., & Tansey, T. (2020). Psychometric Validation of a Measure Assessing Functional Limitations of Students With Disabilities: An Adaptation of the World Health Organization Disability

- Assessment Schedule 2.0. *Rehabilitation Counseling Bulletin*. doi:10.1177/0034355220962176
- Umukoro, O. S. (2018). Health-Related Optimism and Quality of Life among Diabetes Patients: the Moderating Role of Clinical Factors in a Nigerian Sample. *Open Access Journal of Addiction and Psychology*, 1(2). doi:10.33552/OAJAP.2018.01.000507
- Upton, J. (2012). Emotions and breathing patterns in asthma. *Practice Nursing*, 23(2), 64–68. doi:10.12968/pnur.2012.23.2.64
- Van Allen, J., Steele, R. G., Nelson, M. B., Peugh, J., Egan, A., Clements, M., & Patton, S. R. (2015). A Longitudinal Examination of Hope and Optimism and Their Role in Type 1 Diabetes in Youths. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(7), 741–749. doi:10.1093/jpepsy/jsv113
- Van Cappellen, P., Rice, E. L., Catalino, L. I., & Fredrickson, B. L. (2017). Positive affective processes underlie positive health behaviour change. *Psychology & Health*, 33(1), 77–97. doi:10.1080/08870446.2017.1320798
- Van Leeuwen, C. M. C., Kraaijeveld, S., Lindeman, E., & Post, M. W. M. (2011). Associations between psychological factors and quality of life ratings in persons with spinal cord injury: a systematic review. *Spinal Cord*, 50(3), 174–187. doi:10.1038/sc.2011.120
- Veenhoven, R. (2007). Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9(3), 449–469. doi:10.1007/s10902-006-9042-1
- Veenhoven, R. (2010). How Universal is Happiness? In E. Diener, J. F. Helliwell, & D. Kahneman (Eds.), *International differences in well-being* (pp. 328–350). New York: Oxford University Press.
- Veenhoven, R., & Hagerty, M. (2006). Rising happiness in nations 1946-2004: A reply to Easterlin. *Social Indicators Research*, 79(3), 421–436. doi:10.1007/s11205-005-5074-x
- Viazis, N., Mantzaris, G., Karmiris, K., Polymeros, D., Kouklakis, G., Maris, T., Karagiannis, J., Karamanolis, D. G., & Hellenic Foundation of Gastroenterology and Nutrition (2013). Inflammatory bowel disease: Greek patients' perspective on quality of life, information on the disease, work productivity and family support. *Annals of gastroenterology*, 26(1), 52–58.

- Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R. F., Cardoso, H., Da Silva, A. M., & Mendonça, D. (2014). Optimism on quality of life in Portuguese chronic patients: moderator/mediator? *Revista Da Associação Médica Brasileira*, *60*(4), 373–380. doi:10.1590/1806-9282.60.04.017
- Ville, I., Ravaud, J. F., & Tetrafigap Group (2001). Subjective well-being and severe motor impairments: the Tetrafigap survey on the long-term outcome of tetraplegic spinal cord injured persons. *Social Science & Medicine*, *52*(3), 369–384. doi:10.1016/s0277-9536(00)00140-4
- Vivan, T. K., Santos, B. M., & Dos Santos, C. H. M. (2017). Quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Coloproctology*, *37*(4), 279–284. doi:10.1016/j.jcol.2017.06.009
- Walker, R. (2013). Child mental health and deafness. *Paediatrics and child health*, *23*(10), 438–442. doi:10.1016/j.paed.2013.06.009
- Weinberg, N. (1988). Another perspective: Attitudes of people with disabilities. In H. E. Yunker (Ed.), *Attitudes toward persons with disabilities* (pp. 141–153). New York, NY: Springer Publishing Company, LLC.
- Weiss, H. M., Nicholas, J. P., & Daus, C. S. (1999). An examination of the joint effects of affective experiences and job beliefs on job satisfaction and variations in affective experiences over time. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *78*(1), 1–24. doi:10.1006/obhd.1999.2824
- Wenneberg, S., & Isaksson, A.-K. (2014). Living with Multiple Sclerosis: The Impact of Chronic Illness. *Nordic Journal of Nursing Research*, *34*(3), 23–27. doi:10.1177/010740831403400306
- West, J. S. (2017). Hearing impairment, social support, and depressive symptoms among U.S. adults: A test of the stress process paradigm. *Social Science & Medicine*, *192*, 94–101. doi:10.1016/j.socscimed.2017.09.031
- Whittemore, R., Jaser, S., Guo, J., & Grey, M. (2010). A conceptual model of childhood adaptation to type 1 diabetes. *Nursing Outlook*, *58*(5), 242–251. doi:10.1016/j.outlook.2010.05.001
- Wiefferink, C. H., Rieffe, C., Ketelaar, L., & Frijns, J. H. M. (2012). Predicting social functioning in children with a cochlear implant and in normal-hearing children: The role of emotion regulation. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, *76*(6), 883–889. doi:10.1016/j.ijporl.2012.02.065

- Williamson, K. (2000). A review of the psychosocial aspects of multiple sclerosis. *British Journal of Community Nursing*, 5(3), 132–138. doi: 10.12968/bjcn.2000.5.3.7423
- World Health Organization (WHOa). *Chronic respiratory diseases*. Retrieved from: https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases#tab=tab_1
- World Health Organization (WHOb). *Deafness and hearing loss*. Retrieved from: https://www.who.int/health-topics/hearing-loss#tab=tab_3
- World Health Organization (WHO) (2017). *Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*. Retrieved from: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
- World Health Organization (WHO) (2019a). *Blindness and vision impairment*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>
- World Health Organization (WHO) (2019b). Classification of diabetes mellitus. *World Health Organization*. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325182>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- World Health Organization (WHO) (2020a). *Diabetes*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- World Health Organization (WHO) (2020b). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). Retrieved from: <https://icd.who.int/>
- World Health Organization (WHO) (2021a). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. Retrieved from: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- World Health Organization (WHO) (2021b). *Deafness and hearing loss*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
- World Health Organization (WHO) (2021c). *Noncommunicable diseases*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Medical Association (2002). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Postgraduate Medical Journal*, 48(3), 206-208.

- Wright, B. A. (1983). *Physical disability – a psychosocial approach* (2nd ed.). Harper Collins Publishers. doi:10.1037/10589-000
- Wright, P. H. (1984). Self-referent motivation and the intrinsic quality of friendship. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1(1), 115-130. doi:10.1177/0265407584011007
- Wright, T. A., & Cropanzano, R. (2000). Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 84–94. doi:10.1037/1076-8998.5.1.84
- Wright, T. A., & Staw, B. M. (1999). Affect and favorable work outcomes: Two longitudinal tests of the happy-productive worker thesis. *Journal of Organizational Behavior*, 20(1), 1–23. doi:10.1002/(SICI)1099-1379(199901)20:1<1::AID-JOB885>3.0.CO;2-W
- Wrzus, C., Zimmermann, J., Mund, M., & Neyer, F. J. (2017). Friendships in young and middle adulthood: Normative patterns and personality differences. In M. Hojjat & A. Moyer (Eds.), *Psychology of friendship* (pp. 21-38). New York: Oxford University Press.
- Wurm, S., & Benyamini, Y. (2014). Optimism buffers the detrimental effect of negative self-perceptions of ageing on physical and mental health. *Psychology & Health*, 29(7), 832–848. doi:10.1080/08870446.2014.891737
- Xie, E. B., & Burns, R. J. (2019). Optimism and depressive symptoms following a diabetes diagnosis: Results from the Health and Retirement Study. *Journal of Health Psychology*, 26(10), 1749-1756. doi:10.1177/1359105319883929
- Yang, B.-H., Mu, P.-F., Huang, C.-M., Lou, H.-L., & Wu, K.-G. (2012). Relationship among asthma knowledge, behavior management and social adaptation in school-age children with asthma in Taiwan. *Nursing & Health Sciences*, 14(2), 165–172. doi:10.1111/j.1442-2018.2011.00674.x
- Yi, J. P., Vitaliano, P. P., Smith, R. E., Yi, J. C., & Weinger, K. (2008). The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 13(2), 311–325. doi:10.1348/135910707x186994
- Zahavi, M. (2015). *Maintaining an attitude of gratitude with chronic illness: Positive thinking in Crohn's patients* (Bachelor Thesis). University of London. doi:10.13140/RG.2.2.36113.79204

- Zeidner, M., & Saklofske, D. (1996). Adaptive and Maladaptive Coping. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (pp. 505-531). New York: John Wiley & Sons.
- Zeykani, M., & Nikmanesh, Z. (2018). The Effect of Positive Psychotherapy on Perceived Competence and Quality of Life Among Children With Thalassemia. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 7(1). doi:10.5812/jjcdc.60809
- Zhang, Z., & Chen, W. (2018). A Systematic Review of the Relationship Between Physical Activity and Happiness. *Journal of Happiness Studies*, 20(4), 1305-1322. doi:10.1007/s10902-018-9976-0

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Συμπλήρωση Ερωτηματολογίου

Αγαητοί/ές,

ονομάζομαι Κατσιμάρδου Νικολέττα και είμαι Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Ειδικής Αγωγής και Εκπαίδευσης στο Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος πραγματοποιώ έρευνα σε Άτομα με Αναπηρία/χρόνιες παθήσεις. Θα σας παρακαλούσα να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις. Επιλέξτε **μόνο 1 απάντηση** για κάθε ερώτηση. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν αυστηρά μόνο για την εξαγωγή των πορισμάτων της έρευνας.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την βοήθειά σας και τον πολύτιμο χρόνο σας!

Η ερευνήτρια,

Κατσιμάρδου Νικολέττα

Email επικοινωνίας: nikolkats08@gmail.com

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6987019115

Στις ακόλουθες ερωτήσεις κυκλώστε το γράμμα της επιλογής που επιθυμείτε ή συμπληρώστε ολογράφως στα σημεία που απαιτείται.

Τόπος διαμονής:

Εθνικότητα:

1. Φύλο

α.	Άνδρας
β.	Γυναίκα

2. Ηλικία

α.	κάτω από 18 ετών	δ.	36-45
β.	18-25	ε.	46-55
γ.	26-35	στ.	56 ετών και άνω

3. Μορφωτικό επίπεδο

α.	Μαθητής/τρια Δημοτικού/Γυμνασίου/Λυκείου	ζ.	Απόφοιτος/η Τεχνικής Σχολής
β.	Φοιτητής/τρια (ΑΕΙ/ΤΕΙ/ΙΕΚ)	η.	Απόφοιτος μεταλυκειακής εκπαίδευσης (ΙΕΚ)
γ.	Αναλφάβητος	θ.	Πτυχιούχος ΑΕΙ/ΤΕΙ

δ.	Απόφοιτος Δημοτικού	ι.	Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών
ε.	Απόφοιτος Γυμνασίου	κ.	Διδακτορικός τίτλος σπουδών
στ.	Απόφοιτος Λυκείου/εξατάξιου γυμνασίου/οκτατάξιου γυμνασίου		

4. Οικογενειακή κατάσταση

α.	Έγγαμος/η	γ.	Διαζευγμένος/η
β.	Άγαμος/η	δ.	Χήρος/α

5. Εισόδημα ανά μήνα

α.	Από 0-500€	γ.	Από 1.001-1.500€
β.	Από 501-1.000€	δ.	Άνω των 1.500€

6. Επαγγελματική κατάσταση

α.	Άνεργος/η	δ.	Εργαζόμενος/η
β.	Μαθητής/τρια	ε.	Ημιαπασχολούμενος/η
γ.	Φοιτητής/τρια	στ.	Συνταξιούχος

7. Ζω

α.	Μόνος/η	δ.	Με συγγενείς
β.	Με φίλους	ε.	Άλλα πρόσωπα (φροντιστές)
γ.	Με οικογένεια		

8. Παιδιά

α.	Ναι
β.	Όχι

9. Περιοχή διαβίωσης

α.	Αστική περιοχή
β.	Κωμόπολη/Χωριό

10. Αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας;

α.	Κανένα	γ.	Αρκετά
β.	Λίγο	δ.	Πολλά

11. Λαμβάνετε κάποιο επίδομα;

α.	Ναι
β.	Όχι

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

α.	Καθόλου ικανοποιητική	γ.	Αρκετά ικανοποιητική
β.	Λίγο ικανοποιητική	δ.	Πολύ ικανοποιητική

13. Ο ρόλος της θρησκευτικότητας στη ζωή σας;

α.	Καθόλου σημαντικός	γ.	Αρκετά σημαντικός
β.	Λίγο σημαντικός	δ.	Πολύ σημαντικός

14. Ύπαρξη κάποιου είδους αναπηρίας/χρόνιας πάθησης;

α.	Οπτική Αναπηρία	στ.	Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2
β.	Ακουστική Αναπηρία	ζ.	Μεσογειακή Αναιμία
γ.	Κινητική Αναπηρία	η.	Καρδιαγγειακά Νοσήματα
δ.	Σκλήρυνση κατά Πλάκας	θ.	Νοσήματα του Αναπνευστικού
ε.	Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1	ι.	Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου

15. Η αναπηρία/χρόνια πάθησή σας είναι

α.	Εκ γενετής
β.	Επίκτητη

16. Διάστημα αναπηρίας/χρόνιας πάθησης

α.	Έως 5 έτη	γ.	11-20 έτη
β.	6-10 έτη	δ.	21 έτη και άνω

	ΟΔΗΓΙΕΣ: Οι παρακάτω προτάσεις περιγράφουν πως είναι πιθανό να νιώθει ένα άτομο. Σημειώστε παρακαλώ πόσο ισχύει κάθε πρόταση για σας, αφού σκεφτείτε πως νιώθετε γενικά τον τελευταίο καιρό. Για να απαντήσετε, βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στην κατάλληλη για σας απάντηση. Δηλαδή, για το «Δεν ισχύει καθόλου» θα βάλετε σε κύκλο το 1 , για το «Ισχύει λίγο» θα βάλετε σε κύκλο το 2 , για το «Ισχύει αρκετά» θα βάλετε σε κύκλο το 3 , για το «Ισχύει πολύ» θα βάλετε σε κύκλο το 4 . Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Απαντήστε γρήγορα χωρίς να σκεφτείτε πολύ, γιατί το πρώτο που έρχεται στο μυαλό μας συνήθως αντικατοπτρίζει καλύτερα τη γνώμη μας.	Δεν ισχύει καθόλου	Ισχύει λίγο	Ισχύει αρκετά	Ισχύει πολύ
17.	Τον περισσότερο καιρό νιώθω ότι ελέγχω τα πράγματα...	1	2	3	4
18.	Συνήθως ξυπνώ νιώθοντας ξεκούραστος-η...	1	2	3	4
19.	Είμαι ευχαριστημένος-η με πολλά πράγματα στη ζωή μου...	1	2	3	4
20.	Είμαι χαρούμενος-η...	1	2	3	4
21.	Νιώθω γεμάτος-η ενέργεια...	1	2	3	4
22.	Είμαι ευχαριστημένος-η όπως είμαι...	1	2	3	4
23.	Η ζωή είναι πολύ καλή...	1	2	3	4
24.	Αισθάνομαι ότι η ζωή σε ανταμείβει...	1	2	3	4
25.	Τα περισσότερα από όσα συνέβησαν στο παρελθόν μου φαίνονται ευχάριστα...	1	2	3	4
26.	Νιώθω σε εγρήγορση πνευματικά...	1	2	3	4
27.	Λαμβάνω εύκολα τις περισσότερες αποφάσεις...	1	2	3	4
28.	Νιώθω ότι έχω πολλά καλά να περιμένω στο μέλλον...	1	2	3	4
29.	Έχω πραγματοποιήσει πολλές από τις επιθυμίες μου...	1	2	3	4

30.	Νιώθω υγιής...	1	2	3	4
31.	Συνήθως ασκώ θετική επιρροή στα γεγονότα...	1	2	3	4
32.	Η ζωή μου έχει μεγάλη σημασία και σκοπό...	1	2	3	4
33.	Συχνά ασκώ ευχάριστη επίδραση στους άλλους...	1	2	3	4
34.	Αντιλαμβάνομαι την ομορφιά στα περισσότερα πράγματα...	1	2	3	4
35.	Συχνά νιώθω χαρά και ευθυμία...	1	2	3	4
36.	Το βρίσκω εύκολο να κάνω διάφορα πράγματα...	1	2	3	4
37.	Οργανώνω το χρόνο μου καλά...	1	2	3	4
38.	Συχνά εμπλέκομαι και δεσμεύομαι σε διάφορες καταστάσεις...	1	2	3	4
39.	Νομίζω ότι ο κόσμος είναι πολύ καλό μέρος...	1	2	3	4
40.	Συχνά διασκεδάζω μαζί με άλλους ανθρώπους...	1	2	3	4
41.	Βρίσκω πολλά πράγματα διασκεδαστικά...	1	2	3	4
42.	Νομίζω ότι είμαι ελκυστικός-ή...	1	2	3	4
43.	Τρέφω θετικά συναισθήματα για τους άλλους...	1	2	3	4
44.	Με ενδιαφέρουν οι άλλοι άνθρωποι...	1	2	3	4
45.	Γελάω πολύ...	1	2	3	4

	ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακαλώ διαβάστε την κάθε πρόταση και κυκλώστε την απάντηση που αντιπροσωπεύει καλύτερα το πώς αισθάνεστε ή ενεργείτε συνήθως.	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
46.	Μπορώ να σκεφτώ πολλούς τρόπους για να βγω από μία δύσκολη κατάσταση	1	2	3	4	5
47.	Ενεργώ δυναμικά για την επιδίωξη των στόχων μου	1	2	3	4	5
48.	Πιστεύω ότι υπάρχουν πολλοί τρόποι για να ξεπεραστεί ένα πρόβλημα	1	2	3	4	5
49.	Μπορώ να σκεφτώ πολλούς τρόπους για να αποκτήσω τα πιο σημαντικά για εμένα πράγματα	1	2	3	4	5
50.	Ακόμα και όταν οι άλλοι απογοητεύονται, εγώ ξέρω ότι μπορώ να βρω ένα τρόπο για να λύσω το πρόβλημα	1	2	3	4	5
51.	Οι προηγούμενες εμπειρίες μου με προετοίμασαν καλά για το μέλλον μου	1	2	3	4	5
52.	Είμαι σχετικά επιτυχημένος/η στη ζωή	1	2	3	4	5
53.	Πετυχαίνω τους στόχους που θέτω για τον εαυτό μου	1	2	3	4	5

	ΟΔΗΓΙΕΣ: Στις ερωτήσεις που ακολουθούν να είστε όσο πιο ειλικρινείς μπορείτε και προσπαθήστε να μην αφήσετε τις απαντήσεις σας σε μια ερώτηση να επηρεάσουν την απάντησή σας σε άλλες ερωτήσεις. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
54.	Σε στιγμές αβεβαιότητας, συνήθως περιμένω να μου συμβεί το καλύτερο.	0	1	2	3	4

55.	Μπορώ εύκολα να χαλαρώσω.	0	1	2	3	4
56.	Εάν κάτι μπορεί να μου πάει στραβά, θα πάει στραβά.	0	1	2	3	4
57.	Είμαι πάντα αισιόδοξος για το μέλλον μου.	0	1	2	3	4
58.	Μου αρέσει να κάνω παρέα με τους φίλους μου.	0	1	2	3	4
59.	Είναι σημαντικό για μένα να απασχολούμαι συνέχεια με κάτι.	0	1	2	3	4
60.	Σχεδόν ποτέ δεν περιμένω τα πράγματα να πάνε όπως τα θέλω.	0	1	2	3	4
61.	Δε θυμώνω πολύ εύκολα.	0	1	2	3	4
62.	Σπάνια πιστεύω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα.	0	1	2	3	4
63.	Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά.	0	1	2	3	4

	ΟΔΗΓΙΕΣ: Διαβάστε τις παρακάτω προτάσεις και κυκλώστε τον αριθμό που δείχνει το βαθμό που συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε πρόταση.	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
64.	Λόγω της αναπηρίας/ χρόνιας πάθησής μου, όλες οι πλευρές της ζωής μου επηρεάζονται σε πολύ σημαντικό βαθμό.	1	2	3	4
65.	Έχοντας αναπηρία/χρόνια πάθηση αδυνατώ να κάνω πράγματα, όπως οι άνθρωποι χωρίς αναπηρία.	1	2	3	4
66.	Με αναπηρία/χρόνια πάθηση ή χωρίς, θα τα καταφέρω στη ζωή μου.	1	2	3	4
67.	Εξαιτίας της αναπηρίας/χρόνιας πάθησής μου, λίγα έχω να προσφέρω στους άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4
68.	Η καλή εξωτερική εμφάνιση και η σωματική ικανότητα είναι τα πιο σημαντικά πράγματα στη ζωή μου.	1	2	3	4
69.	Ένα άτομο με αναπηρία/ χρόνια πάθηση περιορίζεται σε συγκεκριμένους τομείς, αλλά υπάρχουν ακόμη πολλά που μπορεί να κάνει.	1	2	3	4
70.	Ανεξάρτητα από το πόσο σκληρά προσπαθώ ή από το τι επιτυγχάνω, ποτέ δεν θα μπορέσω να είμαι τόσο καλός/ή, όσο ένα άτομο που δεν έχει την αναπηρία/χρόνια πάθησή μου.	1	2	3	4
71.	Με κάνει και αισθάνομαι πολύ άσχημα το να βλέπω όλα όσα μπορούν να κάνουν οι άνθρωποι χωρίς αναπηρίες/χρόνιες παθήσεις, που εγώ δεν μπορώ να κάνω.	1	2	3	4
72.	Το πιο σημαντικό πράγμα στον κόσμο είναι να είσαι σωματικά ικανός (αρτιμελής).	1	2	3	4
73.	Εξαιτίας της αναπηρίας/χρόνιας πάθησής μου, οι ζωές των άλλων ανθρώπων έχουν περισσότερο νόημα από τη δική μου.	1	2	3	4
74.	Εξαιτίας της αναπηρίας/χρόνιας πάθησής μου, αισθάνομαι μίζερος/η τον περισσότερο καιρό.	1	2	3	4
75.	Παρόλο που έχω αναπηρία/χρόνια πάθηση, η ζωή μου είναι γεμάτη.	1	2	3	4
76.	Το είδος του ανθρώπου που είμαι και τα επιτεύγματα στη ζωή				

	μου είναι λιγότερο σημαντικά από εκείνα των ατόμων χωρίς αναπηρία/χρόνια πάθηση.	1	2	3	4
77.	Η σωματική αναπηρία/χρόνια πάθηση επηρεάζει τη νοητική ικανότητα ενός ατόμου.	1	2	3	4
78.	Εφόσον η αναπηρία/χρόνια πάθησή μου εμπλέκεται σχεδόν σε οτιδήποτε προσπαθώ να κάνω, πρακτικά είναι στο μυαλό μου συνέχεια.	1	2	3	4
79.	Υπάρχουν πολλά πράγματα που ένα άτομο με την αναπηρία/χρόνια πάθησή μου μπορεί να κάνει.	1	2	3	4
80.	Η αναπηρία/χρόνια πάθησή μου, αυτή καθαυτή, με επηρεάζει περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό μου.	1	2	3	4
81.	Υπάρχουν πολύ πιο σημαντικά πράγματα στη ζωή από την σωματική ικανότητα και εμφάνιση.	1	2	3	4
82.	Σχεδόν κάθε τομέας της ζωής είναι κλειστός για μένα.	1	2	3	4
83.	Η αναπηρία/χρόνια πάθησή μου με εμποδίζει από σχεδόν οτιδήποτε πραγματικά θέλω να κάνω και από το να γίνω το είδος του ατόμου που θα ήθελα να είμαι.	1	2	3	4
84.	Νιώθω ότι είμαι ένα επαρκές άτομο ανεξάρτητα από τους περιορισμούς της αναπηρίας/χρόνιας πάθησής μου.	1	2	3	4
85.	Η αναπηρία/χρόνια πάθησή μου επηρεάζει εκείνες τις πλευρές της ζωής μου, για τις οποίες ενδιαφέρομαι περισσότερο.	1	2	3	4
86.	Μια αναπηρία/χρόνια πάθηση, σαν τη δική μου, είναι το χειρότερο πράγμα που μπορεί να συμβεί σε έναν άνθρωπο.	1	2	3	4
87.	Χρειάζεται να διαθέτει κανείς ένα γερό και αρτιμελές σώμα προκειμένου να έχει ένα καλό μυαλό.	1	2	3	4
88.	Υπάρχουν στιγμές που ξεχνώ εντελώς ότι έχω μια αναπηρία/χρόνια πάθηση.	1	2	3	4
89.	Εάν δεν είχα την αναπηρία/χρόνια πάθησή μου, πιστεύω πως θα ήμουν ένας πολύ καλύτερος άνθρωπος.	1	2	3	4
90.	Όταν σκέφτομαι την αναπηρία/χρόνια πάθησή μου, με κάνει και νιώθω τόσο λυπημένος και αναστατωμένος, που δεν μπορώ να κάνω οτιδήποτε άλλο.	1	2	3	4
91.	Οι άνθρωποι με αναπηρίες/χρόνιες παθήσεις μπορούν να τα καταφέρουν καλά με πολλούς τρόπους.	1	2	3	4
92.	Νιώθω ικανοποιημένος/η με τις ικανότητές μου και η αναπηρία/χρόνια πάθησή μου δεν με απασχολεί πάρα πολύ.	1	2	3	4
93.	Σχεδόν σε καθετί, η αναπηρία/χρόνια πάθησή μου με ενοχλεί τόσο που δε μπορώ να απολαύσω τίποτα.	1	2	3	4
94.	Η σωματική ακεραιότητα (αρτιμέλεια) και η εμφάνιση κάνουν έναν άνθρωπο αυτό που είναι.	1	2	3	4
95.	Γνωρίζω τί δε μπορώ να κάνω εξαιτίας της αναπηρίας/χρόνιας πάθησής μου και αισθάνομαι ότι μπορώ να ζήσω μια γεμάτη ζωή.	1	2	3	4

ΟΔΗΓΙΕΣ: Για κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις, παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα τον μεγαλύτερο βαθμό στον οποίο νιώσατε κατ' αυτόν τον τρόπο τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Στην κλίμακα αυτή 1 σημαίνει ότι δε νιώσατε καθόλου αυτό το συναίσθημα και 5 ότι νιώσατε έτσι πάρα πολύ	καθόλου	λίγο	σε μέτριο βαθμό	αρκετά	πάρα πολύ
--	---------	------	-----------------	--------	-----------

	συχνά.					
96.	Ένωσα να διασκεδάζω, να μου αρέσει που περνάω καλά, να βλέπω τα πράγματα από την ανάλαφρη πλευρά τους	1	2	3	4	5
97.	Ένωσα θυμωμένος/η, εκνευρισμένος/η, ενοχλημένος/η	1	2	3	4	5
98.	Ένωσα ντροπιασμένος/η, ταπεινωμένος/η, ατιμωμένος/η	1	2	3	4	5
99.	Ένωσα δέος, θαυμασμό, κατάπληξη	1	2	3	4	5
100.	Ένωσα περιφρονητικός/ή, απορριπτικός/ή, ακατάδεκτος/η	1	2	3	4	5
101.	Ένωσα ικανοποίηση, γαλήνη, ηρεμία	1	2	3	4	5
102.	Ένωσα αηδία, απέχθεια, αποστροφή	1	2	3	4	5
103.	Ένωσα ότι βρέθηκα σε δύσκολη θέση, σε αμηχανία, ότι κοκκίνισα	1	2	3	4	5
104.	Ένωσα χαρούμενος/η, ευτυχής, χαρμόσυνος/η	1	2	3	4	5
105.	Ένωσα να ευγνωμονώ, να εκτιμώ, να θέλω να ευχαριστήσω κάποιον	1	2	3	4	5
106.	Ένωσα γεμάτος ελπίδα, αισιοδοξία, κουράγιο	1	2	3	4	5
107.	Ένωσα ενδιαφέρον, ενεργοποίηση, περιέργεια	1	2	3	4	5
108.	Ένωσα αγάπη, συναισθηματική εγγύτητα, εμπιστοσύνη	1	2	3	4	5
109.	Ένωσα υπερηφάνεια, αυτοπεποίθηση, αυτο-επιβεβαίωση	1	2	3	4	5
110.	Ένωσα μεταμελημένος/η, ένοχος/η, αξιοκατάκριτος/η	1	2	3	4	5
111.	Ένωσα λυπημένος/η, αποθαρρυσμένος/η, δυστυχισμένος/η	1	2	3	4	5
112.	Ένωσα τρομαγμένος/η, έντρομος/η, φοβισμένος/η	1	2	3	4	5
113.	Ένωσα ερωτικός/ή, γεμάτος/η επιθυμία, με διάθεση για φλερτ	1	2	3	4	5
114.	Ένωσα έκπληκτος/η, έκθαμβος/η, κατάπληκτος/η	1	2	3	4	5
115.	Ένωσα συμπάθεια, νοιάξιμο, συμπόνια	1	2	3	4	5
116.	Γενικά, πιο από τα παραπάνω συναισθήματα βιώσατε πιο έντονα κατά τις προηγούμενες 2 εβδομάδες; (εισάγετε τον αντίστοιχο αριθμό 96-116)					

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακαλούμε κάνετε την πλησιέστερη «καλύτερη σας επιλογή» για την καθεμιά από τις παρακάτω ερωτήσεις σχετικά με τους φίλους σας. Μπορείτε να συμπεριλάβετε και συγγενείς που είναι όμως και φίλοι, καθώς επίσης και φίλους ανεξάρτητα από το φύλο τους. Δίπλα από την κάθε ερώτηση συμπληρώστε τον αντίστοιχο αριθμό.

117.	Αν αντιμετωπίζατε ένα απρόβλεπτο οικονομικό πρόβλημα περίπου πόσοι από τους ανθρώπους που γνωρίζετε θα σας δάνειζαν 15 ευρώ για μια βδομάδα; <input type="checkbox"/>
118.	Περίπου πόσοι από τους ανθρώπους που γνωρίζετε νομίζετε ότι θα μπορούσαν να σας ζητήσουν να τους δανείσετε 15 ευρώ για μια βδομάδα; <input type="checkbox"/>
119.	Αν κερδίζατε ένα ταξίδι δύο εβδομάδων στη Χαβάη για δυο άτομα με όλα τα έξοδα πληρωμένα, πόσους ανθρώπους γνωρίζετε που θα θέλατε να πάρετε μαζί σας; <input type="checkbox"/>
120.	Αν άλλοι άνθρωποι που γνωρίζετε κέρδιζαν τις ίδιες αυτές διακοπές για δυο άτομα στη Χαβάη, πόσοι από αυτούς θα σας έπαιρναν ενδεχομένως μαζί τους ως δεύτερο άτομο; <input type="checkbox"/>
121.	Ένα συγγενικό πρόσωπο σας στέλνει χρήματα για τα γενέθλια σας –αρκετά χρήματα για ένα πλούσιο δείπνο

	για δυο άτομα. Πόσους ανθρώπους γνωρίζετε που θα ήταν πρόθυμοι να δειπνήσουν μαζί σας για να γιορτάσετε τα γενέθλια σας; <input type="checkbox"/>
122.	Σε μια παρόμοια περίπτωση, πόσους ανθρώπους γνωρίζετε που θα σας καλούσαν ενδεχομένως σε δείπνο για να γιορτάσετε τα δικά τους γενέθλια; <input type="checkbox"/>
123.	Αν παίρνατε ξαφνικά μια απροσδόκητη προαγωγή στην εργασία σας, πόσους ανθρώπους γνωρίζετε τους οποίους θα μπορούσατε να καλέσετε για να το γιορτάσουν μαζί σας το ίδιο βράδυ; <input type="checkbox"/>
124.	Αν κάποιος άλλος άνθρωπος έπαιρναν ξαφνικά προαγωγή πόσοι θα σας καλούσαν ενδεχομένως για να γιορτάσετε μαζί τους το ίδιο βράδυ; <input type="checkbox"/>
125.	Μετά από μια δύσκολη μέρα στην εργασία σας (ή στη Σχολή) αισθάνεστε πολύ λυπημένη/ος και απογοητευμένη/ος. Πόσους ανθρώπους γνωρίζετε που θα ήταν πρόθυμοι να μιλήσουν μαζί σας για καμιά ώρα για το πως αισθάνεσθε; <input type="checkbox"/>
126.	Σε μια παρόμοια περίπτωση, πόσοι άλλοι άνθρωποι θα σας καλούσαν ενδεχομένως να συζητήσουν μαζί σας αν ένιωθαν απογοητευμένοι από την εργασία τους (ή τη Σχολή); <input type="checkbox"/>
127.	Μια σοβαρή και έντονη σχέση στη ζωή σας τερματίζεται ξαφνικά. Πόσους ανθρώπους γνωρίζετε που θα σας συμπονούσαν και θα σας συμπαραστέκονταν αν περνούσατε από το σπίτι τους (απροειδοποίητα) για να το κουβεντιάσετε; <input type="checkbox"/>
128.	Σε μια παρόμοια περίπτωση, πόσους ανθρώπους γνωρίζετε που θα περνούσαν ενδεχομένως από το δικό σας σπίτι (απροειδοποίητα) για να κουβεντιάσουν τις δικές τους διαλυμένες σχέσεις; <input type="checkbox"/>
129.	Μετά από μεγάλη πνευματική αναζήτηση διαπιστώνετε ότι έχετε μεγάλες αμφιβολίες και μεγάλη σύγχυση γύρω από τα θρησκευτικά (ή τα πνευματικά) σας πιστεύω. Πόσοι άνθρωποι θα ήταν πρόθυμοι να συζητήσουν μαζί σας αυτό το πρόβλημα; <input type="checkbox"/>
130.	Σε μια παρόμοια περίπτωση, πόσοι άνθρωποι θα σας καλούσαν ενδεχομένως για να συζητήσουν τις δικές τους πνευματικές ή θρησκευτικές αμφιβολίες ή συγχύσεις; <input type="checkbox"/>
131.	Ας υποθέσουμε ότι μόλις αποτύχατε οικτρά στο αγαπημένο σας άθλημα, ψυχαγωγική δραστηριότητα ή χόμπυ. Πόσους ανθρώπους γνωρίζετε που θα συζητούσαν μαζί σας αυτή την αποτυχία; <input type="checkbox"/>
132.	Σε μια παρόμοια περίπτωση, πόσοι άνθρωποι θα σας καλούσαν ενδεχομένως για να συζητήσουν μαζί σας σχετικά με την αποτυχία τους στο αγαπημένο τους άθλημα, ψυχαγωγική δραστηριότητα ή χόμπυ; <input type="checkbox"/>
133.	Ας υποθέσουμε πως δεν έχετε κάποια σοβαρή σχέση. Προσπαθείτε να γνωρίσετε κάποιο άτομο για να δημιουργήσετε μια στενή και σοβαρή σχέση. Μετά το πρώτο ραντεβού με ένα νέο πρόσωπο στη ζωή σας είστε ενθουσιασμένος/η ότι αυτό μπορεί να είναι «το σωστό πρόσωπο». Στην περίπτωση αυτή, πόσους ανθρώπους γνωρίζετε που θα ήταν πρόθυμοι να συζητήσουν μαζί σας αυτό το καταπληκτικό γεγονός; <input type="checkbox"/>
134.	Σε μια παρόμοια περίπτωση, πόσους ανθρώπους γνωρίζετε που θα ήθελαν να μοιραστούν μαζί σας τον ενθουσιασμό τους για τον καινούργιο τους φίλο ή φίλη; <input type="checkbox"/>
135.	Ένα βιβλίο που μόλις διαβάσατε σας προσφέρει μεγάλη πνευματική ή θρησκευτική ενόραση στη ζωή σας. Περίπου πόσους ανθρώπους γνωρίζετε που θα άκουγαν με ευχαρίστηση αυτά που μάθατε διαβάζοντας το βιβλίο; <input type="checkbox"/>
136.	Σε μια παρόμοια περίπτωση, πόσοι άνθρωποι θα συζητήσουν ενδεχομένως μαζί σας για την πνευματική ή θρησκευτική ενόραση που απέκτησαν διαβάζοντας ένα τέτοιο βιβλίο; <input type="checkbox"/>
137.	Περίπου πόσους στενούς φίλους έχετε (συμπεριλαμβάνοντας την οικογένεια εφόσον αρμόζει αλλά και άνδρες και γυναίκες φίλους); <input type="checkbox"/>
138.	Πόσοι άνθρωποι σας θεωρούν έναν από τους «στενούς τους φίλους»; <input type="checkbox"/>
139.	Έχετε ένα πολύ καλό φίλο ή φίλη; (Σημειώσατε 1 αν ΝΑΙ και 2 αν ΟΧΙ). ΝΑΙ=1 ΟΧΙ=2

140.	Αν η παραπάνω απάντηση είναι ΝΑΙ, παρακαλούμε σημειώστε αν ο/η καλύτερος/η φίλος/η σας θεωρεί και εκείνος/η ως τον καλύτερο/η του/της φίλο/η; (Γράψτε τον κατάλληλο αριθμό ως εξής: ΝΑΙ=1 ΟΧΙ=2 ΔΕΝ ΑΡΜΟΖΕΙ=3
------	--

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Πίνακας 37: Δημογραφικά στοιχεία ανά υποομάδα αναπηρίας

		Οπτική Αναπηρία	Ακουστική Αναπηρία	Κινητική Αναπηρία	Σκλήρυνση Κατά Πλάκας	ΣΔ 1	ΣΔ 2	Μεσογειακή Αναιμία	Καρδιαγγειακά Νοσήματα	Νοσήματα του Αναπνευστικού	Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου	Σύνολο
Φύλο	Άνδρας	14 (8%)	20 (11%)	15 (8%)	10 (6%)	11 (6%)	20 (11%)	8 (5%)	31 (17%)	17 (10%)	33 (18%)	179
	Γυναίκα	17 (6%)	24 (8%)	21 (7%)	40 (13%)	31 (10%)	21 (7%)	25 (8%)	17 (6%)	17 (6%)	89 (30%)	302
Ηλικία	18-25	6 (11%)	7 (13%)	7 (13%)	1 (2%)	11 (20%)	0 (0%)	1 (2%)	2 (4%)	5 (9%)	14 (26%)	54
	26-35	10 (13%)	0 (0%)	4 (5%)	7 (9%)	8 (11%)	1 (1%)	1 (1%)	1 (1%)	4 (5%)	39 (52%)	75
	36-45	7 (6%)	2 (2%)	7 (6%)	19 (16%)	10 (9%)	6 (5)	18 (15%)	8 (7%)	8 (7%)	33 (28%)	118
	46-55	4 (4%)	1 (1%)	11 (11%)	16 (16%)	9 (9%)	9 (9%)	12 (12%)	12 (12%)	5 (5%)	20 (20%)	99
	≥56	4 (3%)	34 (25%)	7 (5%)	7 (5%)	4 (3%)	25 (19%)	1 (1%)	25 (19%)	12 (9%)	16 (12%)	135
Μορφωτικό επίπεδο	Μαθητής/τρια	2 (6%)	6 (17%)	8 (22%)	4 (11%)	6 (17%)	2 (6%)	4 (11%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (11%)	36
	Δημοτικό	1 (2%)	25 (54%)	0 (0%)	2 (4%)	1 (2%)	8 (17%)	0 (0%)	8 (17%)	1 (2%)	0 (0%)	46
	Λύκειο	2 (2%)	5 (5%)	6 (6%)	15 (16%)	7 (7%)	8 (8%)	4 (4%)	21 (22%)	11 (12%)	17 (18%)	96
	ΙΕΚ	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)	5 (17%)	3 (10%)	3 (10%)	2 (7%)	1 (3%)	5 (17%)	9 (31%)	29
	Φοιτητής/τρια	2 (6%)	3 (9%)	3 (9%)	1 (3%)	6 (19%)	1 (3%)	0 (0%)	1 (3%)	1 (3%)	14 (44%)	32
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	15 (12%)	3 (2%)	8 (6%)	11 (8%)	11 (8%)	13 (9%)	18 (13%)	9 (6%)	12 (9%)	42 (30%)	142
	MSc	8 (13%)	0 (0%)	7 (11%)	8 (13%)	5 (8%)	1 (2%)	4 (6%)	2 (3%)	4 (6%)	24 (38%)	63
PhD	1 (13%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (13%)	0 (0%)	1 (13%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (63%)	8	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	19 (11%)	9 (5%)	18 (11%)	18 (11%)	21 (12%)	2 (1%)	18 (11%)	6 (5%)	9 (5%)	52 (30%)	172
	Έγγαμος	7 (3%)	25 (11%)	12 (5%)	24 (10%)	16 (7%)	33 (14%)	11 (5%)	30 (13%)	24 (10%)	56 (24%)	238
	Διαζευγμένος	2 (4%)	6 (13%)	5 (11%)	6 (13%)	5 (11%)	4 (9%)	3 (6%)	5 (11%)	0 (0%)	11 (23%)	47
	Χήρος	3 (13%)	4 (17%)	1 (4%)	2 (8%)	0 (0%)	2 (8%)	1 (4%)	7 (29%)	1 (4%)	3 (13%)	24
Εισόδημα	0-500€	5 (4%)	9 (8%)	6 (5%)	10 (9%)	17 (15%)	10 (9%)	3 (3%)	12 (11%)	8 (7%)	34 (30%)	114
	501-1000€	12 (7%)	33 (19%)	17 (10%)	16 (9%)	16 (9%)	12 (7%)	8 (5%)	7 (4%)	10 (6%)	46 (26%)	177
	1001-1500€	10 (8%)	2 (2%)	4 (3%)	15 (12%)	6 (5%)	15 (12%)	15 (12%)	24 (19%)	10 (8%)	26 (21%)	127
	>1500€	4 (6%)	0 (0%)	9 (14%)	9 (14%)	3 (5%)	4 (6%)	7 (11%)	5 (8%)	6 (10%)	16(25%)	63

		Οπτική Αναπηρία	Ακουστική Αναπηρία	Κινητική Αναπηρία	Σκλήρυνση Κατά Πλάκας	ΣΔ 1	ΣΔ 2	Μεσογειακή Αναιμία	Καρδιαγγειακά Νοσήματα	Νοσήματα του Αναπνευστικού	Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου	Σύνολο
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος	5 (7%)	1 (2%)	3 (4%)	8 (12%)	6 (9%)	4 (6%)	3 (4%)	6 (9%)	6 (9%)	26 (38%)	68
	Φοιτητής	5 (12%)	7 (17%)	7 (17%)	2 (5%)	8 (19%)	1 (2%)	1 (2%)	1 (2%)	1 (2%)	9 (21%)	42
	Ημίαπασχολ.	0 (0%)	1 (6%)	2 (13%)	1 (6%)	3 (19%)	0 (0%)	1 (6%)	1 (6%)	3 (19%)	4 (25%)	16
	Εργαζόμενος	12 (6%)	2 (1%)	8 (4%)	24 (12%)	20 (10%)	16 (8%)	15 (7%)	22 (11%)	16 98%	71 (35%)	206
	Συνταξιούχος	9 (6%)	33 (22%)	16 (11%)	15 (10%)	5 (3%)	20 (13%)	13 (9%)	18 (12%)	8 (5%)	12 (8%)	149
Διαμονή (με ποιους ζουν)	Μόνος	11 (12%)	3 (3%)	6 (7%)	8 (9%)	8 (9%)	6 (7%)	10 (11%)	11 (12%)	2 (2%)	27 (29%)	92
	Με οικογένεια	17 (5%)	34 (10%)	26 (7%)	38 (11%)	32 (9%)	35 (10%)	19 (5%)	37 (10%)	30 (8%)	90 (25%)	358
	Με φίλους	3 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (18%)	2 (12%)	0 (0%)	4 (24%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (29%)	17
	Με συγγενείς	0 (0%)	7 (50%)	4 (29%)	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (14%)	0 (0%)	14
Παιδιά	Ναι	21 (10%)	11 (5%)	22 (11%)	24 (11%)	23 (11%)	4 92%	22 (11%)	5 (2%)	12 (6%)	66 (31%)	210
	Όχι	10 (4%)	33 (12%)	14 (5%)	26 (10%)	19 (7%)	37 (14%)	11 (4%)	43 (16%)	22 (8%)	56 (21%)	271
Περιοχή διαβίωσης	Χωριό/Κωμ.	1 (1%)	6 (5%)	5 (4%)	13 (10%)	15 (12%)	19 (15%)	16 (12%)	15 (12%)	15 (12%)	24 (19%)	129
	Πόλη	30 (9%)	38 (11%)	31 (9%)	37 (11%)	27 (8%)	22 (6%)	17 (5%)	33 (9%)	19 (5%)	98 (28%)	352
Προβλήματα υγείας	Κανένα	13 (30%)	16 (37%)	4 (9%)	0 (0%)	1 (2%)	1 (2%)	0 (0%)	1 (2%)	2 (5%)	5 (12%)	43
	Λίγα	13 (8%)	14 (9%)	9 (6%)	13 (8%)	18 (11%)	15 (10%)	7 (4%)	11 (7%)	21 (13%)	37 (23%)	158
	Αρκετά	4 (2%)	11 (5%)	15 (7%)	25 (12%)	20 (9%)	20 (9%)	22 (10%)	25 (12%)	9 (4%)	65 (30%)	216
	Πολλά	1 (2%)	3 (5%)	8 (13%)	12 919%	3 (5%)	5 (8%)	4 (6%)	11 (17%)	2 (3%)	15 (23%)	64
Επίδομα	Ναι	10 (3%)	8 (3%)	11 (4%)	30 (10%)	22 (8%)	40 (14%)	3 (1%)	43 (15%)	31 (11%)	93 (32%)	291
	Όχι	21 (11%)	36 (19%)	25 (13%)	20 (11%)	20 (11%)	1 (1%)	30 (16%)	5 (3%)	3 (2%)	29 (15%)	190

		Οπτική Αναπηρία	Ακουστική Αναπηρία	Κινητική Αναπηρία	Σκλήρυνση Κατά Πλάκας	ΣΔ 1	ΣΔ 2	Μεσογειακή Αναιμία	Καρδιαγγειακά Νοσήματα	Νοσήματα του Αναπνευστικού	Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου	Σύνολο
Υποστήριξη από τον περίγυρο	Καθόλου	1 (4%)	0 (0%)	2 (9%)	3 (13%)	1 (4%)	0 (0%)	2 (9%)	6 (26%)	5 (22%)	3 (13%)	23
	Λίγη	5 (5%)	8 (9%)	5 (5%)	4 (4%)	9 (10%)	10 (11%)	8 (9%)	9 (10%)	5 (5%)	29 (32%)	92
	Αρκετή	13 (6%)	30 (15%)	16 (8%)	19 (9%)	13 (6%)	18 (9%)	11 (5%)	18 (9%)	13 (6%)	56 (27%)	207
	Πολλή	12 (8%)	6 (4%)	13 (8%)	24 (15%)	19 (12%)	13 (8%)	12 (8%)	15 (9%)	11 (7%)	34 (21%)	159
Ρόλος της θρησκευτικότητας	Καθόλου	7 (8%)	4 (4%)	5 (5%)	9 (10%)	5 (5%)	9 (10%)	6 (7%)	8 (9%)	2 (2%)	37 (40%)	92
	Λίγη	4 (4%)	6 (6%)	10 (11%)	10 (11%)	12 (13%)	8 (8%)	4 (4%)	10 (11%)	5 (5%)	26 (27%)	95
	Αρκετή	10 (6%)	25 (15%)	15 (9%)	14 (8%)	12 (7%)	10 (6%)	13 (8%)	17 (10%)	14 (8%)	42 (24%)	172
	Πολλή	9 (7%)	9 (7%)	6 (5%)	17 (14%)	13 (11%)	14 (12%)	10 (8%)	13 (11%)	13 (11%)	17 (14%)	121
Εγκατάσταση αναπηρίας	Εκ γενετής	16 (16%)	25 (25%)	13 (13%)	1 (1%)	2 (2%)	0 (0%)	33 (32%)	5 (5%)	4 (4%)	3 (3%)	102
	Επίκτητη	15 (4%)	19 (5%)	23 (6%)	49 (13%)	40 (11%)	41 (11%)	0 (0%)	43 (11%)	30 (8%)	119 (31%)	379
Διάστημα αναπηρίας	0-5 έτη	1 (1%)	2 (2%)	9 (9%)	12 (12%)	5 (5%)	12 (12%)	0 (0%)	16 (16%)	7 (9%)	38 (37%)	102
	6-10 έτη	6 (8%)	1 (1%)	2 (3%)	6 (8%)	6 (8%)	10 (13%)	1 (1%)	15 (19%)	7 (9%)	26 (32%)	80
	11-20 έτη	7 (6%)	4 (3%)	11 (9%)	25 (20%)	14 (11%)	9 (7%)	0 (0%)	13 (10%)	12 (9%)	32 (25%)	127
	>21 έτη	17 (10%)	37 (22%)	14 (8%)	7 (4%)	17 (10%)	10 (9%)	32 (19%)	4 (2%)	8 (5%)	26 (15%)	172

