



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠ/ΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:

«ΕΙΔΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«Οι κοινωνικές δεξιότητες και το αίσθημα της μοναξιάς ως παράμετροι της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία: Εκπαιδευτικές προτάσεις»

Κουτρούμπα Βασιλική

A.M: 55

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2024

Διπλωματική Εργασία:

«Οι κοινωνικές δεξιότητες και το αίσθημα της μοναξιάς ως παράμετροι της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία: Εκπαιδευτικές προτάσεις».

Κουτρούμπα Βασιλική

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Επιβλέπων καθηγητής:

Σπυρίδων Γεώργιος Σούλης

Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε., Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Μέλη:

Ελένη Μορφίδη,

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Π.Τ.Δ.Ε., Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Κυπριωτάκη Μαρία,

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Π.Τ.Π.Ε., Πανεπιστημίου Κρήτης.

Ευχαριστίες

Έχοντας ολοκληρώσει τη διπλωματική μου εργασία, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα και συντονιστή της διπλωματικής μου εργασίας, κύριο Σπυρίδωνα-Γεώργιο Σούλη, για τις υποδείξεις, την εμπιστοσύνη, την καθοδήγηση και την επιμονή, που υπέδειξε καθώς και για την άριστη συνεργασία μας. Σημαντική ήταν και η συμβολή και η βοήθεια της κυρίας Ελένης Μορφίδη, η οποία άνηκε στην τριμελή επιτροπή και χωρίς την καθοδήγησή της στις αναλύσεις του ερευνητικού μέρους το αποτέλεσμα δεν θα ήταν το ίδιο. Και στην καθηγήτρια κυρία Κυπριωτάκη Μαρία που δέχτηκε να είναι μέλος της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής κατά την αξιολόγηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω, βέβαια την οικογένεια μου, τους φίλους μου για την συμπαράσταση και τη στήριξή τους, καθώς και όσους με βοήθησαν να ολοκληρώσω το μεταπτυχιακό μου με επιτυχία.

Σας ευχαριστώ,

Κουτρούμπα Βασιλική

Κατάλογος περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	3
Κατάλογος περιεχομένων.....	4
Περίληψη.....	7
Abstract.....	8
Λίστα πινάκων.....	9
Εισαγωγή.....	11

A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΟΡΙΣΜΟΙ ΑΝΑΠΗΡΩΝ.....13

1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά των χρόνιων νοσημάτων.....	13
1.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά Οπτικής αναπηρίας.....	17
1.3 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά Κινητικής αναπηρίας.....	19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΜΟΝΑΞΙΑ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....23

2.1 Περιγραφή Κεφαλαίου.....	23
2.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά Μοναξίας.....	23
2.3 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά Κοινωνικών δεξιοτήτων.....	25
2.4 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά Ποιότητας ζωής.....	26
2.4.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.....	28
2.4.2 Εκτίμηση της ποιότητας ζωής.....	29
2.4.3 Γενικά εγαλεία εκτίμησης της ποιότητας ζωής.....	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....35

3.1 Έρευνες που εξέτασαν την ποιότητα ζωής των ατόμων με χρόνια νοσήματα.....	35
3.2 Έρευνες που εξέτασαν την ποιότητα ζωής των ατόμων με Οπτική αναπηρία.....	37
3.3 Έρευνες που εξέτασαν την ποιότητα ζωής των ατόμων με Κινητική αναπηρία.....	38
3.4 Έρευνες που εξέτασαν τα αισθήματα μοναξιάς των ατόμων με χρόνια νοσήματα.....	41
3.5 Έρευνες που εξέτασαν τα αισθήματα μοναξιάς των ατόμων με Οπτική αναπηρία.....	42

3.6 Έρευνες που εξέτασαν τα αισθήματα μοναξιάς των ατόμων με Κινητική αναπηρία.....	46
3.7 Έρευνες που εξέτασαν τις κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων με χρόνια νοσήματα.....	48
3.8 Έρευνες που εξέτασαν τις κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων με Οπτική αναπηρία.....	50
3.9 Έρευνες που εξέτασαν τις κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων με Κινητική αναπηρία....	51

B. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	55
4.1 Σκοπός της έρευνας.....	55
4.2 Ερευνητικά Ερωτήματα.....	55
4.3 Ερευνητική Μέθοδος.....	55
4.4 Το εργαλείο της έρευνας.....	56
4.5 Επεξεργασία Δεδομένων.....	56
4.6 Αξιοπιστία της Έρευνας.....	56
4.7 Δείγμα της Έρευνας.....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΟΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	62
5.1 Σχέση των δημογραφικών χαρακτηριστικών με τις κοινωνικές δεξιότητες.....	62
5.2 Επίδραση της αναπηρίας στις κοινωνικές δεξιότητες, στη μοναξιά και στην ποιότητα ζωής.....	65
5.3 Σχέση των δημογραφικών χαρακτηριστικών με την ποιότητα ζωής.....	74
5.4 Επίδραση της μοναξιάς και των κοινωνικών δεξιοτήτων στη ποιότητα ζωής.....	77
5.5 Σχέση των δημογραφικών χαρακτηριστικών με την παράμετρο μοναξιάς.....	79
5.6 Επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην παράμετρο μοναξιάς.....	83
5.7 Επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην ποιότητα ζωής.....	84
5.8 Πρόβλεψη ποιότητας ζωής από τις παραμέτρους της μοναξιάς και των κοινωνικών δεξιοτήτων.....	86
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	89
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ: ΣΥΖΥΓΗΣΗ.....	90
7.1 Συζήτηση.....	90

7.2 Περιορισμοί της έρευνας.....	95
7.3 Μελλοντικές προς έρευνα προτάσεις.....	96
7.4 Εκπαιδευτικές προτάσεις.....	96
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	98
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	123

Περίληψη

Η παρούσα ερευνητική εργασία έχει θεμελιώδη σκοπό την διερεύνηση της μοναξιάς των ατόμων, οι οποίοι πάσχουν από χρόνια νοσήματα, καθώς και ατόμων με οπτική και κινητική αναπηρία. Παράλληλα, εξετάζονται οι κοινωνικές δεξιότητες και η ποιότητα ζωής, στην οποία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα η μοναξιά και η απομόνωση, τις οποίες μπορεί να βιώνουν τα άτομα αυτά. Η μέτρηση των παραπάνω μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με βάση τριών ερωτηματολογίων αναφοράς, τα οποία χορηγήθηκαν σε τριάντα άτομα με χρόνια νοσήματα, τριάντα σε οπτική και κινητική αναπηρία αντίστοιχα. Το πρώτο ερωτηματολόγιο εξέτασε τη μοναξιά. Το δεύτερο εξέτασε τις κοινωνικές δεξιότητες, ενώ το τρίτο εξέτασε την ποιότητα ζωής.

Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 26.0 (Statistical Package for Social Sciences). Τα αποτελέσματα έδειξαν κατά πόσο τα δημογραφικά στοιχεία, όπως το φύλο, το εισόδημα, ο τόπος κατοικίας, επηρέασαν τις απαντήσεις των ερωτηθέντων. Τέλος, εντοπίστηκε, ότι οι κοινωνικές δεξιότητες σχετίζονται θετικά με την ποιότητα ζωής και φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την αντιμετώπιση της μοναξιάς.

Λέξεις κλειδιά: μοναξιά, κοινωνικές δεξιότητες, ποιότητα ζωής, χρόνια νοσήματα, οπτική αναπηρία, κινητική αναπηρία.

"Social skills and the feeling of loneliness as parameters of the quality of life of people with disabilities: Educational proposals"

Abstract

The present research study has the fundamental purpose of investigating the loneliness of people suffering from chronic diseases, as well as people with visual and motor disabilities. At the same time, it examines the social skills and quality of life that may result from the loneliness and isolation that these individuals may experience. These variables were measured using three reference questionnaires administered to thirty people with chronic diseases, thirty with visual and motor disabilities respectively. The first questionnaire examined loneliness, The second examined social skills, while the third examined quality of life. Data were processed using the IBM SPSS Statistics 26.0 (Statistical Package for Social Sciences). The results showed whether demographic data such as gender, income the place of residence influenced the respondents' answers. Finally, social skills were found to be positively related to quality of life and seems to be an important factor in dealing with loneliness.

Keywords: loneliness, social skills, quality of life, chronic diseases, visual disability, motor disability

Λίστα πινάκων

Πίνακας 1: Συνάφεια φύλου και κοινωνικού κινήτρου.....	62
Πίνακας 2: Συνάφεια ηλικίας και κοινωνικού κινήτρου.....	62
Πίνακας 3: Συνάφεια οικογενειακής κατάστασης και κοινωνικού κινήτρου.....	63
Πίνακας 4: Συνάφεια μορφωτικού επιπέδου και κοινωνικού κινήτρου.....	63
Πίνακας 5: Συνάφεια εισοδήματος και κοινωνικού κινήτρου.....	64
Πίνακας 6: Συνάφεια είδους απασχόλησης και κοινωνικού κινήτρου.....	64
Πίνακας 7: Συνάφεια μορφωτικού επιπέδου και κοινωνικής κατανόησης.....	65
Πίνακας 8: Συνάφεια αναπηρίας και κοινωνικού κινήτρου.....	66
Πίνακας 9: Συνάφεια αναπηρίας και κοινωνικής κατανόησης.....	66
Πίνακας 10: Συνάφεια αναπηρίας και ενσυναίσθησης.....	67
Πίνακας 11: Συνάφεια αναπηρίας και κοινωνικής νοημοσύνης.....	67
Πίνακας 12: Συνάφεια αναπηρίας και λεκτικής επικοινωνίας.....	68
Πίνακας 13: Συνάφεια αναπηρίας και μη λεκτικής επικοινωνίας.....	68
Πίνακας 14: Συνάφεια αναπηρίας και ικανότητας ρύθμισης συναισθημάτων.....	68
Πίνακας 15: Επίδραση της αναπηρίας στις Κοινωνικές Δεξιότητες.....	69
Πίνακας 16: Συνάφεια αναπηρίας και μοναξιάς.....	71
Πίνακας 17: Επίδραση της αναπηρίας στην παράμετρο της μοναξιάς.....	72
Πίνακας 18: Συνάφεια αναπηρίας και ποιότητας ζωής.....	73
Πίνακας 19: Επίδραση της αναπηρίας στην παράμετρο της ποιότητας ζωής.....	74
Πίνακας 20: Συνάφεια φύλου και ποιότητας ζωής.....	74
Πίνακας 21: Συνάφεια ηλικίας και ποιότητας ζωής.....	75
Πίνακας 22: Συνάφεια προσωπικής κατάστασης και ποιότητας ζωής.....	75
Πίνακας 23: Συνάφεια είδους απασχόλησης και ποιότητας ζωής.....	76
Πίνακας 24: Συνάφεια εισοδήματος και ποιότητας ζωής.....	76
Πίνακας 25: Συνάφεια μορφωτικού επιπέδου και ποιότητας ζωής.....	77
Πίνακας 26: Συνάφεια ποιότητας ζωής και μοναξιάς.....	77
Πίνακας 27: Συνάφεια κοινωνικού κινήτρου και ποιότητας ζωής.....	78
Πίνακας 28: Συνάφεια ενσυναίσθησης και ποιότητας ζωής.....	78
Πίνακας 29: Συνάφεια κοινωνικής νοημοσύνης και ποιότητας ζωής.....	79
Πίνακας 30: Συνάφεια ρύθμισης συναισθημάτων και ποιότητας ζωής.....	79
Πίνακας 31: Συνάφεια φύλου και μοναξιάς.....	80

Πίνακας 32: Συνάφεια ηλικίας και μοναξιάς.....	80
Πίνακας 33: Συνάφεια προσωπικής κατάστασης και μοναξιάς.....	81
Πίνακας 34: Συνάφεια ύπαρξης παιδιών και μοναξιάς.....	81
Πίνακας 35: Συνάφεια είδους απασχόλησης και μοναξιάς.....	81
Πίνακας 36: Συνάφεια μορφωτικό επίπεδο και μοναξιάς.....	82
Πίνακας 37: Συνάφεια εισοδήματος και μοναξιάς.....	82
Πίνακας 38: Επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην παράμετρο της μοναξιάς.....	83
Πίνακας 39: Επίδραση της μοναξιάς στις Κοινωνικές Δεξιότητες.....	84
Πίνακας 40: Επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην ποιότητα ζωής.....	85
Πίνακας 41: Επίδραση της ποιότητας ζωής στις Κοινωνικές Δεξιότητες.....	85
Πίνακας 42: Πρόβλεψη της ποιότητας ζωής με βάση τις παραμέτρους των κοινωνικών δεξιοτήτων και της μοναξιάς.....	86
Πίνακας 43: Πρόβλεψη της ποιότητας ζωής από τις παραμέτρους των κοινωνικών δεξιοτήτων και της μοναξιάς.....	87

Εισαγωγή

Ο ρόλος των κοινωνικών δεξιοτήτων είναι καθοριστικός στην καθημερινότητα κάθε ανθρώπου, αφού αυτές καθορίζουν την ικανότητά του σε επίπεδο αλληλεπίδρασης, επικοινωνίας και δημιουργίας σχέσεων. Η καλλιέργεια αυτών των δεξιοτήτων κρίνεται ως ακόμη πιο σημαντική για τα άτομα με αναπηρία και χρόνια νοσήματα, καθώς αυτές είναι δυνατόν να συνεισφέρουν στην άρση του κοινωνικού αποκλεισμού και συνεπακόλουθα στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους. Αντίθετα, οι φτωχές κοινωνικές δεξιότητες μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα την απομόνωση και την επιδείνωση του αισθήματος της μοναξιάς, κάτι το οποίο συνιστά μια από τις σημαντικότερες προκλήσεις για τα ανάπηρα άτομα και τα άτομα με χρόνια νοσήματα.

Διότι η αίσθηση της μοναξιάς είναι μια σημαντική παράμετρος, η οποία επιδρά αρνητικά στην ευημερία των ατόμων με αναπηρία ή χρόνια νοσήματα, τόσο ψυχικά όσο και συναισθηματικά. Μερικά από τα αποτελέσματα της μοναξιάς μπορεί να είναι η κατάθλιψη, το άγχος και άλλες διαταραχές ψυχικής φύσεως, καταστάσεις, που προκαλούν την συνολική υποβάθμιση της ποιότητας ζωής. Επιβάλλεται, επομένως, να βρεθούν τρόποι για την αντιμετώπιση αυτού του αισθήματος μέσα από την ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων και την προώθηση της ένταξης σε κοινωνικό επίπεδο.

Στο πλαίσιο αυτό, η αναζήτηση εκπαιδευτικών προτάσεων, οι οποίες έχουν ως στόχο την προώθηση των κοινωνικών δεξιοτήτων και την αντιμετώπιση της μοναξιάς, είναι εξαιρετικής σημασίας για τη στήριξη των ατόμων με αναπηρία ή/και χρόνια νοσήματα. Μέσω προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης, θα μπορούσε να προωθηθεί η ενίσχυση αυτών των ατόμων, παρέχοντάς τους τα αναγκαία μέσα για την αποτελεσματική αλληλεπίδραση με το περιβάλλον τους. Κρίνεται, ότι αυτή η προσέγγιση μπορεί να οδηγήσει στη βελτίωση τόσο της προσωπικής όσο και της κοινωνικής τους ζωής, αλλά και να συμβάλλει στη γενικότερη κοινωνική τους ενσωμάτωση, ανοίγοντας το δρόμο για μια πιο συμπεριληπτική κοινωνία.

Η παρούσα μελέτη αποτελείται από δύο μέρη ένα θεωρητικό και ένα ερευνητικό και διαρθρώνεται σε 7 συνολικά κεφάλαια. Στο πρώτο μέρος και συγκεκριμένα στα κεφάλαια 1 με 3 παρουσιάζεται το θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας, αναπτύσσεται η εννοιολογική προσέγγιση και η επιστημονική ανάλυση των αναπηριών και των τριών μεταβλητών, των κοινωνικών δεξιοτήτων, της μοναξιάς και της ποιότητας ζωής. Το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τον εννοιολογικό προσδιορισμό και τα χαρακτηριστικά των αναπηριών, που αποτελούν «κορμό» για την παρούσα έρευνα. Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται η σκιαγράφηση και εννοιολόγηση των χαρακτηριστικών των κοινωνικών δεξιοτήτων, της μοναξιάς και της ποιότητας ζωής.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται μία ανασκόπηση ερευνών τόσο από την ελληνική, όσο και από τη διεθνή βιβλιογραφία αναφορικά με ζητήματα, τα οποία σχετίζονται με την ποιότητα ζωής, τη μοναξιά και τις κοινωνικές δεξιότητες των

ατόμων με αναπηρία. Επιπροσθέτως αναφέρονται έρευνες, οι οποίες έχουν διεξαχθεί, για να διευκρινιστεί επακριβώς ο ρόλος και η σχέση των εννοιών σχετικά με την μοναξιά τις κοινωνικές δεξιότητες και την ποιότητα ζωής στα άτομα με αναπηρία.

Στο δεύτερο μέρος και συγκεκριμένα στο τέταρτο κεφάλαιο αυτής της εργασίας παρατίθενται η μεθοδολογική προσέγγιση της έρευνας, διατυπώνεται ο σκοπός της έρευνας και τα ερευνητικά ερωτήματα, τα χαρακτηριστικά του δείγματος, που επιλέχθηκε, τα ερευνητικά εργαλεία, η διαδικασία, που ακολουθήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων και τη στρατηγική ανάλυση τους. Στο πέμπτο κεφάλαιο αναφέρονται τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας, τα οποία προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων μέσα από ερωτηματολόγια αναφοράς, τα οποία μοιράστηκαν στο δείγμα.

Το έκτο κεφάλαιο, περιλαμβάνει τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας, όπου συνοψίζονται και σχολιάζονται τα αποτελέσματα σε σχέση με τα αρχικά ερευνητικά ερωτήματα, ενώ στο έβδομο κεφάλαιο παρατίθενται η συζήτηση, στην οποία διατυπώνονται τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας σε σχέση με τη βιβλιογραφική και ερευνητική ανασκόπηση, που προηγήθηκε. Επιπλέον, παρατίθενται περιορισμοί και προτάσεις πρακτικής εφαρμογής για μελλοντική διερεύνηση. Τέλος, ακολουθούν οι βιβλιογραφικές αναφορές, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν, καθώς και το παράρτημα, στο οποίο περιλαμβάνεται το ψυχομετρικό εργαλείο που τους χορηγήθηκε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΟΡΙΣΜΟΙ ΑΝΑΠΗΡΙΩΝ

1.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά των χρόνιων νοσημάτων

Η χρόνια νόσος ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως μακράς διάρκειας, γενικά αργή σε εξέλιξη νοσογόνος κατάσταση και δεν μεταδίδεται από άτομο σε άτομο. Η μελέτη Global Burden of Disease το 2013 ανέφερε μια σημαντική αύξηση (42,3%) στα χρόνια, τα οποία ζούσαμε με αναπηρία (YLD) από το 1990 έως το 2013. Αυτό το ποσοστό ήταν συντριπτικό λόγω των μη μεταδοτικών ασθενειών, κατατάσσοντας τις μη μολυσματικές ασθένειες στις 20 κορυφαίες αιτίες YLD παγκοσμίως το 2013. Η πολυνοσηρότητα των χρόνιων καταστάσεων είναι υψηλή στις ανεπτυγμένες χώρες και ο επιπολασμός τους αυξάνεται με την ηλικία. Τα δεδομένα της Ευρώπης δείχνουν, ότι περίπου το 40% των ατόμων ηλικίας άνω των 44 ετών έχουν χρόνια νόσο με πολυνοσηρότητα, η οποία αυξάνεται σε περίπου 50% για ηλικίες 65-74 ετών και 70% για 85 ετών και άνω (Anerson et al., 2017).

Η αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών είναι μια μεγάλη πρόκληση για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο, τα οποία έχουν αναπτυχθεί σε μεγάλο βαθμό για να αντιμετωπίζουν την οξεία επεισοδιακή κρίση τους, αντί να παρέχουν οργανωμένη φροντίδα σε άτομα με μακροχρόνιες παθήσεις. Χαρακτηριστικό των χρόνιων ασθενειών είναι, ότι συχνά απαιτούν μακρά περίοδο επίβλεψης, παρακολούθησης ή φροντίδας. Τα καθοριστικά χαρακτηριστικά της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (συμπεριλαμβανομένης της συνέχειας, του συντονισμού και της πληρότητας) καθιστούν αυτή τη ρύθμιση κατάλληλη για τη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων. Τα στατιστικά στοιχεία υπογραμμίζουν όλο και περισσότερο τη σημασία του αναπροσανατολισμού της πολιτικής υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης προς συστήματα χρόνιας φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης ειδικότερα στα πλαίσια της πρόληψης. Οι χώρες με ισχυρά συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας τείνουν να έχουν καλύτερα αποτελέσματα υγείας με χαμηλότερο κόστος (Bailey et al., 2015).

Το μοντέλο χρόνιας φροντίδας (CCM) αναπτύχθηκε τη δεκαετία του 1990 από τους Wagner et al. ως πλαίσιο για τη βελτίωση της ποιότητας της χρόνιας φροντίδας. Είναι μια οργανωτική προσέγγιση για τη φροντίδα των ατόμων με χρόνια νόσο που είναι ιδιαίτερα εφαρμόσιμη στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Τα έξι στοιχεία του CCM λειτουργούν στο πλαίσιο του ατόμου, της κοινότητας, του φορέα παροχής και του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Το μοντέλο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως οδηγός για τη βελτίωση ενός υγειονομικού συστήματος για την παροχή υψηλότερης ποιότητας φροντίδας και διαχείρισης των χρόνιων ασθενειών (CDM) (Beger et al., 2016).

Οι τρέχουσες τάσεις στην αύξηση του πληθυσμού, την ηλικιακή κατανομή και τη δυναμική των ασθενειών προμηνύουν αύξηση του επιπολασμού των χρόνιων ασθενειών, νέων χρόνιων παθήσεων καθώς και συνδυασμών αυτών. Τέτοιες τάσεις απειλούν τόσο τη δημόσια όσο και την οικονομική υγεία των κρατών και

περιλαμβάνουν τον ταχέως αυξανόμενο πληθυσμό ηλικιωμένων ενηλίκων, το αυξανόμενο προσδόκιμο ζωής που σχετίζεται με την πρόοδο στη δημόσια υγεία και την κλινική ιατρική και τον επιμμένοντα υψηλό επιπολασμό ορισμένων παραγόντων κινδύνου (Calder et al., 2017).

Παραδοσιακά, τα ιατρικά προγράμματα, τα προγράμματα δημόσιας υγείας καθώς και τα κοινωνικά που στοχεύουν κοινά καθορισμένες χρόνιες ασθένειες επικεντρώνονται σε μεμονωμένες χρόνιες ασθένειες χωρίς να λαμβάνουν υπόψη το ευρύτερο πλαίσιο των πολλαπλών παραγόντων κινδύνου των χρόνιων παθήσεων. Ωστόσο, οι πρωτοβουλίες για την υγεία έχουν αρχίσει να επεκτείνονται ώστε να περιλαμβάνουν όχι μόνο χρόνιες ασθένειες αλλά και χρόνιες παθήσεις, που δεν είναι εκδηλώσεις σωματικής νόσου αλλά είναι μόνιμα ή μακροχρόνια (π.χ. αναπτυξιακές διαταραχές, δυσλειτουργία άκρων, διαταραχή όρασης) και ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων υγείας συμπεριφοράς, μερικά από τα οποία παραδοσιακά δεν έχουν ταξινομηθεί ως ασθένειες (Jensen et al., 2017).

Μετά την ανάπτυξη του CCM, υπήρξαν πολλές άλλες προσεγγίσεις για τη βελτίωση της ποιότητας και της πληρότητας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης των χρόνιων ασθενειών. Η διαχείριση της χρόνιας νόσου στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι σημαντικό μέρος τόσο της πρόληψης όσο και της αντιμετώπισης των χρόνιων παθήσεων, αλλά υπάρχει ανάγκη να κατανοήσουμε ποιες παρεμβάσεις είναι αποτελεσματικές, για ποιον και σε ποιο πλαίσιο. Η βιβλιογραφία σχετικά με τις παρεμβάσεις για τη πρόληψη των CDM στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, με βάση το CCM ή με άλλο τρόπο, είναι ποικίλη και αυξάνεται. Το 2015 από τον Frisoni et al, δημοσιεύτηκε μια συστηματική ανασκόπηση με αφηγηματική σύνθεση των παρεμβάσεων για κοινά προβλήματα σωματικής υγείας που αντιμετωπίζονται στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις ανεπτυγμένες χώρες. Αυτή η ανασκόπηση ταξινόμησε τις παρεμβάσεις στα στοιχεία του CCM, μια προσέγγιση που στη συνέχεια υιοθετήθηκε από άλλους συγγραφείς (Frisoni et al., 2015).

Ο σημερινός κόσμος αναγνωρίζει τον αναδυόμενο υψηλό επιπολασμό πολλαπλών χρόνιων παθήσεων (MCC) και τις σχετικές επιπτώσεις για την πρόληψη, τη θεραπεία, τα προγράμματα δημόσιας υγείας και τον προγραμματισμό. Τα άτομα που πάσχουν από κάποια MCC μπορεί να απαιτούν αυξημένο συντονισμό της φροντίδας από τους κλινικούς γιατρούς, τη δημόσια υγεία και τα κοινωνικά προγράμματα για τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής τους. Για να συντονιστεί μια εθνική απάντηση σε ζητήματα που σχετίζονται με τις MCC, τα αρμόδια υγειονομικά κέντρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης θέσπισαν ένα στρατηγικό πλαίσιο για τις παθήσεις αυτές. Οι τομείς εστίασης περιλαμβάνουν την παρακολούθηση της υγείας των ατόμων που έχουν MCC και τη διευκόλυνση της αυξημένης παροχής παρεμβάσεων, όπως ο βελτιωμένος συντονισμός της φροντίδας για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Gavrilov et al., 2015).

Η πρόληψη και ο μετριασμός της επίδρασης οποιασδήποτε μεμονωμένης χρόνιας πάθησης, απαιτεί υγειονομική οργάνωση. Ωστόσο, υπάρχουν 2 μεγάλα εμπόδια. Πρώτον, το ένα είναι η έλλειψη συνέπειας στους βασικούς ορισμούς (π.χ. χρόνια νόσος, χρόνια ασθένεια, χρόνια πάθηση) και στα διαγνωστικά σχήματα ταξινόμησης (π.χ. αυτοαναφορά, κωδικοποίηση Διεθνούς Ταξινόμησης Νοσημάτων [ICD], Λογισμικό Κλινικής Ταξινόμησης [CCS]). Δεύτερον είναι οι διαφορές στις μεθόδους συλλογής δεδομένων και στο σχεδιασμό των συνόλων δεδομένων που συγχέουν τις προσπάθειες χαρακτηρισμού της επιδημιολογίας και της διαχείρισης των MCC σε διαφορετικές ομάδες πληθυσμού σε διαφορετικά περιβάλλοντα. Για να ξεπεραστούν αυτά τα εμπόδια, χρειαζόμαστε ένα εννοιολογικό μοντέλο που να περιλαμβάνει τυπικούς ορισμούς περιπτώσεων για μεμονωμένα ή πολλαπλά εμφανιζόμενα χρόνιες παθήσεις και καθοδήγηση για την εφαρμογή αυτών των ορισμών σε συστήματα που παρέχουν δεδομένα για την υγεία του πληθυσμού. Αυτό το μοντέλο θα βοηθήσει τους ερευνητές και τους επαγγελματίες υγείας να παρακολουθούν και να μελετούν τις χρόνιες παθήσεις (Goodman et al., 2013).

Οι ακριβείς ορισμοί των χρόνιων παθήσεων αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι των προσπαθειών επίβλεψης της δημόσιας υγείας για την παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού και για τη διεξαγωγή δημόσιας υγείας και κλινικών ερευνών. Ωστόσο, οι ορισμοί για τις χρόνιες παθήσεις ποικίλλουν ευρέως. Επιλεγμένοι ορισμοί που προέρχονται από βιβλιογραφία με δημοσίως διαθέσιμες πηγές πληροφοριών, αντιπροσωπεύουν προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται στον ακαδημαϊκό χώρο, γενικότερα. Αυτοί οι ορισμοί παρουσιάζουν ετερογένεια σε πολλά χαρακτηριστικά, όπως η διάρκεια ή η λανθάνουσα περίοδος, η ανάγκη για ιατρική φροντίδα, η επίδραση στη καθημερινότητα και την λειτουργικότητα του ατόμου, η παθολογία, η απόκλιση από την ευημερία, η μη μεταδοτική φύση, οι πολλαπλοί παράγοντες κινδύνου και η μη κατονομασία για θεραπεία (Kadu & Stolee, 2015).

Η ετερογένεια αυτών των ορισμών έρχεται σε πλήρη αντίθεση με τη διαδικασία έρευνας των διαφόρων μολυσματικών καταστάσεων χρησιμοποιώντας καθιερωμένους ορισμούς περιπτώσεων. Ως αποτέλεσμα, οι λίστες των χρόνιων παθήσεων ποικίλλουν και η ακρίβεια της εκτίμησης του μεγέθους των χαρακτηριστικών όπως η εμφάνιση, η επιβάρυνση και το σχετικό υγειονομικό κόστος δεν είναι ακριβή πάντα. Τα σχήματα ταξινόμησης που χρησιμοποιούνται επί του παρόντος για τον εντοπισμό χρόνιων παθήσεων ποικίλλουν ως προς την προέλευση, το εύρος και τη σύνθεση και λίγα έχουν εφαρμοστεί στην επιστημονική υγειονομική κοινότητα. Για παράδειγμα, αναπτύχθηκαν 3 συστήματα μέσω της συνδυασμένης χρήσης της γνώμης των ειδικών και των κωδικών ICD: ο δείκτης χρόνιας κατάστασης που προτείνεται από τον Hwang και τους συνεργάτες του προσδιορίζει 185 καταστάσεις (4). η Αποθήκη Δεδομένων Χρόνιας Κατάστασης, που αναπτύχθηκε από τα Κέντρα Υπηρεσιών Medicare και Medicaid (CMS), προσδιορίζει 26 καταστάσεις και το σύστημα της Κατηγορίας Ιεραρχικής Κατάστασης προσδιορίζει 70 νοσήματα. Το 1999, τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC) και το Συμβούλιο της Επικρατείας και διάφοροι Επιδημιολόγοι ανέπτυξαν ένα σύνολο 73 δεικτών

χρόνιων ασθενειών που αργότερα επεκτάθηκαν σε 97 διατομεακούς δείκτες για χρήση από δικαιοδοσίες σε διαφορετικά επίπεδα για «ομοιόμορφο καθορισμό, συλλέγουν και αναφέρουν δεδομένα χρόνιων ασθενειών που είναι σημαντικά για την πρακτική της δημόσιας υγείας». Αυτά τα συστήματα ταξινόμησης έχουν εφαρμοστεί σε συγκεκριμένα συστήματα δεδομένων για συγκεκριμένους σκοπούς, όπως η αναφορά δεδομένων σε κρατικό επίπεδο για υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Ωστόσο, οι διακυμάνσεις στον αριθμό των συνθηκών και στη σειρά των συνθηκών περιορίζουν τις συγκρίσεις των ευρημάτων που προκύπτουν από τη χρήση διαφορετικών σχημάτων ταξινόμησης (Li et al., 2011, Pasricha et al., 2012).

Τα σχετικά κριτήρια της διάγνωσης ενός χρόνιου νοσήματος μπορούν να εφαρμοστούν ως ομάδες καταστάσεων υγείας για την επιλογή της διάγνωσης. Το σύνολο των χρόνιων καταστάσεων πρέπει να αντιστοιχιστεί σε μέτρα που χρησιμοποιούν τυπικούς κανόνες κωδικοποίησης και αλγόριθμους που μπορούν να εφαρμοστούν συστηματικά σε διαφορετικά συστήματα δεδομένων. Οι αλγόριθμοι κωδικοποίησης μπορεί να είναι συγκεκριμένοι για το σύστημα δεδομένων, επειδή είναι συνάρτηση του τύπου των διαθέσιμων δεδομένων (π.χ. ICD, CCS, απαντήσεις έρευνας) (Reynolds et al., 2018).

Η κατανόηση των συστημάτων δεδομένων είναι ένα ιεραρχικό μοντέλο που περιγράφει γενικά τα κύρια στοιχεία των συστημάτων δεδομένων. Το υψηλότερο επίπεδο είναι ένα σύστημα δεδομένων, όπως ένα σύστημα επιτήρησης ή μια οικογένεια σχετικών συστημάτων. Τέτοια συστήματα, με τη σειρά τους, αποτελούνται από σύνολα δεδομένων συστατικών που είναι διακριτές μονάδες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για ανάλυση. Στο παράδειγμα των συστημάτων επιτήρησης, ένα σύνολο δεδομένων θα μπορούσε να είναι τα δεδομένα που συλλέγονται για 1 έτος. Στη συνέχεια, τα σύνολα δεδομένων μπορούν να αποδομηθούν περαιτέρω σε στοιχεία δεδομένων — δηλαδή, τα μεμονωμένα στοιχεία που σχηματίζουν ένα σύνολο δεδομένων, που τυπικά αντιπροσωπεύουν ένα μεμονωμένο άτομο ή συνάντηση (π.χ. επίσκεψη κλινικής, εξιτήριο από νοσοκομείο) ως μονάδα ανάλυσης (Robb et al., 2016).

Το σημείο στο οποίο τέμνονται οι παραπάνω 2 διαστάσεις (δηλ. όπου εφαρμόζεται το σχήμα κωδικοποίησης στα στοιχεία δεδομένων) έχει ως αποτέλεσμα την έξοδο ενός δείκτη του αριθμού των χρόνιων νοσημάτων. Αυτός ο δείκτης επιτρέπει στους ερευνητές και σε άλλους να εξετάσουν τη μεταβλητότητα σε μια ποικιλία μέτρων αποτελέσματος, κόστους και χρήσης, συμπεριλαμβανομένης της θνησιμότητας, του σχετικού κόστους, της χρήσης υγειονομικής περίθαλψης και άλλων παραμέτρων (WHO, 2012).

Ένα άλλο βασικό ζήτημα αφορά τη βάση απόφασης σχετικά με το τι θα συμπεριληφθεί σε ένα σύνολο επιλεγμένων συνθηκών από στατιστικής πλευράς. Ένα παράδειγμα τέτοιο είναι ότι τα μοτίβα των βασικών δεικτών, όπως η επικράτηση των MCC, η χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών και οι δείκτες κόστους μπορεί να διαφέρουν άμεσα ανάλογα με τον τύπο και τον αριθμό των νοσημάτων. Η βέλτιστη

λίστα θα πρέπει να περιλαμβάνει έναν αριθμό συνθηκών που να είναι επαρκείς για να είναι πρακτικά χρήσιμες αλλά όχι υπερβολικά περιεκτικές. Για να αντιμετωπίσει η ανάγκη για μια τέτοια λίστα και αναγνωρίζοντας την ανάγκη για ένα τυπικό σύστημα ταξινόμησης για χρόνιες παθήσεις, ο OASH χρησιμοποίησε μια διαδικασία διαβούλευσης στην οποία συμμετείχαν ειδικοί της ομάδας εργασίας για τα MCC στην κλινική ιατρική, την επιδημιολογία και τη δημόσια υγεία. Ο στόχος αυτής της διαδικασίας ήταν να αναπτυχθεί μια λίστα που θα περιλαμβάνει καταστάσεις που πληρούν τον ορισμό της χρονιότητας, είναι διαδεδομένες και είναι δυνητικά επιδεκτικές στη δημόσια υγεία ή κλινικές παρεμβάσεις ή και τα δύο. Το κριτήριο για τη χρονιότητα αντιμετωπίστηκε με την εφαρμογή του ορισμού της «χρόνιας κατάστασης» που χρησιμοποιείται στο στρατηγικό πλαίσιο HHS για τα MCC. Αυτός ο ορισμός, ο οποίος βασίζεται σε προσεγγίσεις προσαρμοσμένες από άλλες πηγές, δηλώνει ότι οι χρόνιες ασθένειες είναι *«καταστάσεις που διαρκούν ένα χρόνο ή περισσότερο και απαιτούν συνεχή ιατρική φροντίδα ή/και περιορίζουν τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής»* (όπως σωματικές παθήσεις, προβλήματα υγείας συμπεριφοράς, και αναπτυξιακές αναπηρίες). Για τη δημιουργία της λίστας του OASH, η ομάδα εργασίας εφάρμοσε αυτόν τον ορισμό και τα σχετικά κριτήρια σε σύνολα συνθηκών που χρησιμοποιούνται σε 3 πηγές: 1) η CMS Χρόνια Κατάσταση Δεδομένων Αποθήκης. 2) ο κατάλογος των «Προϋποθέσεων Προτεραιότητας» που προσδιορίζονται από τον Οργανισμό για την Έρευνα στην Υγειονομική Περίθαλψη και το Πρόγραμμα Αποτελεσματικής Υγειονομικής Περίθαλψης της Ποιότητας και 3) το βιβλίο γραφημάτων του Ιδρύματος Robert Wood Johnson, *Chronic Care: Making the Case for Continuing Care* (Kadu & Stolee, 2015).

Το αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας ήταν ένα σύνολο 20 συνθηκών καθεμία από τις οποίες καταγράφηκε τουλάχιστον σε 1 από αυτές τις πηγές και η πλειονότητα των οποίων προήλθε από τουλάχιστον 2 από τις 3 πηγές — που αντιπροσώπευαν μια πρακτική ισορροπία των παραπάνω κριτηρίων. Ο προσδιορισμός ενός διαχειρίσιμου αριθμού συνθηκών βοηθά στη διασφάλιση της συγκρισιμότητας μεταξύ συστημάτων δεδομένων που καλύπτουν ένα φάσμα πληθυσμών και ρυθμίσεων. Επιπλέον, αυτές οι συνθήκες μπορούν να αναγνωριστούν χρησιμοποιώντας κωδικούς ICD και να εφαρμοστούν σε διάφορα συστήματα δεδομένων, αν και ο τρόπος κωδικοποίησης των συνθηκών ποικίλλει ανάλογα με τη διαθεσιμότητα των δεδομένων (Robb et al., 2016).

1.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά της Οπτικής αναπηρίας

Η βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως και το αυξανόμενο ενδιαφέρον τόσο των ατόμων όσο και της κοινωνίας για την πρόληψη ασθενειών που επηρεάζουν το οπτικό σύστημα είναι αναμφισβήτητα. Για να ενισχύσουν και να μεγιστοποιήσουν τα επιτεύγματα που έχουν επιτευχθεί τα τελευταία 20 χρόνια, το 2020, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και ο Διεθνής Οργανισμός για την

Πρόληψη της Τύφλωσης γέννησαν το έργο VISION 2020, The Right of Sight. Αυτό το πρόγραμμα στοχεύει στην εξάλειψη των αιτιών τύφλωσης που μπορούν να προληφθούν. Η υλοποίηση αυτού του έργου βασίζεται σε δεδομένα σχετικά με τον επιπολασμό της τύφλωσης και της σοβαρής βλάβης της όρασης που προκαλείται από θεραπεύσιμες ασθένειες, οι οποίες εξακολουθούν να είναι ανησυχητικά υψηλές παρά τις προσπάθειες που γίνονται. Μάλιστα, ήδη από το 2015, δημιουργήθηκε η Global Vision Database από το The Vision Loss Expert Group (VLEG) για τη συλλογή και ανάλυση πληροφοριών σχετικά με την επιδημιολογία της χαμηλής όρασης σε όλο τον κόσμο. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν συνέβαλαν στη δημοσίευση της Παγκόσμιας Έκθεσης του ΠΟΥ για το όραμα το 2019. Υπό το φως αυτών των δεδομένων, υπάρχει απόλυτη ανάγκη για συνέχιση των σχεδίων που περιγράφονται για τη δραστική μείωση του αριθμού των περιπτώσεων που καταγράφονται. Σύμφωνα με αυτή τη μελέτη, 2,2 δισεκατομμύρια άνθρωποι επηρεάζονται από κάποιο βαθμό οπτικής αναπηρίας και οι μισοί από αυτούς έχουν μια κατάσταση που μπορεί να προληφθεί και να θεραπευθεί (Nuzzi et al., 2024).

Η ταξινόμηση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νοσημάτων (ICD), που καταρτίστηκε από τον ΠΟΥ, διακρίνει τις διαταραχές της όρασης σε δύο ομάδες: τις διαταραχές της μακρινής όρασης και τις διαταραχές κοντινής όρασης. Οι πρώτες υποταξινομούνται σε τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με τη φθίνουσα σειρά σοβαρότητας: τύφλωση, σοβαρή, μέτρια και ήπια χαμηλή όραση. Η οπτική οξύτητα μικρότερη από 3/60 ορίζει μια κατάσταση τύφλωσης, ενώ οι τιμές οπτικής οξύτητας μεταξύ 3/60 και 6/18 αντιπροσωπεύουν σοβαρή (εύρος: 3/60–6/60) και μέτρια (εύρος: 6/60–6/18) χαμηλή όραση, αντίστοιχα. Τέλος, η ήπια διαταραχή όρασης ισοδυναμεί με τιμές μεταξύ 6/18 και 6/12. Επομένως, σύμφωνα με αυτήν την ταξινόμηση, τιμές πάνω από 6/12 διακρίνουν την καλή οπτική ποιότητα. Ωστόσο, όσον αφορά τη διαφοροποίηση των ασθενειών κοντινής όρασης, αυτές ορίζονται από μια σχεδόν οπτική οξύτητα μικρότερη από το N6 (κλίμακα και μετρική σημειογραφία) ή το M.08 (κλίμακα και μετρική σημειογραφία) στα 40 cm (Pizzarello et al., 2004).

Μέχρι, το 2019, μια άλλη ανάλυση, η Μελέτη Παγκόσμιας Επιβάρυνσης Νόσων, μας επέτρεψε να εκτιμήσουμε τον παγκόσμιο επιπολασμό της τύφλωσης και της οπτικής αναπηρίας: 43,3 εκατομμύρια άνθρωποι ήταν τυφλοί και 295 εκατομμύρια άνθρωποι επηρεάστηκαν από μέτρια έως σοβαρή οπτική αναπηρία. Επιπλέον, έχει προβλεφθεί ότι το ποσό θα αυξηθεί δραματικά. Αναλύοντας λεπτομερέστερα την αιτιολογία αυτών των καταστάσεων, έχει επίσης αποδειχθεί ότι οι κύριες αιτίες της μέτριας έως σοβαρής διαταραχής της όρασης (MSVI) είναι το μη διορθωμένο διαθλαστικό σφάλμα (86,1 εκατομμύρια περιπτώσεις), ο καταρράκτης (78,8 εκατομμύρια περιπτώσεις), η ηλικία εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (AMD) (6,2 εκατομμύρια περιπτώσεις), γλαύκωμα (4,1 εκατομμύρια περιπτώσεις) και διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (2,9 εκατομμύρια περιπτώσεις) (WHO, 2019).

Αυτά τα στατιστικά στοιχεία είναι ανησυχητικά, καθώς αντικατοπτρίζουν μια κοινωνία, η οποία μαστίζεται από σημαντικά οπτικά ελλείμματα, όχι μόνο από την άποψη της υγείας με τη στενή έννοια, αλλά και από την άποψη της αντιληπτής

ποιότητας ζωής. Όπου ορίζει την υγεία ως «μια κατάσταση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας», ενώ η ποιότητα ζωής αναφέρεται ως «η υποκειμενική αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή το πλαίσιο μιας κουλτούρας και ενός συνόλου αξιών στο οποίο ζει, σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του/της». Ως εκ τούτου, η ποιότητα ζωής ενός ατόμου διαδραματίζει βασικό ρόλο στον καθορισμό της κατάστασης της υγείας του, ιδιαίτερα της ψυχικής και κοινωνικής υγείας, αλλά αναμφίβολα αντανακλά και τη σωματική πτυχή, αντιπροσωπεύοντας ένα κομβικό σημείο στον ορισμό και τη συνειδητοποίηση του ατόμου ως «υγιούς» ανθρώπου. Τα άτομα με προβλήματα όρασης παραπονιούνται για σοβαρούς περιορισμούς στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων που, για ένα υγιές άτομο, θεωρούνται σχεδόν δεδομένες, όπως η διέλευση των δρόμων, η έξοδος μόνοι σε εξωτερικούς χώρους, το μαγείρεμα, το ντύσιμο και η φροντίδα της προσωπικής του υγιεινής. Στην πραγματικότητα, αντιμετωπίζουν καθημερινά μεγαλύτερα εμπόδια στην κίνηση. Επιπλέον, το να είναι τυφλά αναπόφευκτα κάνει αυτά τα άτομα πιο ευάλωτα σε τραύματα, τόσο σωματικά (λόγω πτώσεων και απώλειας ισορροπίας) όσο και κοινωνικά, εκθέτοντάς τα ουσιαστικά περισσότερο σε απάτες και ληστείες. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κοινωνικής απόσυρσης και κατάθλιψης από τον υγιή πληθυσμό (Bourne et al., 2021), και η χαμηλή όραση μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει τη φτώχεια μέσω μειωμένων προοπτικών απασχόλησης και παραγωγικότητας εργασίας, καθώς και να επηρεάσει αρνητικά τις ευκαιρίες εκπαίδευσης (Steinmetz et al., 2021). Επίσης, δεν πρέπει να αγνοηθεί η απομόνωση που προκύπτει από την εικονική πραγματικότητα στην οποία η σημερινή κοινωνία είναι πλέον όλο και περισσότερο βυθισμένη (μέσα κοινωνικής δικτύωσης, εφαρμογές γνωριμιών και φόρουμ). Αν και οι τεχνολογίες είναι αιχμής, η όραση σε αυτόν τον τομέα κυριαρχεί και η δραστική αύξηση των διαπροσωπικών σχέσεων στο Διαδίκτυο περιορίζει τη χρήση των υπόλοιπων αισθήσεων (ακοή, όσφρηση και αφή), οι οποίες αντίθετα είναι απαραίτητες για άτομα με προβλήματα όρασης να αλληλεπιδράσει με τον έξω κόσμο (Burton et al., 2021). Αυτή η πτυχή είναι ακόμη πιο έντονη και επηρεάζει τους εφήβους με προβλήματα όρασης, δεδομένης της κυρίαρχης εικονικής συμμετοχής των συνομηλίκων τους.

1.3 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά Κινητικής Αναπηρίας

Η λεπτή κινητική αναπηρία είναι μια αδυναμία ή βλάβη ενός ατόμου να εκτελέσει εργασίες που απαιτούν έναν βαθμό χειρωνακτικής επιδεξιότητας. Η λεπτή κινητική αναπηρία είναι σύμπτωμα μιας υποκείμενης διαδικασίας ασθένειας και όχι μιας ασθένειας από μόνη της. Για να εκτελεστούν ακόμη και απλές λεπτές κινήσεις απαιτείται επικοινωνία μεταξύ του προκινητικού και κινητικού φλοιού, της παρεγκεφαλίδας, των βασικών γαγγλίων, των φλοιονωτιαίων οδών και των περιφερικών νεύρων, για να μην αναφέρουμε και την οπτικοχωρική, αισθητηριακή και εκτελεστική επεξεργασία (Bos et al., 2013).

Επιπλέον, τραυματισμοί σε μυοσκελετικές παθήσεις μπορεί επίσης να επηρεάσουν τις λεπτές κινητικές ικανότητες. Η λεπτή κινητική ικανότητα είναι

συνήθως συνώνυμη στη βιβλιογραφία σχετικά με την ικανότητα ενός ατόμου να κάνει ακριβείς, εκούσιες και συντονισμένες κινήσεις με τα χέρια του. Ωστόσο, η επιδεξιότητα του ποδιού περιγράφεται επίσης σχετικά με την αθλητική ικανότητα και τον ακριβή συντονισμό των κάτω άκρων που απαιτείται για την εκτέλεση λεπτών κινήσεων που απαιτούνται στον αθλητισμό. Είναι εντυπωσιακό ότι άτομα με εκ γενετής απουσία χεριών με επαγγέλματα που απαιτούν λεπτή κινητική ικανότητα, όπως οι ζωγράφοι, έχουν φλοιώδεις «χάρτες των δακτύλων» στη θέση της αναπαράστασης των χεριών (Fraser et al., 2010).

Παρά αυτά τα παραδείγματα, η χειρωνακτική επιδεξιότητα του χεριού παίζει πολύ μεγαλύτερο ρόλο στην αξιολόγηση μιας λεπτής κινητικής αναπηρίας. Για παράδειγμα, όλα τα ορόσημα της λεπτής κινητικής ανάπτυξης στα παιδιά σχετίζονται με την ικανότητα ενός παιδιού να χρησιμοποιεί τα χέρια του σε όλο και πιο εκλεπτυσμένες και σκόπιμες κινήσεις. Για παράδειγμα, σε ηλικία 2 μηνών, ένα παιδί μπορεί να αναμένεται να κρατά μια κουδουνίστρα και στους 12 μήνες, η ικανότητα να κρατά κάτι με «λαβή από λαβίδα» μεταξύ 2 δακτύλων στο ίδιο χέρι. Αυτή η εστίαση στην επιδεξιότητα των χεριών αντανακλά τη σημασία των χεριών ενός ατόμου για την εκτέλεση εργασιών που απαιτούνται στην καθημερινή ζωή. Ένα καθοριστικό χαρακτηριστικό των ανθρωποειδών είναι η ικανότητα να εκτελούν επιδέξιους ελιγμούς με τα χέρια και έχει θεωρηθεί τόσο στην κοινή γλώσσα όσο και στην επιστημονική κοινότητα ότι η ικανότητα τσιμπίδας που σχετίζεται με τον αντίθετο αντίχειρα συγκεντρώνει στους ανθρώπους τη μοναδική ικανότητα για περίπλοκες, λεπτές κινητικές εργασίες (Ludwig et al., 2022).

Η πίεση επιλογής των εξελικτικών προγόνων μας σχετικά με τη μορφολογία των χεριών, την ευελιξία των αρθρώσεων και το πλεονέκτημα επιβίωσης στη χρήση και τη διαμόρφωση εργαλείων δημιούργησε μια ισχυρή συμβίωση μεταξύ των χεριών και της συνδυασμένης ικανότητας του εγκεφάλου να επιβιώνει και να ευδοκίμει στο περιβάλλον. Αυτή η αλληλεξάρτηση αντανακλάται στη χονδροειδή νευροανατομία. Ο Δρ. Penfield αναπαριστούσε έντονα το υπερεκπροσωπούμενο χέρι στον κινητικό και τον αισθητήριο φλοιό στο τρισιδιάστατο μοντέλο του, όπου τα χέρια αντιπροσωπεύουν ένα πολύ μεγαλύτερο ποσοστό του φλοιού σε σύγκριση με το πραγματικό ανατομικό μέγεθος των χεριών (Morris et al., 2015).

Η λεπτή κινητική αναπηρία μπορεί να επηρεάσει οποιονδήποτε σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά είναι ιδιαίτερα σημαντική κατά την ανάπτυξη ενός παιδιού με την λεπτή κινητική ικανότητα να παρακολουθείται στενά από τους κλινικούς ιατρούς, καθώς σημαντικές καθυστερήσεις σε αναγνωρισμένα ορόσημα μπορεί να υποδηλώνουν μια σειρά υποκείμενων νευρολογικών διαταραχών. Έχει βρεθεί ότι οι λεπτές κινητικές δεξιότητες προβλέπουν ανεξάρτητα την κοινωνική και γνωστική ικανότητα σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Αυτό αντανακλά περαιτέρω τη συνδεδεμένη ανάπτυξη της επίλυσης προβλημάτων με τη φυσική χειραγώγηση του περιβάλλοντος και τη σημασία των λεπτών κινητικών δεξιοτήτων στο κοινωνικό παιχνίδι. Τρία κύρια στοιχεία του ελέγχου λεπτής κινητικότητας πιστεύεται ότι είναι η κλιμάκωση της

δύναμης λαβής, η ταχύτητα κίνησης και ο συντονισμός του κινητήρα (Lyle et al., 2015).

Η ανέπαφη λεπτή κινητική λειτουργία περιλαμβάνει πολύπλοκο συντονισμό μεταξύ πολλών δομών του κεντρικού και του περιφερικού νευρικού συστήματος. Η υποκείμενη αιτιολογία της επακόλουθης βλάβης είναι επομένως τεράστια. Ακολουθεί μια σύντομη περίληψη της αιτιολογίας της λεπτής κινητικής αναπηρίας σε σχέση με νευροανατομικές περιοχές και πιο γενικευμένες αιτίες που διαφεύγουν από την ακριβή ανατομική αιτιότητα. Οι ακόλουθες νευροανατομικές περιοχές παίζουν κρίσιμους ρόλους στον έλεγχο της λεπτής κινητικότητας, και επομένως οποιαδήποτε βλάβη μπορεί να προκαλέσει λεπτή κινητική αναπηρία. Οι αιτίες των βλαβών/βλαβών περιλαμβάνουν μια αλλοίωση που καταλαμβάνει χώρο, μόλυνση, εγκεφαλικό επεισόδιο, τοξίνες, αυτοάνοσο νόσημα, μεταβολικό, τραύμα και συγγενή απουσία ή διαμαρτία (Dempsey et al., 2019).

Προ-κινητικός και κινητικός φλοιός- Αυτά είναι ανώτερα φλοιώδη κέντρα που ρυθμίζουν την κίνηση. Η συγκεκριμένη βλάβη σε αυτές τις περιοχές μπορεί να οδηγήσει σε πλήρη παράλυση των συγκεκριμένων μυϊκών ομάδων και, ως εκ τούτου, σε αδυναμία εκτέλεσης λεπτών ή αδρών κινητικών εργασιών (Dosman et al., 2012).

Παρεγκεφαλίδα- ζωτικής σημασίας για τον συντονισμό της κίνησης, ειδικά στην έναρξη σύνθετων προσχεδιασμένων λεπτών κινήσεων. Μια βλάβη στο παρεγκεφαλιδικό φλοιό είναι πιο πιθανό να οδηγήσει σε αταξία των άκρων και, ως εκ τούτου, σε λεπτή κινητική αναπηρία σε σύγκριση με βλάβες του άκρου που οδηγούν σε αταξία του κορμού (Liu et al., 2016).

Βασικά γάγγλια- Απαραίτητα για συντονισμένη κίνηση και δρα ως φύλακας για εθελοντική κίνηση. Παραδείγματα ασθενειών που επηρεάζουν ειδικά τα βασικά γάγγλια είναι η νόσος Parkinson και Huntington. Ο τρόμος πρόθεσης που σχετίζεται με αυτές τις καταστάσεις, καθώς και η ακαμψία, εμποδίζουν τις ρέουσες λεπτές κινήσεις που απαιτούνται για λεπτές κινητικές εργασίες (Liu et al., 2016).

Κατερχόμενες φλοιονωτιαίες οδοί- Αυτές μεταφέρουν ολοκληρωμένες κινητικές πληροφορίες μέσω του εγκεφαλικού στελέχους σε σύναψη με κατώτερους κινητικούς νευρώνες στο σχετικό επίπεδο νωτιαίου νεύρου. Ως εκ τούτου, οι βλάβες θα φέρουν σημεία του ανώτερου κινητικού νευρώνα, με σπαστικότητα, αυξημένα αντανεκλαστικά και ποικίλα επίπεδα αδρής και λεπτής κινητικής δυσλειτουργίας ανάλογα με τη σοβαρότητα της βλάβης. Ένα παράδειγμα δυσλειτουργίας μπορεί να προκύψει με τη μορφή αυχενικής μυελοπάθειας δευτερογενής σε πίεση από πρόπτωση αυχενικού δίσκου (Catani et al., 2017).

Περιφερικά νεύρα- Αυτά μεταφέρουν ολοκληρωμένες κινητικές πληροφορίες από το νωτιαίο μυελό στις μυϊκές ομάδες-στόχους. Ανάλογα με το ποιο νεύρο επηρεάζεται θα καθορίσει τη σοβαρότητα της αναπηρίας. Ένα παράδειγμα δυσλειτουργίας περιλαμβάνει το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα με επιδείνωση του

ελέγχου της λεπτής κινητικότητας στο προσβεβλημένο χέρι λόγω συμπίεσης του μέσου νεύρου κάτω από τον καμπτήρα αμφιβληστροειδούς (Allgower et al., 2017).

Οπτικοχωρικό σύστημα: Η οπτική ανάδραση είναι ένα σημαντικό μέρος της ανάπτυξης του ελέγχου λεπτού κινητήρα, αλλά μπορεί να αναπτυχθεί χωρίς οπτική ανάδραση. Υπάρχουν πολλά παραδείγματα επαγγελματιών μουσικών που γεννήθηκαν τυφλοί αλλά έχουν μια αξιοσημείωτη λεπτή κινητική ικανότητα στο να παίζουν πιάνο, για παράδειγμα.

Αισθητηριακό σύστημα- Το χέρι είναι μια από τις πιο συγκεντρωμένες περιοχές αισθητηριακών νεύρων και υποδοχέων στο ανθρώπινο σώμα. Η άμεση αισθητηριακή ανατροφοδότηση σε σχέση με την ιδιοδεκτικότητα, την απτική αίσθηση, τους κραδασμούς και την αποφυγή επιβλαβών ερεθισμάτων είναι ένα βασικό συστατικό της συντονισμένης λεπτής κινητικής συμπεριφοράς που κατευθύνεται προς το στόχο σχετικά με το περιβάλλον κάποιου. Οποιαδήποτε διακοπή σε αυτήν την αισθητηριακή ανάδραση μπορεί να προκαλέσει εξουθενωτική απώλεια του ελέγχου του λεπτού κινητήρα. Ένα παράδειγμα αυτού είναι η διαβητική περιφερική νευροπάθεια (Bullock et al., 2018).

Μυοσκελετικό σύστημα- Το χέρι περιέχει πάνω από 30 μύες, 20 κύριες αρθρώσεις και εκατοντάδες συνδέσμους. Ο λεπτός έλεγχος κινητήρα εξαρτάται από την ακριβή κίνηση της άρθρωσης. Επομένως, οποιαδήποτε διαδικασία ασθένειας που προκαλεί φλεγμονή/βλάβη/σαρκοπενία στις αρθρώσεις μπορεί να προκαλέσει λεπτή κινητική αναπηρία.[20] Ένα παράδειγμα αυτού είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα (Matei et al., 2017).

Ψυχοκοινωνικό σύστημα- Οποιαδήποτε διαδικασία παρεμβαίνει στο σύστημα των συντονισμένων ακολουθιών κινητήρα μπορεί να περιορίσει τον έλεγχο της λεπτής κινητικότητας ακόμη και σε καλά εκπαιδευμένους ειδικούς. Ο όρος «πνιγμός» περιγράφει την κατάσταση ενός αθλητή ή ενός μουσικού που παίζει πολύ κάτω από το συνηθισμένο επίπεδο κινητικού ελέγχου λόγω άγχους που σχετίζεται με την απόδοση. Η έναρξη της απόκρισης μάχης ή φυγής πιστεύεται ότι διαταράσσει την υποσυνείδητη πρόσβαση σε προ-προγραμματισμένες σύνθετες συντονισμένες οδούς με μια πιο συνειδητή κατάσταση υπερ-συνειδητοποίησης που οδηγεί σε κακή ή αδέξια απόδοση (Cheong et al., 2018).

Η νευροψυχιατρική-αυτιστική διαταραχή του φάσματος και η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής έχουν και οι δύο συσχετιστεί ισχυρά με αναπτυξιακές καθυστερήσεις στον έλεγχο της λεπτής κινητικότητας και έχει θεωρηθεί ότι είναι δευτερεύουσες στην καθυστέρηση της γνωστικής ανάπτυξης (Seo, 2018).

Καθώς η λεπτή κινητική αναπηρία πρέπει να θεωρείται ως σύμπτωμα μιας υποκείμενης διαδικασίας ασθένειας και όχι ως ασθένεια από μόνη της, δεν υπάρχει ενιαία ενοποιητική παθοφυσιολογία. Όπως περιγράφηκε, η αιτιολογία είναι τεράστια και η υποκείμενη παθοφυσιολογία εξίσου ευρεία (San Luciano et al., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΜΟΝΑΞΙΑ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1 Περιγραφή του Κεφαλαίου

Το κεφάλαιο αυτό έχει ως τίτλο την μοναξιά, τις κοινωνικές δεξιότητες και την ποιότητα ζωής. Ειδικότερα γίνεται παράθεση των εννοιολογικών προσδιορισμών και των χαρακτηριστικών της μοναξιάς, των κοινωνικών δεξιοτήτων και της ποιότητας της ζωής. Ερευνητές μέσω των ερευνών τους έχουν αποδείξει ότι μαζί με τις κοινωνικές τους αναζητήσεις, η μοναξιά -ο χρόνος που περνάει κανείς μόνος- είναι ένα κοινό και συνεπακόλουθο μέρος της καθημερινής ζωής. Τα τελευταία χρόνια, υπάρχει συνεχώς έρευνα που διερευνά το θέμα από κοινωνικές, ψυχολογικές, αναπτυξιακές και προσωπικές προοπτικές (R. C. Coplan et al., 2021). Αυτό το σύνολο της εργασίας βασίζεται σε πλούσιες παραδόσεις εντός της ψυχολογίας, που πηγάζουν από μια ψυχοδυναμική θεωρία ότι η μοναξιά αποτελεί πρόκληση για την ενασχόληση με τον εαυτό (Winnicott, 1958) και παλαιότερα από πνευματικές και ερμητικές παραδόσεις εκτός ψυχολογίας (Storr, 1988). Υπάρχουν τεράστιες ευκαιρίες για το αυξανόμενο ερευνητικό σώμα να επιδιώξει μια βαθύτερη κατανόηση των οφελών και του κόστους της μοναξιάς. ποιος ωφελείται ή υποφέρει στη μοναξιά και πότε· και πώς να παρέμβεις για να προωθήσεις τη θετική μοναξιά. Για να επιτευχθεί αυτό, η εκκολαπτόμενη βιβλιογραφία για τη μοναξιά πρέπει να αντιμετωπίσει δύο κύριες προκλήσεις: Πρώτον, υπάρχει συνεχής ανάγκη για ενοποιητικούς, συμφωνημένους ορισμούς της μοναξιάς για τη συστηματική μελέτη της ως ουσιαστικό φαινόμενο και για την επικοινωνία αυτών των ευρημάτων. Αυτός ο ορισμός γίνεται όλο και πιο περίπλοκος επειδή η παρουσία συσκευών που προσφέρουν ευκαιρίες για εικονικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις σημαίνει ότι δεν μπορούμε απλώς να μειώσουμε τη μοναξιά σε φυσικό διαχωρισμό (Campbell & Ross, 2022). Δεύτερον, πρέπει να αναγνωρίσουμε μια βασική υπόθεση για τη φύση της μοναξιάς - ότι παίζει ουσιαστικό ρόλο στην καθημερινή ζωή ως κατάσταση που έχει από μόνη της νόημα, ανεξάρτητα από το αν η υποκειμενική εμπειρία αυτής της κατάστασης είναι θετική ή αρνητική (R. J. Coplan et al., 2019). Για να οικοδομηθεί μια κατανόηση της μοναξιάς με βάση την αναγνώριση αυτών των προκλήσεων, το τρέχον έργο σχεδιάστηκε για να εξετάσει τη φύση της καθημερινής μοναξιάς διερευνώντας τους ορισμούς της στο πλαίσιο της καθημερινής ζωής.

2.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά της Μοναξιάς

Η μοναξιά μπορεί να θεωρηθεί ως « πώς κάποιος είναι μόνος», αλλά αυτή η κατανόηση δεν αποτελεί έναν λειτουργικό ορισμό και η βιβλιογραφία είναι ανάμεικτη σχετικά με τον τρόπο προσέγγισης ενός λεπτού και συγκεκριμένου ορισμού της μοναξιάς. Οι εξέχουσες απόψεις περιλαμβάνουν αυτές του Larson (1990), ο οποίος υποστήριξε ότι η μοναξιά αναφέρεται αυστηρά σε έναν φυσικό και εικονικό διαχωρισμό από τους άλλους που εξαλείφει τις άμεσες κοινωνικές και διαπροσωπικές ενδείξεις. Προσφέροντας μια διαφορετική οπτική, οι Long et al. (2003) υποστήριξε ότι ο φυσικός χωρισμός δεν είναι απαραίτητος υπό την

προϋπόθεση ότι δεν υπάρχει κοινωνική αλληλεπίδραση. Σκεφτείτε ως παράδειγμα το «δείπνο για έναν» σε ένα εστιατόριο. Άλλοι είναι παρόντες, ωστόσο κάποιος είναι αναμφισβήτητα στη μοναξιά - στον δικό του χώρο και δεν ανταποκρίνεται στις συνεχείς κοινωνικές ενδείξεις και προσδοκίες των άλλων. Βασιζόμενοι σε αυτή τη διάκριση, οι Nguyen et al. (2021) οριοθετούν την «ιδιωτική» μοναξιά που απομακρύνεται φυσικά από τους άλλους από τη «δημόσια» μοναξιά όπου άλλοι είναι παρόντες αλλά δεν αλληλεπιδρούν ενεργά. Οι συγγραφείς υποστήριξαν επίσης ότι δεν γνωρίζουμε ακόμη εάν η παρουσία των άλλων επηρεάζει τις σκέψεις και τις συμπεριφορές των ατόμων όταν βρίσκονται σε δημόσια απομόνωση ή κατά πόσο αυτή η κατάσταση είναι ποιοτικά διαφορετική από την ιδιωτική μοναξιά, όπου κάποιος είναι σωματικά ξεχωριστός από τους άλλους. Η σημασία της διάκρισης βασίζεται σε διάφορους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του κατά πόσον η μοναξιά κατανοείται καλύτερα ως μια φυσική κατάσταση όπου η φυσική μοναξιά είναι απαραίτητη (και επομένως μόνο η ιδιωτική μοναξιά αντιπροσωπεύει την πραγματική μοναξιά). Ή, εάν η μοναξιά είναι στην πραγματικότητα μια ψυχολογική κατάσταση εστιασμένη προς τα μέσα που μπορεί να υπάρχει στη φυσική μοναξιά ή στην παρουσία άλλων, εφόσον κάποιος δεν αλληλεπιδρά με τους άλλους.

Πιο πρόσφατα, σε μια φαινομενολογική μελέτη που διεξήχθη για να κατανοήσει τι κάνουν οι άνθρωποι όταν βρίσκονται σε θετική μοναξιά, ο Ost Mor και οι συνεργάτες του (2020) ζήτησαν από συμμετέχοντες σε μεγάλο μέρος της ηλικιακής κατηγορίας των ενηλίκων (από 18 έως 85+ ετών) να γράψουν για τα πιο σημαντικά πτυχές της θετικής μοναξιάς τους. Οι συγγραφείς προσδιόρισαν κατηγορίες μοναξιάς που χαρακτηρίζονται από ενέργειες ή στόχους που επιδιώκονται εκείνες τις στιγμές, όπως η ησυχία, η πνευματικότητα, ο έλεγχος του άγχους, η σύνδεση με τη φύση και οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Οι συγγραφείς τόνισαν επίσης ότι οι θετικές εμπειρίες μοναξιάς χαρακτηρίζονται από επιλογή, είναι μοναδικά αποδεκτές και έχουν νόημα για τα άτομα. Από αυτά τα θέματα, πρόσφεραν μια περιγραφή της θετικής μοναξιάς (PS) ως:

- Η επιλογή να αφιερώσει χρόνο σε μια ουσιαστική, ευχάριστη δραστηριότητα ή εμπειρία που διεξάγεται από τον εαυτό του. Αυτή η δραστηριότητα/εμπειρία μπορεί να είναι πνευματική, λειτουργική, ψυχαγωγική ή οποιουδήποτε επιλεγμένου τύπου και μπορεί να λάβει χώρα με ή χωρίς την παρουσία άλλων. Είναι ανεξάρτητο από οποιεσδήποτε εξωτερικές ή φυσικές συνθήκες. Ωστόσο, τα άτομα έχουν το καθένα τη δική του ρύθμιση για την ενασχόληση με το PS. (Ost Mor et al., 2020, σελ. 15).

Αυτή η περιεκτική περιγραφή παρείχε πολλές πτυχές της πρωτότυπης θετικής μοναξιάς, συμπεριλαμβανομένων συνθηκών (δηλαδή προηγούμενων) και συνεπειών (π.χ. ποιότητα ζωής) - ένα πρωτότυπο που απεικονίζει τις καλύτερες πτυχές της μοναξιάς.

Αυτή η εργασία έχει καταλύσει την κατανόηση της ερευνήτριας και των σχετικών δημοσιευμένων μελετών από διακεκριμένους ερευνητές για τη μοναξιά ως μια

ξεχωριστή κατάσταση. Ωστόσο, εξακολουθεί να υπάρχει μικρή συναίνεση στο πεδίο σχετικά με το τι συνεπάγεται ο βασικός ορισμός(οι) της μοναξιάς. Οι προσπάθειες για τον ορισμό της «θετικής μοναξιάς» είναι μια αντίδραση στην εναλλακτική της - τη μοναξιά - μια γενική κατασκευή που είναι θεμελιωδώς διακριτή, και συχνά διαμετρικά αντίθετη, από τη μοναξιά. Δηλαδή, η μοναξιά διακρίνεται από μια στενά συνδεδεμένη έννοια - την κοινωνική απομόνωση - εν μέρει επειδή η τελευταία περιλαμβάνει ανεπιθύμητο αλλά αναπόφευκτο χρόνο που δαπανάται από το άτομο όταν είναι μόνος (Chappell & Badger, 1989; Wichers, 2014), ενώ το κατασκεύασμα «θετική μοναξιά» πρέπει να επιλέγεται μόνος του. και επιδιώκεται συχνά (Ost Mor et al., 2020). Ως αποτέλεσμα, η πρόσφατη έρευνα έχει σημειώσει τεράστια πρόοδο στην επίτευξη των δηλωμένων στόχων της διαφοροποίησης της μοναξιάς από την απομόνωση και τη μοναξιά.

2.3 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά των κοινωνικών δεξιοτήτων

Στην εφηβεία, η διαδικασία της κοινωνικοποίησης γίνεται ιδιαίτερα σημαντική. Είναι ένα μεταβατικό στάδιο, κατά το οποίο οι νέοι βιώνουν όχι μόνο σωματικές, γνωστικές και συναισθηματικές αλλαγές, αλλά και αλλαγές στις κοινωνικές προσδοκίες και στα πρότυπα συμπεριφοράς (Extremera et al., 2018). Ωστόσο, αρκετές μελέτες έχουν βρει την αρχή της συχνότητας του εκφοβισμού κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, ειδικά κατά τη διάρκεια του μαθήματος του γυμνασίου (Dolev, 2017). Αυτό το εχθρικό περιβάλλον μπορεί να δημιουργήσει, μια εδραίωση στο μέλλον συμπεριφορών που συνδέονται με την παρενόχληση και την κακοποίηση κατά το στάδιο της ενηλικίωσης. Μπορεί επίσης να αναπτύξουν κοινωνική αναισθησία και αδιαφορία για τα προβλήματα των άλλων (Beauvais et al., 2017). Από την άλλη πλευρά, οι μαθητές που αυτοπροσδιορίζονται ως θύματα αυτοαξιολογούν τις επιπτώσεις του εκφοβισμού από αρνητική σκοπιά, επηρεάζοντας αρνητικά την κοινωνική, συναισθηματική, ακαδημαϊκή, σωματική και οικογενειακή τους αντίληψη. Το πιο σημαντικό όμως, κομβικό σημείο για τα ανωτέρω αποτελεί η γέννηση ενός παιδιού με κάθε είδους αναπηρία καθώς μπορεί να επηρεάσει σημαντικά ακόμη και τη σχέση των συζύγων του παιδιού με αναπηρία (Κυπριωτάκη & Φραγγογιάννη, 2010). Επιπλέον, οι στρατηγικές που χρησιμοποιεί το άτομο για να αντιμετωπίσει την παρενόχληση σχετίζονται με συναισθήματα, τα οποία θα μπορούσαν να καθορίσουν τον χρονισμό, ή όχι, της θυματοποίησης (Salavera et al., 2017). Έτσι, η συναισθηματική νοημοσύνη (ΣΝ) μπορεί να παίξει πολύ σημαντικό ρόλο στην κοινωνική και συμπεριφορική απόδοση των εφήβων και γενικότερα των ατόμων και με διάφορων μορφών αναπηρία. Τα αποτελέσματα από διάφορες μελέτες υπογραμμίζουν ότι τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα ΣΝ είναι αυτά που δείχνουν μεγαλύτερη ενσυναίσθηση, η οποία θα διευκολύνει τη συμμετοχή τους σε θετικές κοινωνικές σχέσεις με τους συνομηλίκους τους (Baroncelli et al., 2014).

Οι κοινωνικές δεξιότητες ορίζονται ως οι ικανότητες ή οι ικανότητες που χρησιμοποιεί ένα άτομο όταν αλληλεπιδρά με άλλα άτομα σε διαπροσωπικό επίπεδο. Υπό αυτή την έννοια, παίζουν σημαντικό ρόλο, όχι μόνο στην κοινωνικοποίηση,

αλλά και στην εξατομίκευση, αφού επιτρέπουν τη γνώση του εαυτού και των άλλων, η οποία συμβάλλει στη διαμόρφωση της αυτοαντίληψης. Προωθούν επίσης την ανάπτυξη ορισμένων πτυχών της κοινωνικής γνώσης και ορισμένων συμπεριφορών, στρατηγικών και δεξιοτήτων, όπως η ενσυναίσθηση, η αμοιβαιότητα και η ανάληψη ρόλων, που είναι σημαντικές για την αλληλεπίδραση με άλλους. Επιπλέον, η ανατροφοδότηση από άλλους υποστηρίζει τον αυτοέλεγχο και την αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς κάποιου, καθώς οι συνομηλικοί ενεργούν ως παράγοντες ελέγχου τιμώντας ή ενισχύοντας ορισμένες συμπεριφορές. Οι κοινωνικές δεξιότητες είναι επίσης πηγή απόλαυσης και παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη, αφού οι σχέσεις με τους συνομηλίκους είναι πηγές οικειότητας, βοήθειας, υποστήριξης, στοργής, αίσθησης ένταξης και συναισθημάτων ανήκοντας και αποδοχής. Με τη σειρά τους, διευκολύνουν την εκμάθηση του σεξουαλικού ρόλου και των αξιών, καθώς και την ηθική ανάπτυξη. Λαμβάνοντας όλα αυτά υπόψη, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι κοινωνικές δεξιότητες έχουν θετική λειτουργία στη σχέση μεταξύ ίσων (Castiño et al., 2017).

Ανάλογα με την ποιότητα της διαδικασίας κοινωνικοποίησης στην οικογένεια, το σχολείο και τις ομάδες συνομηλίκων, το υποκείμενο θα αποκτήσει περισσότερο ή λιγότερο θετικές κοινωνικές δεξιότητες. Αυτές οι κοινωνικές δεξιότητες εξαρτώνται από μια διαδικασία μαθησιακών εμπειριών, οι οποίες δεν οδηγούν πάντα σε κοινωνικά κατάλληλη συμπεριφορά. Σύμφωνα με το Trinidad and Johnson, οι έφηβοι που είναι συναισθηματικά ευφυείς είναι καλύτερα σε θέση να ανιχνεύσουν συναισθηματικές πιέσεις που μπορεί να προκύψουν στην τάξη ή από τους συνομηλίκους τους. Είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τις διαφορές μεταξύ των δικών τους συναισθημάτων και των συναισθημάτων των συνομηλίκων τους, σε αντίθεση με τους εφήβους, που έχουν λιγότερο έλεγχο των συναισθημάτων τους. Επομένως, ο πρώτος θα μπορεί να έχει αρκετό αυτοέλεγχο για να μην υποκύψει σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Σε σχέση με τις διασπαστικές συμπεριφορές μαθητών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, διαφορετικές μελέτες έχουν δείξει ότι η εμφάνιση διασπαστικών συμπεριφορών σχετίζεται με συναισθηματικό έλλειμμα. Δηλαδή, είναι πιο πιθανό ένας έφηβος με χαμηλό έλλειμμα συναισθηματικής νοημοσύνης να παρουσιάσει αντικοινωνικές και επιθετικές συμπεριφορές. Αυτές οι συμπεριφορές δεν είναι πάντα προς άλλους ανθρώπους, αλλά τις εστιάζουν και στον εαυτό τους, δηλαδή σε αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, όπως η κατανάλωση καπνού και αλκοόλ, και συμπεριφορές που σχετίζονται με χαμηλό IQ. Ωστόσο, οι τρέχουσες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στους λόγους για τις συμπεριφορές εκφοβισμού (π. τουλάχιστον αυτά που μπορεί να σχετίζονται με τον εκφοβισμό (Bautista et al., 2019).

2.4 Εννοιολογικός προσδιορισμός και χαρακτηριστικά της ποιότητας της ζωής

Υπάρχει ουσιαστική συζήτηση στη βιβλιογραφία σχετικά με το τι σημαίνει ο όρος «ποιότητα ζωής» (QOL) και υπάρχουν διάφοροι παράγοντες τόσο στην έρευνα όσο και στην πρακτική που οδηγούν σε αυτήν την σύγχυση γύρω από αυτόν τον όρο (Cohen et al., 2019).

Πρώτον, οι ερευνητές συχνά δεν μπορούν να ορίσουν τι εννοούν όταν αναφέρονται στον όρο QOL. Πράγματι, σε μια περιεκτική ανασκόπηση 75 άρθρων σχετικά με το θέμα, μόνο 11 (15%) καθόρισαν τον όρο πριν προχωρήσουν στην έρευνά τους (Gill & Feinstein, 2014). Ένα δεύτερο ζήτημα είναι ότι οι άνθρωποι διαφέρουν ανάλογα με το τι θεωρούν σημαντικό για μια ποιοτική ζωή. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να πιστεύει ότι ένα ισχυρό δίκτυο στενών σχέσεων είναι απαραίτητο για μια ποιοτική ζωή. Αντιθέτως, ένα άλλο άτομο μπορεί να τείνει να παραιτηθεί από τέτοιες σχέσεις υπέρ προσωπικών σημαντικών δραστηριοτήτων ή επιτευγμάτων, όπως δημιουργικές αναζητήσεις ή επαγγελματική πρόοδο (Liu, 2016). Τέλος, υπάρχει μια αλληλεπικάλυψη μεταξύ των εννοιών του QOL και της ικανοποίησης ζωής, την οποία οι ερευνητές εξακολουθούν να δυσκολεύονται να αποδώσουν εννοιολογικά (Landesman, 2016).

Για να αντιμετωπίσει τις προαναφερθείσες προκλήσεις, οι Felce και Perry (1995) συνόψισαν τέσσερις προσεγγίσεις για τον ορισμό του QOL (Cummins, 2012). Πρώτον, η QOL μπορεί να θεωρηθεί ως το άθροισμα μιας σειράς αντικειμενικά μετρήσιμων συνθηκών ζωής. Δηλαδή, το QOL ενός ατόμου σε ένα εύρος τομέων (π.χ. κοινωνικές σχέσεις, σωματική υγεία, προσωπικές περιστάσεις κ.λπ.) προσδιορίζεται αριθμητικά και στη συνέχεια συγκρίνεται με μια μεγαλύτερη κατανομή πληθυσμού (Felce & Perry, 2015).

Μια δεύτερη προσέγγιση είναι να οριστεί η QOL ως ικανοποίηση ενός ατόμου με το άθροισμα αυτών των συνθηκών ζωής. Η διαφορά μεταξύ αυτής και της πρώτης προσέγγισης είναι ότι η προσωπική ευημερία βασίζεται σε μια υποκειμενική αντίδραση στις συνθήκες ζωής, παρά στο πώς η στάση ενός ατόμου σε αυτές τις συνθήκες συγκρίνεται αριθμητικά με τους άλλους σε έναν ευρύτερο πληθυσμό (WHO, 2012).

Μια άλλη προσέγγιση είναι να οριστεί η QOL ως συνδυασμός τόσο των αντικειμενικών συνθηκών ζωής όσο και της ικανοποίησης με αυτές τις συνθήκες - ουσιαστικά ένας συνδυασμός των παραπάνω προσεγγίσεων (Liu, 2006).

Μια τέταρτη και τελική προσέγγιση, που προωθήθηκε από τον Cummins (2012), αντιλαμβάνεται την QOL ως αντικειμενική αξιολόγηση των συνθηκών ζωής και υποκειμενική αξιολόγηση της ικανοποίησης, σταθμισμένη σύμφωνα με τη σημασία που έχει ένα άτομο σε κάθε συγκεκριμένο τομέα (Cummins, 2012). Για παράδειγμα, μπορεί κανείς να εξετάσει το ρόλο του μεγέθους του εισοδήματος και πώς μπορεί να επηρεάσει (α) τις συνθήκες ποιότητας ζωής και (β) την ικανοποίηση της ζωής. Όσον αφορά το (α), το μέγεθος του εισοδήματος μπορεί να είναι κρίσιμο σε πλαίσια όπου η ευημερία κάποιου υπαγορεύεται από τον ετήσιο μισθό, όπως σε χώρες χωρίς ισχυρά συστήματα κοινωνικής πρόνοιας. Σε αυτό το παράδειγμα, το μέγεθος του εισοδήματος θα σταθμίζεται ιδιαίτερα ως παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα ζωής (Flanagan, 2008). Ωστόσο, σε ένα αρκετά μη υλιστικό άτομο που έχει επαρκές εισόδημα για να καλύψει τις βασικές του ανάγκες, το μέγεθος του εισοδήματος μπορεί να συμβάλει μόνο στην ικανοποίηση της ζωής (β). Σε αυτήν την περίπτωση,

το εισόδημα θα είχε μια μικρή στάθμιση σχετικά με αυτό το δεύτερο συστατικό QOL που σχετίζεται με την ικανοποίηση (Felce & Perry, 2015).

Συνολικά, αυτή η τελική προσέγγιση για τον ορισμό της QOL θεωρείται η ισχυρότερη, καθώς είναι η μόνη που κατατάσσει και εφαρμόζει σταθμίσεις στη σημασία που δίνουν διαφορετικοί άνθρωποι στις πτυχές της κατάστασης της ζωής τους (Felce & Perry, 2015).

Η ποιότητα ζωής θεωρείται μια πολυδιάστατη και υποκειμενική έννοια που μπορεί να γίνει κατανοητή μόνο από την οπτική γωνία των ασθενών. Έχουν προταθεί αρκετοί ορισμοί για τον όρο 'ποιότητας ζωής'. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η έννοια 'ποιότητα ζωής' αφορά στην αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση που κατέχει στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και του αξιακού συστήματος στο οποίο ζει, σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες αυτού (The World Health Organization Quality of Life assessment, 2012). Για το διαχωρισμό του όρου από αυτή την ευρύτερη έννοια, χρησιμοποιείται συχνά η έννοια της Ποιότητας Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία. Αποτελεί μια υποκειμενική και πολυδιάστατη έννοια που μετριέται με εργαλεία αυτοαναφοράς και περιλαμβάνει τη σωματική και επαγγελματική λειτουργία, την ψυχολογική κατάσταση, την κοινωνική αλληλεπίδραση και την σωματική αίσθηση που ορίζεται ως η λειτουργική επίδραση μιας ιατρικής κατάστασης ή/και η επακόλουθη θεραπεία σε έναν ασθενή (Huland, 2003).

2.4.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής

Το μοντέλο κοινωνικής ποιότητας (SQM) παρέχει μια ολοκληρωμένη επισκόπηση αυτών των επίσημων και ανεπίσημων παραγόντων υγείας και κοινωνικής φύσης που επηρεάζουν την ποιότητα της καθημερινής ζωής. Το SQM περιγράφει τις συνθήκες που ενισχύουν την ευημερία, την ικανότητα και τις δυνατότητες των ανθρώπων και τους επιτρέπει να διαμορφώσουν τις δικές τους συνθήκες και να συμβάλουν στην κοινωνία. Οι παράγοντες SQM ομαδοποιούνται σε τέσσερις συνθήκες και στις δύο συνιστώσες των διαστάσεων του SQM, από τυπική έως άτυπη (άξονας x) και από κοινωνική σε ατομική (άξονας y): Συνθήκες διαβίωσης (κοινωνική-τυπική), κοινωνική ενσωμάτωση (κοινωνική-ανεπίσημη), κοινωνική ενσωμάτωση (ατομική-επίσημη) και αυτορρύθμιση (ατομική-ανεπίσημη). Η αξιολόγηση των παραγόντων σε ολόκληρο το SQM μπορεί να δώσει σημαντικές ενδείξεις στους παρόχους υπηρεσιών πρώτης γραμμής ως προς το τι είναι απαραίτητο για την υποστήριξη της υγείας και της QOL των ασθενών. Ωστόσο, ενώ διάφοροι παράγοντες που σχετίζονται με τις τέσσερις συνθήκες SQM σχετίζονται με τα αποτελέσματα της υγείας ή / και το QOL, η σχετική σημασία καθενός από αυτούς τους παράγοντες στην υποστήριξη του QOL ενός ατόμου παραμένει άγνωστη. Επιπλέον, η πρόσβαση σε αυτούς τους παράγοντες και η αποτίμηση αυτών των τεσσάρων συνθηκών SQM ενδέχεται να διαφέρουν ανάλογα με το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο και τις κοινωνικές αξίες και κανόνες. Για παράδειγμα, η πρόσβαση στην περίθαλψη μπορεί να είναι πιο σημαντική για την προώθηση της

υγείας και της ποιότητας ζωής μεταξύ εκείνων που ζουν στις Ηνωμένες Πολιτείες (ΗΠΑ) σε σύγκριση με χώρες όπου η ασφαλιστική κάλυψη είναι σχεδόν πανταχού παρούσα. Εναλλακτικά, η ανταπόκριση των υπηρεσιών μπορεί να είναι πιο σημαντική σε χώρες όπου η ασφάλιση υγείας είναι καθολική και οργανωμένη σε εθνικό επίπεδο. Ωστόσο, η διακρατική διακύμανση της προτεραιότητας των μεμονωμένων κατοίκων των παραγόντων στις τέσσερις συνθήκες SQM δεν έχει ακόμη εξεταστεί (Candesman et al., 2011).

Η κοινωνική αποτίμηση της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών μπορεί να συναχθεί από τις σχετικές εθνικές δαπάνες για κάθε μία. Οι Bradley et al., (2011) ανέφεραν ότι οι αμερικανικές δαπάνες από δημόσιες πηγές για κοινωνικές υπηρεσίες σε σχέση με τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ήταν σημαντικά χαμηλότερες από όλες τις άλλες χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), υποδηλώνοντας ότι η δημόσια πολιτική των ΗΠΑ δίνει χαμηλότερη σχετική αξία σχετικά με τις κοινωνικές υπηρεσίες σε σύγκριση με τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, οι υψηλότεροι δείκτες δαπανών των υπηρεσιών κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης συσχετίστηκαν με καλύτερα αποτελέσματα υγείας, συμπεριλαμβανομένου του μεγαλύτερου προσδόκιμου ζωής και της χαμηλότερης βρεφικής θνησιμότητας. Είναι εύλογο ότι αυτές οι παρατηρούμενες διαφορές στις εθνικές δημόσιες δαπάνες σχετίζονται με διαφορές στην αντιληπτή πρόσβαση και την αναφερόμενη χρήση των υγειονομικών και κοινωνικών πόρων, οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζουν την υγεία και την QOL σε ατομικό επίπεδο. Εάν ισχύει αυτή η λογική, είναι πιθανό αυτές οι επιπτώσεις να μεγεθύνονται σε άτομα που ζουν με σοβαρά χρόνια ασθένεια λόγω μεγαλύτερων αναγκών (Newschaffen, 2008).

2.4.2 Εκτίμηση της ποιότητας ζωής

Η έννοια της QOL είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα για τον τομέα της θετικής ψυχολογίας. Ο όρος αφορά διάφορες πτυχές της προσωπικής ευημερίας και ευεξίας, καθώς και τη στάση ενός ατόμου απέναντι σε διάφορες συνθήκες ζωής και τομείς (Andersen et al., 1999). Ομοίως, οι θετικοί ψυχολόγοι ασχολούνται συχνά με την ευημερία των ανθρώπων και την ικανοποίησή τους κατά την αξιολόγηση των διαφορετικών τομέων της ζωής τους. Αυτοί οι τομείς μπορούν να περιλαμβάνουν (Miller et al., 2004):

- Ψυχική και σωματική ευεξία
- Σχέσεις με άλλους ανθρώπους
- Κοινωνικές, κοινότητες και αστικές δραστηριότητες
- Προσωπική ανάπτυξη και εκπλήρωση και
- Ψυχαγωγία και διασκέδαση.

Μπορούμε να σκεφτούμε την αλληλεπικάλυψη μεταξύ της QOL και της θετικής ψυχολογίας λαμβάνοντας υπόψη την επικάλυψη της QOL με τα χαρακτηριστικά του μοντέλου PERMA του Martin Seligman (Liu et al., 2006). Το μοντέλο PERMA είναι μία από τις βασικές θεωρίες που διέπουν τον τομέα της θετικής ψυχολογίας, που αντιπροσωπεύει τους πέντε βασικούς τομείς στους οποίους ένα άτομο μπορεί να βιώσει ψυχολογική ευεξία και ευτυχία (Liu et al., 2006). Μεταξύ αυτών, ο Seligman παραθέτει τομείς όπως Σχέσεις, που χαρακτηρίζονται από αυθεντική σύνδεση και Επίτευγμα, που χαρακτηρίζεται από μια αίσθηση ολοκλήρωσης στις δραστηριότητες κάποιου (Liu et al., 2006). Είναι σαφές ότι οι τομείς όπως αυτοί αντικατοπτρίζουν πολλούς από τους τομείς στους οποίους ένα άτομο μπορεί να αξιολογήσει την QOL του (Brown et al., 2009). Επομένως, μπορεί να υπάρχει αξία στη χρήση μετρήσεων QOL για να αξιοποιήσουμε τις διάφορες διαστάσεις των θετικών μοντέλων ψυχολογίας όπως το PERMA (Liu et al., 2006).

Σύμφωνα με μια ανασκόπηση των Gill και Feinstein (2014), υπάρχουν τουλάχιστον 150 όργανα για τη μέτρηση του QOL. Αυτές οι κλίμακες μπορούν να πάρουν μια ποικιλία διαφορετικών μορφών (Gill & Feinstein, 2014).

Αν και χρησιμοποιούνται συνήθως, μια αδυναμία τέτοιων μέτρων είναι ότι δεν αξιοποιούν συγκεκριμένους τομείς ούτε τη σχετική σημασία που αποδίδουν οι άνθρωποι σε αυτούς τους τομείς (Gill & Feinstein, 2014). Σύμφωνα με αυτό, πολλοί ερευνητές παρουσιάζουν μια σειρά από αντικείμενα (γνωστά ως όργανα ή δείκτες) για να αξιολογήσουν την QOL. Στη συνέχεια θα φτάσουν στο τελικό σκορ για την QOL λαμβάνοντας έναν μέσο όρο αυτών των στοιχείων (Gill & Feinstein, 2014). Μερικές φορές, τέτοια μέσα ενδέχεται να περιέχουν πολλές υποκατηγορίες που χρησιμοποιούν QOL σε διάφορους τομείς, όπως σχέσεις, συνθήκες διαβίωσης, επαγγελματική ζωή και ούτω καθεξής. Σε αυτήν την περίπτωση, το άτομο που διαχειρίζεται τις διαφορετικές υποκατηγορίες έχει στη συνέχεια δύο επιλογές για την παρουσίαση των τελικών αποτελεσμάτων (Gill & Feinstein, 2014). Η πρώτη επιλογή είναι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων κάθε υποκατηγορίας ξεχωριστά, σχηματίζοντας ένα είδος προφίλ (Burckhardt et al., 2003). Σε αυτό, ο ερωτώμενος θα λάβει σχόλια σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο πληρώνουν για κάθε μεμονωμένη υποκατηγορία, ίσως χρησιμοποιώντας μια σειρά από ραβδόγραμμα (Gill & Feinstein, 2014). Η δεύτερη επιλογή είναι το άτομο να λάβει έναν μέσο όρο των συνολικών βαθμολογιών του ερωτηθέντος σε όλες τις υποκατηγορίες για να δημιουργήσει ένα ενιαίο σύνθετο σκορ που αντιπροσωπεύει το συνολικό QOL (Lu et al., 2006).

2.4.3 Γενικά εργαλεία εκτίμησης της ποιότητας ζωής

1. Η κλίμακα ποιότητας ζωής (Flanagan, 2008)

Το Flanagan's (2008) Quality of Life Scale (QOLS) είναι μια από τις πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες αξιολογήσεις QOL, που εφαρμόζονται κυρίως στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης (Flanagan, 2008). Κατά την ανάπτυξη του QOLS, ο

Flanagan ξεκίνησε συλλέγοντας απαντήσεις σε ερωτήσεις συνέντευξης από 3.000 Αμερικανούς, που αντιπροσωπεύουν ένα ευρύ φάσμα ηλικιών, φυλών και κοινωνικών υπόβαθρων. Με αυτόν τον τρόπο, στόχευε να προσδιορίσει έναν ορισμό του QOL καθώς σχετίζεται με διαφορετικούς τομείς ζωής ενός ατόμου(Flanagan, 2008).

Υποβλήθηκαν αρκετές ερωτήσεις, αλλά μεταξύ αυτών, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να θυμούνται τα γεγονότα της ζωής που ήταν ιδιαίτερα ικανοποιητικά για αυτούς ή φορές που είδαν επιβλαβή γεγονότα που θα μπορούσαν να μειώσουν το QOL ενός ατόμου(Flanagan, 2008).

Αυτές οι απαντήσεις φιλτραρίστηκαν σε δεκαπέντε συστατικά ποιότητας ζωής (ή τομείς), καθένα από τα οποία αντιπροσωπεύεται από ένα στοιχείο, χρησιμοποιώντας μια επαγωγική διαδικασία(Flanagan, 2008).

Αργότερα, οι Burckhardt, Woods, Schultz και Ziebarth (2009) πρόσθεσαν ένα δέκατο έκτο στοιχείο, αντικατοπτρίζοντας την έννοια της ανεξαρτησίας, ή ότι ήταν σε θέση να φροντίσει τον εαυτό του, μετά από ποιοτικά στοιχεία που έδειξαν ότι αυτό ήταν σημαντικό για συγκεκριμένους υποπληθυσμούς (π.χ., οι χρόνιοι ασθενείς) (Burckhardt et al., 2009). Για κάθε στοιχείο, οι ερωτηθέντες δηλώνουν την ικανοποίησή τους σε καθέναν από τους 16 τομείς σε κλίμακες 7 σημείων, όπου 1 ισούται με «φοβισμένος» και 7 ισούται με «χαρούμενος»(Burckhardt et al., 2009). Όσον αφορά την αξιοπιστία και την εγκυρότητα, το QOLS έχει αποδειχθεί αξιόπιστο και εσωτερικά συνεπές σε πολλές μελέτες (Burckhardt et al., 2003), υποδηλώνοντας ότι η κλίμακα μπορεί να εφαρμοστεί με αυτοπεποίθηση στην έρευνα και στην πρακτική Ρυθμίσεις.

2. Ερωτηματολόγιο McGill Quality of Life - Επέκταση (Cohen et al., 2019).

Δημοσιεύθηκε το 1996, το ερωτηματολόγιο McGill Quality of Life (MQOL) σχεδιάστηκε για να αξιολογήσει το QOL των ασθενών που αντιμετωπίζουν απειλητικές για τη ζωή ασθένειες. Σήμερα, το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται εκτενώς στην έρευνα παρηγορητικής φροντίδας (Cohen et al., 2019).

3. Ενώ η αρχική κλίμακα περιλάμβανε μόνο τέσσερις διαστάσεις, η εκτεταμένη έκδοση του Cohen και των συναδέλφων (2019) περιλαμβάνει οκτώ για να εκτιμήσει καλύτερα τους τομείς που οι άνθρωποι που πλησιάζουν στο τέλος της ζωής τους αναφέρουν ότι είναι σημαντικοί για το QOL τους (Cohen et al., 2019). Σε αντίθεση με το QOLS, αρκετοί από τους τομείς στο MQOL-Expanded (MQOL-E) αξιολογούνται με τη χρήση πολλαπλών στοιχείων. Οι άγκυρες απόκρισης για τις υποκατηγορίες ποικίλλουν ανά στοιχείο, αλλά είναι πάντα σε κλίμακα 11 πόντων που κυμαίνεται από 0 έως 10 (Cohen et al., 2019). Ένα αντίγραφο της πλήρους κλίμακας βρίσκεται στο αρχικό άρθρο, που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό BMC Palliative Care (Cohen et al., 2019).

Οι εκδότες του MQOL-E βρήκαν επαρκή στοιχεία για την εσωτερική συνέπεια της κλίμακας, καθώς και για τη δομή των παραγόντων της στους οκτώ

αναγνωρισμένους τομείς (Cohen et al., 2019).Ενώ αυτά τα ευρήματα είναι πολλά υποσχόμενα, οι συγγραφείς αναγνωρίζουν ότι πρέπει να γίνουν περισσότερες προσπάθειες για να επιβεβαιωθεί η αξιοπιστία δοκιμής της κλίμακας, η συγκλίνουσα και διακριτική εγκυρότητά της, καθώς και η αναλλοίωτη μέτρηση κατά τη διαχείριση της κλίμακας σε διαφορετικές γλώσσες (Cohen et al. , 2019).

Ερωτηματολόγιο για την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (CDC, 2020)
Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) μπορεί να οριστεί ως: Πτυχές της συνολικής ποιότητας ζωής που μπορεί να αποδειχθεί σαφώς ότι επηρεάζουν την υγεία - είτε σωματική είτε ψυχική. Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (CDC, 2020).

Το ερωτηματολόγιο HRQOL συνδυάζει τρεις ξεχωριστές ενότητες για την αξιολόγηση των αντιλήψεων του HRQOL. Χρησιμοποιείται ευρέως από επαγγελματίες υγείας και σχεδιάστηκε για να γεφυρώσει το χάσμα μεταξύ επιστημονικών κλάδων, όπως η κοινωνιολογία, η ψυχολογία και τα οικονομικά, σχετικά με τους οδηγούς του QOL. Γι 'αυτό το λόγο το ερωτηματολόγιο είναι αρκετά ευρύ (CDC, 2020). Αντί να αποτελείται από υποκατηγορίες, αυτό το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρεις ενότητες. Με αυτό το ερωτηματολόγιο, οι επαγγελματίες μπορούν να επιλέξουν να χρησιμοποιήσουν μόνο τις ενότητες που σχετίζονται με τους πελάτες τους (CDC, 2020).

Η πρώτη ενότητα είναι ένα συμπαγές και επικυρωμένο σύνολο τεσσάρων στοιχείων για την ευρεία αξιολόγηση του HRQOL. Αυτά τα στοιχεία, που αναφέρονται ως τα βασικά μέτρα υγιεινών ημερών, σχεδιάστηκαν για να είναι ευρέως εφαρμόσιμα σε μια σειρά πληθυσμών (CDC, 2020). Ένα παράδειγμα από την Ενότητα 1 είναι: «Θα λέγατε ότι γενικά η υγεία σας είναι...» με απαντήσεις που κυμαίνονται από 1 (εξαιρετική) έως 5 (κακή) (CDC, 2020). Η δεύτερη ενότητα ονομάζεται Ενότητα Περιορισμών Δραστηριότητας, η οποία αξιολογεί σωματικά, διανοητικά ή συναισθηματικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει ένα άτομο στην καθημερινή του ζωή (CDC, 2020). Η ενότητα ξεκινά ρωτώντας: «Είστε περιορισμένοι με οποιονδήποτε τρόπο σε οποιεσδήποτε δραστηριότητες λόγω προβλήματος υγείας (CDC, 2020); Η τελική ενότητα ονομάζεται Ενότητα συμπτωμάτων Healthy Days. Αυτή η ενότητα αξιολογεί πώς παράγοντες όπως ο πόνος, τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, ο ανεπαρκής ύπνος και τα επίπεδα ενέργειας έχουν επηρεάσει τη λειτουργικότητα του ατόμου τις τελευταίες 30 ημέρες(CDC, 2020).

Έχουν δημοσιευτεί αρκετές μελέτες που αποδεικνύουν την εγκυρότητα του HRQOL. Συνοψίζοντας, οι αριθμητικές απαντήσεις βρέθηκαν να είναι εσωτερικά συνεπείς και αξιόπιστες.(CDC, 2020) Οι απαντήσεις έχουν επίσης αποδειχθεί ότι συσχετίζονται όπως αναμενόταν με άλλα καθιερωμένα μέτρα που σχετίζονται με την υγεία, όπως η σύντομη φόρμα μελέτης ιατρικών αποτελεσμάτων, αποδεικνύοντας έτσι τη συγκλίνουσα εγκυρότητα. Η έρευνα έχει επίσης δείξει ότι η κλίμακα μπορεί

να προβλέψει τη σωματική και ψυχική ευεξία (CDC, 2020), αποδεικνύοντας την προγνωστική εγκυρότητα.

4. Μέσο ποιότητας ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO,2015).

Ένα άλλο αξιόπιστο μέτρο της QOL έχει αναπτυχθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Το όργανο ονομάζεται WHOQOL-BREF. Ο ΠΟΥ ορίζει το QOL ως (WHO, 2015): Η αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξίας στα οποία ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του.

- Το WHOQOL-BREF χρησιμοποιείται ευρέως για τη σύγκριση δεικτών QOL μεταξύ πολιτισμών. Γι' αυτόν τον λόγο η κλίμακα είναι διαθέσιμη σε περισσότερες από 40 γλώσσες.

Το όργανο αξιολογεί την QOL στο πλαίσιο έξι τομέων (WHO,2015):

- Φυσική υγεία
- Ψυχολογική υγεία
- Επίπεδο Ανεξαρτησίας
- Κοινωνικές σχέσεις
- περιβάλλον
- Πνευματικότητα / Θρησκεία / Προσωπικές πεποιθήσεις
- Το όργανο περιέχει επίσης διάφορα στοιχεία που αξιολογούν τη γενική υγεία.

Οι απαντήσεις απόκρισης για τις υποκατηγορίες ποικίλλουν ανά είδος, αλλά είναι πάντα σε κλίμακα 5 σημείων που κυμαίνεται από 1 έως 5 (WHO,2015). Όσον αφορά την αξιοπιστία και την εγκυρότητα, οι εκδότες της κλίμακας δοκίμασαν το WHOQOL-BREF με ένα διαφορετικό δείγμα περίπου 4.500 ατόμων, που προέρχονται από τα κέντρα του ΠΟΥ παγκοσμίως (WHO,2015). Με βάση αυτό το δείγμα, οι ερευνητές βρήκαν αποδεικτικά στοιχεία για εσωτερική συνέπεια, εγκυρότητα διακρίσεων, εγκυρότητα περιεχομένου και αξιοπιστία δοκιμής, υποδηλώνοντας ότι η κλίμακα είναι κατάλληλη για χρήση σε πληθυσμούς διαφόρων πολιτισμών (WHO, 2015).

5. Παγκόσμια κλίμακα ποιότητας ζωής (1996)

Τέλος, για μια εξαιρετικά σύντομη και συναρπαστική προσέγγιση για την αξιολόγηση της QOL, υπάρχει και η παγκόσμια κλίμακα QOL του Hyland και του Sodergren (Hyland, 2003). Αντί να υιοθετήσουν μια πολυδιάστατη (ή πολυτομεακή) προσέγγιση όπως πολλά από τα παραπάνω ερωτηματολόγια, οι Hyland και Sodergren (1996) υποστήριζαν ότι οι ερωτηθέντες μπορούν να εφαρμόσουν διανοητικά το δικό

τους σύστημα στάθμισης όταν αξιολογούν τις διάφορες πτυχές της ζωής τους (Hyland, 2003). Με αυτόν τον τρόπο, μπορούν να πάρουν μια συνολική κρίση σχετικά με την QOL τους, υποδεικνύοντας έναν αριθμό σε κλίμακα που κυμαίνεται από 100-0, όπου το 100 φέρει την ένδειξη «Τέλεια ποιότητα ζωής» και το 0 φέρει την ένδειξη «Εξαιρετικά κακή ποιότητα ζωής» (Hyland, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

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

Η έννοια της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (QoL) βασίζεται στον ορισμό της υγείας που παρέχεται από τον ΠΟΥ, δηλαδή στην τέλεια σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία και όχι μόνο στην έλλειψη ασθενειών. Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL) περιορίζει την ποιότητα ζωής σε λίγες πτυχές που παρουσιάζονται άμεσα υπό την επίδραση της κατάστασης υγείας του ατόμου καθώς και της υγειονομικής περίθαλψης.(Samiei et al., 2019) Η υγεία και η ευημερία είναι έννοιες διαδραστικές και πολυδιάστατες, οι οποίες επηρεάζονται και οι δύο από την απόδοση του συστήματος υγείας. Πολλοί τομείς, συμπεριλαμβανομένης της κυβέρνησης και της κοινωνίας, είναι υπεύθυνοι για την παροχή υψηλού επιπέδου ευημερίας, το οποίο καθορίζεται με βάση το επίπεδο ποιότητας ζωής του ατόμου (Fortin et al., 2006) Οι επιδημιολογικές και δημογραφικές αλλαγές οδήγησαν σε ορισμένες αλλαγές στα πρότυπα υγείας, αύξηση του επιπολασμού, της επίπτωσης και της σύμπτωσης των χρόνιων ασθενειών και κατά συνέπεια, μείωση της ποιότητας ζωής. Με βάση τα στοιχεία που έδωσε στη δημοσιότητα ο ΠΟΥ, η αύξηση των χρόνιων ασθενειών έφτασε σε πολύ υψηλό επίπεδο κατά την περίοδο 2012-2013 και εκτιμάται ότι, μέχρι το 2030, σχεδόν το 80% της παγκόσμιας επιβάρυνσης ασθενειών στις αναπτυγμένες χώρες θα σχετίζεται με τα προβλήματα προέκυψε από χρόνιες ασθένειες. Αντίστοιχα, το υψηλότερο ποσοστό επιπολασμού των νόσων αφορούσε τα καρδιαγγειακά νοσήματα (24,7%), το εγκεφαλικό (10,5%), την υπέρταση (3,6%), τον σακχαρώδη διαβήτη (2,2%), τον καρκίνο του στομάχου (2,1%), τις χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις (1,6%), και άλλες χρόνιες ασθένειες όπως ενδοκρινικές, αιματολογικές και ανοσοποιητικές διαταραχές (Kim et al., 2012).

Οι περισσότερες από τις χρόνιες ασθένειες, περιορίζοντας την ικανότητα του ατόμου να ζήσει, μπορούν να οδηγήσουν σε επιδείνωση της γενικής υγείας των ασθενών, περιορισμένη απόδοση, μειωμένο HRQoL και αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Η ποιότητα ζωής είναι ένα σημαντικό εργαλείο για την αξιολόγηση της επίδρασης της ασθένειας καθώς και τα αποτελέσματα των θεραπευτικών παρεμβάσεων. Έτσι, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης της πρωτογενούς έκβασης και καθοριστικός παράγοντας του πλεονεκτήματος της θεραπείας. Cao et al. ανέφερε την ποιότητα ζωής ενός δείγματος 5345 ασθενών με χρόνιες παθήσεις όπως η υπέρταση, ο διαβήτης, η καρδιακή νόσος και το εγκεφαλικό επεισόδιο. Διεξήχθη μια μελέτη σε 920 συμμετέχοντες στη Βραζιλία το 2009, τα αποτελέσματα της οποίας έδειξαν ότι η παρουσία χρόνιας νόσου μπορεί να προκαλέσει μειωμένη ποιότητα ζωής. Η σύγκριση της ποιότητας ζωής διαφορετικών χρόνιων ασθενειών διεξήχθη σε έρευνα από τους Tothova et al. Συγκρίθηκαν οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (IBS), χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και ισχαιμική νόσο των κάτω άκρων (IDLE). Σε αυτή τη μελέτη, οι ασθενείς με IDLE και στη συνέχεια αυτοί με ΧΑΠ έλαβαν

χαμηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής από άλλους ασθενείς (Fontin et al., 2006).

Οι Fortin et al. αξιολόγησε 238 ασθενείς για να διερευνήσει την πολυνοσηρότητα και την ποιότητα ζωής λαμβάνοντας υπόψη τη σοβαρότητα των ιατρικών καταστάσεων με βάση τη βαθμολογία αθροιστικής κλίμακας διαβάθμισης ασθενειών (CIRS). Η χρήση του CIRS αποκάλυψε μια ισχυρότερη συσχέτιση της HRQoL με την πολυνοσηρότητα από τη χρήση ενός απλού αριθμού χρόνιων καταστάσεων. Η σωματική περισσότερο από την ψυχική υγεία επιδεινώθηκε με την αυξανόμενη πολυνοσηρότητα. Η αυξημένη πολυνοσηρότητα επηρέασε δυσμενώς την HRQoL σε ενήλικες ασθενείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ακόμη και όταν ελέγχονταν οι συγχυτικές μεταβλητές. Η σχέση ποιότητας ζωής και πολυνοσηρότητας διερευνήθηκε σε 1419 Κορεάτες ασθενείς ηλικίας >65 ετών από τους Kim et al. Βρήκαν την αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και του αριθμού των χρόνιων ασθενειών. Η υπέρταση ήταν η πιο κοινή ασθένεια. Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στην ποιότητα ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών με παρόμοια επίπεδα συννοσηρότητας. Αποτελέσματα των μελετών που διεξήχθησαν από τους Xie et al. Η σύγκριση της 10ετούς QoL και του θανάτου μεταξύ 1793 Κινέζων έδειξε ότι η χαμηλότερη HRQoL, ειδικά η αδυναμία να ζήσουν ανεξάρτητα, συσχετίστηκε με σημαντικά αυξημένο κίνδυνο 10ετούς θνησιμότητας από κάθε αιτία. Ομοίως, ορισμένες μελέτες έχουν διεξαχθεί στο Ιράν σχετικά με την ποιότητα ζωής μεταξύ των ασθενών με συγκεκριμένες χρόνιες παθήσεις. Για παράδειγμα, πραγματοποιούνται ορισμένες μελέτες για την ποιότητα ζωής των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ), αυτών με καρκίνο που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, ασθενών με καρδιακές παθήσεις, ασθενών με αποφρακτική βρογχολίτιδα που προκαλείται από χημικό τραυματισμό, όσοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, και ασθενείς με διαβήτη (Xie et al., 2014).

Η διαχείριση της νόσου απαιτεί συνεργασία με συνταγογραφούμενη θεραπεία, θέληση για αλλαγή του τρέχοντος τρόπου ζωής και μακροπρόθεσμη διατήρηση τέτοιων αλλαγών. Ως εκ τούτου, η αξιολόγηση και η παρακολούθηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνιες παθήσεις μπορεί να δώσει τη δυνατότητα εντοπισμού των προτεραιοτήτων και σχεδιασμού στοχευμένων προγραμμάτων υγείας για την εκτέλεση αποτελεσματικών ενεργειών και κατά συνέπεια τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ληπτών των υπηρεσιών υγείας. Εκτός από την ιατρική περίθαλψη υψηλής ποιότητας, πρέπει να δοθεί έμφαση στην αυτο-φροντίδα του ασθενούς και στην ευθύνη για την υγεία του ατόμου, ιδιαίτερα όσον αφορά δραστηριότητες που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την τρέχουσα κατάσταση της υγείας τους και να αυξήσουν τον κίνδυνο θνησιμότητας. Η αυξανόμενη ανάγκη για νοσηλευτική σε αυτόν τον τομέα μπορεί να φανεί στη χρήση αξιολογήσεων ποιότητας ζωής για τον εντοπισμό κρυφών ζητημάτων και αιτιών παρεμβατικών αποτυχιών και αποτυχίας αυτοεξυπηρέτησης των ασθενών. Οι επαρκείς παρεμβάσεις που επιλέγονται σύμφωνα με την καθορισμένη ποιότητα ζωής μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την ευθύνη των ασθενών για αυτοεξυπηρέτηση και να τους επιτρέψουν να τη βελτιώσουν και να αποτρέψουν επιπλοκές που σχετίζονται με τη νόσο. Δεδομένου ότι οι μελέτες που διεξήχθησαν στο Ιράν επικεντρώθηκαν σε μία μόνο από τις χρόνιες ασθένειες και

χρησιμοποιήθηκαν διάφορα εργαλεία για το σκοπό αυτό, η παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε και εφαρμόστηκε για να διερευνήσει την ποιότητα ζωής στους διαδεδομένους τύπους χρόνιων ασθενειών για να συγκρίνει την ποιότητα ζωής διαφορετικών ασθενών χρησιμοποιώντας ενιαίο όργανο για τη μέτρηση της κατάστασης QoL. Διάφορες χρόνιες ασθένειες μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής με διαφορετικούς τρόπους. Ο εντοπισμός της επίδρασης διαφορετικών ασθενειών στη διάσταση της ποιότητας ζωής μπορεί να είναι χρήσιμος στην παροχή σχεδίου φροντίδας και εκπαίδευσης των ασθενών. Ελπίζεται ότι τα δεδομένα που προκύπτουν από την παρούσα μελέτη μπορούν να βοηθήσουν στον προσδιορισμό των προτεραιοτήτων των ιατρικών, εκπαιδευτικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής σε διάφορες χρόνιες ασθένειες καθώς και στον εντοπισμό των ασθενών με λιγότερη ποιότητα ζωής που πρέπει να τεθούν προτεραιότητα στα σχετικά σχέδια (Kim et al., 2006).

3.2 Έρευνες που εξέτασαν την ποιότητα ζωής των ατόμων με Οπτική αναπηρία

Η διαταραχή όρασης επηρεάζει περίπου 338 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως (Bourne et al. 2021) και είναι μια ετερογενής κατάσταση που έχει ποικίλες αιτίες, επίπεδα σοβαρότητας και ρυθμούς εξέλιξης. Η μερική ή πλήρης απώλεια όρασης μπορεί να επηρεάσει πολλές πτυχές της καθημερινής ζωής (Kidd Man et al. 2020), συμπεριλαμβανομένης της ανάγνωσης, της οδήγησης, της κινητικότητας, βασικών δραστηριοτήτων όπως ψώνια, προετοιμασία και μαγείρεμα και άλλων τύπων δραστηριοτήτων που πρέπει να εκτελούνται να ζουν ανεξάρτητα και να απολαμβάνουν καλή ποιότητα ζωής. Η αναπηρία της όρασης σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων (Brunes and Heir 2021), πτώσεων (Dhital et al. 2010) και λειτουργικούς περιορισμούς (Laitinen et al. 2007). Ένα κεντρικό συστατικό της αποκατάστασης της όρασης και άλλων τύπων υπηρεσιών υποστήριξης είναι να βοηθηθούν άτομα που έχουν υποστεί απώλεια όρασης στις προσπάθειές τους να προσαρμοστούν και να διαχειριστούν τις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής, και έτσι να διατηρήσουν ή να αποκαταστήσουν την καλή ποιότητα ζωής (Binns et al. 2012).

Αρκετές μελέτες έχουν εξετάσει την οπτική αναπηρία σε σχέση με την ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους (Heine and Browning 2015, Tseng et al. 2018, Wang et al. 2014). Η διαταραχή όρασης έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Good et al. 2008; Iecovich and Isralowitz 2004; Tseng et al. 2018; Wang et al. 2014) και η ύπαρξη διπλής αισθητηριακής απώλειας (μειωμένη ακοή και όραση) έχει συσχετιστεί με χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με την απώλεια ακοής ή όρασης (Tseng et al. 2018). Η αναφορά μειωμένης κινητικότητας και αυξανόμενου αριθμού καταστάσεων υγείας έχει συσχετιστεί με χαμηλότερη ποιότητα ζωής (La Grow et al. 2011) και η ποιότητα ζωής έχει αποδειχθεί ότι ποικίλλει αντιστρόφως ανάλογα με το βαθμό της οπτικής αναπηρίας (Seland et al. 2011). Συνολικά, οι μελέτες δείχνουν ότι τα χαμηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας αντιστοιχούν με χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε άτομα με προβλήματα όρασης.

Ενώ αρκετές μελέτες και ανασκοπήσεις υποδεικνύουν ότι τα ηλικιωμένα άτομα με προβλήματα όρασης έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με άτομα ίδιας ηλικίας χωρίς προβλήματα όρασης, λιγότερες μελέτες φαίνεται να ασχολούνται με την οπτική αναπηρία και τις συνέπειές της για νέους ή μεσήλικες ενήλικες. Ωστόσο, τα αποτελέσματα ορισμένων μελετών υποδεικνύουν ότι το πρότυπο της χαμηλότερης ποιότητας ζωής σε άτομα με προβλήματα όρασης ισχύει ακόμη και σε νεότερες ηλικιακές ομάδες (Crews et al. 2016; Langelaan et al. 2007; Park et al. 2015). Πράγματι, οι νεότεροι αναμένεται γενικά να συνεισφέρουν στην κοινωνία και τα άτομα με προβλήματα όρασης μπορεί επομένως να βιώσουν την απώλεια όρασης ως μια πιο βαθιά διαταραχή της ζωής τους, σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους. Η ανασκόπηση των Nyman και συνεργατών (2010) ανέφερε ότι τα άτομα σε ηλικία εργασίας με προβλήματα όρασης είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής από τα άτομα χωρίς προβλήματα όρασης. Ωστόσο, σε άτομα με προβλήματα όρασης, η ποιότητα ζωής ήταν υψηλότερη μεταξύ εκείνων με θετική άποψη για τον κόσμο και τον εαυτό τους (Nyman et al. 2010), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι ψυχολογικοί πόροι αντιμετώπισης είναι σημαντικοί για τη διατήρηση της ποιότητας ζωής με την παρουσία οπτικής αναπηρίας. Εκτός από τον συχνά μελετημένο αντίκτυπο της λειτουργικότητας, η ποιότητα ζωής σε άτομα με προβλήματα όρασης μπορεί να σχετίζεται με μια σειρά άλλων παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων των τρεχουσών συνθηκών ζωής καθώς και των προηγούμενων γεγονότων της ζωής. Πρόσφατες μελέτες από τη Νορβηγία έχουν βρει ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης είναι συχνά μόνοι, χωρίς δουλειά και συχνά έχουν εκφοβιστεί ή έχουν βιώσει άλλα δυσμενή γεγονότα της ζωής, όπως σωματικές ή σεξουαλικές επιθέσεις (Brunes et al. 2018, 2019; Brunes and Heir 2018, 2021). Με τη σειρά του, η εμφάνιση ανεπιθύμητων συμβάντων στη ζωή έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ψυχικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη (Brunes and Heir 2020a) και η διαταραχή μετατραυματικού στρες (Bonsaksen et al. 2022). Από την άλλη πλευρά, τα άτομα με προβλήματα όρασης έχουν βρεθεί ότι διαθέτουν υψηλά γενικά επίπεδα αυτο-αποτελεσματικότητας, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, υποδηλώνοντας πιθανώς υψηλές δεξιότητες αντιμετώπισης και εκτεταμένη εμπειρία κυριαρχίας στον χειρισμό της ζωής με την αναπηρία (Brunes et al. 2021).

Συνοψίζοντας, ενώ υπάρχουν αρκετές μελέτες και ανασκοπήσεις σχετικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων με προβλήματα όρασης, η πλειονότητα των μελετών αφορά άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ή άτομα με συγκεκριμένες οφθαλμικές παθήσεις. Λιγότερες μελέτες συγκρίνουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με προβλήματα όρασης με την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού. Επιπλέον, οι πιθανές επιπτώσεις των δυσμενών συμβάντων της ζωής και των ψυχολογικών και κοινωνικών πόρων στην ποιότητα ζωής των ατόμων με προβλήματα όρασης είναι ακόμη σχετικά ανεξερευνήτες.

3.3 Έρευνες που εξέτασαν την ποιότητα ζωής των ατόμων με κινητική αναπηρία

Η εισαγωγή εξατομικευμένων προϋπολογισμών για άτομα με εκτιμώμενες ανάγκες φροντίδας λόγω της αναπηρίας τους, είναι η πιο σημαντική αλλαγή πολιτικής

που εισήχθη ως μέρος του Εθνικού Προγράμματος Ασφάλισης Αναπηρίας σε πολλά κράτη του κόσμου με ιδιαίτερη επιτυχή εφαρμογή στην Αυστραλία. Αυτή η σημαντική αλλαγή πολιτικής ακολουθεί παρόμοιες κινήσεις για την προώθηση της εξατομίκευσης και της φροντίδας που απευθύνεται στους καταναλωτές στους τομείς περίθαλψης αναπηρίας άλλων χωρών, συμπεριλαμβανομένου του Ηνωμένου Βασιλείου, των ΗΠΑ, του Καναδά και της Ολλανδίας. Η εξατομίκευση στοχεύει να δώσει τη δυνατότητα στους καταναλωτές (άτομα με αναπηρία και φροντιστές της οικογένειας) να ασκούν επιλογές και να ελέγχουν τη φροντίδα και την υποστήριξη που λαμβάνουν και να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο δαπανάται η χρηματοδότησή τους. Η λεπτομερής εξέταση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας των εναλλακτικών υπηρεσιών και υποστηρικτικών μέσων μέσω της εφαρμογής ενός πλαισίου οικονομικής αξιολόγησης μπορεί να αποτελέσει πολύτιμο πόρο για τους καταναλωτές και τους παρόχους υπηρεσιών αναπηρίας ώστε να κάνουν ενημερωμένες επιλογές σχετικά με τη φροντίδα τους. Απαραίτητα, η μέτρηση του κόστους παίζει σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της σχέσης ποιότητας/τιμής των υπηρεσιών και των υποστηρικτικών (Lindgren et al., 2022).

Ωστόσο, η μέτρηση και η αποτίμηση της ποιότητας ζωής αποτελεί επίσης ένα σημαντικό συστατικό αυτής της διαδικασίας καθώς είναι το κύριο μέτρο αποτελέσματος που χρησιμοποιείται στην οικονομική αξιολόγηση. Η πρόκληση για την ακριβή μέτρηση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου ήταν ένα μακροχρόνιο ζήτημα για τους οικονομολόγους υγείας. Η οικονομική αξιολόγηση εστιάζει στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της κατανομής των πόρων ως προς τον τρόπο με τον οποίο οι διαφορετικές κατανομές των πόρων επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του υπό εξέταση πληθυσμού. Για να συγκριθεί η αποτελεσματικότητα διαφορετικών παρεμβάσεων σε αυτό το πλαίσιο, οι γενικές μετρήσεις ποιότητας ζωής που βασίζονται σε προτιμήσεις έχουν γίνει η προτιμώμενη μέθοδος αξιολόγησης, όπου οι ατομικές απαντήσεις σε ένα μέτρο μπορούν να μετατραπούν σε συνοπτική βαθμολογία ποιότητας ζωής ή βαθμολογία χρησιμότητας χρησιμοποιώντας τον αλγόριθμο βαθμολόγησης βάσει προτιμήσεων που σχετίζεται με αυτό το μέτρο. Οι αλγόριθμοι βαθμολόγησης συνήθως αναπτύσσονται από τις προτιμήσεις ποιότητας ζωής μεγάλων δειγμάτων που βασίζονται σε γενικό πληθυσμό. η πλειοψηφία των οποίων ζει χωρίς αναπηρία (Mavromaras et al., 2018).

Ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα γενικά μέτρα με βάση τις προτιμήσεις διεθνώς είναι το εργαλείο EuroQoL Five Dimension (EQ-5D). Έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία σε δείγματα πληθυσμού ασθενών και σε μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες. Ένα άλλο γενικό μέτρο που βασίζεται σε προτιμήσεις, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε παρόμοιο πλαίσιο στην Αυστραλία, είναι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των τεσσάρων διαστάσεων (AQoL-4D). Ενώ και τα δύο αυτά μέτρα έχουν γενική εστίαση και εφαρμογή, η Εργαλειοθήκη Αποτελεσμάτων Κοινωνικής Φροντίδας Ενηλίκων (ASCOT) αναπτύχθηκε ειδικά για εφαρμογή στην κοινωνική περίθαλψη για να καταγράψει την επίδραση που έχουν οι ανάγκες που σχετίζονται με την κοινωνική

φροντίδα (όχι μόνο οι ανάγκες υγείας) σε ποιότητα ζωής του ατόμου. Το ASCOT αναπτύχθηκε με ένα δείγμα υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας του Ηνωμένου Βασιλείου, συμπεριλαμβανομένων ατόμων με μακροχρόνιες παθήσεις υγείας, σωματική αναπηρία ή αισθητηριακή αναπηρία, ψυχική ασθένεια, διανοητική ή αναπτυξιακή αναπηρία ή ανάγκες που σχετίζονται με την ηλικία. Αυτά τα τρία εργαλεία που βασίζονται στις προτιμήσεις (EQ-5D, AQoL-4D και ASCOT) παρέχουν την ευκαιρία να συγκριθεί η σχετική σημασία των διαστάσεων ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία και την κοινωνική περίθαλψη μεταξύ ατόμων με και χωρίς αναπηρία (Dickinson et al., 2010).

Οι πρόσφατες εξελίξεις στη μέτρηση και την αποτίμηση της ποιότητας ζωής έχουν αναγνωρίσει την ανάγκη να ληφθούν υπόψη τόσο η υγεία όσο και οι ευρύτερες διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Αυτό οδήγησε στην ανάπτυξη νέων γενικών μέτρων που βασίζονται σε προτιμήσεις, συμπεριλαμβανομένων των μέτρων ICEpop CAPability (ICECAP) και των μέσων EuroQoL Health and Wellbeing (EQ-HWB), που έχουν σχεδιαστεί για να αποτυπώνουν ευρύτερα οφέλη για την ποιότητα ζωής και την ευημερία πέρα από την κατάσταση της υγείας. Η βελτίωση των μέτρων που βασίζονται σε προτιμήσεις για να αντικατοπτρίζουν με μεγαλύτερη ακρίβεια τις προτιμήσεις για την ποιότητα ζωής που είναι σημαντικές για διαφορετικούς πληθυσμούς θα συνεχίσει να αποτελεί σημαντικό τομέα ανάπτυξης στα οικονομικά της υγείας. Καθώς ο παγκόσμιος πληθυσμός συνεχίζει να γερνάει, όλο και περισσότεροι άνθρωποι θα εμπίπτουν στον ορισμό της αναπηρίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας: ένας γενικός όρος για βλάβες στη λειτουργία ή τη δομή του σώματος, περιορισμούς δραστηριότητας ή περιορισμούς συμμετοχής. Το 2020, 4,4 εκατομμύρια Αυστραλοί (18% του πληθυσμού) ζούσαν με αναπηρία. Η επιλεξιμότητα για χρηματοδότηση στο NDIS της Αυστραλίας απαιτεί από το άτομο να έχει μόνιμη αναπηρία (π.χ. σωματική, διανοητική, γνωστική, νευρολογική, οπτική, ακοή ή ψυχοκοινωνική) που οδηγεί σε σημαντική αναπηρία. Εάν οι κυβερνήσεις θέλουν να είναι αποτελεσματικές στην παροχή φροντίδας και υποστήριξης σε προγράμματα όπως το NDIS που στοχεύουν στη μεγιστοποίηση της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία, είναι σημαντικό οι προοπτικές τους να λαμβάνονται υπόψη και να ενσωματώνονται σε μετρήσεις αποτελεσμάτων για την αξιολόγηση ποιότητας και την οικονομική αξιολόγηση (Pequeno et al., 2020).

Ενώ υπάρχει μια αναπτυσσόμενη βιβλιογραφία που έχει τεκμηριώσει διαφορές στις εμπειρικές κατατάξεις μιας σειράς κοινών τομέων ποιότητας ζωής μεταξύ νεότερων και ηλικιωμένων ηλικιακά, είναι λιγότερα γνωστά για τη σχετική σημασία που δίνουν τα άτομα με αναπηρία. εναλλακτικές διαστάσεις ποιότητας ζωής. Παρόλο που υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η αξιολόγηση των φροντιστών για την ποιότητα ζωής του ατόμου που φροντίζουν, διαφέρει από την αυτοαναφερόμενη ποιότητα ζωής αυτού του ατόμου, υπάρχει μικρή έρευνα που έχει διερευνήσει εάν υπάρχει είναι μια διαφορά στην ταξινομημένη σημασία των διαφορετικών διαστάσεων ποιότητας ζωής μεταξύ ατόμων με και χωρίς αναπηρία (Peasgood et al., 2021).

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

Η μοναξιά είναι μια από τις πιο πιεστικές και ταχέως αναπτυσσόμενες κοινωνικές προκλήσεις του 21ου αιώνα παγκοσμίως, συμβάλλοντας σε μια σειρά προβλημάτων υγείας και κοινωνικών προβλημάτων για άτομα, κοινότητες και συστήματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας (Holt-Lunstad et al., 2015; Hawkey και Cacioppo, 2010). Η μοναξιά περιγράφεται ως το οδυνηρό συναίσθημα που προκύπτει όταν υπάρχει μια αισθητή ασυμφωνία μεταξύ επιθυμητών και πραγματικών κοινωνικών σχέσεων (Peplau and Perlman, 1982; Russell et al., 1980). Τα άτομα με μακροχρόνιες παθήσεις υγείας διατρέχουν υψηλό κίνδυνο για μοναξιά και τις συνακόλουθες επιπτώσεις στην υγεία (Lim et al., 2023). Αν και οι αρνητικές συνέπειες της μοναξιάς στην υγεία και την ευημερία είναι ευρέως γνωστές, η εύρεση αποτελεσματικών απαντήσεων στο πρόβλημα παραμένει μια διαρκής πρόκληση. Αυτήν τη στιγμή δεν έχουμε καλή κατανόηση του τι σημαίνει μοναξιά. πώς συγκροτείται και βιώνεται από εκείνους που επηρεάζονται περισσότερο και πόσο πολύπλοκοι συνυφασμένοι ατομικοί, διαπροσωπικοί και δομικοί παράγοντες εμπλέκονται σε βιωμένες εμπειρίες μοναξιάς (Barjaková et al., 2023; Hajek and König, 2020; O'Sullivan et al., 2022; Prohaska et al., 2020).

Αν και σχετίζεται στενά με έννοιες όπως η κοινωνική απομόνωση και η ψυχική αποσύνθεση, η σημασία της διαφέρει. Η κοινωνική απομόνωση είναι ένα αντικειμενικό μέτρο που αναφέρεται στην έλλειψη κοινωνικών συνδέσεων, ενώ η μοναξιά είναι η υποκειμενική εμπειρία δυσανεξίας που ένα άτομο αποδίδει στις κοινωνικές του σχέσεις (de Jong-Gierveld et al., 2006). Ένα άτομο μπορεί να αισθάνεται μοναξιά επειδή είναι κοινωνικά απομονωμένο, αλλά όσοι έχουν μεγάλα κοινωνικά δίκτυα μπορούν επίσης να βιώσουν μοναξιά. Οι μελετητές έχουν εντοπίσει διαφορετικά είδη μοναξιάς, συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικής μοναξιάς (απουσία στενών σχέσεων) (Weiss, 1973), της κοινωνικής μοναξιάς (απουσία ευρύτερων κοινωνικών δικτύων/ομάδων) (Weiss, 1973) και της υπαρξιακής μοναξιάς (αίσθημα διαχωρισμού του εαυτού ή αποξένωσης από άλλους) (Bolmsjö et al., 2019).

Η μοναξιά είναι εγγενώς μια κοινωνική κατάσταση, που συνδέεται με την αυξανόμενη εξατομίκευση και ψηφιοποίηση, και με αλλαγές στα συστήματα αξιών και στις υποδομές εργασίας, οικογένειας και κοινωνικών υποδομών (Putnam, 2000; Bauman, 2000). Τέτοιες αλλαγές έχουν αλλάξει σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο νοιαζόμαστε, ζούμε και σχετιζόμαστε με τους άλλους (Franklin, 2012). Παρά αυτές τις μεταβαλλόμενες κοινωνικές συνθήκες και την ευρεία αναγνώριση της κοινωνικής και ψυχολογικής πολυπλοκότητας της μοναξιάς, λίγα είναι αυτά που κινούνται πέρα από εξατομικευμένες λύσεις. Η μοναξιά εξακολουθεί να αντιμετωπίζεται, κυρίως (αλλά όχι πάντα) ως ένα προσωπικό έλλειμμα που πρέπει να διορθωθεί από ένα άτομο, με την υποστήριξη επαγγελματιών υγείας (Malli et al., 2023). Έτσι, η ατομική συμβουλευτική και η κοινωνική συνταγογράφηση έχουν διαφημιστεί ως πιθανές λύσεις για τη μοναξιά καθώς δίνουν στα άτομα τα εργαλεία που χρειάζονται για να συνδεθούν περισσότερο κοινωνικά και να αντιμετωπίσουν καλύτερα τη μοναξιά τους

(Hawkley and Cacioppo, 2010; Liebmann et al., 2022). Ωστόσο, τέτοιες παρεμβάσεις δεν έχουν ισχύ, εν μέρει επειδή δεν έχουν αντιμετωπίσει επαρκώς την πολυπλοκότητα της μοναξιάς τόσο ως προσωπικό όσο και ως συλλογικό πρόβλημα (Masi et al., 2011). Ούτε, αυτές οι παρεμβάσεις έχουν αντιμετωπίσει επαρκώς τις κοινωνικές δυνάμεις που οδηγούν τη μοναξιά, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών συνθηκών που μπορούν να λειτουργήσουν ενάντια στην ικανότητα των μοναχικών ατόμων να συνδέονται ουσιαστικά με τις κοινότητές τους. Η σύγχρονη έρευνα έχει δείξει ότι υπάρχουν ατομικές, διαπροσωπικές και κοινωνικές διεργασίες που αποτελούν τη βάση των διαφορετικών νοημάτων που δίνουν τα άτομα στις εμπειρίες τους (βλ. Malli et al., 2023, ως παράδειγμα).

3.5 Έρευνες που εξέτασαν τα αισθήματα μοναξιάς των ατόμων με Οπτική αναπηρία

Υπάρχουν πολλές σχετικές μελέτες όπως αυτή των Osaba et al., 2019 η οποία υιοθέτησε τη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση και προσπάθησε να εξετάσει την ποιότητα της μοναξιάς όπως επηρεάζεται από την εξασθένηση της όρασης ή την πλήρη τύφλωση. Ενώ έχουν υπάρξει διάφορες ερευνητικές εκθέσεις για τους τυφλούς και τις εμπειρίες τους, καθώς και εκείνες που πιστοποιούν τη μοναξιά τους η οποία έχει ενισχυθεί από την οπτική τους αναπηρία (Osaba et al., 2019), καμία μελέτη μέχρι σήμερα δεν έχει διερευνήσει τις ποιοτικές διαστάσεις της μοναξιάς που βιώνουν τα άτομα με προβλήματα όρασης.

Υπήρξαν πολλές προσπάθειες, στη βιβλιογραφία που αφορούσε το θέμα της μοναξιάς, να οριστεί η εμπειρία. Ο Μουστάκας (1961) περιέγραψε τη μοναξιά βασισμένος, σχεδόν αποκλειστικά, στις εμπειρίες του δικού του και των πελατών του, ενώ οι Replau και Perlman (1982) θεώρησαν ότι η μοναξιά υπάρχει στη διαφορά μεταξύ του ποσού της κοινωνικής επαφής που βιώνουμε και του ποσού που επιθυμούμε. Οι Replau και Perlman (1982) δοκίμασαν τη θεωρητική τους διατύπωση χρησιμοποιώντας την κλίμακα μοναξιάς του UCLA που στόχευε να μετρήσει τον βαθμό ή το βάθος της μοναξιάς κάποιου. Οι Cacioppo et al. (2000, 2002, 2003) και Hawkley et al. (2003). ακόμη και «συμβόλαιο» από ένα άτομο σε μια ομάδα, σε άλλα. Τα κυριότερα νήματα σε αυτούς τους ορισμούς εστιάζονται στην έλλειψη οικειότητας και νοήματος μέσα σε μια σχέση, ενώ άλλα τονίζουν τις ελλείψεις στην αίσθηση του ανήκειν των ανθρώπων και τις περιορισμένες ή την έλλειψη κοινωνικών συνδέσεων (Stein and Tuval-Mashiach, 2015). Στις αρχές του εικοστού πρώτου αιώνα, οι άνθρωποι είναι προφανώς πολύ πιο απομονωμένοι από ό,τι στο παρελθόν. Οι κοινωνικοί δεσμοί αποτελούσαν αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής ζωής στο παρελθόν, αλλά ακόμη και πριν από τον COVID έχει καταρρεύσει πάνω μας, ένας αυξανόμενος αριθμός ανθρώπων φαίνεται να μην έχει (ή πολύ περιορισμένο) στενές ή στενές σχέσεις και, ως εκ τούτου, η κοινωνία μας κατακερματίζεται ολοένα και περισσότερο (McPherson et al., 2006· Sha'ked and Rokach(eds), 2015). Η δυτική κουλτούρα, με την ορμή της για ατομικότητα, μεγεθύνει την αποξένωση και τον χωρισμό που βιώνουν οι άνθρωποι, ενώ η βασική μας ανάγκη είναι να ανήκουμε, να μας χρειάζονται και να αγαπιόμαστε. Μια τέτοια συνειδητοποίηση, είναι μια

εξέχουσα αιτία της επίγνωσης των περιορισμών και της οριστικότητάς μας, με αποτέλεσμα τη μοναξιά (Rokach, 2019). Έχουν γίνει διάφορες προσπάθειες για την περιγραφή και τον ορισμό της μοναξιάς (δηλαδή, Hawkey et al., 2003; Cacioppo et al., 2015; Petite et al., 2015).

Εξετάσαμε πώς περιγράφεται η μοναξιά στη βιβλιογραφία και πώς περιγράφεται συνήθως από πολλούς θεωρητικούς και ερευνητές. Γενικά, η μοναξιά ορίζεται ως μια εμπειρία κατά την οποία είμαστε μόνοι, αντιλαμβανόμενοι τον εαυτό μας ως μη αγαπητό, ασήμαντο και αδιάφορο, και αυτό οδηγεί σε αυτό που ονομάζουμε μοναξιά (Martens et al., 2005; Rokach, 2019). Υπάρχουν ορισμένα θέματα που προέρχονται από τους διάφορους θεωρητικούς προσανατολισμούς και τα οποία είναι χαρακτηριστικά των εμπειριών μοναξιάς:

1. Η μοναξιά είναι μια εμπειρία αποχωρισμού, ενός ατόμου από τον κόσμο του.
2. Η μοναξιά μπορεί να ξεκινήσει από την παιδική ηλικία και να παραμείνει σε όλη τη ζωή κάποιου.
3. Συνδέεται με την ακύρωση του νοήματος και της θέσης κάποιου στον κόσμο.
4. Λόγω του πόνου και της αγωνίας που προκαλεί είναι δύσκολο να ανεχθεί.
5. Η μοναξιά φαίνεται να παρακινεί τους ανθρώπους να αναζητήσουν νόημα και να αναζητήσουν σύνδεση.
6. Μπορεί να έχει μια εξελικτική βάση, καθώς η μοναξιά παρακινεί κάποιον να αναζητήσει το να ανήκεις που είναι προστατευτικό και υποστηρικτικό. Και
7. Η μοναξιά έχει τη δυνατότητα να ενισχύσει την ανάπτυξη και τις νέες δυνατότητες.

Με βάση τις προηγούμενες θεωρητικές προσεγγίσεις, καθώς και τη δική του έρευνα των τελευταίων τεσσάρων δεκαετιών, ο Rokach (2019) επεσήμανε τρία διακριτικά χαρακτηριστικά όλων των εμπειριών μοναξιάς:

1. Η μοναξιά είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο που είναι θεμελιώδες για να είσαι άνθρωπος.
2. Η μοναξιά είναι μια υποκειμενική εμπειρία που υπόκειται σε προσωπικές και περιστασιακές μεταβλητές που την επηρεάζουν.
3. Η μοναξιά, μια πολύπλευρη εμπειρία, είναι πάντα πολύ οδυνηρή, άκρως οδυνηρή και ατομικιστική.

Η μοναξιά είναι μια πολύπλευρη εμπειρία που μπορεί να γίνει κατανοητή μέσα από το πρίσμα του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου που είναι μια διεπιστημονική προσέγγιση που εξετάζει τη διασύνδεση μεταξύ βιολογίας, ψυχολογίας και κοινωνικο-περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, την ασθένεια, τις ψυχολογικές εμπειρίες και τις διαταραχές. Η ανθρώπινη ανάπτυξη και οι

εμπειρίες, σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, είναι πολυδιάστατες και επηρεάζονται από την αλληλεπίδραση της βιολογίας, των ψυχολογικών διαδικασιών, της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, του πολιτισμού και της πνευματικότητας (Engel, 1981, βλέπε επίσης Karl and Holland, 2015). Η παρούσα έρευνα έχει υιοθετήσει αυτή την προσέγγιση στις ανθρώπινες εμπειρίες. Για να το συνοψίσουμε, συμφωνούμε με τη βιωματική προσέγγιση του Μουστάκα (1961) ότι η μοναξιά είναι μια φυσική εμπειρία στις ανθρώπινες ζωές, όπως και η θλίψη, ο ενθουσιασμός ή η πείνα. Η συμβολή μας στη βιβλιογραφία (Rokach and Sha'ked, 2013) είναι ότι η μοναξιά είναι σαν ένα υπολειπόμενο γονίδιο, το οποίο θα εκφραστεί και θα βιωθεί ως αποτέλεσμα των κοινωνικο-περιβαλλοντικών παραγόντων, της υγείας, της ψυχολογικής ευημερίας ή της έλλειψής τους, είναι πολιτισμός και πνευματικότητα. Η διαταραχή όρασης αναφέρεται, γενικά, σε κακή όραση. Ο όρος «απώλεια όρασης» αναφέρεται σε άτομα που έχουν αναπτύξει προβλήματα όρασης, ενώ στο παρελθόν δεν είχαν. Το "Blind" χρησιμοποιείται για όσους δεν έχουν καθόλου ικανότητα όρασης. Η οπτική οξύτητα είναι το επίπεδο λεπτομέρειας που μπορεί να δει ένα άτομο. Μπορεί επίσης να εκτιμηθεί από τον βαθμό στον οποίο ένα άτομο είναι σε θέση να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες για τις οποίες είναι απαραίτητη η όραση, όπως η οδήγηση, το διάβασμα και το ανέβασμα και το κατέβασμα σκαλοπατιών (Hodge and Eccles, 2013).

Πολλοί άνθρωποι φοβούνται την απώλεια της όρασης περισσότερο από την απώλεια οποιασδήποτε άλλης αίσθησης (Baker and Winyard, 1998; De Leo et al., 1999). Όσοι έχουν διαγνωστεί με οφθαλμικά προβλήματα μπορεί να βιώσουν άγχος, ανησυχία και ανησυχίες για το μέλλον, ακόμη και κατάθλιψη και αυξημένη συναισθηματική δυσφορία (Horowitz and Reinhardt, 2000; Scott et al., 2001; Norowzian, 2006). Η ποιότητα ζωής μπορεί, σημαντικά, να επηρεαστεί αρνητικά από την απώλεια όρασης (Hassell et al., 2006) και μπορεί να οδηγήσει σε σοκ και θλίψη (Evans, 1983; Baus, 1999). Διαπιστώθηκε ότι όσοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες όρασης είναι πιο πιθανό να αισθάνονται μόνοι (Barron et al., 1992) καθώς η κοινωνική τους υποστήριξη επηρεάζεται αρνητικά σε μεγαλύτερο βαθμό από τον γενικό πληθυσμό (Bruce et al., 2007). Οι Thurston et al. (2010) παρατήρησε ότι η απομόνωση και η σημασία της κοινωνικής υποστήριξης είναι ένα συχνό θέμα στην επιστημονική βιβλιογραφία σχετικά με τα άτομα με προβλήματα όρασης και τα άτομα με προβλήματα όρασης (Cimarolli και Boerner, 2005· Percival και Hanson, 2007). Ο Stephens (2007) καθώς και οι Horowitz και Reinhardt (2000) εξέτασαν τη σχετική βιβλιογραφία και διαπίστωσαν ότι η εμπειρική έρευνα επιβεβαίωσε ότι τα άτομα με προβλήματα όρασης αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη συναισθηματική λειτουργία. Αναφέρθηκαν επίσης κατάθλιψη και μειωμένη κοινωνική δραστηριότητα καθώς και κοινωνική υποστήριξη μεταξύ των ατόμων με προβλήματα όρασης, καθώς και μείωση της γενικής ευημερίας. Για παράδειγμα, σε μια μελέτη των Williams et al. (1998) σε ένα δείγμα 86 ατόμων ηλικίας, κατά μέσο όρο, 79 ετών και με εκφύλιση της ωχράς κηλίδας και όραση μικρότερη από 10/30, η διάθεση βρέθηκε να είναι χαμηλότερη σε άτομα με προβλήματα όρασης σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους που είχαν όραση. Είναι ενδιαφέρον ότι ακόμη και σε σύγκριση με άτομα με σοβαρές

ασθένειες, τα άτομα με προβλήματα όρασης σημείωσαν χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα ευεξίας. Ωστόσο, η διαφορά στην ψυχολογική δυσφορία δεν ήταν σημαντική όταν ένα δείγμα ατόμων με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια συγκρίθηκε με άτομα χωρίς οπτική αναπηρία (Upton et al., 1998). Ορισμένες μελέτες, που διερευνούν την κοινωνική σύνδεση των ατόμων με προβλήματα όρασης, ανέφεραν ότι η πρόοδος της αναπηρίας όρασης συσχετίστηκε θετικά με μειωμένα επίπεδα κοινωνικής λειτουργικότητας. Σε ένα μεγάλο δείγμα 1.191 ατόμων με οπτική οξύτητα μικρότερη από 20/100, υπήρχε θετική συσχέτιση μεταξύ της οπτικής αναπηρίας και των χαμηλότερων κοινωνικών σχέσεων (Carabellese et al., 1993). Παρόμοια ευρήματα αναφέρθηκαν στη μελέτη του Evans (1983) σε 84 εγγεγραμμένους τυφλούς συμμετέχοντες που ανέφεραν ότι η κοινωνική τους δραστηριότητα μειώθηκε όσο αυξανόταν η διάρκεια της τύφλωσης. Σε μη δυτικοποιημένα περιβάλλοντα, βρέθηκαν παρόμοια ευρήματα. Έρευνα σε δείγμα 117 ανδρών από το Νεπάλ, με οπτική οξύτητα μικρότερη από 20/200, διαπίστωσε ότι εκείνοι οι άνθρωποι που είχαν προβλήματα όρασης ήταν λιγότερο πιθανό να λειτουργήσουν ως αρχηγοί του νοικοκυριού τους, κάτι που είναι ένας πολύτιμος ρόλος σε αυτήν την κουλτούρα (Beall και Goldstein, 1986). Barron et al. (1992) διαπίστωσαν ότι η βλάβη συσχετίστηκε θετικά με τη μοναξιά σε άτομα με οπτική οξύτητα μικρότερη από 20/70.

Στην ποιοτική τους μελέτη, οι Thurston et al. (2010) διερεύνησε τη διαδικασία του να γίνει κανείς τυφλός. Το δείγμα τους περιελάμβανε συμμετέχοντες που αποτελούνταν από 11 γυναίκες και 7 άνδρες, μέσης ηλικίας 65 ετών, οι οποίοι είχαν όλοι μια αναγνωρίσιμη πάθηση που προκάλεσε απώλεια όρασης. Δέκα καταγράφηκαν τυφλοί, πέντε είχαν καταγραφεί με μειωμένη όραση και τρεις δεν είχαν καταγραφεί μέχρι σήμερα. Κανείς δεν ήταν τυφλός εκ γενετής. Η θεμελιωμένη θεωρία χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των ημιδομημένων συνεντεύξεων (Strauss and Corbin, 1990). Η ανάλυσή τους απέδωσε μια σημαντική κατηγορία την οποία ονόμασαν «κάνοντας τη μετάβαση στην τύφλωση». Επτά θέματα προέκυψαν από την ανοιχτή κωδικοποίηση σε αυτήν την κατηγορία: (1) με διάγνωση σοβαρής οφθαλμικής πάθησης. (2) Αντιμέτωπιση της επιδείνωσης της όρασης. (3) Εμφάνιση απώλειας όρασης. (4) Αλλαγές στις αντιλήψεις για τον εαυτό. (5) Βιώνοντας τα προβλήματα των άλλων.

Η οπτική δυσλειτουργία (VI) αντιπροσωπεύει μια σημαντική και πολλές φορές μη αναστρέψιμη απώλεια της οπτικής οξύτητας ή του οπτικού πεδίου. Η όραση μπορεί να είναι είτε συγγενής είτε επίκτητη απώλεια όρασης και η σοβαρότητά της θα μπορούσε να είναι μέτρια, σοβαρή ή ολική τύφλωση (Colenbrander, 2010; International Statistical Classification of Diseases, and Related Health Problems 10th Revision, 2016). Δεδομένου ότι η όραση είναι μια βασική αισθητηριακή μέθοδος όταν πρόκειται για διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις, τα άτομα με VI είναι ιδιαίτερα επιρρεπή στη μοναξιά. Οι άνθρωποι που έχουν σοβαρό VI ή είναι τελειώς τυφλοί έχουν λιγότερες ευκαιρίες να αποκτήσουν κατάλληλες κοινωνικές δεξιότητες και μπορεί, επομένως, να είναι επιρρεπείς σε δυσμενή διαπροσωπικά γεγονότα που

μπορεί να οδηγήσουν σε μοναξιά (Jindal-Snape, 2004· Brunes et al., 2018a, b, 2019). Η μοναξιά είναι ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για την υγεία και την ποιότητα ζωής (Holt-Lunstad et al., 2015; Petitte et al., 2015; Beutel et al., 2017). Η μοναξιά οδηγεί σε χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή, σε σύγκριση με τους μη μοναχικούς ανθρώπους (VanderWeele et al., 2012). Brunes et al. (2019) διεξήγαγε μια συγχρονική μελέτη σε δείγμα ενηλίκων με VI. Διαπιστώθηκε ότι σχεδόν το 50% των ενηλίκων με VI βίωσαν μέτρια ή σοβαρή μοναξιά, με υψηλότερα ποσοστά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, σημαντικά περισσότερα από τον γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, διαπίστωσαν ότι ο κίνδυνος μοναξιάς ήταν υψηλότερος για άτομα ηλικίας 36-50 ετών, τα οποία είχαν επίσης εκτεθεί σε εκφοβισμό ή σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση ή υπέφεραν από άλλες αναπηρίες. Τέλος, όπως είχε διαπιστωθεί προηγουμένως, τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι η έντονη μοναξιά συνδέθηκε με χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή.

Διάφορες μελέτες έχουν βρει ότι τα άτομα με αναπηρία εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς από τα άτομα χωρίς αναπηρίες (McVilly et al., 2006; Coplan et al., 2007; White and Roberson-Nay, 2009. Επιπλέον, τα αποτελέσματα βρήκαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της βαθμολογίας της μοναξιάς (βλ. επίσης Newman and Sachs, 2020).

3.6 Έρευνες που εξέτασαν τα αισθήματα μοναξιάς των ατόμων με κινητική αναπηρία

Ο βαθμός στον οποίο τα άτομα είναι διασυνδεδεμένα και ενσωματωμένα σε κοινότητες έχει ισχυρό αντίκτυπο στην υγεία και την ευημερία τους. Η γνώση σε αυτόν τον τομέα βασίζεται σε μια σειρά προσεγγίσεων για την εννοιολόγηση και τη μέτρηση της κοινωνικής σύνδεσης, όπως: ανάλυση κοινωνικών δικτύων, επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης και το επίπεδο κοινωνικής δέσμευσης/απομόνωσης. Μία από τις βασικές προκλήσεις αυτής της βιβλιογραφίας είναι η αποσύνδεση των επιπτώσεων που σχετίζονται με διαφορετικές πτυχές της χαμηλής κοινωνικής σύνδεσης. Η κοινωνική απομόνωση τυπικά ορίζεται από μια χαμηλή συχνότητα κοινωνικής επαφής. Η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται συνήθως είτε στην αντιληπτή διαθεσιμότητα είτε στο πραγματικό επίπεδο λήψης κοινωνικών επαφών για την εκπλήρωση συγκεκριμένων λειτουργιών (π.χ. παροχή πρακτικής βοήθειας ή συναισθηματικής υποστήριξης). Πιο πρόσφατα, η αυξανόμενη προσοχή έχει επικεντρωθεί στη μοναξιά ως δείκτη χαμηλής κοινωνικής σύνδεσης (Wang et al., 2017). Η μοναξιά έχει οριστεί κυρίως ως συναισθηματική κατάσταση. ένα «δυσφορικό συναίσθημα που συνοδεύει την αντίληψη ότι οι κοινωνικές του ανάγκες δεν καλύπτονται από την ποσότητα ή κυρίως την ποιότητα των κοινωνικών σχέσεών του». Η μοναξιά είναι σχετικά συχνή στο γενικό πληθυσμό. Για παράδειγμα, στην Αγγλία το 5% των ενηλίκων αναφέρει ότι αισθάνεται «συχνά» ή «πάντα» μόνος, ενώ ένα επιπλέον 16% αναφέρει ότι αισθάνεται μόνος «κάποια στιγμή». Στη Γερμανία, το 11% των ενηλίκων (ηλικίας 35–74 ετών) αναφέρει αίσθημα μοναξιάς. Αυξημένα επίπεδα μοναξιάς έχουν αναφερθεί μεταξύ: νεότεροι ενήλικες· Όσοι δεν ζουν σε σχέση, ζουν μόνοι και χωρίς παιδιά. και άτομα που είναι άνεργα (Holt et al., 2015).

Σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, τα άτομα με αναπηρία έχουν λιγότερους φίλους, λιγότερη κοινωνική υποστήριξη και είναι πιο κοινωνικά απομονωμένα. Ωστόσο, λίγες μελέτες έχουν ασχοληθεί με τη σχέση μεταξύ αναπηρίας και μοναξιάς. Οι περισσότεροι έχουν επικεντρωθεί στην αναπηρία που σχετίζεται είτε με σωματικές αναπηρίες είτε με νοητική υστέρηση. Γνωρίζουμε μόνο μια μελέτη που έχει διερευνήσει τη μοναξιά μεταξύ των ατόμων με αναπηρία που σχετίζεται με μια σειρά των απομειώσεων. Σε ένα δείγμα 680 ενηλίκων σε μια πόλη της Αγγλίας, αναφέρθηκαν υψηλότερα ποσοστά μοναξιάς μεταξύ των ατόμων με αναπηρία από ό,τι μεταξύ των συνομηλίκων τους χωρίς αναπηρία, με ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά μοναξιάς να αναφέρθηκαν μεταξύ των συμμετεχόντων με γνωστικές ή διανοητικές αναπηρίες (Hawkley et al., 2010).

Η προσωπική ευημερία (PWB) μπορεί να οριστεί ως *«καλές ψυχικές καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων όλων των διαφόρων αξιολογήσεων, θετικών και αρνητικών, που κάνουν οι άνθρωποι για τη ζωή τους και οι συναισθηματικές αντιδράσεις των ανθρώπων στις εμπειρίες τους»*. Είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, συνήθως αναγνωρίζεται ότι περιλαμβάνει τέσσερις διαφορετικές πτυχές: ικανοποίηση από τη ζωή (εναλλακτικά ονομάζεται «γνωστική» ή «αξιολογική» ευημερία), θετικό συναίσθημα (π.χ. ευτυχία), αρνητικό συναίσθημα (π. νόημα στη ζωή). Σε πληθυσμιακές μελέτες, τα άτομα με αναπηρία συνήθως αναφέρουν, κατά μέσο όρο, χαμηλότερα επίπεδα PWB από τα άτομα χωρίς αναπηρία. Ωστόσο, υπάρχει ένα εξελισσόμενο σύνολο γνώσεων που υποδηλώνουν ότι οι ανισότητες στην ευημερία που σχετίζονται με την αναπηρία δεν αντικατοπτρίζουν άμεσο αρνητικό αντίκτυπο της βλάβης, αλλά μάλλον ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και η έκθεση σε κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες κακής υγείας παίζουν σημαντικό ρόλο στην αρνητική συσχέτιση μεταξύ της αναπηρίας και ευημερίας (Leigh et al., 2017).

Η έννοια του PWB έχει έντονη απήχηση με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την υγεία ως *«μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»*. Ως εκ τούτου, η PWB έχει δυνητική συνάφεια με την έρευνα για τη δημόσια υγεία, η οποία συνεχίζει να εννοεί τα αποτελέσματα για την υγεία κυρίως με όρους «ασθένειας ή αναπηρίας». Για παράδειγμα, από τις 40 συστηματικές ανασκοπήσεις σχετικά με τις συνέπειες της κοινωνικής απομόνωσης και της μοναξιάς στη δημόσια υγεία που εντόπισαν ο Leigh-Hunt και οι συνεργάτες του, αποδείχτηκε ότι οι 6 επικεντρώθηκαν στη νοσηρότητα, οι 8 επικεντρώθηκαν στην ηθική, οι 7 επικεντρώθηκαν σε συμπεριφορές υγείας που σχετίζονται με θνησιμότητα ή νοσηρότητα (π.χ. κάπνισμα, υπερβολική χρήση αλκοόλ), ενώ μόνο 2 επικεντρώθηκαν σε θετικές πτυχές της υγείας (μία στην ευεξία, μία στην αυτό-αποτελεσματικότητα). Η έρευνα όχι μόνο δείχνει θετικές συσχετίσεις μεταξύ PWB και υγείας, αλλά προτείνει επίσης μια αιτιώδη σχέση μεταξύ υψηλότερου PWB και πιο θετικών μελλοντικών αποτελεσμάτων υγείας, όπως χαμηλότερη θνησιμότητα και αυξημένη μακροζωία, και μια πιθανή προστατευτική επίδραση του PWB. Πολύ λίγες μελέτες έχουν εξετάσει τη σχέση μεταξύ μοναξιάς και ευημερίας μεταξύ των ατόμων με αναπηρία. Οι λίγες εξαιρέσεις

υποδηλώνουν ότι, μεταξύ των ατόμων με διανοητική αναπηρία, η αυξημένη μοναξιά έχει συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης, προβλήματα ψυχικής υγείας και φτωχότερη σωματική υγεία σε μικρό αριθμό συγχρονικών μελετών (Wang et al., 2018).

Δεδομένης αυτής της έλλειψης πληροφοριών σχετικά με τη συσχέτιση μεταξύ αναπηρίας, μοναξιάς και ευεξίας, οι στόχοι μας ήταν (Michalopoulos et al., 2019):

1. Επιπολασμός χαμηλής κοινωνικής σύνδεσης:

- Να εκτιμηθεί ο επιπολασμός της έκθεσης σε τρεις δείκτες χαμηλής κοινωνικής σύνδεσης (μοναξιά, χαμηλή αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη, κοινωνική απομόνωση) μεταξύ ενός εθνικά αντιπροσωπευτικού δείγματος ενηλίκων «εργασιακής ηλικίας» με και χωρίς αναπηρία (ηλικία 16-64).
- Να προσδιορίσει τα προσωπικά δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις πτυχές των συνθηκών διαβίωσης που μπορεί να σχετίζονται με διακύμανση στα ποσοστά έκθεσης.

2. Συσχέτιση μεταξύ χαμηλής κοινωνικής σύνδεσης και ευημερίας (ONS, 2018):

- Να εκτιμηθεί η ισχύς της συσχέτισης μεταξύ των τριών δεικτών χαμηλής κοινωνικής σύνδεσης και τεσσάρων δεικτών προσωπικής ευημερίας (ικανοποίηση από τη ζωή, αξία δραστηριοτήτων ζωής, ευτυχία, άγχος) μεταξύ ενηλίκων «εργασιακής ηλικίας» με και χωρίς αναπηρία.
- Να προσδιοριστεί εάν το καθεστώς αναπηρίας μετριάξει τη σχέση μεταξύ των τριών δεικτών χαμηλής κοινωνικής σύνδεσης και τεσσάρων δεικτών προσωπικής ευημερίας.

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

Οι χρόνιες ασθένειες όπως ο καρκίνος και ο διαβήτης είναι επί του παρόντος οι κύριες αιτίες θανάτου και αναπηρίας παγκοσμίως. Περισσότερο από το 90% των ηλικιωμένων ενηλίκων αναφέρουν ότι έχουν τουλάχιστον μία χρόνια πάθηση, με πάνω από το 70% να αναφέρει τουλάχιστον δύο χρόνιες παθήσεις. Ενώ η ύπαρξη χρόνιας νόσου μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα ενός ατόμου να συμμετέχει σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, η κοινωνική δέσμευση μεταξύ των ηλικιωμένων μπορεί να αποτρέψει την εξέλιξη της κατάστασής τους σε αναπηρία. Η κοινωνική δέσμευση, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής συμμετοχής σε συγκεκριμένες δραστηριότητες, του κοινωνικού δικτύου και της κοινωνικής υποστήριξης, μπορεί να προωθήσει πόρους που ενισχύουν την αυτό-αποτελεσματικότητα στη διαχείριση της νόσου και την ανθεκτικότητα στην αναπηρία. Ο Gallant ανέφερε ότι οι κοινωνικές επιρροές μπορούν να έχουν θετικές και αρνητικές επιπτώσεις στην αυτοδιαχείριση χρόνιων ασθενειών. Οι κοινωνικοί δεσμοί μπορούν να παρέχουν οργανική και συναισθηματική υποστήριξη, η οποία συνδέεται θετικά με καλύτερες συμπεριφορές

αυτοδιαχείρισης καθώς και με αυξημένη ψυχική και σωματική υγεία και ποιότητα ζωής. Αντίθετα, όσοι πάσχουν από χρόνια νόσο μπορεί να χρειαστεί να διαχειριστούν κοινωνικές επιρροές. Μια συζήτηση για τη χρόνια νόσο αξίζει να αναφερθούν και πιθανές λύσεις. Οι χρόνιες ασθένειες είναι πολύπλευρα ζητήματα, τα οποία απαιτούν προσεγγίσεις πολλαπλών επιπέδων για να βοηθήσουν τα άτομα να διαχειριστούν τις καταστάσεις τους και να αποτρέψουν αρνητικές συνέπειες (π.χ. ταχεία εξέλιξη της νόσου, νοσηλεία). Οι παρεμβάσεις πιθανής χρήσης μπορεί να περιλαμβάνουν τόσο συμπεριφορικές (π.χ. Πρόγραμμα Αυτοδιαχείρισης Χρονίων Νοσημάτων) όσο και περιβαλλοντικές ή δομημένες περιβαλλοντικές παρεμβάσεις (π.χ. κοινότητες που μπορούν να περπατηθούν). Ωστόσο, ένα σημαντικό βήμα στη στόχευση των παρεμβάσεων είναι πρώτα ο εντοπισμός παραγόντων που σχετίζονται με το πώς η κοινωνική δέσμευση μπορεί να επηρεάσει τους ενήλικες που ζουν με χρόνια νόσο. Αυτή η γραμμή έρευνας θα επιτρέψει προσαρμοσμένες παρεμβάσεις σε αυτούς που κινδυνεύουν περισσότερο (Meek et al., 2018).

Οι Ory et al., το 2014 σε μια μελέτη τους εξέτασαν τα οφέλη για την υγεία της κοινωνικής δέσμευσης ανά φύλο και ηλικία, φυλή/εθνικότητα, οικογενειακή κατάσταση, κατάσταση φροντιστή, αναπηρία και ποσοστά νοσηλείας. Ωστόσο, περιορισμένη έρευνα εξετάζει τον αντίκτυπο αυτών και άλλων παραγόντων (π. Ο περιορισμός της κοινωνικής δέσμευσης κάποιου, για σκόπιμους ή ακούσιους λόγους, μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση, περιορισμένη σωματική και γνωστική ικανότητα με την πάροδο του χρόνου και αυξημένο κίνδυνο θανάτου. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να προσδιορίσει τον επιπολασμό των περιορισμών κοινωνικής δέσμευσης μεταξύ μεσήλικων και ηλικιωμένων με χρόνιες παθήσεις και να εξετάσει τους παράγοντες που σχετίζονται με την αναφορά περιορισμών κοινωνικής δέσμευσης. Αυτή η μελέτη είναι μοναδική στο ότι λίγες μελέτες έχουν εξετάσει περιοριστικές κοινωνικές συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία μεσήλικων και ηλικιωμένων ενηλίκων με μία ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα μεταξύ ενός διαφορετικού, εθνικού δείγματος που αυτοαναφέρει μια σειρά τύπων χρόνιων παθήσεων. Επιπλέον, αυτή η μελέτη είναι μοναδική στο ότι περιλαμβάνει μεσήλικες και ηλικιωμένους ενήλικες, η οποία προσφέρει ενσωμάτωση σε άτομα με διαφορετική εξέλιξη της νόσου και κοινωνικές δομές και ευθύνες. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης έχουν επιπτώσεις στον εντοπισμό του κινδύνου και στη μείωση των περιορισμών δέσμευσης μέσω της παρέμβασης για την προώθηση της υγιούς γήρανσης (Ory et al., 2014).

Μεσήλικες και ηλικιωμένοι άνδρες και γυναίκες με μία ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις μπορεί να περιορίσουν την κοινωνική τους δέσμευση με την οικογένεια, τους φίλους και την κοινότητά τους. Αρκετοί παράγοντες σχετίζονται με την αναφορά περιορισμών κοινωνικής δέσμευσης, όπως η τριτοβάθμια εκπαίδευση, η λήψη περίθαλψης, οι περισσότερες επισκέψεις σε γιατρούς και νοσηλεία, η αναπηρία, η ανεργία και η υψηλότερη βαθμολογία στην Κλίμακα Συναισθηματικών και Σωματικών Προβλημάτων. Οι περιβαλλοντικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις μπορούν να βοηθήσουν τους μεσήλικες και τους ηλικιωμένους ενήλικες να

διαχειριστούν καλύτερα τις χρόνιες παθήσεις τους και να διατηρήσουν μια ενεργή κοινωνική ζωή (Cherry et al., 2013).

3.8 Έρευνες που εξέτασαν τις κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων με Οπτική αναπηρία

Η προσαρμοστική συμπεριφορά έχει οριστεί ως «η εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων που απαιτούνται για την προσωπική και κοινωνική επάρκεια» (Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984), καθώς και «η ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται κανείς στις καθημερινές ευθύνες της ζωής και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των άλλων. » (Ditterline & Oakland, 2009). Παραδείγματα τομέων στους οποίους τα άτομα προσπαθούν για επάρκεια περιλαμβάνουν: αυτοβοήθεια, διαπροσωπικές σχέσεις, διαχείριση του σπιτιού, αναψυχή, εργασία και κοινοτική ζωή (Ditterline, Banner, Oakland, & Becton, 2008). Η προσαρμοστική συμπεριφορά είναι εξ ορισμού διαφορετική, καθώς αντικατοπτρίζει τις προσπάθειες ενός ατόμου να προσαρμοστεί στις διάφορες περιβαλλοντικές απαιτήσεις που αντιμετωπίζει (Denrell, 2007). Αυτή η ποικιλομορφία απαιτεί την εννοιολόγηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς όχι μόνο ως ενιαίας κατασκευής, αλλά και ως σύνθετης, προκειμένου τα αποτελέσματα των μελετών που εξετάζουν τις διαφορετικές εκφράσεις συμπεριφοράς να αξιοποιηθούν πλήρως και να γενικευθούν σωστά. Ένα παράδειγμα του τρόπου με τον οποίο η προσαρμοστική συμπεριφορά μπορεί να προσεγγιστεί τόσο ως μονοδιάστατη όσο και ως πολυδιάστατη κατασκευή δίνεται από ένα από τα πιο δημοφιλή όργανα μέτρησης της προσαρμοστικής συμπεριφοράς, συγκεκριμένα από την κλίμακα προσαρμοστικής συμπεριφοράς Vineland (VABS) (Sparrow et al. , 1984, Sparrow et al., 2005). Το VABS, το οποίο ήταν το όργανο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη, μετρά τη συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά (προσαρμοστική συμπεριφορά σύνθετη) καθώς και την προσαρμοστική συμπεριφορά στους τομείς της Επικοινωνίας, των Καθημερινών Δεξιοτήτων Ζωής, της Κοινωνικοποίησης και των Κινητικών Δεξιοτήτων (Sparrow et al., 1984). Το ζήτημα της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των μαθητών με προβλήματα όρασης είναι σημαντικό για σκοπούς ταξινόμησης και τοποθέτησης, καθώς και για προγραμματισμό και παρέμβαση προγράμματος (Ditterline and Oakland, 2009, Meacham et al., 1987). Οι προσαρμοστικές συμπεριφορές αποτελούν μέρος του Διευρυμένου Βασικού Προγράμματος Σπουδών (EEC) για μαθητές με προβλήματα όρασης (βλ. Αμερικανικό Ίδρυμα για τους Τυφλούς, 2010).

Η έρευνα δείχνει ότι οι μαθητές και τα άτομα με προβλήματα όρασης μπορεί να παρουσιάζουν σημαντικές δυσκολίες στη συνολική προσαρμοστική συμπεριφορά τους (Bradway, 1937, Maxfield and Fjeld, 1942, Parsons, 1987) ή σε κάθε έναν από τους υποτομείς της Επικοινωνίας (Dodd and Conn, 2000, Douglas et al., 2002, James and Stojanovik, 2007), Daily Living Skills (Haymes et al., 2002, Lewis and Iselin, 2002) και Socialization (Celeste, 2006, Leyser and Heinze, 2001, Lifshitz et al., 20).

3.9 Έρευνες που εξέτασαν τις κοινωνικές δεξιότητες των ατόμων με κινητική αναπηρία

Τα παιδιά απαιτούν τον συντονισμό πολλών διαφορετικών δεξιοτήτων για να έχουν επιτυχία στο σχολείο και στην μετέπειτα ζωή τους μετά την ενηλικίωση. Οι σωματικές, γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες έχουν επισημανθεί ως κρίσιμα συστατικά της σχολικής ετοιμότητας (Diamond, 2010, Duncan et al., 2007, Grissmer et al., 2010). Συγκεκριμένα, η πρώιμη κινητική απόδοση έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει τόσο στη γνωστική όσο και στην κοινωνική λειτουργία (Cameron et al., 2012, Cummins et al., 2005, Davis et al., 2011, Kim et al., 2015, Piek et al., 2010, Piek et al., 2006, Piek et al., 2008a). Η κινητική ανάπτυξη μπορεί να λειτουργεί ως «παράμετρος ελέγχου» όπου ορισμένες κινητικές ικανότητες είναι απαραίτητες για την απόκτηση ή την εξάσκηση άλλων αναπτυξιακών λειτουργιών, συμπεριλαμβανομένης της γνωστικής και κοινωνικής ανάπτυξης (Bushnell and Boudreau, 1993, Campos et al., 2000). Με άλλα λόγια, οι κινητικές ικανότητες, όπως το έρπημα ή το περπάτημα, μπορεί να δώσουν στο παιδί την ευκαιρία να εξερευνήσει περισσότερο το περιβάλλον του και να το κάνει με νέους τρόπους, αυξάνοντας έτσι τις γνωστικές και κοινωνικές του δεξιότητες. Από την άλλη πλευρά, η καθυστερημένη ή αποκλίνουσα κινητική ανάπτυξη στα πρώτα χρόνια της ζωής θεωρείται πρόδρομος για αναπτυξιακά προβλήματα γλώσσας και μάθησης (Sala, Shulman, Kennedy, Grant, & Chu, 1999), προβλήματα με τις δεξιότητες προσοχής (Piek & Pitcher, 2004) και φτωχές ακαδημαϊκές και κοινωνικές ικανότητες (Losse et al., 1991, Piek et al., 2008a, Piek et al., 2010).

Οι δυσκολίες στην κινητική λειτουργία παρέχουν συχνά πολύτιμες γνώσεις για τις αναπτυξιακές διαταραχές και μπορούν επίσης να χρησιμεύσουν ως δείκτες ή δείκτες για ελλείμματα στα εγκεφαλικά συστήματα που εμπλέκονται στη γνωστική και κοινωνική λειτουργία (Dziuk et al., 2007). Παρά τη συννοσηρότητα μεταξύ κινητικών δυσκολιών και ορισμένων αναπτυξιακών αναπηριών, περιορισμένη έρευνα έχει εξετάσει τις σχέσεις μεταξύ των πρώιμων κινητικών, γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με αναπτυξιακές δυσκολίες. Περαιτέρω, αν και ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά αποτελούν τη βάση των περισσότερων αναπτυξιακών αναπηριών, τα μικρά παιδιά με αναπτυξιακές αναπηρίες αποτελούν μια ετερογενή ομάδα. Ως εκ τούτου, είναι δύσκολο να γενικευθούν τα πρότυπα των ευρημάτων δεδομένου ότι αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν διάφορα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τις αναπτυξιακές τους διαταραχές.

Η έρευνα έχει αποδείξει μια σαφή σχέση μεταξύ κινητικών, γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων. Μελέτες δείχνουν ότι οι αδρές κινητικές δεξιότητες, που χρησιμοποιούν μεγαλύτερους μύες, όπως τα πόδια και τον κορμό, και εμπλέκονται σε δραστηριότητες όπως το τρέξιμο, το πέταγμα και το πιάσιμο, έχουν συνδεθεί με τη γνωστική λειτουργία των παιδιών (Bushnell and Boudreau, 1993, Piek et al., 2006, Piek et al., 2008b, Westendorp et al., 2011), καθώς και η κοινωνική λειτουργία (Piek et al., 2006). Ο ανεπαρκής ακαθάριστος κινητικός συντονισμός έχει συνδεθεί με τον κίνδυνο μειωμένης αυτοεκτίμησης (Piek et al., 2006), χαμηλής προσοχής και μνήμης

εργασίας (Niederer et al., 2011), καθώς και με χαμηλότερη αντιληπτή σχολαστική ικανότητα (Piek et al., 2006) και υψηλότερη πιθανότητα χαμηλής ακαδημαϊκής επίδοσης (Lopes, Santos, Pereira, & Lopes, 2013).

Πρόσφατα, οι λεπτές κινητικές δεξιότητες - οι οποίες γίνονται από μικρότερους μύες όπως τα χέρια και τα δάχτυλα, και εμπλέκονται σε δραστηριότητες όπως το φαγητό με σκεύη, η ζωγραφική με τα δάχτυλα, το κόψιμο με ψαλίδι και το γράψιμο - βρέθηκε ότι σχετίζονται πιο έντονα με ορισμένες γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες, σε σύγκριση με τις αδρές κινητικές δεξιότητες, σε τυπικά αναπτυσσόμενα μικρά παιδιά. Για παράδειγμα, οι Grissmer et al. (2010) βρήκε στοιχεία που υποδηλώνουν ότι οι πρώιμες λεπτές κινητικές δεξιότητες στο νηπιαγωγείο, αντί για τις ακαθάριστες κινητικές δεξιότητες, συσχετίστηκαν έντονα και σταθερά με τα μεταγενέστερα σχολικά επιτεύγματα. Επιπλέον, οι Davis et al. (2011) εξέτασε τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ γνωστικών και κινητικών δεξιοτήτων σε παιδιά ηλικίας 4-11 ετών και διαπίστωσε ότι η συσχέτιση μεταξύ γνωστικών και κινητικών τομέων οφειλόταν σε μεγάλο βαθμό στον έλεγχο της λεπτής κινητικότητας και στην οπτική επεξεργασία, σε αντίθεση με την πιο αδρή κινητική λειτουργία, όπως π.χ. συντονισμός του σώματος ή δύναμη και ευκινησία. Αν και η έρευνα εξέτασε τις αδρές και τις λεπτές κινητικές δεξιότητες χωριστά, πολύ λίγες μελέτες έχουν συμπεριλάβει και τους δύο τύπους κινητικών δεξιοτήτων κατά την εξέταση συσχετίσεων με γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες, ειδικά σε παιδιά με αναπτυξιακές δυσκολίες. Δεν είναι σαφές πώς οι αδρές κινητικές και λεπτές κινητικές δεξιότητες μπορεί να σχετίζονται με τις γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες για παιδιά προσχολικής ηλικίας με αναπτυξιακές δυσκολίες, και συγκεκριμένα για εκείνα με SLD, ID, SLI ή ASD. Ως εκ τούτου, συμπεριλαμβάνουμε μετρήσεις τόσο των ακαθάριστων κινητικών όσο και των λεπτών κινητικών δεξιοτήτων στη μελέτη μας για να εξετάσουμε τη σχετική συμβολή τους στη βελτίωση των γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων κατά τη διάρκεια ενός προσχολικού έτους σε μια εθνοτικά διαφορετική ομάδα παιδιών με αναπτυξιακές δυσκολίες.

Παρέχονται αρκετές εξηγήσεις για τη συνύπαρξη κινητικών, γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων. Πρώτον, τα νευροβιολογικά στοιχεία προσφέρουν υποστήριξη για συγκεκριμένες σχέσεις μεταξύ γνωστικής και κινητικής ανάπτυξης. Η κινητική ανάπτυξη, ειδικά η ανάπτυξη λεπτών κινητικών δεξιοτήτων, απαιτεί νευρωνικά δίκτυα και μονοπάτια που ουσιαστικά επικαλύπτονται με εκείνα που αποτελούν τη βάση της γνωστικής ανάπτυξης (Floyer-Lea and Matthews, 2004, Pangelinan et al., 2011, Staines et al., 2002). Για παράδειγμα, οι εργασίες που ενεργοποιούν τον προμετωπιαίο φλοιό (PFC), μια περιοχή του εγκεφάλου που σχετίζεται με τη γενική γνωστική ικανότητα, ενεργοποιούν επίσης περιοχές του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένης της παρεγκεφαλίδας και των βασικών γαγγλίων, απαραίτητες για την κινητική μάθηση (Diamond, 2000). Οι κινητικές και κοινωνικές δεξιότητες συνδέονται και σε νευροφυσιολογικό επίπεδο. Ο προμετωπιαίος φλοιός και η αμυγδαλή έχουν μια αμοιβαία σύνδεση και εμπλέκονται σε μεγάλο βαθμό σε

πτυχές της κοινωνικής συμπεριφοράς και του κινητικού σχεδιασμού και εκτέλεσης (Bar-Haim & Bart, 2006).

Δεύτερον, η θεωρία της αυτοματικότητας παρέχει πρόσθετη υποστήριξη για τις συνδέσεις μεταξύ κινητικών, γνωστικών και κοινωνικών δεξιοτήτων. Η ικανότητα να εκτελείται μια κινητική εργασία με ακρίβεια χωρίς να ασκεί κανείς την πλήρη προσοχή του επιτρέπει να είναι διαθέσιμοι πόροι προσοχής, καθιστώντας ευκολότερη την ταυτόχρονη εκτέλεση μιας δεύτερης εργασίας που απαιτεί προσοχή (Floyer-Lea and Matthews, 2004, Huang and Mercer, 2001). Οι κινητικές, γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες ανταγωνίζονται για τον περιορισμένο αριθμό πόρων προσοχής που είναι διαθέσιμοι. Στις τάξεις της πρώιμης παιδικής ηλικίας, ο αυτοματισμός των κινητικών δεξιοτήτων είναι σημαντικός επειδή τα παιδιά συχνά αντιμετωπίζουν καταστάσεις όπου χρειάζεται να εκτελούν ταυτόχρονα δύο εργασίες που αφορούν τόσο κινητικά όσο και γνωστικά στοιχεία (Cameron et al., 2012). Για παράδειγμα, τα παιδιά μπορεί να χρειαστεί να μαζεύουν μικρά αντικείμενα καθώς τα μετρούν, ενώ ταυτόχρονα αλληλεπιδρούν με ενήλικες και συνομηλίκους. Επιπλέον, η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων περιλαμβάνει την εκμάθηση πολύπλοκων κινητικών ακολουθιών (Dziuk et al., 2007). Τα παιδιά που είναι σε θέση να αυτοματοποιήσουν τις βασικές κινήσεις μπορεί να ωφεληθούν από το να έχουν περισσότερους πόρους προσοχής για να μάθουν περίπλοκες γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες (Berger, 2010), ενώ τα παιδιά που δεν έχουν ακόμη αυτοματοποιήσει αυτές τις κινητικές δεξιότητες μπορεί να χρειαστεί να καταβάλουν περισσότερη προσπάθεια και προσοχή για να μεταφέρουν έξω από τις κινητικές απαιτήσεις, εμποδίζοντας έτσι την εκμάθηση πιο περίπλοκων εννοιών (Lawrence et al., 2002).

Τρίτον, η θεωρία της ενσωματωμένης γνώσης προτείνει ότι η γνώση αναδύεται καθώς χρησιμοποιούμε τις κινητικές μας δεξιότητες για να αλληλεπιδράσουμε με το περιβάλλον (Thelen, 2000). Με άλλα λόγια, η γνώση, καθώς και η κοινωνική ανάπτυξη, είναι μια πολύπλοκη, πολύπλευρη ενσωματωμένη κατασκευή που αναπτύσσεται καθώς το παιδί αλληλεπιδρά με το περιβάλλον του (Campos et al., 2000; Hellendoorn et al., 2015, Thelen, 2000). Η μελέτη της κίνησης σε βρέφη παρέχει στοιχεία για την αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών των αναπτυξιακών τομέων. Όταν τα βρέφη αρχίζουν για πρώτη φορά να κινούνται, όχι μόνο αυξάνουν τις κινητικές τους δεξιότητες, αλλά επίσης «μαθαίνουν να μαθαίνουν», προσαρμόζονται σε νέες καταστάσεις και βρίσκοντας λύσεις για ελιγμούς (Adolph, 2008). Επιπλέον, οι κινητικές εμπειρίες επηρεάζουν την κοινωνική ανάπτυξη επηρεάζοντας βαθιά τον αριθμό των ευκαιριών για κοινωνική αλληλεπίδραση, καθώς και την αλλαγή των σχέσεων προσκόλλησης και της προσοχής (Campos et al., 2000). Τα ευρήματα δείχνουν ότι η λεπτή κινητική λειτουργία βοηθά τους μαθητές προσχολικής ηλικίας στην αλληλεπίδραση τόσο με το φυσικό όσο και με το κοινωνικό περιβάλλον και βελτιώνει την οπτικοχωρική γνώση, η οποία με τη σειρά της αυξάνει την ανάπτυξη της γλώσσας (Hellendoorn et al., 2015). Τα αποτελέσματά τους είναι σύμφωνα με τη θεωρία της ενσωματωμένης γνώσης - ότι οι κινητικές δεξιότητες μπορεί να

περιορίζουν καθώς και να διευκολύνουν την ανάπτυξη άλλων δεξιοτήτων (Thelen, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Σκοπός της έρευνας

Η έρευνα αυτή εστιάζει στη σημασία των κοινωνικών δεξιοτήτων και του αισθήματος μοναξιάς στην ποιότητα ζωής διαφόρων ομάδων ατόμων, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με αναπηρία. Οι κοινωνικές δεξιότητες αναφέρονται στην ικανότητα ενός ατόμου να αλληλεπιδρά με άλλους αποτελεσματικά και θετικά, ενώ το αίσθημα μοναξιάς αναφέρεται στην αίσθηση απομόνωσης και έλλειψης στενών σχέσεων.

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

4.2 Ερευνητικά Ερωτήματα

- 1° Ποια είναι η σχέση των δημογραφικών χαρακτηριστικών με τις κοινωνικές δεξιότητες (κοινωνικό κίνητρο και κοινωνική κατανόηση) του δείγματος;
- 2° Ποια είναι η επίδραση της αναπηρίας στις κοινωνικές δεξιότητες, στη μοναξιά και στην ποιότητα ζωής;
- 3° Ποια είναι η σχέση των δημογραφικών χαρακτηριστικών με την ποιότητα ζωής του δείγματος;
- 4° Ποια είναι η επίδραση της μοναξιάς και των κοινωνικών δεξιοτήτων στην ποιότητα ζωής του δείγματος;
- 5° Ποια η σχέση των δημογραφικών χαρακτηριστικών με την παράμετρο της μοναξιάς;
- 6° Ποια είναι η επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην παράμετρο της μοναξιάς;
- 7° Ποια είναι η επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην ποιότητα ζωής του δείγματος;
- 8° Αποτελούν οι παράμετροι της μοναξιάς και των κοινωνικών δεξιοτήτων προβλεπτικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής ατόμων με αναπηρία;

4.3 Ερευνητική Μέθοδος

Ως μέθοδος διεξαγωγής της έρευνας επιλέχθηκε η ποσοτική ανάλυση δεδομένων. Για την υλοποίηση του σκοπού αυτού, δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με τη βοήθεια της φόρμας Google Forms. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε τέσσερις κατηγορίες ατόμων και συγκεκριμένα σε άτομα του γενικού πληθυσμού, σε άτομα με χρόνια νοσήματα, σε άτομα με οπτική αναπηρία και σε άτομα με κινητική αναπηρία.

Η διανομή έγινε με τη βοήθεια του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (e-mail) και των μέσων κοινωνικής δικτύωσης (Facebook, Twitter, κλπ.). Επιπλέον, θα πρέπει να

σημειωθεί ότι το ερωτηματολόγιο βρίσκονταν σε on line μορφή για την ευκολότερη και ταχύτερη αποστολή και συμπλήρωσή του από τους ερωτώμενους. Το ερωτηματολόγιο παρέμεινε ανοικτό για συμπλήρωση από τις 20 Δεκεμβρίου 2023 έως τις 1 Απριλίου 2024.

4.4 Το Εργαλείο της έρευνας

Το ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από περίπου 130 ερωτήσεις με ελάχιστες διαφοροποιήσεις, στις δημογραφικές και γενικές ερωτήσεις ανά κατηγορία πληθυσμού, οι οποίες είναι στο μεγαλύτερο τους μέρος κλειστού τύπου ερωτήσεις με το δικαίωμα επιλογής μιας απάντησης.

Πιο αναλυτικά, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 130 ερωτήσεις, με τις 20 από αυτές να ανήκουν στα δημογραφικά και γενικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Οι υπόλοιπες ερωτήσεις που απαρτίζουν τα ερωτηματολόγια, ακολουθούν την κλίμακα Likert με βαθμολογία από το 1 έως το 5, όπου το υποδηλώνει την απόλυτη διαφωνία των συμμετεχόντων και το 5 την απόλυτη συμφωνία τους. είναι κοινές για όλες τις κατηγορίες πληθυσμού και σχετίζονται με τις κοινωνικές δεξιότητες, το αίσθημα της μοναξιάς και την ποιότητα ζωής τους.

Οι ερωτήσεις που αναφέρονται στη μοναξιά εστιάζουν στα υποκειμενικά συναισθήματα της μοναξιάς, καθώς και στα αισθήματα κοινωνικής απομόνωσης. Όσον αφορά τις ερωτήσεις για τις κοινωνικές δεξιότητες περιλαμβάνονται ερωτήσεις που εστιάζουν στην ικανότητα των ατόμων να αλληλεπιδρούν με άλλους αποτελεσματικά και αναδεικνύουν την τάση των ατόμων για κοινωνική επαφή, την προθυμία τους να εμπλακούν σε διάφορες κοινωνικές καταστάσεις, τη διάθεσή τους για αλληλεπίδραση και συνεργασία με άλλα άτομα, καθώς και το εάν τα άτομα απολαμβάνουν τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις και εάν επιθυμούν να γίνουν αποδεκτοί από τους άλλους. Τέλος, οι ερωτήσεις για την ποιότητα ζωής σχετίζονται με την συνολική ποιότητα ζωής και υγείας των ατόμων, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον.

4.5 Επεξεργασία Δεδομένων

Μετά την συγκέντρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε η απαραίτητη επεξεργασία των δεδομένων με σκοπό την περιγραφική ανάλυση τους, και στη συνέχεια η κωδικοποίηση αυτών με σκοπό την εξαγωγή στατιστικών αποτελεσμάτων μέσω του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS version 26.0 (Statistical Package for Social Sciences- Στατιστικό Πρόγραμμα εφαρμογών για τις Κοινωνικές Επιστήμες).

4.6 Αξιοπιστία της Έρευνας

Η αξιοπιστία μιας έρευνας μπορεί να μετρηθεί χρησιμοποιώντας τον συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach's alpha, ο οποίος είναι ένας στατιστικός δείκτης που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της εσωτερικής συνοχής ενός ερωτηματολογίου ή κλίμακας, που αποτελείται από πολλαπλές ερωτήσεις ή δηλώσεις που μετρούν την ίδια γενική έννοια ή χαρακτηριστικό. Η εσωτερική συνοχή αναφέρεται στον βαθμό με τον οποίο οι ερωτήσεις ή οι δηλώσεις μιας κλίμακας είναι συναφείς μεταξύ τους. Οι

τιμές του Cronbach's Alpha κυμαίνονται από 0 έως 1. Όσο πιο κοντά είναι η τιμή στο 1, τόσο πιο υψηλή είναι η εσωτερική συνοχή της κλίμακας. Γενικά, μια τιμή που είναι μεγαλύτερη από 0,70 θεωρείται αποδεκτή για ποιοτικές ερευνητικές εφαρμογές, ενώ τιμές πάνω από 0,80 θεωρούνται πολύ καλές. Αυτό σημαίνει ότι τα δεδομένα είναι πιθανότατα αξιόπιστα και αντανakλούν την πραγματική μεταβλητότητα που μελετάται.

Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's Alpha που υπολογίστηκε για το σύνολο των ερωτήσεων είναι 0,831. Αυτό υποδεικνύει ότι οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στη μελέτη συνδέονται μεταξύ τους και μετρούν κάτι παρόμοιο με υψηλή αξιοπιστία. Επιπλέον, η τιμή αυτή υποδεικνύει ότι η μεταβλητότητα που μελετάται με αυτές τις ερωτήσεις είναι πιθανό να είναι αξιόπιστη και αξίζει της εμπιστοσύνης στην αξιολόγηση του φαινομένου που μελετάται.

Πίνακας: Cronbach's Alpha για το συνολικό ερωτηματολόγιο

Cronbach's Alpha	N of Items
,831	133

Αναλυτικότερα, για κάθε μια από τις κατηγορίες που μελετώνται, ο δείκτης Cronbach's Alpha παρέχει μια εκτίμηση της εσωτερικής συνοχής ή συναφούς αξιοπιστίας ενός μέτρου. Η τιμή του δείκτη για τις ερωτήσεις της μοναξιάς είναι 0,615, που υποδεικνύει μέτρια εσωτερική συνοχή. Για τις ερωτήσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων ο δείκτης ισούται με 0,727, που υποδεικνύει καλή εσωτερική συνοχή, ενώ, τέλος, για τις ερωτήσεις της ποιότητας ζωής ο δείκτης είναι 0,743, που υποδεικνύει καλή εσωτερική συνοχή.

Κλίμακα μοναξιάς UCLA (UCLA loneliness scale)

Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα μοναξιάς UCLA(UCL Alone linessscale). Η προσαρμογή της σε ελληνικό δείγμα αποτελείται από 20 ερωτήσεις (76-95) οι οποίες αναλύονται σε πενταβάθμια κλίμα Likert (Συμφωνώ πολύ, Συμφωνώ, Ούτε Συμφωνώ- Ούτε Διαφωνώ, Διαφωνώ, Διαφωνώ πολύ).

Πίνακας: Cronbach's Alpha για τις ερωτήσεις μοναξιάς

Cronbach's Alpha	N of Items
,615	21

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

Η κλίμακα MSCS, συγκρίνει με ακρίβεια τα επίπεδα κοινωνικής λειτουργικότητας μεταξύ διαφόρων πληθυσμών και είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για τη διάκριση κοινών και ξεκάθαρων κοινωνικών ικανοτήτων, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς που μπορεί ενδεχομένως να χαρακτηρίζονται από κοινωνικό έλλειμμα (Sassonet. al., 2011). Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο είναι 75 και μετράνε το βαθμό στον οποίο οι ερωτώμενοι παρουσιάζουν προτροπή για κοινωνική επαφή, ενδιαφέρον για φιλίες και άλλες σχέσεις, επιθυμία να γίνουν αποδεκτοί από τους άλλους και εάν απολαμβάνουν τις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις. Χωρίζεται σε 7 κατηγορίες (Yager & Iarocci, 2013): Το Κοινωνικό κίνητρο με (11 ερωτήσεις), η Κοινωνική κατανόηση με (10 ερωτήσεις), η Ενσυναίσθηση με (11 ερωτήσεις), η Κοινωνική νοημοσύνη με (11 ερωτήσεις), οι Δεξιότητες λεκτικής επικοινωνίας με (10 ερωτήσεις), οι Δεξιότητες μη λεκτικής Επικοινωνίας που αφορούν (π.χ. βλεμματική επαφή, εκφράσεις του προσώπου, χειρονομίες) (11 ερωτήσεις), η Ρύθμιση συναισθημάτων με (11 ερωτήσεις). Οι απαντήσεις αναλύθηκαν σε πενταβάθμια κλίμακα Likert (Συμφωνώ πολύ, Συμφωνώ, Ούτε Συμφωνώ-Ούτε Διαφωνώ, Διαφωνώ, Διαφωνώ πολύ).

Πίνακας: Cronbach's Alpha για τις ερωτήσεις κοινωνικών δεξιοτήτων

Cronbach's Alpha	N of Items
,727	76

Εργαλείο μέτρησης σχετιζόμενο με την ποιότητα ζωής (WHOQOL-100&WHOQOL-BRE)

Για την μέτρηση της ποιότητας ζωής των ερωτώμενων στην παρούσα έρευνα, χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF (αποτελεί σύντομη μορφή του WHOQOL-100) που αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Αποτελείται από 16 ερωτήσεις οι οποίες σχετίζονται με την Ποιότητα ζωής συνολικά και την υγεία, με το Επίπεδο ανεξαρτησίας, με τις Κοινωνικές σχέσεις και με το Περιβάλλον (WHOQOL-100 2003).

Πίνακας: Cronbach's Alpha για τις ερωτήσεις ποιότητας ζωής

Cronbach's Alpha	N of Items
,743	16

4.7 Δείγμα της Έρευνας

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 120 απαντήσεις, αριθμός ο οποίος θεωρείται ικανοποιητικός από στατιστική άποψη για την παρούσα έρευνα. Παρακάτω παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία της έρευνας.

Δημογραφικά Στοιχεία

Όπως αναφέρθηκε ήδη, στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος συνολικά 120 άτομα, 30 από κάθε κατηγορία ατόμων. Ειδικότερα, 30 άτομα ανήκαν στον γενικό πληθυσμό και 30 στον πληθυσμό με χρόνια νοσήματα. Ακόμη, από τους 30 με κινητική αναπηρία οι 10 έχουν αναπηρία στα κάτω άκρα τους, 3 στα άνω άκρα τους και 15 και στα κάτω και στα άνω άκρα και 2 σε ένα από τα άκρα. Σχετικά με τους 30 συμμετέχοντες με οπτική αναπηρία οι 16 έχουν ολική τύφλωση και οι 14 μερική.

Επιπλέον, από τους συμμετέχοντες, οι 59 ήταν άνδρες και οι 61 γυναίκες. Σχετικά με τις ηλικίες του δείγματος, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία με 25 και 29 άτομα, αντίστοιχα, ανήκει στις ηλικιακές ομάδες από 26 έως 35 ετών και από 36 έως 45 ετών. Ακόμη, 15 άτομα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα από 18-25 ετών, 17 στην ομάδα από 46-55 ετών, 18 στην ομάδα από 56-65 ετών και 16 στην ηλικιακή ομάδα από 65 ετών και άνω.

Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες είναι άγαμοι (56 άτομα) και έγγαμοι (42 άτομα). Ακόμη, 4 είναι σε διάσταση, 8 διαζευγμένοι και 10 χήροι. Η επαγγελματική κατάσταση της πλειοψηφίας αφορά σε συνταξιούχους (30 άτομα), ιδιωτικούς υπαλλήλους (27 άτομα) και ανέργους (25 άτομα). Ακόμη, 16 άτομα είναι δημόσιοι υπάλληλοι, 13 ελεύθεροι επαγγελματίες, 8 φοιτητές και 1 ημιαπασχολούμενος. Επιπρόσθετα, το μηνιαίο εισόδημα 47 από τους συμμετέχοντες κυμαίνεται από 501-1000€, και 33 από αυτούς από 1000-1500€. 24 από τους συμμετέχοντες έχουν εισόδημα χαμηλότερο των 500€, 10 από 1501-2000€ και 6 άνω των 2001€.

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο, η πλειοψηφία των ατόμων, με συχνότητα 31 άτομα, στη μελέτη έχει τελειώσει ΤΕΙ/ΑΕΙ. Ακολουθούν οι απόφοιτοι Μεταπτυχιακών Σπουδών με 23 άτομα και οι απόφοιτοι ΤΕΕ/ΙΕΚ με 21 άτομα. Στη συνέχεια, υπάρχουν απόφοιτοι Λυκείου (17 άτομα) και απόφοιτοι Δημοτικού (11 άτομα). Υπάρχουν επίσης 4 άτομα που έχουν φοιτήσει σε κάποιες τάξεις του Δημοτικού, απόφοιτοι Γυμνασίου (11 άτομα) και κάτοχοι Διδακτορικού τίτλου (2 άτομα).

Συνεχίζοντας, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων με 64 άτομα ζει σε πόλη με περισσότερους από 100.000 κατοίκους, 16 σε πόλη μέχρι 100.000 κατοίκους και 11 σε πόλη μέχρι 50.000 κατοίκους. Ακόμη, 9 διαμένουν σε πόλεις μέχρι 20.000 κατοίκους, 8 μέχρι 10.000 κατοίκους, 7 μέχρι 3.000 κατοίκους και 5 μέχρι 500 κατοίκους.

Στη συνέχεια, από τα 120 άτομα που απάντησαν στην ερώτηση με ποιόν ζουν, υπάρχουν 28 άτομα που ζουν μόνοι/μόνες. Ακόμη, υπάρχουν 30 άτομα που ζουν με τους γονείς τους, 11 που ζουν με συγγενείς και άλλα 11 άτομα που ζουν με τον/την σύντροφό τους. Τέλος, η μεγαλύτερη ομάδα αποτελείται από 40 άτομα που ζουν με τον/την άνδρα/γυναίκα τους. Επιπλέον, 62 άτομα δήλωσαν ότι δεν έχουν παιδιά, 16 άτομα δήλωσαν ότι έχουν ένα παιδί, 32 άτομα δήλωσαν ότι έχουν δύο παιδιά, 9

άτομα δήλωσαν ότι έχουν τρία παιδιά και τέλος, μόνο 1 άτομο δήλωσε ότι έχει τέσσερα ή περισσότερα παιδιά.

Γενικές Ερωτήσεις

Επομένως, σχετικά με τις γενικές ερωτήσεις του δείγματος, η παραμονή στο σπίτι έδειξε ότι το 51,7% του γενικού πληθυσμού δεν είναι στο σπίτι κατά τη διάρκεια της εβδομάδας, ενώ το 35% είναι σπίτι μερικές ή περισσότερες φορές. Αυτό μπορεί να υποδηλώνει μια σχετικά κανονική παρουσία στο σπίτι. Επιπρόσθετα, οι περισσότεροι άνθρωποι με χρόνια νοσήματα είναι συνήθως σπίτι μερικές ή περισσότερες φορές εβδομαδιαία, με το 40% να δηλώνει τις περισσότερες φορές ή πάντα.

Επίσης, η πλειοψηφία των ατόμων με κινητική αναπηρία δεν είναι συνήθως σπίτι ή είναι σπίτι τις περισσότερες φορές της εβδομάδας, ενώ κανένας δεν δήλωσε ότι είναι συνέχεια στο σπίτι. Ακόμη, Η πλειοψηφία των ατόμων με κινητική αναπηρία σε μία πλευρά του σώματος δεν είναι συνήθως σπίτι, με ορισμένους να είναι σπίτι ελάχιστες φορές την εβδομάδα. Τέλος, οι περισσότεροι άνθρωποι με κινητική αναπηρία σε ένα από τα άκρα δεν είναι συνήθως σπίτι, με ορισμένους να είναι σπίτι λίγες φορές την εβδομάδα. Σχετικά με τους συμμετέχοντες με οπτική αναπηρία, οι περισσότεροι άνθρωποι τύφλωση δεν είναι συνήθως σπίτι, με ορισμένους να είναι σπίτι τις περισσότερες φορές την εβδομάδα, ενώ οι περισσότεροι άνθρωποι με οπτική αναπηρία δεν είναι συνήθως σπίτι, ενώ ορισμένοι είναι σπίτι μερικές φορές την εβδομάδα.

Συνολικά, η ανάλυση αυτή δείχνει πώς η συχνότητα παρουσίας στο σπίτι διαφέρει ανάλογα με τον τύπο της αναπηρίας, καθώς και πώς αυτή η συχνότητα επηρεάζεται από τις καθημερινές ανάγκες και τις δυνατότητες κάθε ατόμου. Συνεχίζοντας, η πλειοψηφία του δείγματος, και συγκεκριμένα 55 άτομα, ανέφερε ότι δεν έχει αδέρφια, ενώ 27 από το σύνολο αναφέρουν ότι έχουν 1 αδελφό/ή. Ακόμη, 13 και 14 συμμετέχοντες αναφέρουν ότι έχουν 2 και 3 αδέρφια, αντίστοιχα. Ενώ από 5 συμμετέχοντες αναφέρουν ότι έχουν 4 αδέρφια ή περισσότερα από 5. Όσον αφορά στα χόμπι, οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες, 23 και 22, αναφέρουν ότι είτε βγαίνουν με φίλους, είτε απασχολούνται στο διαδίκτυο, με τους περισσότερους από αυτούς να ανήκουν στην κατηγορία των ατόμων με οπτική αναπηρία. Ακόμη, 15 από αυτούς αναφέρουν ότι διαβάζουν βιβλία, 12 ότι κάνουν ταξίδια/εκδρομές και 11 ότι ακούν μουσική, με την πλειοψηφία σε κάθε κατηγορία να αποτελείται από άτομα του γενικού πληθυσμού ή με χρόνια νοσήματα. Επίσης, 9 αναφέρουν ότι ασχολούνται με τον αθλητισμό, 5 ότι κάνουν χειροτεχνίες και 2 ότι ζωγραφίζουν. Τέλος, οι περισσότεροι από τα άτομα με κινητική αναπηρία αναφέρουν ότι ασχολούνται με κάποιο άλλο χόμπι.

Η πλειοψηφία των ατόμων του γενικού πληθυσμού δηλώνουν ότι έχουν μεταξύ δύο και τρεις φίλους/φίλες, ενώ μερικοί δηλώνουν τέσσερις ή πέντε μέχρι έξι φίλους/φίλες. Ενώ υπάρχει επίσης ένα μικρό ποσοστό που δηλώνει ότι έχει πάρα πολλούς φίλους/φίλες. Οι περισσότεροι άνθρωποι με χρόνια νοσήματα δηλώνουν ότι

έχουν μεταξύ ενός και τριών φίλων. Επιπλέον, υπάρχει ένα μικρό ποσοστό που δηλώνει ότι δεν έχει καθόλου φίλους/φίλες. Για τις διάφορες κατηγορίες κινητικής αναπηρίας και οπτικής αναπηρίας, οι απαντήσεις είναι ποικίλες ανάλογα με τον τύπο της αναπηρίας, με κάποιους να δηλώνουν ότι έχουν πολλούς φίλους/φίλες και άλλους να δηλώνουν ότι έχουν μόνο έναν. Ωστόσο, η πλειονότητα δηλώνει ότι έχει μεταξύ ενός και τριών φίλους/φίλες.

Σχετικά με την συχνότητα πραγματοποίησης εξόδων με τους φίλους, λίγο λιγότεροι από τους μισούς, δηλαδή 52 συμμετέχοντες, ανέφεραν ότι η έξοδός τους με φίλους είναι μια φορά την εβδομάδα. Ωστόσο, αρκετοί από το δείγμα και συγκεκριμένα 31 άτομα δηλώνουν ότι πραγματοποιούν έξοδο με τους φίλους τους μια φορά το μήνα, ενώ 20 τέσσερις φορές το μήνα. Ακόμη, 15 συμμετέχοντες αναφέρουν ότι η έξοδός τους είναι δύο φορές το μήνα και 2 άτομα, του γενικού πληθυσμού, ότι βγαίνουν με τους φίλους τους κάθε μέρα.

Τέλος, σχετικά με τη συμμετοχή σε σύλλογο ή ομάδα, οι περισσότεροι άνθρωποι του γενικού πληθυσμού δηλώνουν ότι δεν είναι μέλος κάποιου συλλόγου ή ομάδας. Οι περισσότεροι άνθρωποι με χρόνια νοσήματα δηλώνουν επίσης ότι δεν είναι μέλος κάποιου συλλόγου ή ομάδας. Επιπλέον, η συμμετοχή σε σύλλογο ή ομάδα διαφέρει ανάλογα με τον τύπο της αναπηρίας. Ορισμένες κατηγορίες, όπως οι άνθρωποι με ολική τύφλωση ή μερική όραση, δηλώνουν συχνότερα ότι είναι μέλος κάποιου συλλόγου ή ομάδας σε σύγκριση με άλλες κατηγορίες αναπηρίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ

5.1 Σχέση των δημογραφικών χαρακτηριστικών με τις κοινωνικές δεξιότητες

Όσον αφορά το πρώτο ερευνητικό ερώτημα για την σχέση των δημογραφικών χαρακτηριστικών με τις κοινωνικές δεξιότητες (κοινωνικό κίνητρο και κοινωνική κατανόηση) του δείγματος.

Προκειμένου να εξεταστεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο φύλο των ερωτώμενων και το κοινωνικό τους κίνητρο διεξήχθη έλεγχος Chi Square (χ^2). Από τον πίνακα φαίνεται ότι δεν υπάρχει σχέση ανάμεσα στο φύλο και το κοινωνικό κίνητρο των ερωτώμενων, καθώς το αποτέλεσμα δείχνει ότι $p = 0,076$, το οποίο είναι μεγαλύτερο από 0,05. Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα για τη σχέση ανάμεσα στην ηλικία και το κοινωνικό κίνητρο, όπου η τιμή του $p = 0,058 > 0,05$. Ως εκ τούτου το αποτέλεσμα δεν θεωρείται στατιστικά σημαντικό, κι επομένως ούτε το φύλο, ούτε η ηλικία δεν επηρεάζουν το κοινωνικό κίνητρο του δείγματος.

Πίνακας 1: Συνάφεια φύλου και κοινωνικού κινήτρου

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,086^a	22	,076
Likelihood Ratio	40,059	22	,011
Fisher's Exact Test	29,954		
Linear-by-Linear Association	11,551 ^b	1	,001
N of Valid Cases	120		

Πίνακας 2 : Συνάφεια ηλικίας και κοινωνικού κινήτρου

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	134,203^a	110	,058
Likelihood Ratio	139,789	110	,029
Fisher's Exact Test	. ^c		
Linear-by-Linear Association	48,909	1	,000
N of Valid Cases	120		

Η τιμή του p-value είναι 0,005, η οποία είναι μικρότερη από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05, κι έτσι απορρίπτεται η υπόθεση ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της οικογενειακής

κατάστασης και του κοινωνικού κινήτρου. Αυτό υποδεικνύει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα του Pearson Chi-Square δείχνουν ότι η οικογενειακή κατάσταση έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στο κοινωνικό κίνητρο του δείγματος.

Πίνακας 3: Συνάφεια οικογενειακής κατάστασης και κοινωνικού κινήτρου

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	126,478^a	88	,005
Likelihood Ratio	134,113	88	,001
Fisher's Exact Test	. ^b		
Linear-by-Linear Association	25,787	1	,000
N of Valid Cases	120		

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι Chi Square (χ^2) για να διερευνηθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και του εισοδήματος με το κοινωνικό κίνητρο του δείγματος. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, δεν υπάρχει σχέση μεταξύ αυτών των δύο ζευγών μεταβλητών. Στο ζεύγος μορφωτικό επίπεδο – κοινωνικό κίνητρο το $p = 0,257$, και στο ζεύγος εισόδημα – κοινωνικό κίνητρο το $p = 0,58$, που είναι μεγαλύτερο από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Συνεπώς, το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό, δείχνοντας ότι το μορφωτικό επίπεδο και το εισόδημα δεν επηρεάζει το κοινωνικό κίνητρο του δείγματος.

Πίνακας 4: Συνάφεια μορφωτικού επιπέδου και κοινωνικού κινήτρου

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	165,040^a	154	,257
Likelihood Ratio	151,444	154	,543
Fisher's Exact Test	,000		
Linear-by-Linear Association	4,131 ^c	1	,042
N of Valid Cases	120		

Πίνακας 5: Συνάφεια εισοδήματος και κοινωνικού κινήτρου

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	84,522^a	88	,585
Likelihood Ratio	81,970	88	,661
Fisher's Exact Test	. ^b		
Linear-by-Linear Association	5,309	1	,021
N of Valid Cases	120		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square (χ^2) για να εξεταστεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του είδους απασχόλησης του δείγματος και του κοινωνικού τους κινήτρου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, δεν υπάρχει σχέση μεταξύ αυτών των δύο μεταβλητών, καθώς το $p = 0,450$, που είναι μεγαλύτερο από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Συνεπώς, το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό, δείχνοντας ότι το επάγγελμα δεν επηρεάζει το κοινωνικό κίνητρο του δείγματος.

Πίνακας 6: Συνάφεια είδους απασχόλησης και κοινωνικού κινήτρου

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	133,368^a	132	,450
Likelihood Ratio	121,214	132	,739
Fisher's Exact Test	. ^c		
Linear-by-Linear Association	7,114	1	,008
N of Valid Cases	120		

Η τιμή του p είναι $0,919 > 0,05$. Δεδομένου ότι το p είναι μεγαλύτερο από το επίπεδο σημαντικότητας, δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της κοινωνικής κατανόησης. Αυτό σημαίνει ότι το μορφωτικό επίπεδο δεν επηρεάζει την κοινωνική κατανόηση του δείγματος, καθώς το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό.

Statistics

	1.Φύλο	2.Ηλικία	3.Οικογενειακή κατάσταση	4.Επαγγελματική κατάσταση	5.Μορφωτικό επίπεδο	9.Μηνιαίο εισόδημα	Κοινωνικό Κίνητρο
Valid N	120	120	120	120	120	120	120
Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean	1,5083	3,3833	1,9500	4,2333	4,9583	2,3917	41,5083
Std. Deviation	,50203	1,58874	1,23567	2,26680	1,75085	1,05556	5,31842

Πίνακας 7: Συνάφεια μορφωτικού επιπέδου και κοινωνικής κατανόησης

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	156,012^a	182	,919
Likelihood Ratio	141,370	182	,989
Fisher's Exact Test	,000		
Linear-by-Linear Association	,379 ^c	1	
N of Valid Cases	119		

Statistics

	5.Μορφωτικό επίπεδο	Κοινωνική Κατανόηση
Valid N	120	119
Missing	0	1
Mean	4,9583	26,8655
Std. Deviation	1,75085	5,64024

5.2 Επίδραση της αναπηρίας στις κοινωνικές δεξιότητες, στη μοναξιά και στην ποιότητα ζωής

Σχετικά με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα για την επίδραση της αναπηρίας στις κοινωνικές δεξιότητες, στη μοναξιά και στην ποιότητας ζωής.

Από τον έλεγχο Chi-Square που πραγματοποιήθηκε η τιμή του p είναι 0,192. Δεδομένου ότι το p είναι μεγαλύτερο από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05, δεν

υπάρχει σχέση μεταξύ του αναπηρίας και του κοινωνικού κινήτρου. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

Πίνακας 8: Συνάφεια αναπηρίας και κοινωνικού κινήτρου

Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	192,147^a	176	,192	
Likelihood Ratio	156,019	176	,858	
Fisher's Exact Test	,000			
Linear-by-Linear Association	,081 ^b	1	,776	
N of Valid Cases	120			

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square για να εξεταστεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ύπαρξης αναπηρίας και των κοινωνικών δεξιοτήτων του δείγματος, ειδικότερα της κοινωνικής τους κατανόησης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της ύπαρξης αναπηρίας και της κοινωνικής κατανόησης του δείγματος. Η τιμή του $p = 0,202$, που είναι μεγαλύτερο από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Συνεπώς, το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό, δείχνοντας ότι η αναπηρία δεν επηρεάζει την κοινωνική κατανόηση του δείγματος.

Πίνακας 9: Συνάφεια αναπηρίας και κοινωνικής κατανόησης

Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	224,813^a	208	,202	
Likelihood Ratio	179,123	208	,927	
Fisher's Exact Test	,000			
Linear-by-Linear Association	14,334 ^b	1	,000	
N of Valid Cases	119			

Από τον έλεγχο Chi-Square για τη σχέση της ύπαρξης αναπηρίας και της ενσυναίσθησης η τιμή p είναι πολύ χαμηλή, συγκεκριμένα 0, που είναι μικρότερη από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της

ύπαρξης αναπηρίας και της ενσυναίσθησης στο δείγμα. Συνεπώς, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η ύπαρξη αναπηρίας επηρεάζει σημαντικά την ενσυναίσθηση των ατόμων στο δείγμα.

Πίνακας 10: Συνάφεια αναπηρίας και ενσυναίσθησης

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	203,553^a	128	,000
Likelihood Ratio	124,239	128	,578
Fisher's Exact Test	,000		
Linear-by-Linear Association	,265 ^b	1	,607
N of Valid Cases	120		

Ο στατιστικός έλεγχος που πραγματοποιήθηκε για να εξεταστεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ύπαρξης αναπηρίας και της κοινωνικής νοημοσύνης. έδειξε ότι η τιμή του p είναι 0,001, που είναι μικρότερη από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Αυτό υποδεικνύει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ύπαρξης αναπηρίας και της κοινωνικής νοημοσύνης στο δείγμα.

Πίνακας 11: Συνάφεια αναπηρίας και κοινωνικής νοημοσύνης

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	224,554^a	160	,001
Likelihood Ratio	154,411	160	,610
Fisher's Exact Test	,000		
Linear-by-Linear Association	,001 ^b	1	,976
N of Valid Cases	120		

Ακόμη, πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square για να διερευνηθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ύπαρξης αναπηρίας και των κοινωνικών δεξιοτήτων του δείγματος, ειδικότερα της ικανότητας λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας των ερωτώμενων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της ύπαρξης αναπηρίας και της ικανότητας λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας των ερωτώμενων. Η τιμή του $p = 0,551$ και $p = 0,223$, αντίστοιχα, που είναι μεγαλύτερες από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Συνεπώς, το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό, δείχνοντας ότι η λεκτική και η μη λεκτική επικοινωνία του δείγματος δεν επηρεάζονται από την αναπηρία.

Πίνακας 12: Συνάφεια αναπηρίας και λεκτικής επικοινωνίας

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	180,913^a	184	,551
Likelihood Ratio	161,460	184	,883
Fisher's Exact Test	,000		
Linear-by-Linear Association	,084 ^b	1	,771
N of Valid Cases	120		

Πίνακας 13: Συνάφεια αναπηρίας και μη λεκτικής επικοινωνίας

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	156,625^a	144	,223
Likelihood Ratio	134,971	144	,693
Fisher's Exact Test	,000		
Linear-by-Linear Association	,116 ^b	1	,734
N of Valid Cases	120		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square για να εξεταστεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ύπαρξης αναπηρίας και της ικανότητας ρύθμισης συναισθημάτων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της ύπαρξης αναπηρίας και της ικανότητας ρύθμισης συναισθημάτων. Η τιμή του p είναι 0,064, που είναι μεγαλύτερη από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Επομένως, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η ικανότητα ρύθμισης συναισθημάτων του δείγματος δεν επηρεάζεται από την ύπαρξη αναπηρίας, καθώς το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό.

Πίνακας 14: Συνάφεια αναπηρίας και ικανότητας ρύθμισης συναισθημάτων

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	214,019^a	184	,064
Likelihood Ratio	152,810	184	,955
Fisher's Exact Test	,000		
Linear-by-Linear Association	,067 ^b	1	,795
N of Valid Cases	120		

Statistics

	Είδος Αναπηρίας	Κοινωνικό Κίνητρο	Κοινωνική Κατανόηση	Ενσυναίσθηση	Κοινωνική Νοημοσύνη	Λεκτική ή Επικοινωνία	Μη Λεκτική ή Επικοινωνία	Συναισθηματική Ρύθμιση
Valid N	120	120	119	120	120	120	120	120
Missing	0	0	1	0	0	0	0	0
Mean	4,0250	41,5083	26,8655	31,3833	31,8750	33,3667	36,7000	38,2167
Std. Deviation	2,99709	5,31842	5,64024	3,33604	4,70216	5,35611	4,21602	4,90615

Στη συνέχεια, ερευνήθηκε η επίδραση της αναπηρίας στις διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων του δείγματος για τέσσερις ομάδες σύγκρισης: τον γενικό πληθυσμό, άτομα με χρόνια νοσήματα, άτομα με κινητική αναπηρία και άτομα με οπτική αναπηρία με έλεγχο one-way ANOVA. Κάθε κοινωνική δεξιότητα αναλύεται με βάση τον μέσο όρο (Μ.Ο.) και την τυπική απόκλιση (Τ.Α.) για κάθε ομάδα, ενώ παράλληλα υπολογίζονται οι τιμές F και Sig. για να προσδιοριστεί αν οι διαφορές μεταξύ των ομάδων είναι στατιστικά σημαντικές. Από τα αποτελέσματα, διαπιστώθηκε ότι η μόνη κοινωνική δεξιότητα που εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων είναι η «Κοινωνική Κατανόηση» ($p = 0,000$). Αυτό σημαίνει ότι οι διάφορες μορφές αναπηρίας επηρεάζουν σημαντικά την ικανότητα κατανόησης κοινωνικών καταστάσεων. Οι υπόλοιπες κοινωνικές δεξιότητες, όπως το κοινωνικό κίνητρο, η ενσυναίσθηση, η κοινωνική νοημοσύνη, η λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, καθώς και η ρύθμιση συναισθημάτων, δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές, υποδεικνύοντας ότι οι επιπτώσεις των αναπηριών σε αυτές τις δεξιότητες είναι παρόμοιες μεταξύ των διαφορετικών ομάδων.

Πίνακας 15: Επίδραση της αναπηρίας στις Κοινωνικές Δεξιότητες

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΟΜΑΔΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ	Μ.Ο.	Τ.Α.	F	Sig.
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΙΝΗΤΡΟ	Γενικός Πληθυσμός	41,1	6,07	1,710	0,104
	Χρόνια Νοσήματα	43	5,28		
	Κινητική Αναπηρία	40,9	3,91		
	Οπτική Αναπηρία	42,1	0,71		

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ	Γενικός Πληθυσμός	28,8	5,51	3,967	0,000
	Χρόνια Νοσήματα	26,9	4,17		
	Κινητική Αναπηρία	28,5	2,79		
	Οπτική Αναπηρία	22,9	0,25		
ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ	Γενικός Πληθυσμός	31,1	2,43	1,313	0,245
	Χρόνια Νοσήματα	32,7	2,49		
	Κινητική Αναπηρία	30,6	1,37		
	Οπτική Αναπηρία	31,2	0,39		
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ	Γενικός Πληθυσμός	31,63	4,37	1,452	0,183
	Χρόνια Νοσήματα	32,13	4,41		
	Κινητική Αναπηρία	32,3	2,65		
	Οπτική Αναπηρία	31,8	2,89		
ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	Γενικός Πληθυσμός	33,3	4,37	0,105	0,999
	Χρόνια Νοσήματα	33,5	6,67		
	Κινητική Αναπηρία	32,8	0,66		
	Οπτική Αναπηρία	33,7	0,59		
ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	Γενικός Πληθυσμός	36,9	3,26	0,561	0,807
	Χρόνια				

	Νοσήματα	37	4,13		
	Κινητική Αναπηρία	35,9	1,14		
	Οπτική Αναπηρία	37,4	0,27		
ΠΥΘΜΙΣΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ	Γενικός Πληθυσμός	37,8	5,94	0,436	0,897
	Χρόνια Νοσήματα	38,8	4,83		
	Κινητική Αναπηρία	39	2,16		
	Οπτική Αναπηρία	34,9	3,81		

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square για να εξεταστεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη αναπηρίας και στα επίπεδα μοναξιάς που βιώνουν οι ερωτώμενοι. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, υπάρχει σχέση μεταξύ του αναπηρίας και των επιπέδων μοναξιάς των ερωτώμενων, καθώς το $p = 0 < 0,05$, δείχνοντας ότι το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Συνεπώς, το χρόνιο νόσημα επηρεάζει τα επίπεδα μοναξιάς των ερωτώμενων.

Πίνακας 16: Συνάφεια αναπηρίας και μοναξιάς

Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	338,240^a	216	,000	
Likelihood Ratio	180,743	216	,961	
Fisher's Exact Test	,000			
Linear-by-Linear Association	,088 ^b	1	,766	
N of Valid Cases	120			

Statistics			
	Είδος Αναπηρίας	Μοναξιά	
N	Valid	120	120
	Missing	0	0
Mean		4,0250	59,2083
Std. Deviation		2,99709	5,82215

Έπειτα, ερευνήθηκε η επίδραση της αναπηρίας στην παράμετρο της μοναξιάς του δείγματος μέσω ανάλυσης διακύμανσης (one-way ANOVA). Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι μέσοι όροι της μοναξιάς κυμαίνονται από 58,2 για τον γενικό πληθυσμό έως 61,4 για τα άτομα με χρόνια νοσήματα. Αυτό υποδηλώνει ότι τα άτομα με χρόνια νοσήματα αισθάνονται τη μεγαλύτερη μοναξιά σε σύγκριση με τις άλλες ομάδες. Ακόμη, τα άτομα με κινητική αναπηρία έχουν μέσο όρο μοναξιάς παρόμοιο με αυτόν του γενικού πληθυσμού (58,4 έναντι 58,2), ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία βρίσκονται λίγο υψηλότερα (59,2). Επιπρόσθετα, η τιμή F είναι 1,361 και η τιμή p είναι 0,221, η οποία είναι μεγαλύτερα από το 0,05, που σημαίνει ότι οι διαφορές μεταξύ των ομάδων δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Αυτό υποδηλώνει ότι, παρόλο που υπάρχουν κάποιες διαφορές στους μέσους όρους της μοναξιάς μεταξύ των ομάδων, αυτές οι διαφορές δεν είναι αρκετά μεγάλες για να θεωρηθούν στατιστικά σημαντικές. Επομένως, παρά τις παρατηρούμενες διαφορές στους μέσους όρους της μοναξιάς μεταξύ των τεσσάρων ομάδων, η ανάλυση δείχνει ότι αυτές οι διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Αυτό σημαίνει ότι η αναπηρία, όπως εξετάζεται σε αυτή την ανάλυση, δεν έχει σημαντική επίδραση στα επίπεδα μοναξιάς μεταξύ των διαφορετικών ομάδων.

Πίνακας 17: Επίδραση της αναπηρίας στην παράμετρο της μοναξιάς

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΟΜΑΔΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ	Μ.Ο.	Τ.Α.	F	Sig.
ΜΟΝΑΞΙΑ	Γενικός Πληθυσμός	58,2	4,92	1,361	0,221
ΜΟΝΑΞΙΑ	Χρόνια Νοσήματα	61,4	4,85		
ΜΟΝΑΞΙΑ	Κινητική Αναπηρία	58,4	2,78		
ΜΟΝΑΞΙΑ	Οπτική Αναπηρία	59,2	1,02		

Ακόμη, πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square για να εξεταστεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη αναπηρίας και την ποιότητα ζωής των ερωτώμενων. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η τιμή του p είναι 0,328. Δεδομένου ότι το p-value είναι μεγαλύτερο από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05, δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της ύπαρξης αναπηρίας και της ποιότητας ζωής. Τα αποτελέσματα του Pearson Chi-Square δείχνουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ύπαρξης αναπηρίας και της ποιότητας ζωής των ερωτώμενων, αφού το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό.

Πίνακας 18: Συνάφεια αναπηρίας και ποιότητας ζωής

Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	306,266^a	296	,328	
Likelihood Ratio	204,941	296	1,000	
Fisher's Exact Test	,000			
Linear-by-Linear Association	1,506 ^b	1	,220	
N of Valid Cases	120			

Statistics		
	Είδος Αναπηρίας	Ποιότητα Ζωής
N Valid	120	120
Missing	0	0
Mean	4,0250	51,6333
Std. Deviation	2,99709	9,21994

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος one-way ANOVA για να διερευνηθεί η επίδραση του αναπηρίας στην ποιότητα ζωής του δείγματος. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι ο γενικός πληθυσμός έχει τον υψηλότερο μέσο όρο ποιότητας ζωής (56,1), υποδεικνύοντας καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τις άλλες ομάδες. Τα άτομα με χρόνια νοσήματα παρουσιάζουν τον χαμηλότερο μέσο όρο ποιότητας ζωής (48,7), υποδηλώνοντας ότι αυτή η ομάδα αντιμετωπίζει τις μεγαλύτερες προκλήσεις στην ποιότητα ζωής. Ακόμη, τα άτομα με κινητική αναπηρία και τα άτομα με οπτική αναπηρία έχουν μέσους όρους 51,7 και 50,9 αντίστοιχα, οι οποίοι είναι χαμηλότεροι από τον γενικό πληθυσμό αλλά υψηλότεροι από τα άτομα με χρόνια νοσήματα. Σχετικά με την τιμή F, αυτή είναι 1,883 και η τιμή p είναι 0,070. Η τιμή του p είναι πάνω από το 0,05 αλλά κοντά σε αυτήν, που σημαίνει ότι υπάρχει κάποια ένδειξη διαφορών στην ποιότητα ζωής μεταξύ των ομάδων, αλλά αυτές οι διαφορές δεν είναι αρκετά μεγάλες για να θεωρηθούν στατιστικά σημαντικές. Συνολικά, η ανάλυση δείχνει ότι υπάρχουν διαφορές στους μέσους όρους της ποιότητας ζωής μεταξύ των τεσσάρων ομάδων, με τον γενικό πληθυσμό να έχει την υψηλότερη ποιότητα ζωής και τα άτομα με χρόνια νοσήματα τη χαμηλότερη. Παρόλα αυτά, οι διαφορές αυτές δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($p > 0,05$), αν και πλησιάζουν στη στατιστική σημαντικότητα ($p = 0,070$). Αυτό υποδηλώνει ότι οι διάφορες μορφές αναπηρίας μπορεί να επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, αλλά οι επιπτώσεις αυτές δεν είναι αρκετά μεγάλες για να θεωρηθούν σημαντικές με βάση τα δεδομένα που αναλύθηκαν.

Πίνακας 19: Επίδραση του αναπηρίας στην παράμετρο την ποιότητα ζωής

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΟΜΑΔΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΗΣ	Μ.Ο.	Τ.Α.	F	Sig.
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	Γενικός Πληθυσμός	56,1	6,27	1,883	0,070
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	Χρόνια Νοσήματα	48,7	12,1		
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	Κινητική Αναπηρία	51,7	4,09		
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	Οπτική Αναπηρία	50,9	0,09		

5.3 Σχέση των δημογραφικών χαρακτηριστικών με την ποιότητα ζωής

Για το τρίτο ερευνητικό ερώτημα αναφορικά με την σχέση των δημογραφικών χαρακτηριστικών με την ποιότητα ζωής του δείγματος πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square, για να εξεταστεί, αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο φύλο και την ποιότητα ζωής των ερωτώμενων. Η τιμή του $p = 0,576$. Δεδομένου ότι το p είναι μεγαλύτερο από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05, δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του φύλου και της ποιότητας ζωής. Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα του Chi-Square δείχνουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και της ποιότητας ζωής των ερωτώμενων, αφού το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό.

Πίνακας 20: Συνάφεια φύλου και ποιότητας ζωής

Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. (2-sided)	Sig.
Pearson Chi-Square	34,729^a	37	,576	
Likelihood Ratio	43,997	37	,199	
Fisher's Exact Test	34,158			
Linear-by-Linear Association	3,293 ^b	1	,070	
N of Valid Cases	120			

Πραγματοποιήθηκε, επίσης, έλεγχος Chi Square για να εξεταστεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ηλικία και την ποιότητα ζωής των ερωτώμενων. Το p ισούται με 0,307, μεγαλύτερο από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05, κι άρα δεν υπάρχει σχέση. Τα αποτελέσματα, δηλαδή, δείχνουν ότι δεν υπάρχει

στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας και της ποιότητας ζωής των ερωτώμενων, αφού το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό.

Πίνακας 21: Συνάφεια ηλικίας και ποιότητα ζωής

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	194,187^a	185	,307
Likelihood Ratio	170,408	185	,772
Fisher's Exact Test	. ^c		
Linear-by-Linear Association	6,492	1	,011
N of Valid Cases	120		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square για να εξεταστεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην προσωπική κατάσταση των ερωτώμενων και την ποιότητα ζωής τους. Δεδομένου ότι το $p = 0,074$ είναι μεγαλύτερο από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05, δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της προσωπικής κατάστασης και της ποιότητας ζωής. Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα του Chi-Square δείχνουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της προσωπικής κατάστασης και της ποιότητας ζωής των ερωτώμενων, αφού το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό.

Πίνακας 22: Συνάφεια προσωπικής κατάστασης και ποιότητας ζωής

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	173,512^a	148	,074
Likelihood Ratio	122,096	148	,941
Fisher's Exact Test	. ^b		
Linear-by-Linear Association	2,221	1	,136
N of Valid Cases	120		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square για να εξεταστεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο είδος απασχόλησης και την ποιότητα ζωής των ερωτώμενων. Η τιμή p είναι $0,961 > 0,05$, γεγονός που δείχνει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του είδους απασχόλησης και της ποιότητας ζωής των ερωτώμενων, αφού το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό.

Πίνακας 23: Συνάφεια είδους απασχόλησης και ποιότητας ζωής

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	186,249^a	222	,961
Likelihood Ratio	163,177	222	,999
Fisher's Exact Test	. ^c		
Linear-by-Linear Association	3,805	1	,051
N of Valid Cases	120		

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square για να εξεταστεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο εισόδημα και την ποιότητα ζωής των ερωτώμενων. Η τιμή του p ($p=0,013$) είναι μικρότερη από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05, που σημαίνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του εισοδήματος και της ποιότητας ζωής των ερωτώμενων, αφού το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό.

Πίνακας 24: Συνάφεια εισοδήματος και ποιότητας ζωής

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	188,800^a	148	,013
Likelihood Ratio	155,166	148	,327
Fisher's Exact Test	. ^b		
Linear-by-Linear Association	2,044	1	,153
N of Valid Cases	120		

Σύμφωνα με τον έλεγχο για να εξεταστεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και την ποιότητα ζωής των ερωτώμενων, παρατηρήθηκε ότι η τιμή του p είναι $0,784 > 0,05$, οπότε δεν υπάρχει σχέση. Ουσιαστικά, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της ποιότητας ζωής των ερωτώμενων, αφού το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό.

Πίνακας 25: Συνάφεια μορφωτικού επιπέδου και ποιότητας ζωής

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	240,881^a	259	,784
Likelihood Ratio	191,874	259	,999
Fisher's Exact Test	,000		
Linear-by-Linear Association	,978 ^c	1	,323
N of Valid Cases	120		

Statistics

	1.Φύλο	2.Ηλικία	3.Οικογενειακή κατάσταση	4.Επαγγελματική κατάσταση	5.Μορφωτικό επίπεδο	9.Μηνιαίο εισόδημα	Ποιότητα Ζωής
Valid N	120	120	120	120	120	120	120
Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean	1,5083	3,3833	1,9500	4,2333	4,9583	2,3917	51,6333
Std. Deviation	,50203	1,58874	1,23567	2,26680	1,75085	1,05556	9,21994

5.4 Επίδραση της μοναξιάς και των κοινωνικών δεξιοτήτων στην ποιότητα ζωής

Για το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα, που αναφέρεται στην επίδραση της μοναξιάς και των κοινωνικών δεξιοτήτων στην ποιότητα ζωής του δείγματος

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi Square για να εξεταστεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και τη μοναξιά των ερωτώμενων. Δεδομένου ότι το $p = 0,206$ είναι μεγαλύτερο από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05, δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της μοναξιάς. Τα αποτελέσματα γενικά δείχνουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της μοναξιάς των ερωτώμενων, αφού το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό.

Πίνακας 26: Συνάφεια ποιότητας ζωής και μοναξιάς

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1035,405^a	999	,206
Likelihood Ratio	385,004	999	1,000
Fisher's Exact Test	. ^b		

Linear-by-Linear Association	,540	1	,463
N of Valid Cases	120		

Σύμφωνα με το Chi-Square, ο οποίος εξετάζει αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και ένα άλλο μεταβλητό στοιχείο των ερωτώμενων, παρατηρείται ότι η τιμή $p = 0,100 > 0,05$, υποδηλώνοντας ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών.

Πίνακας 27: Συνάφεια κοινωνικού κινήτρου και ποιότητας ζωής

Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	866,113^a	814	,100	
Likelihood Ratio	375,327	814	1,000	
Fisher's Exact Test	,000			
Linear-by-Linear Association	1,320	1	,251	
N of Valid Cases	120			

Ο έλεγχος Chi-Square πραγματοποιήθηκε για να εξεταστεί η στατιστική σημαντικότητα της σχέσης μεταξύ δύο μεταβλητών. Δεδομένου ότι το p ($p=0,009$) είναι μικρότερο από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05, δείχνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών.

Πίνακας 28: Συνάφεια ενσυναίσθησης και ποιότητας ζωής

Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	676,234^a	592	,009	
Likelihood Ratio	309,807	592	1,000	
Fisher's Exact Test	,000			
Linear-by-Linear Association	,134	1	,714	
N of Valid Cases	120			

Τα αποτελέσματα του Chi-Square Test για τη συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής νοημοσύνης και ποιότητας ζωής δείχνουν ότι η p ισούται με 0,013. Αυτό υποδεικνύει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής νοημοσύνης και ποιότητας ζωής, καθώς το p είναι μικρότερο από το καθορισμένο επίπεδο σημαντικότητας 0,05.

Πίνακας 29: Συνάφεια κοινωνικής νοημοσύνης και ποιότητας ζωής

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	828,479^a	740	,013
Likelihood Ratio	356,037	740	1,000
Fisher's Exact Test	. ^b		
Linear-by-Linear Association	,965	1	,326
N of Valid Cases	120		

Από τον έλεγχο του Chi-Square που πραγματοποιήθηκε για τη συσχέτιση μεταξύ ρύθμισης συναισθημάτων και ποιότητας ζωής παρατηρείται ότι το p είναι $0 < 0,05$. Αυτό υποδεικνύει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ρύθμισης συναισθημάτων και ποιότητας ζωής στο δείγμα.

Πίνακας 30: Συνάφεια ρύθμισης συναισθημάτων και ποιότητας ζωής

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1186,313^a	851	,000
Likelihood Ratio	367,565	851	1,000
Fisher's Exact Test	,000		
Linear-by-Linear Association	21,284	1	,000
N of Valid Cases	120		

Statistics						
	Μοναξιά	Ποιότητα Ζωής	Κοινωνικό Κίνητρο	Ενσυναίσθηση	Κοινωνική Νοημοσύνη	Συναισθηματική Ρύθμιση
Valid N	120	120	120	120	120	120
Missing	0	0	0	0	0	0
Mean	59,2083	51,6333	41,5083	31,3833	31,8750	38,2167
Std. Deviation	5,82215	9,21994	5,31842	3,33604	4,70216	4,90615

5.5 Σχέση των δημογραφικών χαρακτηριστικών με την παράμετρο της μοναξιάς

Αναφορικά με το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα, που αναφέρεται στη σχέση των δημογραφικών χαρακτηριστικών με την παράμετρο της μοναξιάς.

Τα αποτελέσματα του Chi-Square για τη συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της μοναξιάς δεν αποδεικνύουν στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών στο δείγμα, καθώς το p είναι $0,261 > 0,05$.

Πίνακας 31: Συνάφεια φύλου και μοναξιάς

Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	31,245^a	27	,261	
Likelihood Ratio	39,857	27	,053	
Fisher's Exact Test	29,061			
Linear-by-Linear Association	,243 ^b	1	,622	
N of Valid Cases	120			

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi-Square για να διερευνηθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτώμενων και στο αίσθημα μοναξιάς. Από τα παρακάτω δεν παρατηρείται σχέση ανάμεσα στην ηλικία των ερωτώμενων και στο αίσθημα μοναξιάς. Καθώς δεν υπάρχουν στατιστικά επιχειρήματα εφόσον η τιμή του p είναι $0,644$, το οποίο είναι μεγαλύτερο από το επίπεδο σημαντικότητας $0,05$.

Πίνακας 32: Συνάφεια ηλικίας και μοναξιάς

Chi-Square Tests				
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	
Pearson Chi-Square	151,979^a	135	,151	
Likelihood Ratio	138,514	135	,400	
Fisher's Exact Test	. ^c			
Linear-by-Linear Association	3,162	1	,075	
N of Valid Cases	120			

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi-Square για να εξεταστεί η σχέση μεταξύ της προσωπικής κατάστασης των ερωτώμενων και του αισθήματος μοναξιάς. Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση. Ειδικότερα, το p είναι $0,754 > 0,05$. Άρα, δεν υπάρχουν στατιστικά επιχειρήματα και συνεπώς, φαίνεται ότι η προσωπική κατάσταση δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά το αίσθημα μοναξιάς των ερωτώμενων.

Πίνακας 33: Συνάφεια προσωπικής κατάστασης και μοναξιάς

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	97,586^a	108	,754
Likelihood Ratio	86,531	108	,936
Fisher's Exact Test	. ^b		
Linear-by-Linear Association	2,797	1	,094
N of Valid Cases	120		

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi-Square για να εξεταστεί η σχέση μεταξύ της προσωπικής κατάστασης των ερωτώμενων και του αισθήματος μοναξιάς. Όπως προκύπτει δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της προσωπικής κατάστασης και του αισθήματος μοναξιάς, καθώς το p είναι 0,773, τιμή μεγαλύτερη από το καθορισμένο επίπεδο σημαντικότητας του 0,05.

Πίνακας 34: Συνάφεια ύπαρξης παιδιών και μοναξιάς

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	96,745^a	108	,773
Likelihood Ratio	82,309	108	,969
Fisher's Exact Test	. ^b		
Linear-by-Linear Association	1,685	1	,194
N of Valid Cases	120		

Και στην περίπτωση της συσχέτισης μεταξύ απασχόλησης και μοναξιάς πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi-Square, με τα αποτελέσματα να δείχνουν ότι η τιμή του $p = 0,715 > 0,05$. Επομένως, δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και συνεπώς, φαίνεται ότι το είδος απασχόλησης δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά το αίσθημα μοναξιάς των ερωτώμενων.

Πίνακας 35: Συνάφεια είδους απασχόλησης και μοναξιάς

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	151,360^a	162	,715
Likelihood Ratio	136,713	162	,926
Fisher's Exact Test	. ^c		
Linear-by-Linear Association	,120	1	,729
N of Valid Cases	120		

Ακόμη, πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi-Square για να εξεταστεί και η σχέση μεταξύ της οικονομικής κατάστασης των ερωτώμενων και του αισθήματος μοναξιάς. Το p είναι 0,439, τιμή μεγαλύτερη από το καθορισμένο επίπεδο σημαντικότητας του 0,05. Άρα, από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι το μορφωτικό επίπεδο δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά το αίσθημα μοναξιάς των ερωτώμενων.

Πίνακας 36: Συνάφεια μορφωτικού επιπέδου και μοναξιάς

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	191,312^a	189	,439
Likelihood Ratio	146,211	189	,991
Fisher's Exact Test	,000		
Linear-by-Linear Association	1,747 ^c	1	,186
N of Valid Cases	120		

Τέλος, πραγματοποιήθηκε έλεγχος Chi-Square για να εξεταστεί η σχέση μεταξύ του εισοδήματος των ερωτώμενων και του αισθήματος μοναξιάς. Όπως φαίνεται η τιμή του $p = 0,375 > 0,05$. Άρα, δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, και συνεπώς, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο εισόδημα και το αίσθημα μοναξιάς των ερωτώμενων.

Πίνακας 37: Συνάφεια εισοδήματος και μοναξιάς

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	112,061^a	108	,375
Likelihood Ratio	109,660	108	,437
Fisher's Exact Test	^b		
Linear-by-Linear Association	,153	1	,696
N of Valid Cases	120		

Statistics

	1.Φύλο	2.Ηλικία	3.Οικογενειακή κατάσταση	4.Πόσα παιδιά έχετε;	5.Επαγγελματική κατάσταση	6.Μορφωτικό επίπεδο	7.Μηνιαίο εισόδημα	8.Μοναξιά
N Valid	120	120	120	120	120	120	120	120

Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean	1,5083	3,3833	1,9500	1,9250	4,2333	4,9583	2,3917	59,2083
Std. Deviation	,50203	1,58874	1,23567	1,07814	2,26680	1,75085	1,05556	5,82215

5.6 Επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην παράμετρο της μοναξιάς

Για το έκτο ερευνητικό ερώτημα, που αναφέρεται στην επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην παράμετρο της μοναξιάς.

Η έρευνα εξέτασε την επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στα αισθήματα μοναξιάς του δείγματος. Από τα παρακάτω προκύπτει ότι οι μετρήσεις των ελέγχων Pillai's Trace, Wilks' Lambda, Hotelling's Trace και Roy's Largest Root αποδεικνύουν τη στατιστική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων, καθώς οι τιμές των p είναι εξαιρετικά μικρές ($p = 0,000$). Αυτό σημαίνει ότι η διακύμανση που εξηγείται από τις κοινωνικές δεξιότητες σε σχέση με τη μοναξιά είναι σημαντική και δεν μπορεί να αποδοθεί στην τύχη. Ως εκ τούτου συμπεραίνουμε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των κοινωνικών δεξιοτήτων και των αισθημάτων μοναξιάς.

Πίνακας 38: Επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην παράμετρο της μοναξιάς

Effect	Μοναξιά	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ	Pillai's Trace	2,717	2,24	182,000	644,000	0,000
	Wilks' Lambda	0,008	3,421	182,000	595,015	0,000
	Hotelling's Trace	16,171	7,489	182,000	590,000	0,000
	Roy's Largest Root	13,436	47,541	26,000	92,000	0,000

Πιο αναλυτικά, παρουσιάζεται η συσχέτιση μεταξύ μοναξιάς και κοινωνικών δεξιοτήτων, όπου και παρατηρούνται σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ αυτών των μεταβλητών. Η μοναξιά φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από πολλές διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων. Ειδικότερα, η ανάλυση αποκαλύπτει ότι οι υψηλότεροι μέσοι όροι μοναξιάς σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικού κινήτρου, κοινωνικής νοημοσύνης και ρύθμισης συναισθημάτων. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η ικανότητα να αντιλαμβάνεται και να ανταποκρίνεται σε κοινωνικές καταστάσεις, καθώς και η ικανότητα να ρυθμίζει τα συναισθήματά του,

παίζουν κρίσιμο ρόλο στην αντίληψη της μοναξιάς. Η στατιστική ανάλυση επιβεβαιώνει ότι η μοναξιά δεν είναι απλώς αποτέλεσμα εσωτερικών προσωπικών διαδικασιών, αλλά συνδέεται στενά με τις κοινωνικές δεξιότητες που επηρεάζουν την ικανότητα επικοινωνίας, κατανόησης και αλληλεπίδρασης με άλλα άτομα. Αυτή η σύνδεση υποδεικνύει ότι η βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα για τη μείωση της μοναξιάς σε αυτήν την ομάδα ατόμων.

Πίνακας 39: Επίδραση της μοναξιάς στις Κοινωνικές Δεξιότητες

METABΛΗΤΕΣ	Κοινωνικές Δεξιότητες	M.O.	T.A.	F	Sig.
ΜΟΝΑΞΙΑ	Κοινωνικό Κίνητρο	41,51	5,32	2,216	0,003
	Κοινωνική Κατανόηση	26,87	5,64	1,499	0,083
	Ενσυναίσθηση	31,38	3,34	13,876	0,000
	Κοινωνική Νοημοσύνη	31,87	4,70	5,377	0,000
	Λεκτική Επικοινωνία	33,37	5,36	1,714	0,031
	Μη Λεκτική Επικοινωνία	36,70	4,22	3,350	0,000
	Ρύθμιση Συναισθημάτων	38,22	4,91	1,846	0,017

5.7 Επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην ποιότητα ζωής

Για το έβδομο ερευνητικό ερώτημα αναφορικά με την επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην ποιότητα ζωής του δείγματος.

Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μοναξιάς και της ποιότητας ζωής, καθώς όλοι οι έλεγχοι (Pillai's Trace, Wilks' Lambda, Hotelling's Trace, Roy's Largest Root) δείχνουν στατιστικά σημαντική διαφορά ($p = 0,000$). Αυτά τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι οι κοινωνικές δεξιότητες συσχετίζονται σημαντικά με την ποιότητα ζωής, και ενδεχομένως υποδεικνύουν ότι η βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων μπορεί να έχει θετική επίδραση στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που το αντιμετωπίζουν.

Πίνακας 40: Επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην ποιότητα ζωής

	Ποιότητα ζωής	Value	F	Hypothesis df	Error df	Sig
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ	Pillai's Trace	3,097	1,737	259,000	567,000	0,000
	Wilks' Lambda	0,011	1,887	259,000	529,490	0,000
	Hotelling's Trace	7,312	2,069	259,000	513,000	0,000
	Roy's Largest Root	2,919	6,390	37,000	81,000	0,000

Ειδικότερα, όσον αφορά ποιες από τις διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων του δείγματος, επιδρούν στην ποιότητα της ζωής του, φαίνεται πως η τιμή p διαφοροποιείται για κάθε μία από αυτές. Συγκεκριμένα, για το κοινωνικό κίνητρο, την κοινωνική κατανόηση και την ενσυναίσθηση το p είναι μεγαλύτερο από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Από την άλλη, για την κοινωνική νοημοσύνη και τη μη λεκτική επικοινωνία το $p = 0,002$, ενώ για την λεκτική επικοινωνία και την συναισθηματική ρύθμιση το $p = 0$, τιμές μικρότερες του 0,05. Επομένως προκύπτει ότι η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από μερικές διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων. Τέλος, κοιτώντας τους μέσους όρους φαίνεται ότι τα άτομα με αυξημένο Κοινωνικό Κίνητρο (Μ.Ο.:41,51), Ρύθμιση Συναισθημάτων (Μ.Ο.:38,22) και Μη Λεκτική Επικοινωνία (Μ.Ο.:36,70), έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Πίνακας 41: Επίδραση της ποιότητας ζωής στις Κοινωνικές Δεξιότητες

METABΛΗΤΕΣ	Κοινωνικές Δεξιότητες	Μ.Ο	Τ.Α	F	Sig.
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	Κοινωνικό Κίνητρο	41,51	5,32	1,115	0,336
	Κοινωνική Κατανόηση	26,87	5,64	1,230	0,218
	Ενσυναίσθηση	31,38	3,34	1,263	0,190
	Κοινωνική Νοημοσύνη	31,87	4,70	2,139	0,002
	Λεκτική	33,37	5,36	4,122	0,000

	Επικοινωνία				
	Μη Λεκτική Επικοινωνία	36,70	4,22	2,187	0,002
	Ρύθμιση Συναισθημάτων	38,22	4,91	4,694	0,000

5.8 Πρόβλεψη της ποιότητας ζωής από τις παραμέτρους της μοναξιάς και των κοινωνικών δεξιοτήτων

Σχετικά με το όγδοο ερευνητικό ερώτημα που αναφέρεται στο αν οι παράμετροι της μοναξιάς και των κοινωνικών δεξιοτήτων αποτελούν προβλεπτικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής ατόμων με αναπηρία.

Αναζητήθηκε εάν οι παράμετροι των κοινωνικών δεξιοτήτων και της μοναξιάς, μπορούν να προβλέψουν την ποιότητα ζωής του δείγματος. Έτσι πραγματοποιήθηκε Γραμμική παλινδρόμηση για την πρόβλεψη της ποιότητας ζωής από τις παραμέτρους της μοναξιάς και των κοινωνικών δεξιοτήτων.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι παράμετροι των κοινωνικών δεξιοτήτων και της μοναξιάς μπορούν να προβλέψουν σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής. Το μοντέλο που χρησιμοποιήθηκε για την πρόβλεψη της ποιότητας ζωής εμφανίζει ένα συντελεστή συσχέτισης (R) ίσο με 0,590. Αυτός ο συντελεστής υποδεικνύει μια μέτρια προς ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών (κοινωνικές δεξιότητες και μοναξιά) και της εξαρτημένης μεταβλητής (ποιότητα ζωής). Ακόμη, η τιμή του R Square είναι 0,348, πράγμα που σημαίνει ότι το 34,8% της μεταβλητότητας στην ποιότητα ζωής μπορεί να εξηγηθεί από τις κοινωνικές δεξιότητες και τη μοναξιά.

Συνολικά, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι κοινωνικές δεξιότητες και η μοναξιά είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες για την ποιότητα ζωής. Παρόλο που το μοντέλο δεν εξηγεί την πλειοψηφία της μεταβλητότητας στην ποιότητα ζωής, εξακολουθεί να έχει σημαντική προγνωστική ικανότητα, υποδεικνύοντας ότι η ενίσχυση των κοινωνικών δεξιοτήτων και η αντιμετώπιση της μοναξιάς μπορεί να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων.

Πίνακας 42: Πρόβλεψη της ποιότητας ζωής με βάση τις παραμέτρους των κοινωνικών δεξιοτήτων και της μοναξιάς

Model	R	R Square	Adjusted Square	R	Std. Error of the Estimate
1	,590 ^a	,348	,301		7,73940

Από την ανάλυση της γραμμικής παλινδρόμησης προέκυψαν για κάθε μεταβλητή τα εξής στατιστικά αποτελέσματα. συγκεκριμένα, το κοινωνικό κίνητρο έχει συντελεστή B -0,233 με τυπικό σφάλμα 0,143 και β (Beta) -0,132. Η τιμή t είναι -1,623 και η τιμή p (Sig.) είναι 0,107, δείχνοντας ότι η κοινωνικό κίνητρο δεν είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας για την πρόβλεψη της ποιότητας ζωής, καθώς η τιμή p είναι μεγαλύτερη από 0,05. Η κοινωνική κατανόηση έχει συντελεστή B 0,223 με τυπικό σφάλμα 0,134 και β (Beta) 0,136. Η τιμή t είναι 1,664 και η τιμή p (Sig.) είναι 0,099. Αν και η τιμή p είναι λίγο μεγαλύτερη από 0,05, η κοινωνική κατανόηση φαίνεται να έχει μια θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής, αλλά δεν είναι στατιστικά σημαντική. Η ενσυναίσθηση έχει συντελεστή B -0,539 με τυπικό σφάλμα 0,520 και β (Beta) -0,195. Η τιμή t είναι -1,035 και η τιμή p (Sig.) είναι 0,303, δείχνοντας ότι η ενσυναίσθηση δεν είναι στατιστικά σημαντική. Η κοινωνική νοημοσύνη έχει συντελεστή B -0,423 με τυπικό σφάλμα 0,263 και β (Beta) -0,216. Η τιμή t είναι -1,608 και η τιμή p (Sig.) είναι 0,111. Η κοινωνική νοημοσύνη δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Επιπλέον, η λεκτική επικοινωνία έχει συντελεστή B 0,688 με τυπικό σφάλμα 0,173 και β (Beta) 0,400. Η τιμή t είναι 3,990 και η τιμή p (Sig.) είναι 0,000. Αυτό δείχνει ότι η λεκτική επικοινωνία είναι ένας στατιστικά σημαντικός παράγοντας για την πρόβλεψη της ποιότητας ζωής. Η μη λεκτική επικοινωνία έχει συντελεστή B 0,031 με τυπικό σφάλμα 0,219 και β (Beta) 0,014. Η τιμή t είναι 0,142 και η τιμή p (Sig.) είναι 0,888, δείχνοντας ότι η μη λεκτική επικοινωνία δεν είναι στατιστικά σημαντική. Η συναισθηματική ρύθμιση έχει συντελεστή B 0,356 με τυπικό σφάλμα 0,210 και β (Beta) 0,189. Η τιμή t είναι 1,698 και η τιμή p (Sig.) είναι 0,092, δείχνοντας ότι η συναισθηματική ρύθμιση δεν είναι στατιστικά σημαντική, αν και η τιμή p είναι κοντά στο 0,05. Η μοναξιά έχει συντελεστή B 0,272 με τυπικό σφάλμα 0,394 και β (Beta) 0,170. Η τιμή t είναι 0,690 και η τιμή p (Sig.) είναι 0,492, δείχνοντας ότι η μοναξιά δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Συνολικά, από τις κοινωνικές δεξιότητες που εξετάστηκαν, μόνο η λεκτική επικοινωνία αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική για την πρόβλεψη της ποιότητας ζωής. Οι άλλες μεταβλητές, αν και μπορεί να έχουν κάποιο βαθμό επίδρασης, δεν ήταν στατιστικά σημαντικές με βάση τα δεδομένα αυτής της ανάλυσης.

Πίνακας 43: Πρόβλεψη της ποιότητας ζωής από τις παραμέτρους των κοινωνικών δεξιοτήτων και της μοναξιάς

	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
Κοινωνικό Κίνητρο	-,233	,143	-,132	-1,623	,107

Κοινωνική Κατανόηση	,223	,134	,136	1,664	,099
Ενσυναίσθηση	-,539	,520	-,195	-1,035	,303
Κοινωνική Νοημοσύνη	-,423	,263	-,216	-1,608	,111
Λεκτική Επικοινωνία	,688	,173	,400	3,990	,000
Μη Λεκτική Επικοινωνία	,031	,219	,014	,142	,888
Συναισθηματική Ρύθμιση	,356	,210	,189	1,698	,092
Μοναξιά	,272	,394	,170	,690	,492

Σημείωση: Εξαρτημένη μεταβλητή: Ποιότητα ζωής
Ανεξαρτητη μεταβλητή: Μοναξιά και Κοινωνικές δεξιότητες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της ανάλυσης συσχετίσεων που διεξήχθη, μπορούμε να εξαγάγουμε αρκετά σημαντικά συμπεράσματα σχετικά με την επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων, της μοναξιάς και της ποιότητας ζωής στο δείγμα που μελετήθηκε.

Ειδικότερα, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι κοινωνικές δεξιότητες, όπως το κοινωνικό κίνητρο, η κοινωνική κατανόηση, η ενσυναίσθηση, η κοινωνική νοημοσύνη, η λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, και η συναισθηματική ρύθμιση, επηρεάζουν σημαντικά τα αισθήματα μοναξιάς. Άτομα με ανεπτυγμένες κοινωνικές δεξιότητες βιώνουν λιγότερο έντονα αισθήματα μοναξιάς, υποδεικνύοντας την κεντρική σημασία αυτών των δεξιοτήτων στην κοινωνική και συναισθηματική ευημερία.

Επιπλέον, η ποιότητα ζωής φαίνεται να επηρεάζεται άμεσα από τις κοινωνικές δεξιότητες. Ιδιαίτερα, οι δεξιότητες όπως η κοινωνική κατανόηση, η λεκτική επικοινωνία και η κοινωνική νοημοσύνη συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα με καλύτερα ανεπτυγμένες κοινωνικές δεξιότητες τείνουν να ζουν μια πιο ποιοτική ζωή.

Τέλος, τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης επιβεβαίωσαν ότι οι κοινωνικές δεξιότητες παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόβλεψη της ποιότητας ζωής. Ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικές δεξιότητες, η λεκτική επικοινωνία αναδείχθηκε ως η πιο σημαντική παράμετρος που επηρεάζει θετικά την ποιότητα ζωής. Αυτό τονίζει την ανάγκη για ανάπτυξη και βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων, όχι μόνο για τη μείωση της μοναξιάς αλλά και για την ενίσχυση της συνολικής ποιότητας ζωής.

Συνολικά, η μελέτη αναδεικνύει τη σημαντικότητα των κοινωνικών δεξιοτήτων ως βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ευημερία και την ποιότητα ζωής των ατόμων. Τα ευρήματα υποστηρίζουν την ανάγκη για εστίαση στην εκπαίδευση και ενίσχυση αυτών των δεξιοτήτων ως μέσο βελτίωσης της ψυχοκοινωνικής υγείας και ευημερίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

7.1 Συζήτηση

Η ανά χείρας έρευνα επεδίωξε να εξετάσει τις επιπτώσεις των συνιστωσών της μοναξιάς και των κοινωνικών δεξιοτήτων στην ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα καθώς και των ατόμων με οπτική και κινητική αναπηρία, αλλά και στο γενικό πληθυσμό. Για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων που διατυπώθηκαν στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, εξετάστηκε εάν η ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων και αναπηρίας σχετίζονται με την ποιότητα ζωής, τα αισθήματα μοναξιάς και τις κοινωνικές δεξιότητες των συμμετεχόντων στην έρευνα. Μελετήθηκε επίσης, η πιθανή συσχέτιση μεταξύ των τριών προαναφερθεισών μεταβλητών της έρευνας: της ποιότητας ζωής, της μοναξιάς και των κοινωνικών δεξιοτήτων. Επιπλέον, διερευνήθηκε σε ποιο βαθμό οι ως άνω παράμετροι παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις ανάλογα με διάφορα περιγραφικά στοιχεία του δείγματος, για το σύνολο του δείγματος, αλλά και συγκεκριμένα για την κάθε ομάδα.

Στο πλαίσιο ενός από τους κυριότερους ερευνητικούς άξονες, πάνω στον οποίο βασίστηκε και το πρώτο από τα ερευνητικά ερωτήματα, μελετήθηκε η συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, εισόδημα, είδος απασχόλησης) με τις κοινωνικές τους δεξιότητες. Από την έρευνα προέκυψε ότι ούτε το φύλο, ούτε η ηλικία επηρεάζουν το κοινωνικό κίνητρο του δείγματος. Αντίθετα η στατιστική ανάλυση υπέδειξε ότι η οικογενειακή κατάσταση έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στο κοινωνικό κίνητρο. Περαιτέρω η συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου, του εισοδήματος και τους είδους της απασχόλησης με το κοινωνικό κίνητρο δεν απέδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, δείχνοντας ότι οι συνιστώσες αυτές δεν επηρεάζουν τις κοινωνικές δεξιότητες του δείγματος. Επίσης, το μορφωτικό επίπεδο δεν σχετίζεται με την κοινωνική κατανόηση. Τα ως άνω αποτελέσματα, που συνιστούν πορίσματα της παρούσας έρευνας, έρχονται εν πολλοίς σε αντιπαράθεση με άλλες διεθνούς εμβέλειας έρευνες που έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι τα δημογραφικά στοιχεία ασκούν επιρροή στις κοινωνικές δεξιότητες (Penninx, 1999; Vassilevet. al., 2011; Kroenkeet. al., 2013).

Εν συνεχεία, εξετάστηκε το δεύτερο ερώτημα της έρευνας, που αφορά στην υπόθεση ότι η αναπηρία επιδρά στις παραμέτρους των κοινωνικών δεξιοτήτων, της μοναξιάς και της ποιότητας ζωής. Βρέθηκε ότι η αναπηρία δεν επηρεάζει σημαντικά το κοινωνικό κίνητρο και την κοινωνική κατανόηση. Ωστόσο διαπιστώθηκε, ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ύπαρξης αναπηρίας και της ενσυναίσθησης, όπως και της κοινωνικής νοημοσύνης στο δείγμα. Από την άλλη δεν αναδείχθηκε σχέση μεταξύ της ύπαρξης αναπηρίας και της ικανότητας λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας των ερωτώμενων. Από τα στατιστικά στοιχεία φάνηκε ότι το καθεστώς της αναπηρίας δεν επηρεάζει ούτε την ικανότητα ρύθμισης συναισθημάτων του δείγματος. Άρα τα αποτελέσματα έρχονται εν πολλοίς σε αντίθεση με τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών, που υποστηρίζουν ότι η αναπηρία επιδρά στις κοινωνικές δεξιότητες (Bushnell and Boudreau,

1993·Camposetal., 2000· Losseetal., 1991·Pieketal., 2008a Pieketal., 2010 Dziuketetal., 2007·Bradway, 1937 Maxfield and Fjeld, 1942· Parsons, 1987·Dodd and Conn, 2000 Douglasetal., 2002 James and Stojanovik, 2007. DailyLivingSkills (Haymesetal., 2002·Lewis and Iselin, 2002 Celeste, 2006·Leyser and Heinze, 2001).

Έπειτα, ερευνήθηκε η επίδραση της αναπηρίας στις διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων του δείγματος για τέσσερις ομάδες σύγκρισης: τον γενικό πληθυσμό, άτομα με χρόνια νοσήματα, άτομα με κινητική αναπηρία και άτομα με οπτική αναπηρία με έλεγχο one-way ANOVA. Από τα αποτελέσματα, διαπιστώθηκε ότι η μόνη κοινωνική δεξιότητα που εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων είναι η «Κοινωνική Κατανόηση» ($p = 0,000$). Οι υπόλοιπες κοινωνικές δεξιότητες, όπως το κοινωνικό κίνητρο, η ενσυναίσθηση, η κοινωνική νοημοσύνη, η λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, καθώς και η ρύθμιση συναισθημάτων, δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές, υποδεικνύοντας ότι οι δεξιότητες αυτές στα ανάπηρα άτομα είναι παρόμοιες με αυτές των διαφορετικών ομάδων. Το συμπέρασμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με έρευνες που θέλουν την κινητική αναπηρία να είναι πρόδρομος φτωχών κοινωνικών δεξιοτήτων (Bushnell&Boudreau, 1993·Camposetal., 2000)·Piek&Pitcher, 2004· Dziuketetal., 2007).

Ακολούθως, πραγματοποιήθηκε έλεγχος ChiSquare για να εξεταστεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ύπαρξη αναπηρίας και στα επίπεδα μοναξιάς που βιώνουν οι ερωτώμενοι. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, υπάρχει σχέση μεταξύ της αναπηρίας και των επιπέδων μοναξιάς των ερωτώμενων, καθώς το $p = 0 < 0,05$ υποδεικνύει ότι το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό. Το συμπέρασμα αυτό έρχεται σε πλήρη συμφωνία με έρευνες που υποστηρίζουν ότι η μοναξιά επηρεάζει τα άτομα με οπτική αναπηρία (Barronetal., 1992·Bruce et al., 2007).

Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι οι μέσοι όροι της μοναξιάς κυμαίνονται από 58,2 για τον γενικό πληθυσμό έως 61,4 για τα άτομα με χρόνια νοσήματα. Αυτό υποδηλώνει ότι τα άτομα με χρόνια νοσήματα αισθάνονται τη μεγαλύτερη μοναξιά σε σύγκριση με τις άλλες ομάδες. Συνεπώς, το χρόνιο νόσημα επηρεάζει τα επίπεδα μοναξιάς των ερωτώμενων. Το αποτέλεσμα είναι εύλογο, καθώς ειδικά οι χρόνια πάσχοντες από τη στιγμή που λαμβάνουν τη διάγνωση και έπειτα, βιώνουν μία σειρά από αρνητικά συναισθήματα τα οποία οφείλονται σε αλλαγές στην καθημερινότητά τους και στην σωματική τους λειτουργικότητα, αλλά και στο ότι αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους εντελώς διαφορετικά από τους υπόλοιπους υγιείς ανθρώπους. Με το εν λόγω εύρημα συμφωνούν οι έρευνες των Soniet. al., (2010), της Θεοφίλου (2011), των Carusoet. al. (2014), των Jannooet. al. (2017) και των Mølleret. al. (2020).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι τα άτομα με κινητική αναπηρία έχουν μέσο όρο μοναξιάς παρόμοιο με αυτόν του γενικού πληθυσμού (58,4 έναντι 58,2), ενώ τα άτομα με οπτική αναπηρία βρίσκονται λίγο υψηλότερα (59,2). Παρά τις παρατηρούμενες διαφορές στους μέσους όρους της μοναξιάς μεταξύ των τεσσάρων ομάδων, η ανάλυση δείχνει ότι αυτές οι διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Αυτό σημαίνει ότι η αναπηρία, όπως εξετάζεται σε αυτή την ανάλυση, δεν έχει σημαντική επίδραση στα επίπεδα μοναξιάς.

Περαιτέρω, σε ό,τι αφορά την επίδραση της αναπηρίας στην ποιότητα ζωής, το αποτέλεσμα που βρέθηκε δεν ήταν στατιστικά σημαντικό. Όπως ήταν αναμενόμενο,

από τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας προέκυψε ότι ο γενικός πληθυσμός εμφανίζει τον υψηλότερο μέσο όρο ποιότητας ζωής (56,1), παρουσιάζοντας καλύτερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τις άλλες ομάδες, ενώ τα άτομα με χρόνια νοσήματα εμφανίζουν τον χαμηλότερο μέσο όρο ποιότητας ζωής (48,7), αντιμετωπίζοντας τις ισχυρότερες προκλήσεις σε αυτόν τον τομέα. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τις έως τώρα έρευνες που παρουσιάζουν τα άτομα με χρόνια νοσήματα να έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Samiei et al., 2019)· (Fortin et al., 2006)· (Cao et al., 2009). Καθώς οι διαφορές μεταξύ των ομάδων του δείγματος δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($p > 0,05$), αν και πλησιάζουν στη στατιστική σημαντικότητα ($p = 0,070$), διαφαίνεται ότι οι διαφορετικές μορφές αναπηρίας μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής, όχι όμως τόσο σημαντικές βάσει των αναλυόμενων δεδομένων. Το πόρισμα αυτό συμφωνεί εν πολλοίς με τις έρευνες των Nyman et al. (2010) και Brunese et al. (2021) για τα άτομα με οπτική αναπηρία. Για τα άτομα με κινητική αναπηρία είναι λιγότερα γνωστά για τη σχετική σημασία που δίνουν τα άτομα με αναπηρία στις εναλλακτικές διαστάσεις ποιότητας ζωής.

Στο πλαίσιο του τρίτου ερευνητικού ερωτήματος, διερευνήθηκε το κατά πόσο επηρεάζουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, προσωπική κατάσταση, είδος απασχόλησης, εισόδημα, μορφωτικό επίπεδο) την ποιότητα ζωής του δείγματος. Βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής μένει ανεπηρέαστη από στοιχεία όπως το φύλο, η ηλικία, η προσωπική κατάσταση, το είδος απασχόλησης και το μορφωτικό επίπεδο αφού από τα αποτελέσματα δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις προαναφερόμενες μεταβλητές. Σε ό,τι αφορά τη βιβλιογραφία, το ως άνω συμπέρασμα αντιτίθεται άμεσα με τα αποτελέσματα άλλων ελληνικών και ξένων ερευνών όπως των Kimmelet. al. (1995), των Fortinet., al. (2004), των Taylor et. al. (2008), της Θεοφίλου (2011), των Κωνσταντοπούλου και συν. (2018) και των Φαλακίδου και συν. (2018). Οι μελέτες αυτές υποστηρίζουν πως θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ατόμων φαίνεται ότι έχει η ηλικία, η αλληλεπίδραση με φίλικα και οικογενειακά πρόσωπα, η συντροφική σχέση, το είδος απασχόλησης και το εισόδημα που λαμβάνουν από αυτή. Η έρευνά μας επιβεβαίωσε μόνο τη στατιστική σημαντικότητα της μεταβλητής του εισοδήματος που τα άτομα λαμβάνουν από την εργασία, η οποία φαίνεται ότι είναι εν τέλει η μοναδική από τις εξεταζόμενες παραμέτρους που επηρεάζει την ποιότητα ζωής.

Κατά την ανάλυση των δεδομένων που αντιστοιχίζονται στην τέταρτη ερευνητική ερώτηση, για το εάν οι παράμετροι της μοναξιάς και των κοινωνικών δεξιοτήτων επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του δείγματος, τα αποτελέσματα γενικά έδειξαν ότι δεν υφίσταται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της μοναξιάς των ερωτώμενων, αφού το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Το παραπάνω αποτέλεσμα έρχεται σε άμεση αντίθεση με άλλες παρελθοντικές και πιο πρόσφατες έρευνες, που ισχυρίστηκαν ότι η μοναξιά αποτελεί δείκτη πρόβλεψης αρνητικών για την υγεία αποτελεσμάτων σε ενήλικες που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα, όπως εκείνες των Foxall & Ekberg, (1989), των Penninx et. al. (1999), των Alpass et. al. (2003), των Rokack et. al. (2006), των Theeke et. al. (2012), των Greene et. al. (2017), των Theeke et. al. (2019), Warner et. al. (2019) και των Soleimaniet. al. (2020).

Πόρισμα της παρούσας μελέτης αποτελεί το ότι όλες οι διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων του δείγματος (κοινωνικό κίνητρο, ενσυναίσθηση, κοινωνική νοημοσύνη, ρύθμιση συναισθημάτων), επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής των ατόμων, αφού υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ τους. Το παρόν εύρημα είναι δικαιολογημένο, καθώς όταν οι κοινωνικές δεξιότητες δεν είναι ανεπτυγμένες σε επαρκή βαθμό, καθιστούν δύσκολη την προσαρμογή και την ανταπόκριση του ατόμου προς τις κοινωνικές επιταγές (Theunissen, 2016; Sarimaski, 2008b, όπ. αναφ. στο Σούλη, 2020 σελ.208). Στο πλαίσιο αυτό, η ποιότητα ζωής των ατόμων επηρεάζεται καταλυτικά, αφού παράγοντες όπως η κοινωνική συμμετοχή, οι κοινωνικές σχέσεις και το κοινωνικό περιβάλλον, καθώς συνδέονται μεταξύ τους, συνεπιδρούν στην ευρύτερη ευχαρίστηση που λαμβάνει από τη ζωή του ο κάθε άνθρωπος. Η σημασία της στήριξης και της βοήθειας που προσφέρουν τα κοινωνικά δίκτυα εξάλλου, έχει πολλάκις τονιστεί ως μία εξαιρετικά σημαντική παράμετρος που εγγυάται καλή ποιότητα ζωής (McDougall, Baldwin, Evansetal., 2016). Με την ως άνω διαπίστωση συμπίπτουν και οι ξενόγλωσσες έρευνες των Ormelet. al. (1997), Gallant (2003), Kroenkeet. al., (2013) και των Mølleret. al. (2020).

Το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε την επίδραση των δημογραφικών στοιχείων (φύλο, ηλικία, προσωπική κατάσταση, είδος απασχόλησης, εισόδημα, μορφωτικό επίπεδο) στον βαθμό της μοναξιάς που αισθάνεται το δείγμα· βρέθηκε ότι η ηλικία, η προσωπική κατάσταση, το είδος απασχόλησης, το μορφωτικό επίπεδο και το εισόδημα δεν επηρεάζουν την παράμετρο της μοναξιάς, αφού δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσά τους. Μελετώντας τη διεθνή βιβλιογραφία, το συγκεκριμένο συμπέρασμα έρχεται σε πλήρη ασυμφωνία με τα αποτελέσματα παλιότερης έρευνας των Penninxet. al. (1999), κατά την οποία η συντροφική σχέση συνδυαστικά με τις υψηλές εισοδηματικές απολαβές, επιδρούν θετικά σε συναισθηματικούς παράγοντες όπως αυτός της μοναξιάς.

Για το έκτο ερευνητικό ερώτημα, εξετάζοντας κατά πόσο οι κοινωνικές δεξιότητες επηρεάζουν τον παράγοντα της μοναξιάς, από τα στατιστικά στοιχεία που προέκυψαν αποδεικνύεται στατιστικά στενή συσχέτιση μεταξύ των δύο παραγόντων. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα ανέδειξε ότι οι υψηλότεροι μέσοι όροι μοναξιάς συνδέονται με μικρότερα επίπεδα κοινωνικού κινήτρου, κοινωνικής νοημοσύνης και ρύθμισης συναισθημάτων. Τα πορίσματα αυτά υποδηλώνουν ότι η ικανότητα αντίληψης και ανταπόκρισης του ατόμου σε κοινωνικές καταστάσεις, καθώς και η ικανότητα ρύθμισης των συναισθημάτων του αποδεικνύονται κρίσιμα για την αντίληψη της μοναξιάς. Τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης επιβεβαιώνουν, ότι η μοναξιά δεν οφείλεται μόνο σε ενδότερες ατομικές διεργασίες, αλλά σχετίζεται άμεσα με τις κοινωνικές δεξιότητες που επιδρούν στην ικανότητα επικοινωνίας, κατανόησης και αλληλεπίδρασης με άλλους ανθρώπους. Η σημασία τους εντοπίζεται στη διαπίστωση πως η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη ως αποτέλεσμα των κοινωνικών δεξιοτήτων συνιστά έναν παράγοντα καταλυτικής σημασίας για την ποιότητα της υγείας των πασχόντων από χρόνιες παθήσεις, καθώς ταυτόχρονα ενισχύει την ικανότητά τους για την διαχείριση αρνητικών συναισθημάτων όπως αυτό της μοναξιάς (Karatas&Bostanoglu, 2017). Ειδικότερα, στις περιπτώσεις των χρόνιων παθήσεων, οι ασθενείς με τα διαγνωστικά, διέρχονται διαφόρων ψυχολογικών

σταδίων, αυξάνοντας την πιθανότητα εμφάνισης αρνητικών συναισθημάτων σαν την κατάθλιψη, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει πολλούς τομείς λειτουργίας όπως αυτός της κοινωνικότητας, στερώντας τους τη δυνατότητα λειτουργικής αλληλεπίδρασης με το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο περιλαμβάνονται η οικογένεια, οι φίλοι, οι σύντροφοι κ.λπ. (Sarimski, 2011 όπ. αναφ. στο Σούλη, 2020 σελ.300). Το προαναφερόμενο έχει σαν αποτέλεσμα μια αυξημένη τάση να βιώνουν επιπρόσθετα αρνητικά αισθήματα όπως αυτό της μοναξιάς, καθώς σε πολλές περιπτώσεις οδηγούνται στην κοινωνική απομόνωση. Με το συγκεκριμένο συμπέρασμα συμπίπτουν και οι διεθνούς εμβέλειας έρευνες των Alpass&Neville (2010), των Marroquinet. al. (2016), των Fanakidouet. al. (2017) και του Sergin (2017).

Αναφορικά με το έβδομο ερευνητικό ερώτημα, για την επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην ποιότητα ζωής του δείγματος, προέκυψε ότι άμεση επίδραση έχουν η κοινωνική κατανόηση, η λεκτική επικοινωνία και η συναισθηματική ρύθμιση. Η επίτευξη αρμονικών κοινωνικών σχέσεων ανάμεσα στο άτομο που πάσχει από κάποια χρόνια πάθηση και στο άμεσο περιβάλλον του, θα το οδηγήσει στην αποδοχή της ιδιαίτερης κατάστασης της υγείας του με πιο ομαλό τρόπο. Από κάποιες διαστάσεις των κοινωνικών δεξιοτήτων επομένως, πηγάζει μια ποιότητα που εδράζεται στην αναγνώριση από τον χρόνο πάσχοντα, ότι η κατάσταση της υγείας του δεν πρέπει να λειτουργεί ως εμπόδιο για να απολαύσει μια καλή ζωή (Σούλης, 2020). Με το παραπάνω συμφωνούν οι διεθνείς έρευνες των Caplan (2017), της Lotfi (2020) και των Ofir-Eyalet. al. (2014). Όπως προείπαμε το αυτό ισχύει για τα άτομα με κινητική αναπηρία

Καταλήγοντας, στο όγδοο και τελευταίο ερευνητικό ερώτημα, για την επίδραση των κοινωνικών δεξιοτήτων στην ποιότητα ζωής του δείγματος, η συσχέτιση μεταξύ της μοναξιάς και της ποιότητας ζωής αποδεικνύεται στατιστικά σημαντική σύμφωνα με τ' αποτελέσματα, τα οποία οδηγούν στο ενδεχόμενο συμπέρασμα ότι η καλλιέργεια των κοινωνικών δεξιοτήτων μάλλον συνεπάγεται ευεργετικό αντίκτυπο στην κατάσταση της ποιότητας ζωής των ατόμων. Εξάλλου η μοναξιά, ερμηνεύεται ως η διαταραχή μεταξύ των πραγματικών και των επιθυμητών σχέσεων, η οποία διαχωρίζεται σαφώς από την έννοια της μοναχικότητας, ενώ συνδέεται στενά με αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, που υπονομεύουν την ποιότητα ζωής των προσώπων. Με το παραπάνω πόρισμα συμφωνούν οι διεθνείς έρευνες των Theekeet. al. (2012) και των Greeneet. al. (2017).

Για τις κοινωνικές δεξιότητες από την άλλη, αναδείχθηκε ότι η ποιότητα ζωής καθορίζεται από κάποιες παραμέτρους των κοινωνικών δεξιοτήτων. Γιατί συγκρίνοντας τους μέσους όρους των μετρήσεων, διαφαίνεται ότι τα άτομα με αυξημένο κοινωνικό κίνητρο, ρύθμιση συναισθημάτων και μη λεκτική επικοινωνία οδηγούνται σε καλύτερη ποιότητα ζωής. Το συγκεκριμένο εύρημα μπορεί να έγκειται στο ότι οι προαναφερθείσες παράμετροι των κοινωνικών δεξιοτήτων ευθύνονται περισσότερο για τη συμμετοχή του ατόμου σε δραστηριότητες κοινωνικής συνύπαρξης, οι οποίες με τη σειρά τους θα λειτουργήσουν ανασταλτικά σε αρνητικά συναισθήματα όπως αυτό της μοναξιάς, δημιουργώντας ένα αίσθημα του «ανήκειν» στο άτομο (Γκατζόγια, Ζάραγκας, Κούτρας, &Κουτσούκη, 2018; Sarimski, 2008b, όπ. αναφ. στο Σούλη, 2020, σελ.301). Αξίζει να σημειωθεί ότι σε ό,τι αφορά τις

κοινωνικές δεξιότητες των πασχόντων από χρόνια νοσήματα, εντοπίζονται δύο πόλοι: Ο πρώτος πόλος συνίσταται στην ίδια την υπόσταση του ατόμου, ενώ ο άλλος αφορά το κοινωνικό του δίκτυο. Ειδικότερα, βάσει του πόλου που αναφέρεται στον ίδιο τον πάσχοντα, οι κοινωνικές δεξιότητες αφορούν στο ξεκίνημα της αλληλεπίδρασης του με το κοινωνικό πλαίσιο, στη συντήρησή της και στην οριοθέτηση ανάμεσα στον ίδιο και στον κοινωνικό του περίγυρο. Αντιθέτως, ο παράγοντας των κοινωνικών δεξιοτήτων που αναφέρεται στους άλλους παραπέμπει στην παρεχόμενη υποστήριξη, στη συνδιαλλαγή και στα οφέλη που προκύπτουν από την κοινωνική αλληλοεπίδραση με τον πάσχοντα (Garrote, 2017, όπ. αναφ. στο Σούλη, 2020, σελ. 298). Με το προαναφερόμενο εύρημα ταυτίζονται οι έρευνες των Ormelet. al. (1997), Gallant (2003), Kroenke et. al., (2013), του Sergin (2017), καθώς και της Lotfi (2020). Επιπλέον, στο σύνολό τους, τα πορίσματα έδειξαν ότι οι κοινωνικές δεξιότητες και η μοναξιά αποτελούν σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες για την ποιότητα ζωής. Βέβαια, από τις κοινωνικές δεξιότητες που μελετήθηκαν, μόνη η λεκτική επικοινωνία προέκυψε ως στατιστικά σημαντική για την πρόβλεψη της ποιότητας ζωής. Οι άλλες παράμετροι, ίσως να έχουν κάποιο βαθμό επίδρασης, καθώς δεν εμφανίζονται ως στατιστικά σημαντικές βάσει των δεδομένων της παρούσας ανάλυσης.

Η παρούσα έρευνα μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι, παρόλο που διαστάσεις της μοναξιάς και των κοινωνικών δεξιοτήτων επιδρούν στην ποιότητα ζωής, η επιρροή τους μπορεί να είναι διαφορετική και ανάλογη με εξειδικευμένα χαρακτηριστικά του κάθε προσώπου. Επομένως, οι παρεμβάσεις που έχουν ως στόχο τους την ενδυνάμωση της κοινωνικής υποστήριξης και των κοινωνικών δεξιοτήτων μπορεί να αποβούν καθοριστικής σημασίας για την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής αυτών των προσώπων. Επιπλέον η ερευνητική διαδικασία ανέδειξε το ζητούμενο της δημιουργίας εξατομικευμένων στρατηγικών παρέμβασης που βασίζονται στις ιδιαιτερότητες κάθε ομάδας.

Με μια ευρεία εκτίμηση, τα πορίσματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας ανοίγουν νέους ορίζοντες στην πρόσληψη του τρόπου με τον οποίο τόσο οι κοινωνικές δεξιότητες όσο και η μοναξιά επιδρούν στην ποιότητα ζωής των προσώπων με χρόνιες παθήσεις και αναπηρίες, αλλά και του γενικότερου πληθυσμού, ενθαρρύνοντας τις πρωτοβουλίες για περαιτέρω έρευνες σε αυτόν τον τομέα.

7.2 Περιορισμοί της έρευνας

Από την πορεία της υλοποίησης και της ανάλυσης των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης έρευνας, ανέκυψαν κάποιοι περιορισμοί. Αρχικά ένας από αυτούς είναι το μικρό μέγεθος του δείγματος σε σχέση με τον πληθυσμό που εκπροσωπεί, στοιχείο που δεν επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων για γενίκευση. Στην έρευνα όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των συμμετεχόντων τόσο αξιόπιστα θα είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας (Bryman, 2017). Επιπλέον, στους περιορισμούς συγκαταλέγεται και η χρήση του εργαλείου αυτοαναφοράς, το ερωτηματολόγιο, καθώς δεν υπάρχει βεβαιότητα ότι η απάντηση που δίνεται είναι

από τα άτομα στα οποία απευθύνεται η έρευνα αλλά και ότι ενδέχεται να υπάρξουν και μη ειλικρινείς απαντήσεις από πλευράς των συμμετεχόντων. Ακολούθως, στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων μέσω τηλεφώνου σε άτομα με οπτική αναπηρία ενέχει ο κίνδυνος της ‘μεροληψίας κοινωνικής ευαρέσκειας’, δηλαδή υπάρχει πιθανότητα οι συμμετέχοντες να έδωσαν μια απάντηση που θεωρείται ότι είναι περισσότερο ευάρεστη κοινωνικά (Bryman, 2016 σ. 252). Τέλος θα ήταν χρήσιμο το δείγμα να συμπεριλάμβανε και άλλων ειδών αναπηρίες όπως για παράδειγμα η ακουστική αναπηρία ώστε να μελετηθούν και να συγκριθούν όλα τα είδη αναπηρίας.

7.3 Μελλοντικές προς έρευνα προτάσεις

Για να κριθεί δυνατή η ασφαλής γενίκευση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας κρίνεται χρήσιμη η επιβεβαίωση τους από μελλοντικές έρευνες που θα μπορούσαν να διερευνήσουν πιο διεξοδικά το θέμα.

Λαμβάνοντας υπόψη τα ευρήματα μπορούμε να προτείνουμε κάποιες μελλοντικές προτάσεις για την εξέλιξη της υπάρχουσας έρευνας. Σε μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να γίνει όχι μόνο σε ποσοτικό αλλά και σε ποιοτικό πλαίσιο που θα συμπεριλάμβανε συνδυασμό ερευνητικών μεθόδων, καθώς μέσω των συνεντεύξεων ημιδομημένου χαρακτήρα μπορεί να καταγραφεί εντελώς η κλίμακα των κοινωνικών δεξιοτήτων και της ποιότητας ζωής, ενώ με την παρατήρηση θα μπορούσε να διαπιστωθεί το επίπεδο της μοναξιάς. Μέσω των συνεντεύξεων ποιοτικού χαρακτήρα δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην οπτική των συνεντευξιζόμενων (Bryman, 2016, σ. 514). Τα άτομα με αναπηρία θα μπορούσαν να εκφράσουν καλύτερα τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και τα συναισθήματα που νιώθουν.

Επιπροσθέτως σημαντική καθίσταται η χρήση άλλων ερευνητικών εργαλείων, ώστε να συγκριθούν τα αποτελέσματα καθώς επίσης να ερευνηθούν και άλλοι παράγοντες (κατάθλιψη, stress). Εν συνεχεία η ερευνητική προσπάθεια μπορεί να πραγματοποιηθεί σε πολλούς νομούς, έτσι ώστε να προκύψει ένα περισσότερο συγκεντρωτικό αποτέλεσμα, έτσι ένα ευρύτατο δείγμα, που θα αντιπροσωπεύει πολλούς νομούς θα συντελούσε στην εξαγωγή ενός πιο αντικειμενικού και ασφαλούς αποτελέσματος.

7.4 Εκπαιδευτικές προτάσεις

Η αναπηρία αποτελεί ένα περίπλοκο φαινόμενο και όχι απλώς ένα πρόβλημα υγείας, που αντανάκλα την αλληλεπίδραση μεταξύ των χαρακτηριστικών του σώματος ενός ατόμου και των χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει (Oliver, 2013). Συνεπώς το άτομο με αναπηρία να βιώνει αρκετές δυσκολίες στη καθημερινή ζωή, οι οποίες είναι φανερές και σε μαθητές με αναπηρία ή ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες (Kipriotaki & Makrodimitraki, 2008). Γι αυτό τον λόγο κρίνεται αναγκαία η πραγματοποίηση αλλαγών σε επίπεδο κοινωνίας, βελτίωση παροχής κατάλληλων υπηρεσιών αλλά και η μετάβαση από το καθαρά ιατρικό στο κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας, με γνώμονα τις ανεπάρκειες των κοινωνικών

δομών και όχι τις δυσκολίες των ατόμων με αναπηρία ή ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες με απώτερο σκοπό την βίωση της ευημερίας για τα άτομα αυτά (Κυπριωτάκη & Μακροδημητράκη, 2021). Προχωρώντας είναι απαραίτητο να αναφερθούμε στη συμβολή της παρούσας έρευνας στην εκπαίδευση, με στόχο τη μείωση του αισθήματος της μοναξιάς και της κοινωνικής απομόνωσης και ταυτόχρονα την ενίσχυση της κοινωνικής επάρκειας στα παιδιά με ή χωρίς ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες. Τα παραπάνω αποτελούν σημαντικά στοιχεία για την ψυχοκοινωνική τους ενσωμάτωση και τη βελτίωση της εκπαιδευτικής τους δραστηριότητας.

Σημαντικό μέλημα της εκπαίδευσης και της υποστήριξης των μαθητών με αναπηρία είναι η αρχικά η προσβασιμότητα τους. Είναι απαραίτητο μέσα στα σχολεία να υλοποιούνται προγράμματα για παιδιά με ή χωρίς αναπηρία που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης συναισθημάτων μοναξιάς και χαμηλή κοινωνική επάρκεια. Επομένως τα αναλυτικά προγράμματα χρειάζονται μια συμπεριληπτική πολιτική εκ μέρους των σχολείων. Η εφαρμογή ΑΠΣ Ειδικής Αγωγής προϋποθέτει την προσαρμογή του σχολείου και του προγράμματος στις ανάγκες των μαθητών του, καθώς ταυτόχρονα υποστηρίζει και αναπτύσσει την προσαρμογή των μαθητών στις κοινωνικές κι ομαδικές ανάγκες. Η ενεργητική συμμετοχή του μαθητή με αναπηρία σε όλες τις δραστηριότητες της σχολικής ζωής με παράλληλες παρεμβάσεις, όπου κρίνεται σκόπιμο από το προσωπικό του σχολείου, στις κοινωνικές δεξιότητες του αποτελούν την εγγύηση για την κοινωνική ενσωμάτωση όλων των μαθητών, ανεξαρτήτως δυσκολιών. Για να είναι όμως επιτυχής κάθε τέτοια προσπάθεια, το Α.Π.Σ. πρέπει να φροντίζει για την ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων στους μαθητές, όπως: α) την ανταπόκριση στην επικοινωνία των άλλων, β) την επικοινωνία και αλληλεπίδραση με τους άλλους, γ) την επιτυχή επικοινωνία με τους άλλους, δ) την αναγνώριση συμβόλων που χρησιμοποιούνται στην καθημερινή ζωή, ε) την ικανότητα αυτοελέγχου και ελέγχου της συμπεριφοράς.

Τέλος, λαμβάνοντας υπόψη τα ευρήματα της έρευνας κρίνεται χρήσιμο να πραγματοποιηθούν προγράμματα παρέμβασης που αποσκοπούν στη καλλιέργεια των κοινωνικών δεξιοτήτων όπως οι διαπροσωπικές σχέσεις, η επικοινωνία, η υπευθυνότητα, η αυτοαντίληψη και η αυτοεκτίμηση, αυτό-εξυπηρέτηση. Ο εκπαιδευτικός μπορεί να αξιοποιήσει με διάφορους τρόπους, στρατηγικές προώθησης κοινωνικών δεξιοτήτων και απαιτείται να δημιουργεί ένα κοινωνικό μοντέλο, το οποίο παράγει κοινωνική συμπεριφορά ενώ παράλληλα να ενεργοποιεί και να εμπλέκει το παιδί με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες ώστε αυτό να προσέξει, κατανοήσει, μιμηθεί, απομνημονεύσει και αναπαράγει σε διάφορες συνθήκες, την διδασκόμενη συμπεριφορά (Garfine & Schwartz, 2002). Αυτές μπορεί να είναι αποτελεσματικές για τη βελτίωση και την αύξηση της κοινωνικής επάρκειας καθώς και τη μείωση της μοναξιάς τόσο για τους ενήλικες όσο και για τους ανήλικους.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Arneson D, Shu L, Tsai B, Barrere-Cain R, Sun C, Yang X. Multidimensional integrative genomics approaches to dissecting cardiovascular disease. *Front Cardiovasc Med*. 2017;4:8.
- Bailey LB, Stover PJ, McNulty H, Fenech MF, Gregory JF 3rd, Mills JL, Pfeiffer CM, Fazili Z, Zhang M, Ueland PM, Molloy AM, Caudill MA, Shane B, Berry RJ, Bailey RL, Hausman DB, Raghavan R, Raiten DJ. Biomarkers of nutrition for development-folate review. *J Nutr*. 2015;145(7):1636S–1680S
- Beger RD, Dunn W, Schmidt MA, Gross SS, Kirwan JA, Cascante M, Brennan L, Wishart DS, Oresic M, Hankemeier T, Broadhurst DI, Lane AN, Suhre K, Kastenmuller G, Sumner SJ, Thiele I, Fiehn O, R. Kaddurah-Daouk M., “Precision Medicine and Pharmacometabolomics Task Group”-Metabolomics Society Initiative. Metabolomics enables precision medicine: “A white paper, community perspective.” *Metabolomics*. 2016;12(10):149.
- Calder PC, Boobis A, Braun D, Champ CL, Dye L, Einother S, Greyling A, Matthys C, Putz P, Wopereis S, Woodside JV, Antoine JM. Improving selection of markers in nutrition research: Evaluation of the criteria proposed by the ILSI Europe Marker Validation Initiative. *Nutr Res Rev*. 2017;30(1):73–81.
- Jensen H, Vedsted P. Exploration of the possible effect on survival of lead-time associated with implementation of cancer patient pathways among symptomatic first-time cancer patients in Denmark. *Cancer Epidemiol*. 2017;49:195–201.
- Frisoni GB, Visser PJ. Biomarkers for Alzheimer's disease: A controversial topic. *Lancet Neurol*. 2015;14(8):781–783.
- Gavrilov LA, Gavrilova NS. Predictors of exceptional longevity: Effects of early-life and midlife conditions, and familial longevity. *N Am Actuar J*. 2015;19(3):174–186.
- Goodman RA, Posner SF, Huang ES, Parekh AK, Koh HK. Defining and measuring chronic conditions: imperatives for research, policy, program, and practice. *Prev Chronic Dis*. 2013 Apr 25;10:E66.
- Kadu MK, Stolee P. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2015;
- King JC, Brown KH, Gibson RS, Krebs NF, Lowe NM, Siekmann JH, Raiten DJ. Biomarkers of Nutrition for Development (BOND)—Zinc review. *J Nutr*. 2016;146(4):858S–885S.

- Li C, Balluz LS, Okoro CA, Strine TW, Lin JM, Town M, et al. Surveillance of certain health behaviors and conditions among states and selected local areas — Behavioral Risk Factor Surveillance System, United States, 2009. *MMWR Surveill Summ* 2011;60(9):1–250.
- Pasricha A, Deinstadt RTM, Moher D, Killoran A, Rourke SB, Kendall CE. Chronic care model decision support and clinical information systems interventions for people living with HIV: a systematic review. *J Gen Intern Med*. 2012;
- Reynolds R, Dennis S, Hasan I, Slewa J, Chen W, Tian D, Bobba S, Zwar N. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Fam Pract*. 2018 Jan 9;19(1):11.
- Robb MA, McInnes PM, Califf RM. Biomarkers and surrogate endpoints: Developing common terminology and definitions. *JAMA*. 2016;315(11):1107–1108.
- WHO (World Health Organization). Effect of increased potassium intake on cardiovascular disease, coronary heart disease and stroke. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012.
- Nuzzi A, Becco A, Boschirola A, Coletto A, Nuzzi R. Blindness and visual impairment: quality of life and accessibility in the city of Turin. *Front Med (Lausanne)*. 2024 Mar 21;11:1361631.
- Pizzarello L, Abiose A, Ffytche T, Duerksen R, Thulasiraj R, Taylor H, et al.. VISION 2020: the right to sight: a global initiative to eliminate avoidable blindness. *Arch Ophthalmol*. (2004) 122:615–20.
- World Health Organization . Universal eye health: a global action plan 2014–2019. (2013) Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/universal-eye-health-a-global-action-plan-2014-2019> (Accessed May 5, 2024).
- Bourne R, Steinmetz JD, Flaxman S, Briant PS, Taylor HR, Resnikoff S, et al.. Trends in prevalence of blindness and distance and near vision impairment over 30 years: an analysis for the global burden of disease study. *Lancet Glob Health*. (2021) 9:e130–43.
- Steinmetz JD, Bourne RR, Briant PS, Flaxman SR, Taylor HR, Jonas JB, et al.. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the right to sight: an analysis for the global burden of disease study. *Lancet Glob Health*. (2021) 9:e144–60.

- Bos AF, Van Braeckel KN, Hitzert MM, Tanis JC, Roze E. Ανάπτυξη λεπτών κινητικών δεξιοτήτων σε πρόωρα βρέφη. *Dev Med Child Neurol*. 2013 Nov;55 Suppl 4:1-4.
- Fraser SA, Li KZ, Penhune VB. Η απόδοση διπλής εργασίας αποκαλύπτει αυξημένη συμμετοχή του εκτελεστικού ελέγχου στην αλληλουχία λεπτής κινητικότητας στην υγιή γήρανση. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2010 Sep;65(5):526-35.
- Ludwig PE, Reddy V, Varacallo M. StatPearls [Διαδίκτυο]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): 10 Οκτωβρίου 2022. Νευροανατομία, Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (CNS)
- Morris R, Whishaw IQ. Κίνηση χεριού και χεριού: τρέχουσα γνώση και μελλοντική προοπτική. *Front Neurol*. 2015; 6:19. [Δωρεάν άρθρο PMC]
- Lyle MA, Valero-Cuevas FJ, Gregor RJ, Powers CM. Η επιδεξιότητα των κάτω άκρων σχετίζεται με την ευκινησία σε εφήβους αθλητές ποδοσφαίρου. *Scand J Med Sci Sports*. 25 (1): 81-8 Φεβρουαρίου 2015. [άρθρο δωρεάν PMC]
- Dempsey-Jones H, Wesselink DB, Friedman J, Makin TR. Οργανωμένοι χάρτες δακτύλων σε χρήστες ακραίων ποδιών. *Cell Rep*. 2019 Sep 10;28(11):2748-2756.e4. [Δωρεάν άρθρο PMC]
- Dosman CF, Andrews D, Goulden KJ. Οι ηλικίες ορόσημο που βασίζονται σε στοιχεία ως πλαίσιο για την αναπτυξιακή επιτήρηση. *Παιδική Υγεία Παιδιού*. 2012 Dec;17(10):561-8. [Δωρεάν άρθρο PMC]
- Liu MJ, Xiong CH, Hu D. Αξιολόγηση των χειριστικών δυνατοτήτων των πιθήκων, των πιθήκων και των ανθρώπων από τις αναλογίες των χεριών: συνέπειες για την εξέλιξη των χεριών. *Proc Biol Sci*. 30 Νοεμβρίου 2016, 283(1843) [άρθρο χωρίς PMC]
- Catani M. A little man of some importance. *Brain*. 2017 Nov 01;140(11):3055-3061. [[PMC free article](#)]
- Allgöwer K, Hermsdörfer J. Fine motor skills predict performance in the Jebsen Taylor Hand Function Test after stroke. *Clin Neurophysiol*. 2017 Oct;128(10):1858-1871.
- Bullock J, Rizvi SAA, Saleh AM, Ahmed SS, Do DP, Ansari RA, Ahmed J. Rheumatoid Arthritis: A Brief Overview of the Treatment. *Med Princ Pract*. 2018;27(6):501-507.
- Matei R, Ginsborg J. Music performance anxiety in classical musicians - what we know about what works. *BJPsych Int*. 2017 May;14(2):33-35.

- Cheong YS, Kim AR, Park E, Yang WJ, Huh JW, Oh HM, Min YS, Kim CH, Jung TD, Lee YS. Validity of the Buttoning Test in Hand Disability Evaluation of Patients With Stroke. *Ann Rehabil Med*. 2018 Feb;42(1):18-25.
- Seo SM. The effect of fine motor skills on handwriting legibility in preschool age children. *J Phys Ther Sci*. 2018 Feb;30(2):324-327.
- San Luciano M, Wang C, Ortega RA, Yu Q, Boschung S, Soto-Valencia J, Bressman SB, Lipton RB, Pullman S, Saunders-Pullman R. Digitized Spiral Drawing: A Possible Biomarker for Early Parkinson's Disease. *PLoS One*. 2016;11(10):e0162799.
- Braun V., Clarke V. (2012). Thematic analysis. In Cooper H., Camic P. M., Long D. L., Panter A. T., Rindskopf D., Sher K. J. (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology* (pp. 57–71). American Psychological Association.
- Braun V., Clarke V. (2021). Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(1), 37–47.
- Campbell L., Stanton S. C. (2019). Adult attachment and trust in romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 25, 148–151.
- Campbell S. W., Ross M. Q. (2022). Re-conceptualizing solitude in the digital era: From “being alone” to “noncommunication”. *Communication Theory*, 32(3), 387–406.
- Coplan R. C., Bowker J. C., Nelson E. (2021). *The handbook of solitude: Psychological perspectives on social isolation, social withdrawal, and being alone* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- Coplan R. J., Hipson W. E., Archbell K. A., Ooi L. L., Baldwin D., Bowker J. C. (2019). Seeking more solitude: Conceptualization, assessment, and implications of aloneliness. *Personality and Individual Differences*, 148, 17–26.
- De Backer M. (2019). Regimes of visibility: Hanging out in Brussels’ public spaces. *Space and Culture*, 22(3), 308–320.
- Haddock G., Foad C. M., Thorne S. (2022). How do people conceptualize mindfulness? *Royal Society Open Science*, 9(3), Article 211366.
- Haney C. (2018). The psychological effects of solitary confinement: A systematic critique. *Crime and Justice*, 47(1), 365–416.
- Hansen H., Weinstein N., Nguyen T.-V. (2022). *Resilient in solitude: A qualitative multi-level analysis of the drivers of flourishing when alone*. Manuscript under review.

- Jacobson D., Mustafa N. (2019). Social identity map: A reflexivity tool for practicing explicit positionality in critical qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 18, 1–12.
- Jiang D., Fung H. H., Lay J. C., Ashe M. C., Graf P., Hoppmann C. A. (2019). Everyday solitude, affective experiences, and well-being in old age: The role of culture versus immigration. *Aging & Mental Health*, 23(9), 1095–1104.
- Extremera N., Quintana-Orts C., Mérida-López S., Rey L. Cyberbullying victimization, self-esteem and suicidal ideation in adolescence: Does emotional intelligence play a buffering role? *Front. Psychol.* 2018;9:367.
- Dolev N., Leshem S. Developing emotional intelligence competence among teachers. *Teach. Dev.* 2017;1:21–39.
- Beauvais A., Andreychik M., Henkel L.A. The role of emotional intelligence and empathy in compassionate nursing care. *Mindfulness Compassion*. 2017;2:92–100.
- Salavera C., Usan P., Jarie L. Emotional intelligence and social skills on self-efficacy in secondary education students. Are there gender differences? *J. Adolesc.* 2017;60:39–46.
- Baroncelli A., Ciucci E. Unique effects of different components of trait emotional intelligence in traditional bullying and cyberbullying. *J. Adolesc.* 2014;6:807–815.
- Castilho P., Carvalho S.A., Marques S., Pinto-Gouveia J. Self-compassion and emotional intelligence in adolescence: A multigroup mediational study of the impact of shame memories on depressive symptoms. *J. Child Fam. Stud.* 2017;3:759–768.
- Bautista L.E., Bajwa P.K., Shafer M.M., Malecki K.M.C., McWilliams C.A., Palloni A. The relationship between chronic stress, hair cortisol and hypertension. *Int. J. Cardiol. Hypertens.* 2019;2:100012.
- Samiei Siboni F, Alimoradi Z, Atashi V, Alipour M, Khatooni M. Quality of Life in Different Chronic Diseases and Its Related Factors. *Int J Prev Med.* 2019 May 17;10:65.
- Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Almirall J, Dubois MF, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res.* 2006;15:83–91.
- Kim KI, Lee JH, Kim CH. Impaired health-related quality of life in elderly women is associated with multimorbidity: Results from the Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Gend Med.* 2012;9:309–18.

- Xie G, Laskowitz DT, Turner EL, Egger JR, Shi P, Ren F, et al. Baseline health-related quality of life and 10-year all-cause mortality among 1739 chinese adults. *PLoS One*. 2014;9:e101527. [[PMC free article](#)]
- Allison S, Roeger L, Reinfeld-Kirkman N (2009) Does school bullying affect adult health? Population survey of health-related quality of life and past victimization. *Austral New Zeal J Psych* 43(12):1163–1170.
- Bielderma A, de Greef MHG, Krijnen WP, van der Schans CP (2015) Relationship between socioeconomic status and quality of life in older adults: a path analysis. *Qual Life Res* 24(7):1697–1705.
- Binns AM, Bunce C, Dickinson C et al (2012) How effective is low vision service provision? A systematic review. *Surv Ophthalmol* 57(1):34–65.
- Bonsaksen T, Ekeberg Ø, Skogstad L, Heir T, Grimholt TK, Lerdal A, Schou-Bredal I (2019a) Self-rated global health in the Norwegian general population. *Health Qual Life Outcomes* 17(1):188.
- Bonsaksen T, Lerdal A, Heir T, Ekeberg Ø, Skogstad L, Grimholt TK, Schou-Bredal I (2019b) General self-efficacy in the Norwegian population: differences and similarities between sociodemographic groups. *Scand J Public Health* 47(7):695–704.
- Bonsaksen T, Brunes A, Heir T (2022) Post-traumatic stress disorder in people with visual impairment compared with the general population. *Int J Environ Res Public Health* 19(2):619.
- Bourne R, Steinmetz JD, Flaxman S et al (2021) Trends in prevalence of blindness and distance and near vision impairment over 30 years: an analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Global Health* 9(2):e130–e143.
- Brunes A, Heir T (2018) Sexual assaults in individuals with visual impairment: a cross-sectional study of a Norwegian sample. *BMJ Open* 8(6):e021602.
- Brunes A, Heir T (2020a) Social interactions, experiences with adverse life events and depressive symptoms in individuals with visual impairment: a cross-sectional study. *BMC Psych* 20(1):224.
- Brunes A, Heir T (2020b) Visual impairment and depression: Age-specific prevalence, associations with vision loss, and relation to life satisfaction. *World J Psych* 10(6):139–149.
- Brunes A, Heir T (2021) Serious life events in people with visual impairment versus the general population. *Int J Environ Res Public Health* 18(21):11536.

- Brunes A, Heir T (2022) Visual impairment and employment in Norway. *BMC Public Health* 22(1):648.
- Brunes A, Nielsen MB, Heir T (2018) Bullying among people with visual impairment: Prevalence, associated factors and relationship to self-efficacy and life satisfaction. *World J Psych* 8(1):43–50.
- Brunes A, Hansen MB, Heir T (2019) Loneliness among adults with visual impairment: prevalence, associated factors, and relationship to life satisfaction. *Health Qual Life Outcomes* 17(1):24.
- Brunes A, Hansen MB, Heir T (2021) General self-efficacy in individuals with visual impairment compared with the general population. *PloS One* 16(7):e0254043.
- Cantril H (1963) A study of aspirations. *Scient Am* 208(2):41–45.
- Crews JE, Chou CF, Zack MM, Zhang X, Bullard KM, Morse AR, Saaddine JB (2016) The association of health-related quality of life with severity of visual impairment among people aged 40–64 years: findings from the 2006–2010 behavioral risk factor surveillance system. *Ophthal Epidemiol* 23(3):145–153.
- Cumberland PM, Rahi JS (2016) Visual function, social position, and health and life chances: the UK Biobank Study. *JAMA Ophthalmol* 134(9):959–966.
- Dhital A, Pey T, Stanford MR (2010) Visual loss and falls: a review. *Eye* 24(9):1437–1446.
- Eva G, Elisa M, Piera B, Lyrakos D, Luca R (2015) Quality of life in the third age: a research on risk and protective factors. *Procedia Soc Behav Sci* 187.
- Frisé A, Bjarnelind S (2010) Health-related quality of life and bullying in adolescence. *Acta Paed* 99(4):597–603.
- González-Chica DA, Licinio J, Musker M et al (2019) Bullying and sexual abuse and their association with harmful behaviours, antidepressant use and health-related quality of life in adulthood: a population-based study in South Australia. *BMC Public Health* 19(1):26.
- Good GA, LaGrow S, Alpass F (2008) An age-cohort study of older adults with and without visual impairments: activity, independence, and life satisfaction. *J Visual Impair Blind* 102(9):517–527.
- Gray MJ, Litz BT, Hsu JL, Lombardo TW (2004) Psychometric properties of the life events checklist. *Assessment* 11(4):330–341.

- Haraldstad K, Kvarme LG, Christophersen KA, Helseth S (2019) Associations between self-efficacy, bullying and health-related quality of life in a school sample of adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 19(1):757.
- Heine C, Browning C (2015) Dual sensory loss in older adults: a systematic review. *Gerontol* 55(5):913–928.
- Heir T, Piatigorsky A, Weisæth L (2009) Longitudinal changes in recalled perceived life threat after a natural disaster. *Br J Psych* 194:510–514
- Heir T, Bonsaksen T, Grimholt TK, Ekeberg Ø, Skogstad L, Lerdal A, Schou-Bredal I (2019) Serious life events and post-traumatic stress disorder in the Norwegian population. *Br J Psych Open* 5(5):e82.
- Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT (2004) A short scale for measuring loneliness in large surveys: results from two population-based studies. *Res Aging* 26(6):655–672.
- Iecovich E, Isralowitz RE (2004) Visual impairments, functional and health status, and life satisfaction among elderly bedouins in Israel. *Ageing Int* 29(1):71–87.
- Jahoda M (1981) Work, employment, and unemployment: Values, theories, and approaches in social research. *Am Psychol* 36(2):184–191
- Joseph S, Andrews B, Williams R, Yule W (1992) Crisis support and psychiatric symptomatology in adult survivors of the Jupiter cruise ship disaster. *Br J Clin Psychol* 31(1):63–73.
- Kang HW, Park M, Wallace JP (2018) The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in South Korean older adults. *J Sport Health Sci* 7(2):237–244.
- Kidd Man RE, Liang Gan AT, Fenwick EK et al (2020) Using uniocular visual acuity substantially underestimates the impact of visual impairment on quality of life compared with binocular visual acuity. *Ophthalmol* 127(9):1145–1151.
- Klein EM, Zenger M, Tibubos AN et al (2021) Loneliness and its relation to mental health in the general population: Validation and norm values of a brief measure. *J Affect Dis Rep* 4:100120.
- La Grow S, Alpass F, Stephens C, Towers A (2011) Factors affecting perceived quality of life of older persons with self-reported visual disability. *Qual Life Res* 20(3):407–413.
- Laitinen A, Sainio P, Koskinen S, Rudanko SL, Laatikainen L, Aromaa A (2007) The association between visual acuity and functional limitations: findings from a nationally representative population survey. *Ophthal Epidemiol* 14(6):333–342.

- Langelaan M, de Boer MR, van Nispen RMA, Wouters B, Moll AC, van Rens GHMB (2007) Impact of visual impairment on quality of life: a comparison with quality of life in the general population and with other chronic conditions. *Ophthalmol Epidemiol* 14(3):119–126.
- Levin KA, Currie C (2014) Reliability and validity of an adapted version of the Cantril Ladder for use with adolescent samples. *Soc Indicator Res* 119(2):1047–1063.
- Mikkelsen HT, Haraldstad K, Helseth S, Skarstein S, Småstuen MC, Rohde G (2020) Health-related quality of life is strongly associated with self-efficacy, self-esteem, loneliness, and stress in 14–15-year-old adolescents: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 18(1):352.
- Modini M, Joyce S, Mykletun A, Christensen H, Bryant RA, Mitchell PB, Harvey SB (2016) The mental health benefits of employment: Results of a systematic meta-review. *Australasian Psych* 24(4):331–336.
- Musich S, Wang SS, Hawkins K, Yeh CS (2015) The impact of loneliness on quality of life and patient satisfaction among older, sicker adults. *Gerontol Geriatr Med* 1:2333721415582119.
- Nyman SR, Gosney MA, Victor CR (2010) Psychosocial impact of visual impairment in working-age adults. *Br J Ophthalmol* 94(11):1427.
- Ørhede E, Hottinen V, Skogstad A, Knardahl S, Elo AL, Dallner M (2000) User's guide for the QPSNordic: General Nordic Questionnaire for psychological and social factors at work. Nordic Council of Ministers, Copenhagen
- Park Y, Shin JA, Yang SW, Yim HW, Kim HS, Park YH, Epidemiologic Survey Committee of the Korean Ophthalmologic Society (2015) The relationship between visual impairment and health-related quality of life in Korean adults: the Korea National Health and Nutrition Examination Survey (2008–2012). *PloS One* 10(7):e0132779.
- Schou-Bredal I, Heir T, Skogstad L, Bonsaksen T, Lerdal A, Grimholt TK, Ekeberg Ø (2017) Population-based norms of the Life Orientation Test Revised (LOT-R). *Int J Clin Health Psychol* 17(3):216–224.
- Schwarzer R, Jerusalem M (1995) Generalized self-efficacy scale. In J Weinman, S Wright, M Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio* (35-37). Winsor, United Kingdom: Nfer-Nelson
- Seland JH, Vingerling JR, Augood CA et al (2011) Visual impairment and quality of life in the older european population, the EUREYE study. *Acta Ophthalmol* 89(7):608–613.

- Statistics Norway (2021) Statistikkbanken [Bank of statistics]. <https://www.ssb.no/statbank/>. Accessed 1 May 2024
- Thomas C, Benzeval M, Stansfeld SA (2005) Employment transitions and mental health: an analysis from the British household panel survey. *J Epidemiol Comm Health* 59(3):243–249
- Tseng YC, Liu SHY, Lou MF, Huang GS (2018) Quality of life in older adults with sensory impairments: a systematic review. *Qual Life Res* 27(8):1957–1960.
- Wang CW, Chan CL, Chi I (2014) Overview of quality of life research in older people with visual impairment. *Adv Aging Res* 3(2):79–94.
- Lindgren Westlund K, Jong M. Quality of Life of People with Mobility-Related Disabilities in Sweden: A Comparative Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Nov 16;19(22):15109.
- Mavromaras K, Moskos M, Mahuteau S, Isherwood L, Goode A, Walton H, et al. Evaluation of the NDIS [Internet]. 2018 Apr [cited 2024 May 2]. <https://apo.org.au/sites/default/files/resource-files/2018/04/apo-nid143516-1215586.pdf>
- Dickinson H, Glasby J. The personalisation agenda: Implications for the third sector, Third Sector Research Centre [Internet]. Working paper 30. 2010 [cited 2024 May 9]. <http://epapers.bham.ac.uk/795/>.
- Pequeno NP, de Araújo Cabral NL, Marchioni DM, Lima SC, de Oliveira Lyra C. Quality of life assessment instruments for adults: a systematic review of population-based studies. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):1–13.
- Peasgood T, Mukuria C, Carlton J, Connell J, Devlin N, Jones K, et al. What is the best approach to adopt for identifying the domains for a new measure of health, social care and carer-related quality of life to measure quality-adjusted life years? Application to the development of the EQ-HWB? *Eur J Health Econ*. 2021;22:1067–81.
- Allen, S. Gilbody, K. Atkin, C. van der Feltz-Cornelis. The associations between loneliness, social exclusion and pain in the general population *J. Psychiatr. Res.*, 130 (2020), pp. 68-74
- Barjaková, A. Garneró, B. d'Hombres. Risk factors for loneliness: a literature review *Soc. Sci. Med.*, 116163 (2023)
- Barlow, S.Y. Liu, C. Wrosch. Chronic illness and loneliness in older adulthood: the role of self-protective control strategies *Health Psychol.*, 34 (8) (2015), pp. 870-879

- Barreto et al., 2022 Barreto, J. Van Breen, C. Victor, C. Hammond, A. Eccles, M.T. Richins, P. Qualter Exploring the nature and variation of the stigma associated with loneliness J. Soc. Pers. Relat., 39 (9) (2022), pp. 2658-2679
- Bauman, Z. Liquid Modernity Polity Press (2000)
- Bell, V. Performativity and belonging: an introduction Theor. Cult. Soc., 16 (2) (1999), pp. 1-10
- Bolmsjö, P.A. Tengland, M. Rämgård Existential loneliness: an attempt at an analysis of the concept and the phenomenon Nurs. Ethics, 26 (5) (2019), pp. 1310-1325
- Braun, V. Clarke, V. Reflecting on reflexive thematic analysis Qual. Res. Sport Exerc. Health, 11 (4) (2019), pp. 589-597
- Burholt, G. Windle, D.J. Morgan, CFAS Wales Team. A social model of loneliness: the roles of disability, social resources, and cognitive impairment Gerontol., 57 (6) (2017), pp. 1020-1030
- Cacioppo, J.H. Fowler, N.A. Christakis. Alone in the crowd: the structure and spread of loneliness in a large social network J. Personality Soc. Psychol., 97 (6) (2009), p. 977
- Charmaz, K. 'Discovering' chronic illness: using grounded theory Soc. Sci. Med., 30 (11) (1990), pp. 1161-1172
- Charmaz, K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill Sociol. Health Illness, 5 (1983), pp. 168-195
- Christiansen, R. Lund, P. Qualter, C. Andersen, S.S. Pedersen, M. Lasgaard Loneliness, social isolation, and chronic disease outcomes Ann. Behav. Med., 55 (3) (2021), pp. 203-215
- Creswell, C.N. Poth Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches Sage publications (2016)
- Daker-White, C. Sanders, A. Rogers, I. Vassilev, C. Blickem, S. Cheraghi-Sohi A constellation of misfortune: narrative accounts of adverse life events, chronic illness, and subjective social status Sage Open, 4 (4) (2014)
- de Jong Gierveld, T. van Tilburg, P.A. Dykstra Loneliness and social isolation Perlman, A. Vangelisti (Eds.), The Cambridge Handbook of Personal Relationships, Cambridge University Press, Cambridge (2006), pp. 485-500
- Denzin, Y.S. Lincoln (Eds.), The Sage Handbook of Qualitative Research, SAGE (2011)

- Emejulu, L. Bassel, A The lonely activist: on being haunted Sociol. Rev. (2023), Article 00380261231179298
- Fagerström, G.H. Frisman Living with liver cirrhosis: a vulnerable life Gastroenterol. Nurs., 40 (1) (2017), pp. 38-46, [10.1097/SGA.0000000000000158](https://doi.org/10.1097/SGA.0000000000000158)
- Franklin, B. Tranter, A. Loneliness and the cultural, spatial, temporal and generational bases of belonging Australian J. Psychol., 73 (1) (2021), pp. 57-69
- Franklin, S On loneliness Hum. Geogr., 91 (4) (2009), pp. 343-354
- Franklin, B.B. Neves, N. Hookway, R. Patulny, B. Tranter, K. Jaworski Towards an understanding of loneliness among Australian men J. Sociol., 55 (1) (2019), pp. 124-143
- Franklin, A. A lonely society? Loneliness and liquid modernity in Australia Aust. J. Soc. Issues, 47 (1) (2012), pp. 11-28
- Goffman, E. The Presentation of Self in Everyday Life Doubleday, New York (1959)
- Green, N. Thorogood Qualitative methods for health research, SAGE Publications Ltd (2018)
- Hajek, H.H. König. Which factors contribute to loneliness among older Europeans? Findings from the survey of health, ageing and retirement in Europe: determinants of loneliness Arch. Gerontol. Geriatr., 89 (2020), Article 104080
- Hash, K. Caregiving and post-caregiving experiences of midlife and older gay men and lesbians. J. Gerontol. Soc. Work, 47 (3–4) (2006), pp. 121-138
- Hawkey, J.T. Cacioppo. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms Ann. Behav. Med., 40 (2) (2010), pp. 218-227
- Hogan, A. Social and medical models of disability and mental health: evolution and renewal Can. Med. Assoc. J., 191 (2019), pp. E16-E18, [10.1503/cmaj.181008](https://doi.org/10.1503/cmaj.181008)
- Holt-Lunstad, T.B. Smith, M. Baker, T. Harris, D. Stephenson. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review Perspect. Psychol. Sci., 10 (2) (2015), pp. 227-237
- Kung, S.E. Pudney, M.A. Shields. Economic gradients in loneliness, social isolation and social support: evidence from the UK Biobank Soc. Sci. Med., 306 (2022), Article 115122
- Lewis, G. Newton, K. Kenny, F. Boyle. The incurable self: Negotiating social bonds and dis/connection with metastatic breast cancer Sociol. Health Illness (2023).

- Liebmann, A. Pitman, Y.C. Hsueh, M. Bertotti, E. Pearce. Do people perceive benefits in the use of social prescribing to address loneliness and/or social isolation? A qualitative meta-synthesis of the literature BMC Health Serv. Res., 22 (1) (2022), p. 1264
- Lim, K.E. Manera, K.B. Owen, P. Phongsavan, B.J. Smith The prevalence of chronic and episodic loneliness and social isolation from a longitudinal survey Sci. Rep., 13 (1) (2023), Article 12453
- Malli, S. Ryan, J. Maddison, K. Kharicha. Experiences and meaning of loneliness beyond age and group identity Sociol. Health Illness, 45 (1) (2023), pp. 70-89
- Manderson, N. Warren. “Just one thing after another”: recursive cascades and chronic conditions Med. Anthropol. Q., 30 (4) (2016), pp. 479-497
- Marcille, S. Cudney, C. Weinert. Loneliness as experienced by women living with chronic illness in rural areas J. Holist. Nurs., 30 (4) (2012), pp. 244-252
- Masi, H.Y. Chen, L.C. Hawkley, J.T. Cacioppo A meta-analysis of interventions to reduce loneliness Pers. Soc. Psychol. Rev., 15 (3) (2011), pp. 219-266
- May, V. Belonging from Afar: nostalgia, time and memory Sociol. Rev., 65 (2) (2017), pp. 401-415
- May, V. Self, belonging and social change Sociology, 45 (3) (2011), pp. 363-378
- Moensted, S. Lewis, K. Willis, L. Dubbin, A. Rogers, L. Smith Friendship, connectedness and (in) authenticity for those with chronic illness: Trading in one social gain for another SSM Qual. Res. Health, 3 (2023), p. 100246
- O'Sullivan, G. Leavey, B. Lawlor We need a public health approach to loneliness BMJ, 376 (2022), p. o280
- Peacock, P. Bissell, J. Owen Dependency denied: health inequalities in the neo-liberal era Soc. Sci. Med., 118 (2014), pp. 173-180
- Peplau, D. Perlman Perspectives on loneliness L. Peplau, D. Perlman (Eds.), Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy, Wiley, New York (1982)
- Prohaska, V. Burholt, A. Burns, J. Golden, L. Hawkley, B. Lawlor, *et al.* Consensus statement: loneliness in older adults, the 21st century social determinant of health? BMJ Open, 10 (8) (2020), Article e034967
- Putnam, R. Bowling Alone: the Collapse and Revival of American Communities Simon and Schuster, New York (2000)

- Ratcliffe, M. Kanaan, P. Galdas Reconceptualising men's loneliness: an interpretivist interview study of UK-based men Soc. Sci. Med., 332 (2023), Article 116129
- Riessman, K. Narrative Methods for the Human Sciences, SAGE, Thousand Oaks, CA (2008)
- Rogers, D. Pilgrim. Living with Inequalities: Upstream-Downstream Connections Routledge (2023)
- Russell, L.A. Peplau, C.E. Cutrona The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence J. Pers. Soc. Psychol., 39 (3) (1980), pp. 472-480
- Scott, S. Negotiating Identity: Symbolic Interactionist Approaches to Social Identity Polity Press, Cambridge (2015)
- Simplican, S. Feminist disability studies as methodology: life-writing and the abled/disabled binary Fem. Rev., 115 (1) (2017), pp. 46-60
- Smith, C. Substance abuse, chronic sorrow, and mothering loss: relapse triggers among female victims of child abuse J. Pediatr. Nurs., 24 (5) (2009), pp. 401-412
- Sointu, S. Discourse, affect and affliction Sociol. Rev., 64 (2) (2016), pp. 312-328
- VanWilder, P. Pype, F. Mertens, E. Rammant, E. Clays, B. Devleesschauwer, P. Boeckxstaens, D. De Smedt Living with a chronic disease: insights from patients with a low socioeconomic status BMC Fam. Pract., 22 (1) (2021), p. 233
- Walden, E. An exploration of the experience of lesbians with chronic illness J. Homosex., 56 (5) (2009), pp. 548-574
- Weiss, R. Loneliness: the Experience of Emotional and Social Isolation MIT Press (1973)
- Baker M., Winyard S. (1998). *Lost Vision: Older Visually Impaired People in the UK*. London: Royal National Institute for the Blind.
- Barron C. R., Foxall M. J., Von Dollen K., Jones P. A., Shull K. A. (1992). Loneliness in low-vision older women. *Issues Mental Health Nurs.* 13 387-402.
- Baus S. (1999). Commentary: psychological aspects of visual impairment. *Br. J. Vis. Impairment* 17 41-44. 10.1177
- Beall C. M., Goldstein M. C. (1986). Age differences in sensory and cognitive function in elderly nepalese. *J. Gerontol.* 41 387-389. 10.1093/geronj/41.3.387.

- Beutel M. E., Klein E. M., Brähler E., Reiner I., Jünger C., Michal M., et al. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry* 17:97.
- Brannon L., Feist J. (2004). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*, 5th Edn. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Bruce I., Harrow J., Obolenskaya P. (2007). Blind and partially sighted people's perceptions of their inclusion by family and friends. *Br. J. Vis. Impairment* 25 68–85.
- Brunes A., Hansen M. B., Heir T. (2018a). Post-traumatic stress reactions among individuals with visual impairments: a systematic review. *Disabil. Rehabil.* 41 2111–2118.
- Brunes A., Nielsen M. B., Heir T. (2018b). Bullying among people with visual impairment: prevalence, associated factors and relationship to self-efficacy and life satisfaction. *World J. Psychiatry* 8 43–50.
- Brunes A., Hansen M. B., Heir T. (2019). Loneliness among adults with visual impairment: prevalence, associated factors, and relationship to life satisfaction. *Health Qual. Life Outcomes* 17 1–7. 10.1186/s12955-019-1096-y
- Cacioppo C., Cacioppo S., Cole S. W., Capitanio J. P., Goossens L., Boomsma D. I. (2015). Loneliness across phylogeny and a call for comparative studies and animal models. *Perspect. Psychol. Sci.* 10 202–212.
- Cacioppo J. T., Ernst J. M., Burleson M. H., McClintock M. K., Malarky W. B., Hawkely L. C., et al. (2000). Lonely traits and concomitant physiological processes: the MacArthur social neuroscience studies. *Int. J. Psychophysiol.* 35 143–154.
- Cacioppo J. T., Hawkely L. C., Berntson G. G. (2003). The anatomy of loneliness. *Curr. Direct. Psychol. Sci.* 12 71–74.
- Cacioppo J. T., Hawkely L. C., Crawford E., Ernst J. M., Burleson M. H., Kowalewski R. B., et al. (2002). Loneliness and health: potential mechanisms. *Psychosomatic Med.* 64 407–417.
- Carabellese C., Appollonio I., Rozzini R., Bianchetti A., Frisoni G. B., Frattola L., et al. (1993). Sensory impairment and quality of life in a community elderly population. *J. Am. Geriatr. Soc.* 41 401–407.
- Chin J., Findler L., Rokach A., Lev S., Kollender Y. (2013). The experience of loneliness among cancer patients and their caregivers. *Int. J. Psychol. Res.* 8 123–139.

- Cimarolli V. R., Boerner K. (2005). Social support and well-being in adults who are visually impaired. *J. Vis. Impairment Blindness* 99 521–534.
- Colenbrander A. (2010). Assessment of functional vision and its rehabilitation. *Acta Ophthalmol.* 88 163–173.
- Coplan R. J., Closson L. M., Arbeau K. A. (2007). Gender differences in the behavioral associates of loneliness and social dissatisfaction in kindergarten. *J. Child Psychol. Psychiatry* 48 988–995.
- De Leo D., Hickey P. A., Meneghel G., Cantor C. H. (1999). Blindness, fear of sight loss, and suicide. *Psychosomatics* 40 339–344.
- Engel G. L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *J. Med. Philos.* 6 101–124.
- Evans R. L. (1983). Loneliness, depression, and social activity after determination of legal blindness. *Psychol. Rep.* 52 603–608.
- George A., Duquette C. (2006). The psychosocial experiences of a student with low vision. *J. Vis. Impairment Blindness* 100 152–163.
- Hadidi M. S., Al Khateeb J. M. (2013). Loneliness among students with blindness and sighted students in Jordan: a brief report. *Int. J. Disabil. Dev. Educ.* 60 167–172.
- Hassell L., Lamoureux E. L., Keefe J. E. (2006). Impact of age related macular degeneration on quality of life. *Br. J. Ophthalmol.* 90 593–596.
- Hawkey L. C., Burleson M. H., Berntson G. G., Cacioppo J. T. (2003). Loneliness in everyday life: cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *J. Personal. Soc. Psychol.* 85 105–120.
- Hodge S., Eccles F. (2013). *Loneliness, Social Isolation and Sight Loss: a Literature Review Conducted for Thomas Pocklington Trust*. Bailrigg: Lancaster University.
- Holt-Lunstad J., Smith T. B., Baker M., Harris T., Stephenson D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect. Psychol. Sci.* 10 227–237.
- Horowitz A., Reinhardt J. P. (2000). “Mental health issues in visual impairment: research in depression, disability and rehabilitation,” in *The Lighthouse Handbook on Vision Impairment and Vision Rehabilitation*, eds Silverstone B., Lang M., Rosenthal B., Faye E. (London: Open University Press;).

- Huurre T. (2000). *Psychosocial Development and Social Support Among Students with Visual Impairment*. thesis, Unpublished doctoral dissertation. Kalevantie: University of Tampere.
- International Statistical Classification of Diseases, and Related Health Problems 10th Revision (2016). *ICD-11: International classification of diseases 11th revision*. Available online at: <https://icd.who.int/browse10/2016/en/> (Accessed May 07, 2024).
- Jindal-Snape D. (2004). Generalization and maintenance of social skills of children with visual impairments: self-evaluation and the role of feedback. *J. Vis. Impairment Blindness* 98 470–483.
- Karl S. R., Holland J. C. B. (2015). The roots of psychosomatic medicine II: George L. Engel. *Psychosomat.* 56 630–633.
- Kef S. (2002). Psychosocial adjustment and the meaning of social support for visually impaired adolescents. *J. Vis. Impairment Blindness* 96 22–37.
- Kennedy P. (1999). Working with physically disabled people. *What Clin. Psychol.* 12 134–156.
- Margalit M., Ben-Dov I. (1995). Learning disabilities and social environments. *J. Behav. Dev.* 18 519–563.
- Martens W. H. J., Palermo G. B. (2005). Loneliness and associated violent antisocial behavior: analysis of the case reports of Jeffrey Dahmer and Dennis Nilsen. *Int. J. Offender. Ther. Comp. Criminol.* 49 298–307.
- McGaha C. G., Farran D. C. (2001). Interactions in an inclusive classroom: the effects of visual status and setting. *J. Vis. Impairment Blindness* 95 80–94.
- McPherson M., Brashears M. E., Smith-Lovin L. (2006). Social isolation in America: changes in core discussion networks over two decades. *Am. Sociol. Rev.* 71 353–375.
- McVilly K. R., Stancliffe R. J., Parmenter T. R., Burton-Smith R. M. (2006). I get by with a little help from my friends: adults with intellectual disability discuss loneliness. *J. Appl. Res. Intell. Disabil.* 19 191–203.
- Moustakas C. E. (1961). *Loneliness*. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Nenov-Matt T., Barton B. B., Dewald-Kaufmann J., Goerigk S., Rek S., Zentz K., et al. (2020). Loneliness, social isolation and their difference: a cross-diagnostic study in persistent depressive disorder and borderline personality disorder. *Front. Psychiatry* 11:608476.

- Newman D. B., Sachs M. E. (2020). The Negative interactive effects of nostalgia and loneliness on affect in daily life. *Front. Psychol.* 11:2185.
- Norowzian M. (2006). The emotional impact of diagnosis. *New Beacon* 10 21–23.
- Orzeck T., Rokach A. (2004). Men who abuse drugs and their experience of loneliness. *Eur. Psychol.* 9:163.
- Osaba M., Doro J., Liberal M., Lagunas J., Kuo J. C., Revigio V. E. (2019). Relationship between legal blindness and depression. *Med. Hypothesis Discovery Innovat. Ophthalmol. J.* 8 306–311.
- Peplau L. A., Perlman D. (1982). “Perspectives on loneliness,” in *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*, eds Peplau L. A., Perlman D. (New York, NY: Wiley & Sons;), 1–20.
- Percival J., Hanson J. (2007). I don’t want to live for the day any more: visually impaired people’s access to support, housing and independence. *Br. J. Vis. Impairment* 25 51–67.
- Petite T., Mallow J., Barnes E., Petrone A., Barr T., Theeke L. (2015). A systematic review of loneliness and common chronic physical conditions in adults. *Open Psychol. J.* 8 113–132.
- Pinquart M., Pfeiffer J. P. (2014). Change in psychological problems of adolescents with and without visual impairment. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 23 571–578.
- Robinson F. M., West D., Woodworth D., Jr. (1995). *Coping+ Plus: Dimensions of Disability*. Westport, CT: Praeger.
- Rokach A. (1988a). The experience of loneliness: a tri-level model. *J. Psychol.* 122 531–544.
- Rokach A. (1988b). Theoretical approaches to loneliness: from a univariate to a multidimensional experience. *Rev. Existential Psychol. Psychiatry* 19 225–254.
- Rokach A. (2000). Loneliness and the life cycle. *Psychol. Rep.* 86 629–642.
- Rokach A. (2007). The effect of age and culture on the causes of loneliness. *Soc. Behav. Personal. Int. J.* 35 169–186.
- Rokach A. (2019). *The Psychological Journey to and from Loneliness: Development, Causes, and Effects of Social and Emotional Isolation*. Cambridge, MA: Academic Press.
- Rokach A., Brock H. (1997). Loneliness: a multidimensional experience. *Psychol. J. Hum. Behav.* 34 1–9.

- Rokach A., Lechcier-Kimel R., Safarov A. (2006). Loneliness of people with physical disabilities. *Soc. Behav. Personal. Int. J.* 34 681–700.
- Rokach A., Sha'ked A. (2013). *Together and Lonely: Loneliness in Intimate Relationships – Causes and Coping*. New York, NY: Nova Pub.
- Scott I. U., Schein O. D., Feuer W. J., Folstein M. F., Bandeen-Roche K. (2001). Emotional distress in patients with retinal disease. *Am. J. Ophthalmol.* 131 584–589.
- Sha'ked A., Rokach A. (eds) (2015). *Addressing Loneliness: Coping, Prevention and Clinical Interventions*. London: Routledge.
- Stein J. Y., Tuval-Mashiach R. (2015). Loneliness and isolation in life-stories of Israeli veterans of combat and captivity. *Psychol. Trauma: Theory Res. Practice Pol.* 7 122–130.
- Stephens J. (2007). *The Emotional Well-being of Blind and Partially Sighted People. Draft Literature Review*. California, CA: Guide Dogs for the Blind Organization.
- Strauss A., Corbin J. (1990). *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Taylor S. E. (2012). “Tend and befriend theory,” in *Handbook of Theories of Social Psychology*, eds Van Lange P. A. M., Kruglanski A. W., Higgins E. T. (Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd;), 32–49.
- Thurston M., Thirston A., Mcleod J. (2010). Socio-emotional effects of the transition from sight to blindness. *Br. J. Vis. Impairment* 28 90–112.
- Upton L. R., Bush B. A., Taylor R. E. (1998). Stress, coping, and adjustment of adventitiously blind male veterans with and without diabetes mellitus. *J. Vis. Impairment Blindness* 92 656–665.
- VanderWeele T. J., Hawkley L. C., Cacioppo J. T. (2012). On the reciprocal association between loneliness and subjective well-being. *Am. J. Epidemiol.* 176 777–784.
- Verstraten P., Brinkmann W., Stevens N., Schouten J. (2005). Loneliness, adaptation to vision impairment, social support and depression among visually impaired elderly. *Int. Cong. Ser.* 1282 317–321.
- White S. W., Roberson-Nay R. (2009). Anxiety, social deficits, and loneliness in youth with autism spectrum disorders. *J. Autism. Dev. Disord.* 39 1006–1013.

- Williams R. A., Brody B. L., Thomas R. G., Kaplan R. M., Brown S. I. (1998). The psychosocial impact of macular degeneration. *Arch. Ophthalmol.* 116 514–520.
- Yu G., Zhang Y., Yan R. (2005). Loneliness, peer acceptance, and family functioning of Chinese children with learning disabilities: characteristics and relationships. *Psychol. Schools* 42 325–331.
- The World Health Organization Quality of Life assessment. (2015). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Soc Sci Med.*, 41(10), pp. 1403-1409.
- Brown, R. I., Bayer, M. B., & MacFarlane, C. M. (2009). Rehabilitation programmes: The performance and quality of life of adults with developmental handicaps. Toronto: Lugus Productions Ltd.
- Burckhardt, C. S., & Anderson, K. L. (2003). The Quality of Life Scale (QOLS): reliability, validity, and utilization. *Health and quality of life outcomes*, 1, 60.
- Burckhardt, C. S., Anderson, K. L., Archenholtz, B., & Hägg, O. (2003). The Flanagan quality of life scale: Evidence of construct validity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(59), 1-7.
- Burckhardt, C. S., Woods, S. L., Schultz, A. A., & Ziebarth, D. M. (2009). Quality of life of adults with chronic illness: A psychometric study. *Research in Nursing & Health*, 12(6), 347-354.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2020). Measuring healthy days: Population assessment of health-related quality of life. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf>
- Cohen, S. R., Russell, L. B., Leis, A., Shahidi, J., Porterfield, P., Kuhl, D. R., ... & Sawatzky, R. (2019). More comprehensively measuring quality of life in life-threatening illness: The McGill Quality of Life Questionnaire–Expanded. *BMC Palliative Care*, 18(92), 1-11.
- Cummins, R. A. (2012). Comprehensive quality of life scale: Intellectual disability (3rd ed.). Melbourne, VIC: Psychology Research Centre.
- Felce, D., & Perry, J. (2015). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.
- Flanagan, J. C. (2008). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 33(2), 138-147.
- Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (2014). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Jama*, 272(8), 619-626.

- Hyland, M. E. (2003). A brief guide to the selection of quality of life instrument. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(24), 1-5.
- Liu, B. C. (2006). *Quality of life indicators in U.S. metropolitan areas: A statistical analysis*. New York, NY: Praeger Publishers.
- Newschaffer, C. J. (2008). Validation of Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) HRQOL measures in a statewide sample. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- World Health Organization (WHO). (2012). WHOQOL User Manual. Retrieved from <https://www.who.int/toolkits/whoqol>
- Panzini RG, Mosqueiro BP, Zimpel RR, Bandeira DR, Rocha NS, Fleck MP. Quality-of-life and spirituality. *Int Rev Psychiatry*. 2017 Jun;29(3):263-282.
- Thomson WM, Broder HL. Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am*. 2018 Oct;65(5):1073-1084.
- Wang J., Lloyd-Evans B., Giacco D., et al. Social isolation in mental health: a conceptual and methodological review. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol*. 2017;52:1451–1461.
- Holt-Lunstad J., Smith T.B., Baker M., Harris T., Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10:227–237.
- Hawkey L.C., Cacioppo J.T. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2010;40:218–227.
- Leigh-Hunt N., Bagguley D., Bash K., et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Publ Health*. 2017;152:157–171.
- Wang J., Mann F., Lloyd-Evans B., Ma R., Johnson S. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatr*. 2018;18.
- Mihalopoulos C., Le L.K., Chatterton M.L., et al. The economic costs of loneliness: a review of cost-of-illness and economic evaluation studies. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol*. 2019.
- Office for National Statistics .*Newport: Office for National Statistics*. 2018. Loneliness - what characteristics and circumstances are associated with feeling lonely?

- Meek KP, Bergeron CD, Towne SD, Ahn S, Ory MG, Smith ML. Restricted Social Engagement among Adults Living with Chronic Conditions. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Jan 19;15(1):158.
- Ory M.G., Smith M.L., Ahn S., Jiang L., Lorig K., Whitelaw N. National study of chronic disease self-management age comparison of outcome findings. *Health Educ. Behav*. 2014;**41**:34S–42S.
- Cherry K.E., Walker E.J., Brown J.S., Volaufova J., LaMotte L.R., Welsh D.A., Su L.J., Jazwinski S.M., Ellis R., Wood R.H., et al. Social engagement and health in younger, older, and oldest-old adults in the louisiana healthy aging study. *J. Appl. Gerontol*. 2013;**32**:51–75.
- Gabriels, E *et al.* Stability of adaptive behaviours in middle-school children with autism spectrum disorders *Research in Autism Spectrum Disorders* (2007)
- Goldberg, M *et al.* Reliability and validity of the Vietnamese Vineland Adaptive Behavior Scales with preschool-age children *Research in Developmental Disabilities* (2009)
- Lamoureux, L *et al.* The determinants of participation in activities of daily living in people with impaired vision *American Journal of Ophthalmology* (2004)
- Baker-Ericzen, M *et al.* Child demographics associated with outcomes in a community-based pivotal response training program *Journal of Positive Behavior Interventions* (2007)
- Bishop, V Teaching visually impaired children (2004)
- Bradway, K Social competence of exceptional children III. The deaf, the blind, and the crippled *Exceptional Children* (1937)
- Celeste, K Play behaviors and social interactions of a child who is blind: In theory and practice *Journal of Visual Impairment & Blindness* (2006)
- Celeste, M Social skills intervention for a child who is blind *Journal of Visual Impairment & Blindness* (2007)
- Celeste *et al.*, M Social integration of children with visual impairment: A developmental model *Elementary Education Online* (2010)
- Casey et al., B Imaging the developing brain: What have we learned about cognitive development? *Trends in Cognitive Sciences* (2005)
- Dewey, K et al. Developmental coordination disorder: Associated problems in attention, learning, and psychosocial adjustment *Human Movement Science* (2002)

- Hellendoorn, A et al. Motor functioning, exploration, visuospatial cognition, and language development in preschool children with autism Research in Developmental Disabilities (2015)
- Houwen, A et al. A systematic review of the effects of motor interventions to improve motor, cognitive, and/or social functioning in people with severe or profound intellectual disabilities Research in developmental disabilities (2014)
- Leiner, A et al. The human cerebro-cerebellar system: Its computing, cognitive, and language skills Behavioural Brain Research (1991)
- Lopes, L et al. Associations between gross motor coordination and academic achievement in elementary school children Human Movement Science (2013)
- Martin, M et al. An examination of the relationship between movement problems and four common developmental disorders Human Movement Science (2010)
- Matson, M et al. Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders Research in developmental disabilities (2009)
- Pangelinan, M et al. Beyond age and gender: Relationships between cortical and subcortical brain volume and cognitive-motor abilities in school-age children NeuroImage (2011)
- Piek, J. P. et al. Do motor skills in infancy and early childhood predict anxious and depressive symptomatology at school age? Human Movement Science (2010)
- Piek, L. P. et al. The relationship between fine and gross motor ability, self-perceptions, and self-worth in children and adolescents Human Movement Science (2006) Piek, J.P. et al. The role of early fine and gross motor development on later motor and cognitive ability Human Movement Science (2008)
- Piek, J.P. et al. Sensory-motor deficits in children with developmental coordination disorder, attention deficit hyperactivity disorder and autistic disorder Human movement science (2004)
- Pratt, H et al. Intellectual disability (mental retardation) in children and adolescents Primary Care (2007)
- Skinner, S et al. Psychosocial implications of poor motor coordination in children and adolescents Human Movement Science (2001)
- Staines, W et al. Frontal-parietal event-related potential changes associated with practicing a novel visuomotor task Cognitive Brain Research (2002)
- Westendorp, W, et al. A longitudinal study on gross motor development in children with learning disorders Research in Developmental Disabilities (2014)

- Westendorp W, et al. The relationship between gross motor skills and academic achievement in children with learning disabilities Research in Developmental Disabilities (2011)
- Winsler, A et al. School readiness gains made by ethnically-diverse children in poverty attending center-based childcare and public school pre-kindergarten programs Early Childhood Research Quarterly (2008)
- Achenbach, T et al. Child behaviour checklist for ages 1½–5 (2000)
- Acock, A Working with missing values Journal of Marriage and Family (2005)
- Adolph, K Learning to move Current Directions in Psychological Science (2008)
- American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2000)
- American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2013)
- Bar-Haim, B et al. Motor function and social participation in kindergarten children Social Development (2006)
- Bart, O et al. Predicting school adjustment from motor abilities in kindergarten Infant and Child Development (2007)
- Bazyk, S et al. Integrating occupational therapy services in a kindergarten curriculum: A look at the outcomes American Journal of Occupational Therapy (2009)
- Berger, S Locomotor expertise predicts infants' perseverative errors Developmental Psychology (2010)
- Bhat, A et al. Current perspectives on motor functioning in infants, children, and adults with autism spectrum disorders Physical Therapy (2011)
- Bushnell, E et al. Motor development and the mind: The potential role of motor abilities as a determinant of aspects of perceptual development Child Development (1993)
- Cameron, C et al. Fine motor skills and executive function both contribute to kindergarten achievement Child Development (2012)
- Campos, J et al. Travel broadens the mind Infancy (2000)
- Carlson, A et al. Disentangling fine motor skills' relations to academic achievement: The relative contributions of visual-spatial integration and visual-motor coordination Journal of Genetic Psychology (2013)

- Carper, R et al. Inverse correlation between frontal lobe and cerebellum sizes in children with autism Brain (2000)
- Cummins, A et al. Motor coordination, empathy, and social behaviour in school-aged children Developmental Medicine & Children Neurology (2005)
- Dank, A et al. Occupational therapy effects on visual-motor skills in preschool children The American Journal of Occupational Therapy (2003)
- Davis, A et al. The canonical relationship between sensory-motor functioning and cognitive processing in children with attention-deficit/hyperactivity disorder Archives of Clinical Neuropsychology (2009)
- Davis, E et al. The interrelation between cognitive and motor development in typically developing children aged 4-11 years is underpinned by visual processing and fine manual control British Journal of Psychology (2011)
- Diamond, A. Close interrelation of motor development and cognitive development and of the cerebellum and prefrontal cortex Child Development (2000)
- Diamond, A. The evidence base for improving school outcomes by addressing the whole child and by addressing skills and attitudes, not just content. Early Education and Development (2010)
- Dinehart, L et al. Associations between low-income children's fine motor skills in preschool and academic performance in second grade Early Education and Development (2013)
- Duncan, G et al. School readiness and later achievement Developmental Psychology (2007)
- Dziuk, M et al. Dyspraxia in autism: Association with motor, social, and communicative deficits Developmental Medicine & Child Neurology (2007)
- Enders, C Applied missing data analysis (2010)
- Floyer-Lea, A et al. Changing brain networks for visuomotor control with increased movement automaticity Journal of Neurophysiology (2004)
- Fountain, C et al. Six developmental trajectories characterize children with autism Pediatrics (2012)
- Fournier, K et al. Motor coordination in autism spectrum disorders: A synthesis and meta-analysis Journal of Autism and Developmental Disorders (2010)
- Κυπριωτάκη, Μ., & Φραγγογιάννη, Μ.- Ε. (2010). Η οικογένεια στο πλαίσιο της πρώιμης υποστηρικτικής παρέμβασης. (Κορνηλάκη, Α. Ν., Κυπριωτάκη, Μ. Α., & Μανωλίτσης, Γ. Επιμ.). Αθήνα: Πεδίο.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο:

- ☐ Άντρας ☐ Γυναίκα ☐ Άλλο

2. Ηλικία:

- ☐ 18- 25 ετών ☐ 36-45 ετών ☐ 56-65 ετών
☐ 26-35 ετών ☐ 46-55 ετών ☐ 66 και Άνω

3. Οικογενειακή κατάσταση:

- ☐ Άγαμος-η ☐ Σε διάσταση ☐ Χήρος/α
☐ Έγγαμος/η ☐ Διαζευγμένος/η

4. Επαγγελματική κατάσταση:

- ☐ Δημόσιος υπάλληλος ☐ Ημιαπασχολούμενος/η ☐
Άνεργος/η
☐ Ιδιωτικός υπάλληλος ☐ Φοιτητής/τρια
☐ Ελεύθερος επαγγελματίας ☐ Συνταξιούχος/α

5. Μορφωτικό επίπεδο:

- ☐ Τάξεις Δημοτικού ☐ Λύκειο ☐ Μεταπτυχιακές Σπουδές
☐ Δημοτικό ☐ ΤΕΕ Ή ΙΕΚ ☐ Διδακτορικό
☐ Γυμνάσιο ☐ ΤΕΙ/ ΑΕΙ ☐ Καμία
εκπαίδευση

6. Τόπος κατοικίας:

- ☐ μέχρι 500 κατοίκους ☐ μέχρι 20.000 κατοίκους ☐ πάνω από 100.000
κατοίκους
☐ μέχρι 3.000 κατοίκους ☐ μέχρι 50.000 κατοίκους
☐ μέχρι 10.000 κατοίκους ☐ μέχρι 100.000 κατοίκους

7. Ζω:

- ☐ Μόνος/η ☐ Με φίλους

- ☐ Με τους γονείς μου ☐ Με τον/την σύντροφο μου
☐ Με συγγενείς ☐ Με τον/την άντρα/ γυναίκα μου

8. Πόσα παιδιά έχετε;

- ☐ Κανένα ☐ Ένα ☐ Δύο ☐ Τρία ☐ Τέσσερα και πάνω

9. Μηνιαίο εισόδημά:

- ☐ Κάτω των 500 € ☐ 1001 - 1500 € ☐ Άνω των 2001 €
☐ 501 – 1000 € ☐ 1501-2000 €

10. Τύπος αναπηρίας:

- ☐ οπτική αναπηρία
☐ κινητική αναπηρία
☐ χρόνια νοσήματα
☐ χωρίς αναπηρία

11. Μετακινήστε:

- ☐ Μόνος/η ☐ Με τη βοήθεια συνοδού
☐ Κάποιες φορές μόνος/η και κάποιες με τη βοήθεια συνοδού

12. Πόσο συχνά εβδομαδιαία είστε στο σπίτι;

- ☐ Ποτέ ☐ Μερικές φορές ☐ Πάντα
☐ Λίγες φορές ☐ Τις περισσότερες φορές

13. Ηλικία εμφάνισης της αναπηρίας:

- ☐ 0 ☐ 1-4 ☐ 5-9 ☐ 10-12 ☐ 13-18 ☐ 19-23 ☐ 24-40 ☐ 41-60 ☐ 61 και πάνω
☐ χωρίς αναπηρία

14. Ποιο/α χόμπι έχετε; (μόνο μια επιλογή)

- ☐ Κανένα ☐ Ασχολούμαι με τον αθλητισμό (άθλημα:.....)
☐ Βγαίνω με φίλους ☐ Ακούω μουσική ☐ Ζωγραφική
☐ Ίντερνετ ☐ Διαβάζω βιβλία ☐ Άλλο.....

- ☐ Κάνω χειροτεχνίες ☐ Ταξίδια/ Εκδρομές

15. Πόσους φίλους/ες έχετε;

- ☐ Κανέναν/καμιά ☐ Δυο – τρεις ☐ Έξι και πάνω
☐ Μόνο έναν ☐ Τέσσερις – πέντε ☐ Παρά πολλούς φίλους

16. Πόσο συχνά κάνετε έξοδο με τους/τις φίλους/φίλες σας;

- ☐ Μια φορά το μήνα ☐ Μια φορά την εβδομάδα ☐ Κάθε μέρα
☐ Δυο φορές το μήνα ☐ Τέσσερις φορές την εβδομάδα
☐ Πάω για καφέ ☐ Συζητώ

17. Είστε μέλος σε κάποιο σύλλογο; ☐ Ναι ☐ Όχι

Ερωτηματολόγιο Μοναξιάς (UCLA LONELINESS SCALE)

Σημειώστε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας στις παρακάτω προτάσεις:

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

9	Είμαι ένα εξωστρεφές άτομο.	1	2	3	4	5
10	Υπάρχουν άτομα που τα νοιώθω κοντά μου.	1	2	3	4	5
11	Νοιώθω απομονωμένος.	1	2	3	4	5
12	Οι κοινωνικές μου σχέσεις είναι επιπόλαιες.	1	2	3	4	5
13	Κανένας δεν με ξέρει πραγματικά καλά.	1	2	3	4	5
14	Νοιώθω απομονωμένος/η από τους άλλους γύρω μου.	1	2	3	4	5
15	Είμαι δυστυχισμένος/η που είμαι τόσο αποτραβημένος/η.	1	2	3	4	5
16	Υπάρχουν άνθρωποι γύρω μου αλλά όχι κοντά μου.	1	2	3	4	5
17	Μπορώ να βρω παρέα όταν το θελήσω.	1	2	3	4	5
18	Υπάρχουν άτομα που με καταλαβαίνουν πραγματικά.	1	2	3	4	5
19	Υπάρχουν άτομα με τα οποία μπορώ να μιλήσω.	1	2	3	4	5
20	Υπάρχουν άτομα στα οποία μπορώ να στραφώ.	1	2	3	4	5

Ερωτηματολόγιο Κοινωνικές Δεξιότητες (MSCS)

1	Είμαι πολύ πιο ικανοποιημένος/η όταν μένω μόνος/η μου, παρά όταν είμαι με φίλους.	1	2	3	4	5
2	Χρειάζομαι προτροπή για να αλληλεπιδράσω με τους ανθρώπους.	1	2	3	4	5
3	Παραμένω στο "παρασκήνιο" σε κοινωνικές καταστάσεις (π.χ. προτιμώ να είμαι «απαρατήρητος/η»).	1	2	3	4	5
4	Δείχνω λίγο ενδιαφέρον για τους άλλους	1	2	3	4	5

	ανθρώπους.					
5	Αποφεύγω τους ανθρώπους όποτε είναι δυνατόν.	1	2	3	4	5
6	Μού αρέσει να γνωρίζω καινούρια άτομα.	1	2	3	4	5
7	Συστήνομαι εύκολα και ευχάριστα όταν γνωρίζω κάποιον.	1	2	3	4	5
8	Ξεκινώ εύκολα φιλική κουβέντα με ανθρώπους (π.χ. ρωτάω για το τι νέο υπάρχει).	1	2	3	4	5
9	Αναζητώ άτομα για να περάσω χρόνο μαζί τους (π.χ. φίλους).	1	2	3	4	5
10	Κάνω την πρώτη κίνηση για συνάντηση με άλλα άτομα του περιβάλλοντός μου (π.χ., παίρνω τηλέφωνο ή στέλνω μήνυμα).	1	2	3	4	5
11	Κάνω στους ανθρώπους ερωτήσεις σχετικά με τον εαυτό τους ή τη ζωή τους (π.χ. πώς είναι, τι έχουν κάνει).	1	2	3	4	5
12	Αναγνωρίζω πότε οι άνθρωποι προσπαθούν να επωφεληθούν από μένα.	1	2	3	4	5
13	Καταλαβαίνω πότε οι άνθρωποι είναι σαρκαστικοί.	1	2	3	4	5
14	Δυσκολεύομαι να κρίνω ποιος είναι αξιόπιστος (π.χ. με ποιον θα μοιραστώ μυστικά ή προσωπικές μου πληροφορίες).	1	2	3	4	5
15	Μαθαίνω εσφαλμένα τα κοινωνικά συνθήματα.	1	2	3	4	5
16	Δεν αντιλαμβάνομαι τις «λεπτές αποχρώσεις» της κοινωνικής αλληλεπίδρασης.	1	2	3	4	5
17	Μπορώ να δω τα πράγματα από την οπτική κάποιου άλλου.	1	2	3	4	5
18	Εύκολα αναγνωρίζω εχθρικές ενέργειες. Για παράδειγμα, ξέρω πότε κάποιος κάνει πλάκα εις βάρος μου κακότροπα. Ή, αναγνωρίζω πότε ένας συνάνθρωπός μου με πιέζει να κάνω κάτι που δεν πρέπει ή δεν θέλω να κάνω.	1	2	3	4	5
19	Μπορώ να καταλάβω τις μεταφορικές έννοιες	1	2	3	4	5

	όταν οι άλλοι μιλούν.					
20	Είμαι αφελής (πιστεύω ό, τι μου λένε).	1	2	3	4	5
21	Μπορώ να καταλάβω όταν οι άνθρωποι αστειεύονται	1	2	3	4	5
22	Είμαι ευαίσθητος/η αναφορικά με τα αισθήματα και τις ανησυχίες των άλλων.	1	2	3	4	5
23	Εκφράζω ανησυχία για τους άλλους όταν είναι αναστατωμένοι ή απογοητευμένοι.	1	2	3	4	5
24	Προσφέρω συμπαράσταση στους ανθρώπους (π.χ. σε κάποιον που είναι αναστατωμένος, που δεν αισθάνεται καλά, είναι πληγωμένος κλπ.). Για παράδειγμα, μπορεί να προσπαθήσω να αγκαλιάσω το άτομο προκειμένου να αισθανθεί καλύτερα.	1	2	3	4	5
25	Συγχαίρω τους ανθρώπους όταν τους συμβούν καλά πράγματα.	1	2	3	4	5
26	Προσπαθώ να ευθυμήσω τους ανθρώπους (όταν είναι δεν είναι καλά).	1	2	3	4	5
27	Ζητώ συγγνώμη αν πληγώσω κάποιον (χωρίς να μου ζητηθεί).	1	2	3	4	5
28	Είμαι αδιάφορος/η απέναντι στους ανθρώπους που είναι αναστατωμένοι (ή βρίσκονται σε κίνδυνο).	1	2	3	4	5
29	Ανησυχώ για τους ανθρώπους και τα προβλήματά τους.	1	2	3	4	5
30	Αναστατώνομαι όταν βλέπω ανθρώπους που υποφέρουν (στην πραγματική ζωή ή στην τηλεόραση / κινηματογράφο).	1	2	3	4	5
31	Κάνω φιλοφρονήσεις στους ανθρώπους.	1	2	3	4	5
32	Δεν προσφέρομαι να βοηθήσω τους ανθρώπους (εκτός αν μου ζητηθεί).	1	2	3	4	5

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

	διαθέσιμοι).					
44	Τείνω να κυριαρχώ στις συνομιλίες. Για παράδειγμα, θα μπορούσα να επικεντρωθώ σε ένα αγαπημένο μου θέμα ενδιαφέροντος. Θα χρειαστώ επίσης υπενθυμίσεις / προτροπή για να αφήσω τους άλλους να μιλήσουν.	1	2	3	4	5
45	Μετατοπίζω τις συνομιλίες προς το αγαπημένο μου θέμα ή ενδιαφέρον.	1	2	3	4	5
46	Μιλάω για τα ίδια πράγματα ξανά και ξανά ("κολλάω" σε ορισμένα θέματα).	1	2	3	4	5
47	Παρέχω πάρα πολλές λεπτομέρειες όταν μιλάω για ένα θέμα (π.χ., θα μπορούσα να αναφέρω μια δέσμη γεγονότων αντί να εκφράσω το κύριο μήνυμα ή να ανταλλάξω πληροφορίες).	1	2	3	4	5
48	Διακόπτω πάνω σε συνομιλίες (π.χ., δεν περιμένω τους άλλους να τελειώσουν).	1	2	3	4	5
49	Μιλάω πιο πολύ από όσο πρέπει.	1	2	3	4	5
50	Δίνω σε άλλους ανθρώπους την ευκαιρία να μιλήσουν κατά τη διάρκεια συνομιλιών (π.χ., κάνω παύσεις, τούς κάνω ερωτήσεις κλπ).	1	2	3	4	5
51	Έχω δυσκολία στο να συμμετάσχω κατάλληλα στις συνομιλίες (π.χ., μπορεί να διακόψω ή μπορεί να αρχίσω να μιλάω για ένα θέμα που μου ενδιαφέρει μόνο εμένα).	1	2	3	4	5
52	Βγαίνω εκτός θέματος κατά τη διάρκεια συνομιλιών (π.χ., Αλλάζω θέμα ξαφνικά ή χάνω το αρχικό σημείο συζήτησης).	1	2	3	4	5
53	Περιμένω τη σειρά μου για να μιλήσω σε μία συζήτηση.	1	2	3	4	5
54	Οι εκφράσεις του προσώπου μου φαίνονται "επίπεδες" (π.χ. το πρόσωπό μου μπορεί να φαίνεται υπερβολικά σοβαρό σε όλες τις συζητήσεις).	1	2	3	4	5
55	Ακούγομαι το ίδιο (έχω τον ίδιο τόνο) ανεξάρτητα από το πώς νιώθω. Με άλλα λόγια, είναι δύσκολο να καταλάβει κάποιος τι νιώθω	1	2	3	4	5

	με βάση τον τρόπο που ακούγεται η φωνή μου.					
56	Οι εκφράσεις του προσώπου μου είναι απόλυτα κατανοητές από τους γύρω μου.	1	2	3	4	5
57	Κοιτάζω τους ανθρώπους στα μάτια όταν τους μιλάω.	1	2	3	4	5
58	Το χαμόγελό μου φαίνεται πολλές φορές καταναγκαστικό ή αμήχανο.	1	2	3	4	5
59	Επισημαίνω κάποια πράγματα όταν είναι σκόπιμο.	1	2	3	4	5
60	Χρησιμοποιώ κατάλληλες χειρονομίες όταν επικοινωνώ με τους ανθρώπους (π.χ. κουνώντας το κεφάλι, κουνώντας το χέρι για να πω το αντίο, δείχνοντας κάτι ενδιαφέρον κλπ.).	1	2	3	4	5
61	Παρουσιάζω μια σειρά εκφράσεων του προσώπου ανάλογα την κατάσταση (π.χ., για την αμηχανία, για την ενοχή, για την έκπληξη, για την αηδία, για την ευχαρίστηση).	1	2	3	4	5
62	Μιλάω πολύ συχνά μονότονα.	1	2	3	4	5
63	Χαμογελάω καταλλήλως σε κοινωνικές καταστάσεις (π.χ., εάν μού δοθεί μια φιλοφρόνηση, χαιρετώντας κάποιον κλπ.).	1	2	3	4	5
64	Χρησιμοποιώ βλεμματική επαφή για να προσελκύσω την προσοχή των άλλων (π.χ. για να ξεκινήσω μια συζήτηση, για να κάνω μια ερώτηση).	1	2	3	4	5
65	Έχω συχνά "εκρήξεις" (π.χ., νευρικές κρίσεις κλπ.).	1	2	3	4	5
66	Απογοητεύομαι εύκολα.	1	2	3	4	5
67	Είμαι υπομονετικός/η (π.χ. όταν περιμένω σε μία ουρά).	1	2	3	4	5
68	Ξεσπάω έντονα όταν νευριάζω (π.χ. χρησιμοποιώ λεκτική ή σωματική βία).	1	2	3	4	5

69	Οι συναισθηματικές αντιδράσεις μου, τείνουν να είναι ακραίες (π.χ., Θυμώνω για ασήμαντα πράγματα).	1	2	3	4	5
70	Αναστατώνομαι πολύ όταν τα πράγματα δεν γίνονται με το δικό μου τρόπο.	1	2	3	4	5
71	Ξεπερνάω εύκολα τις αποτυχίες ή τις απογοητεύσεις.	1	2	3	4	5
72	Αγχώνομαι εύκολα.	1	2	3	4	5
73	Διαφωνώ με τους άλλους χωρίς να μαλώσω.	1	2	3	4	5
74	Κυριεύομαι έντονα από το συναίσθημα του «όλα ή τίποτα».	1	2	3	4	5
75	Διαχειρίζομαι με ηρεμία όποιο πρόβλημα προκύψει.	1	2	3	4	5

Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής (WHOQOL~ BREF)

1	Η ποιότητα ζωής μου είναι καλή.	1	2	3	4	5
2	Είμαι ικανοποιημένος/η από την κατάσταση της υγείας μου.	1	2	3	4	5
3	Απολαμβάνω την ζωή.	1	2	3	4	5
4	Χρειάζομαι ιατρική θεραπεία για να είμαι λειτουργικός/ή στην καθημερινότητά μου (π.χ.: φάρμακα, αιμοκάθαρση, κλπ.).	1	2	3	4	5
5	Έχω από τους άλλους την υποστήριξη που χρειάζομαι.	1	2	3	4	5
6	Έχω την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.	1	2	3	4	5
7	Μπορώ να κινούμαι εύκολα μέσα και έξω από το σπίτι.	1	2	3	4	5
8	Νοιώθω ικανοποιημένος/η με την ικανότητά	1	2	3	4	5

	μου να τα βγάλω πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.					
9	Νοιώθω ικανοποιημένος/η με την ικανότητά μου να εργαστώ.	1	2	3	4	5
10	Νοιώθω ικανοποιημένος/η με τις προσωπικές μου σχέσεις.	1	2	3	4	5
11	Νοιώθω ικανοποιημένος/η από τη σεξουαλική μου ζωή.	1	2	3	4	5
12	Νοιώθω ικανοποιημένος/η από την υποστήριξη που έχω από φίλους.	1	2	3	4	5
13	Νοιώθω ικανοποιημένος/η από τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικώ.	1	2	3	4	5
14	Συχνά νοιώθω αρνητικά συναισθήματα όπως: μελαγχολική διάθεση, απελπισία, μοναξιά κλπ.	1	2	3	4	5
15	Νοιώθω ικανοποιημένος/η από τους κοινωνικούς ρόλους που έχω αναλάβει και τις δραστηριότητες που έχω αναπτύξει στον κοινωνικό τομέα.	1	2	3	4	5