



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η σχέση της αυτό-συμπόνιας και του χιούμορ με την ποιότητα ζωής των αστέγων και ο ρόλος τους στις ευδόκιμες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις.

Ευανθία Χάντα
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μαίρη Γκούβα, Καθηγήτρια Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια.

Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια Γενικού Τμήματος Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής.

Εμμανουήλ Μέντης, Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστημίου Πάτρας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής.

Λάρισα, 2020



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



The relation of self-compassion and humor to the quality of life of the homeless and their role in successful psychosocial interventions.

Περιεχόμενα

Κατάλογος Πινάκων	4
Κατάλογος Γραφημάτων	5
Ευχαριστίες	6
Περίληψη	7
Abstract	8
Εισαγωγή	9-10

Γενικό Μέρος

Κεφάλαιο 1: “Αστεγία: Εννοιολογική προσέγγιση, διεθνής εμπειρία, το φαινόμενο στην Ελλάδα”.

1.1: Εννοιολογική προσέγγιση της αστεγίας11-14

1.2: Η διεθνής εμπειρία της αστεγίας14-16

1.3: Το φαινόμενο της αστεγίας στην Ελλάδα16-20

Κεφάλαιο 2: “Αυτό-συμπόνια: Θεωρητικό πλαίσιο και ερευνητικά δεδομένα”.

2.1: Θεωρητικό πλαίσιο της αυτό-συμπόνιας20-22

2.2: Ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την αυτό-συμπόνια22-24

Κεφάλαιο 3: “Το Χιούμορ: Ιστορική αναδρομή, ορισμοί και αποτελέσματα ερευνών”.

3.1: Ιστορική αναδρομή της έννοιας του χιούμορ24-25

3.2: Η συνεχής αναζήτηση του ορισμού του χιούμορ25-27

3.3: Αποτελέσματα ερευνών για την επίδραση του χιούμορ27-29

Κεφάλαιο 4: “Ποιότητα ζωής”.

4.1: Οι έννοιες της ποιότητας ζωής, της υγείας και της ψυχικής υγείας29-31

Κεφάλαιο 5: “Αυτό-συμπόνια, χιούμορ και ποιότητα ζωής”.

5.1: Η σχέση της αυτό-συμπόνιας και του χιούμορ με την ποιότητα ζωής31-32

Ειδικό Μέρος

A. Ερευνητική Μεθοδολογία.....33

B. Ερευνητική Διαδικασία33-35

Γ. Στατιστική Μεθοδολογία35-36

Δ. Δειγματοληπτική Μέθοδος36

Αποτελέσματα

A. Περιγραφική ανάλυση του δείγματος	37-40
B. Ανάλυση αξιοπιστίας κλιμάκων	40-41
Γ. Συσχετίσεις	41-50
Συζήτηση	51-53
Περιορισμοί	53-54
Συμπεράσματα	54-56
Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	56
Βιβλιογραφία	
Ελληνόγλωσση	57-59
Ξενόγλωσση	60-64
Παράρτημα	
1. Υπόδειγμα Ερωτηματολογίου Κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών	65-66
2. Υπόδειγμα Ερωτηματολογίου HSC	67-69
3. Υπόδειγμα Κλίμακας SCS	70-72
4. Υπόδειγμα Ερωτηματολογίου SF- 36	73-77
5. Έντυπο Συγκατάθεσης	78
6. Άδεια/ Έγκριση διεξαγωγής έρευνας	79

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: ETHOS – Ευρωπαϊκή Τυπολογία για την έλλειψη στέγης και τον αποκλεισμό από την κατοικία.....	13
Πίνακας 2: Κατανομή Αστεγών ανά Δήμο και είδος καταγραφής.....	19
Πίνακας 3: Μορφές χιούμορ.....	26
Πίνακας 4: Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	38
Πίνακας 5: Στατιστικοί δείκτες των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων HSQ, SCS και SF- 36.....	38
Πίνακας 6: Ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας των κλιμάκων HSQ, SCS και SF- 36 καθώς και των υπό-κλιμάκων τους.....	41

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1: Ραβδόγραμμα των βαθμολογιών του ερωτηματολογίου HSQ και των υπό-κλιμάκων του.....	39
Γράφημα 2: Ραβδόγραμμα των βαθμολογιών του ερωτηματολογίου SCS και των υπό-κλιμάκων του.....	40
Γράφημα 3: Ραβδόγραμμα των βαθμολογιών του ερωτηματολογίου SF- 36 και των υπό-κλιμάκων του.....	40
Γράφημα 4: Ραβδόγραμμα συσχέτισης της βαθμολογίας της κλίμακας SF- 36 με τις βαθμολογίες των κλιμάκων HSQ, SCS.....	42
Γράφημα 5: Ραβδόγραμμα συσχέτισης του φύλου με τις βαθμολογίες των κλιμάκων HSQ, SCS και SF- 36.....	43
Γράφημα 6: Ραβδόγραμμα συσχέτισης της οικογενειακής κατάστασης με τις βαθμολογίες των κλιμάκων HSQ, SCS και SF- 36.....	44
Γράφημα 7: Ραβδόγραμμα συσχέτισης της ηλικίας με τις βαθμολογίες των κλιμάκων HSQ, SCS και SF- 36.....	45
Γράφημα 8: Ραβδόγραμμα συσχέτισης της διάρκειας αστεγίας με τις βαθμολογίες των κλιμάκων HSQ, SCS και SF- 36.....	46
Γράφημα 9: Ραβδόγραμμα συσχέτισης του τόπου καταγωγής με τις βαθμολογίες των κλιμάκων HSQ, SCS και SF- 36.....	47
Γράφημα 10: Ραβδόγραμμα συσχέτισης του εκπαιδευτικού επιπέδου με τις βαθμολογίες των κλιμάκων HSQ, SCS και SF- 36.....	48
Γράφημα 11: Ραβδόγραμμα συσχέτισης του χρόνου ανεργίας με τη βαθμολογία της κλίμακας HSQ.....	49
Γράφημα 12: Ραβδόγραμμα συσχέτισης του χρόνου ανεργίας με τη βαθμολογία της κλίμακας SCS.....	49
Γράφημα 13: Ραβδόγραμμα συσχέτισης του χρόνου ανεργίας με τη βαθμολογία της κλίμακας SF- 36.....	50

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελεί το επισφράγισμα της φοίτησής μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στην «Ψυχική Υγεία» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και έτσι ολοκληρώνεται ένας κύκλος δύο όμορφων ετών, τα οποία εμπλούτισαν τις θεωρητικές και πρακτικές γνώσεις μου, στο ατέρμονο και συνάμα ιδιαίτερα ενδιαφέρον, για εμένα προσωπικά, πεδίο της ψυχικής υγείας.

Στο σημείο αυτό, θέλω, αρχικά, να ευχαριστήσω τη διοίκηση του Υπνωτηρίου Αστέγων του Δήμου Θεσσαλονίκης, καθώς με την άδεια που μου έδωσε, άνοιξε ο δρόμος της διενέργειας της έρευνάς μου στο συγκεκριμένο χώρο. Ιδιαίτερα συγκινημένη, χαρούμενη και ευγνώμων νιώθω, επίσης, για την προθυμία, τη συνεργασία και την υπομονή των άστεγων-συμμετεχόντων στη διαδικασία των συνεντεύξεων- συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, τους οποίους και ευχαριστώ ειλικρινά από καρδιάς, τον καθένα ξεχωριστά. Τέλος, νιώθω έντονη την ανάγκη να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κα. Μαίρη Γκούβα, η οποία ήταν η συνοδοιπόρος μου, καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας αυτής, με καθοδήγησε, με συμβούλευσε, με στήριξε, ήταν πάντα παρούσα και το αποτέλεσμα δε θα ήταν το υπάρχον χωρίς τη συμβολή της.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι η συγγραφέας της συγκεκριμένης διπλωματικής- μεταπτυχιακής εργασίας, ότι σε αυτήν αναφέρω το σύνολο των πηγών που έχω μελετήσει και χρησιμοποιήσει αντλώντας δεδομένα, λέξεις ή ιδέες, είτε αυτούσια είτε επεξεργασμένα και παραφρασμένα και ότι η εργασία αυτή προετοιμάστηκε αποκλειστικά από εμένα για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στην «Ψυχική Υγεία» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η αστεγία αποτελεί διαχρονικό πρόβλημα της κοινωνίας, την ίδια στιγμή που η αυτό-συμπόνια και το χιούμορ αναδεικνύονται σε εργαλεία που προστατεύουν και προωθούν τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία όπως και την ποιότητα ζωής των πληθυσμών στους οποίους μελετώνται.

Σκοπός: Η διερεύνηση της σχέσης της αυτό-συμπόνιας και του χιούμορ με την ποιότητα ζωής πληθυσμιακής ομάδας άστεγων ατόμων και η μελέτη της πιθανής συσχέτισής τους με ορισμένες ψυχολογικές παραμέτρους και κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες.

Μεθοδολογία: Επιλέχθηκε η διεξαγωγή ποσοτικής έρευνας με χρήση ερωτηματολογίων και συνακόλουθη επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχθηκαν με τη χρήση λογισμικού SPSS 25. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Ψυχική Υγεία» του Γενικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας από το Φεβρουάριο έως τον Αύγουστο του 2020. Το δείγμα εντοπίστηκε στο Νομό Θεσσαλονίκης με τη μέθοδο της δειγματοληψίας «ευκολίας» (n=90) και συγκεκριμένα αποτελείτο από άστεγους που φιλοξενήθηκαν, κατά το παραπάνω χρονικό διάστημα, στο «Υπνωτήριο Αστέγων» της πόλης της Θεσσαλονίκης. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα εξής: α) το ερωτηματολόγιο Humor Styles Questionnaire (HSC), ανάδειξης των μορφών του χιούμορ, β) η κλίμακα Self- Compassion Scale (SCS), για τη μέτρηση της αυτό-συμπόνιας, γ) το ερωτηματολόγιο επισκόπησης της υγείας SF- 36, για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία και τέλος, δ) ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικό-δημογραφικών στοιχείων.

Αποτελέσματα: Από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων προέκυψε θετική σχέση, τόσο ανάμεσα στην αυτό-συμπόνια και στην ποιότητα ζωής, όσο και ανάμεσα στο χιούμορ και στην ποιότητα ζωής στο δείγμα του άστεγου πληθυσμού. Συγχρόνως οι άστεγοι βρέθηκε ότι δεν χρησιμοποιούν πολύ το χιούμορ, επιδεικνύουν μέτριου βαθμού αυτό-συμπόνια και τα επίπεδα της ποιότητας ζωής τους είναι οριακά μη ικανοποιητικά.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν την επίδραση της αυτό-συμπόνιας και του χιούμορ στην ποιότητα ζωής του υπό μελέτη πληθυσμού και το σπουδαίο ρόλο που επιτελούν στην υγεία και σε άλλους τομείς της ζωής των ανθρώπων.

Λέξεις - Κλειδιά: αστεγία/ άστεγοι, αυτό-συμπόνια, χιούμορ, ποιότητα ζωής.

Abstract

Introduction: Homelessness is a timeless issue in our society, at the same time that self-compassion and humor emerge as tools that safeguard and promote the physical and mental health as well as the quality of life of the populations in study.

Objective: Investigation of the relation between self-compassion and humor and the quality of life of the population group of homeless people and study of their possible relevance to certain psychological parameters and socio-demographical factors.

Methodology: Quantitative research was performed using questionnaires and the data collected was processed in SPSS 25 software. The research was conducted in the framework of the Postgraduate Programme “Mental Health” of the General Department, University of Thessaly, from February to August 2020. The sample was selected from the Prefecture of Thessaloniki with the method of convenient sampling (n=90), and particularly, it consisted of homeless people accommodated over this period in the “Night Shelter for the Homeless” in Thessaloniki. The research tools used were: a) Humor Styles Questionnaire (HSC) highlighting the different styles of humor, b) Self- Compassion Scale (SCS) for the measurement of self-compassion, c) SF- 36 health survey questionnaire for the measurement of health-related quality of life, and finally, d) a questionnaire of socio-demographical data.

Results: Statistical data processing revealed a positive correlation both between self-compassion and quality of life and between humor and quality of life in the sample of the homeless population. At the same time, it was found that the homeless do not use humor a lot, display moderate self-compassion and their quality of life levels are somewhat dissatisfied.

Conclusions: The results of this study highlight the impact of self-compassion and humor on the quality of life of the population in study and the important role they play in health and other aspects of people’s lives.

Key words: homelessness/ homeless, self-compassion, humor, quality of life.

Εισαγωγή

Το φαινόμενο της αστεγίας αποτελεί ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα της κοινωνίας με παγκόσμιες διαστάσεις και ο αριθμός των άστεγων ατόμων έχει, τα τελευταία χρόνια, αυξηθεί λόγω της οικονομικής κρίσης που έχει πλήξει πολλές, ανά τον κόσμο, χώρες. Ακριβής και συγκεκριμένος ορισμός γύρω από το ποιοι ακριβώς εμπεριέχονται στους άστεγους ανθρώπους δεν υφίσταται, αντ' αυτού υπάρχουν μόνο ορισμένες κατηγοριοποιήσεις του πληθυσμού τους (McNaughton, 2008; Philippot, 2011). Έτσι άστεγοι είναι προφανώς όσοι διαμένουν στο δρόμο ή σε δημόσιους χώρους, χωρίς να έχουν κανένα κατάλυμα, είναι όμως και όσοι φιλοξενούνται παροδικά σε δομές αστέγων, όσοι περιστασιακά διαμένουν σε φθηνά ξενοδοχεία, σε επισφαλείς/ ακατάλληλες συνθήκες ή υπό την απειλή έξωσης αλλά και τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας, οι προσφάτως αποφυλακισμένοι και τέλος, ενδέχεται να είναι και πληθυσμοί προσφύγων ή μεταναστών (Βλάχη, 2013). Η πρόσβαση στην κατοικία αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα και επομένως, η έλλειψη στέγης μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια ακραία μορφή κοινωνικού αποκλεισμού. Την ίδια στιγμή, οι άστεγοι, αποτελούν μια ευαίσθητη ομάδα του πληθυσμού καθώς αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα στην καθημερινή τους ζωή, προέρχονται από δυσλειτουργικές οικογένειες, έχουν κακές ή ανύπαρκτες κοινωνικές σχέσεις, πληθώρα ψυχικών και σωματικών προβλημάτων, μιας και η πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι προβληματική και ανεπαρκής, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κακή ποιότητα ζωής και συχνά σχέση με κατάχρηση ουσιών και παραβατική συμπεριφορά.

Στην παγκόσμια βιβλιογραφία ανευρίσκονται προσπάθειες παρακολούθησης του πληθυσμού των άστεγων που κυρίως αφορούν στην αποτύπωση του αριθμού τους και τη μελέτη διαφόρων χαρακτηριστικών τους. Έννοιες όμως όπως η αυτό-συμπόνια, το χιούμορ αλλά και η πιθανή σχέση των δύο με την ποιότητα ζωής σε άστεγους πληθυσμούς δεν έχουν μελετηθεί ιδιαίτερα από ερευνητές και η διερεύνησή τους αποτελεί σκοπό της παρούσας εργασίας.

Η αυτό-συμπόνια ορίζεται ως η συμπόνια που κατευθύνεται προς τον εαυτό και τα οφέλη της είναι παρόμοια με εκείνα της συμπόνιας (Neff, 2003a) ενώ όσο συνεχίζει να μελετάται τόσο περισσότερο αναδεικνύεται σε παράγοντα ανθεκτικότητας με θετικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ανθρώπων (Zhang et al., 2019). Ορίζεται από τρεις διαστάσεις, οι οποίες είναι εξίσου σημαντικές και αλληλοσχετιζόμενες. Αυτές είναι η ευγένεια/ καλοσύνη απέναντι στον εαυτό, η αποδοχή της κοινής ανθρώπινης φύσης και η ενσυνειδητότητα -έννοιες που θα εξηγηθούν παρακάτω στην εργασία- (Zhang et al., 2019; Neff, 2003a; Neff, 2011; Neff et al., 2018).

Το χιούμορ αποτελεί έννοια με ευρύ περιεχόμενο και έχει, μόλις τα τελευταία χρόνια, ξεκινήσει να ερευνάται, με έντονο όμως ενδιαφέρον από τους μελετητές ανά τον κόσμο.

Ιδιαίτερα διερευνώνται οι πιθανές θετικές επιδράσεις του στη σωματική και ψυχική υγεία των

ανθρώπων που το χρησιμοποιούν στη ζωή τους (Martin et al., 2003), ενώ παράλληλα εξετάζονται και οι υπό-μορφές του χιούμορ που επιδεικνύονται.

Η ποιότητα ζωής, παρά το γεγονός ότι είναι ευνόητη σε επίπεδο βιωματικής εμπειρίας, δεν τυγχάνει καθολικά αποδεκτού ορισμού και από τη μελέτη της διαθέσιμης βιβλιογραφίας διεθνώς, αναφορικά με αυτήν, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι έως και σήμερα δεν έχει καθιερωθεί συγκεκριμένος ορισμός (Ψαθά, 2014). Εξαρτάται τόσο από εξωγενείς/ αντικειμενικούς, όσο και από ενδογενείς/ υποκειμενικούς παράγοντες και πλέον υπάρχουν αρκετά εργαλεία με σκοπό τη “μέτρησή” της. Με βάση τα πορίσματα της Δεύτερης Ευρωπαϊκής Έρευνας για την Ποιότητα Ζωής, η οποία αξιολογεί την υποκειμενική ευημερία στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αναδεικνύεται η σημασία του οικονομικού παράγοντα ως δείκτη με τη μεγαλύτερη επίδραση στην ατομική ποιότητα ζωής. Έτσι η υλική ευημερία, το εισόδημα, η ανεργία και η φτώχεια φαίνονται ως οι παράγοντες με τη μεγαλύτερη επίδραση στην ποιότητα ζωής, ενώ ακολουθούν η κατάσταση της υγείας, η κατάσταση της απασχόλησης, η εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη ή μη δικτύου πρακτικής-ηθικής υποστήριξης και η δυνατότητα πρόσβασης σε (ποιοτικές) δημόσιες υπηρεσίες (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2010).

Με βάση όλα τα παραπάνω λοιπόν, αναδεικνύεται ο προβληματισμός πώς άραγε να στέκονται οι άστεγοι απέναντι σε έννοιες όπως αυτές της αυτό-συμπόνιας και του χιούμορ. Μπορούν να επιδεικνύουν αυτό-συμπόνια και σε ποιο βαθμό έχοντας το συγκεκριμένο προφίλ και όντας σε μια, αναμφίβολα, δύσκολη κατάσταση; Έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιούν το χιούμορ στη ζωή τους και σε τί βαθμό; Μπορούν τα δυο αυτά χαρακτηριστικά να προστατεύσουν τους άστεγους από πληθώρα ψυχοπαθολογικών καταστάσεων και να τους προσφέρουν τα οφέλη που χαρίζουν, κατά πως φαίνεται από τη βιβλιογραφία, σε άλλους πληθυσμούς; Επιπρόσθετα, τί επίπεδο μπορεί να αγγίζει η ποιότητα ζωής μιας ομάδας άστεγων ανθρώπων, έχοντας υπόψη τους παράγοντες με τους οποίους αυτή σχετίζεται αλλά και τις συνθήκες υπό τις οποίες διαβίει ο συγκεκριμένος πληθυσμός; Η αυτό-συμπόνια και το χιούμορ, έχουν τελικά κάποια σχέση με την ποιότητα ζωής, θα μπορούσαν να λειτουργήσουν προστατευτικά και να αποτελέσουν χρήσιμες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις;

Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να ρίξει φως στα παραπάνω ερωτήματα, αποτυπώνοντας τα ποσοστά αυτό-συμπόνιας, χιούμορ και ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων και διερευνώντας την πιθανή επιμέρους των τριών συσχέτιση. Παράλληλα, θα επιχειρήσει να αναδείξει τη σχέση τους με κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες, όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η ηλικία, ο χρόνος αστεγίας, ο τόπος καταγωγής, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η διάρκεια ανεργίας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: “Αστεγία: Εννοιολογική προσέγγιση, διεθνής εμπειρία, το φαινόμενο στην Ελλάδα”.

1.1: Εννοιολογική προσέγγιση της αστεγίας

Η αστεγία δεν αποτελεί νέο φαινόμενο αλλά υπήρχε ανέκαθεν στην ανθρώπινη ιστορία, είναι όμως, αναμφισβήτητα, εντεινόμενη στις ημέρες μας, σχεδόν παγκοσμίως, ιδίως κατά τα χρόνια της οικονομικής ύφεσης και κρίσης. Συγχρόνως αποτελεί μια επικίνδυνη κατάσταση για την κοινωνία και προωθεί τον κοινωνικό αποκλεισμό και τη φτώχεια.

Στο κεφάλαιο αυτό επιχειρείται μια πρώτη επαφή του αναγνώστη με την έννοια της αστεγίας αλλά και με αυτήν ως φαινόμενο, τόσο σε διεθνές όσο και σε εθνικό επίπεδο.

Έτσι, αμέσως παρακάτω, πραγματοποιείται, αρχικά, μια προσπάθεια παρουσίασης της πορείας του εννοιολογικού προσδιορισμού της αστεγίας/ του άστεγου, στη συνέχεια παρουσιάζονται στοιχεία από τη διεθνή μελέτη του συγκεκριμένου φαινομένου και το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με δεδομένα από τη χώρα μας που αποτυπώνουν (σε κάποιο βαθμό) την ισχύουσα κατάσταση στην Ελλάδα.

Η διατύπωση ενός συγκεκριμένου ορισμού για την αστεγία είναι ένα ιδιαίτερα πολύπλοκο ζήτημα και πολλές συζητήσεις έχουν γίνει γι' αυτό (McNaughton, 2008). Το φαινόμενο είναι δύσκολο να οριστεί γι' αυτό και στη βιβλιογραφία απαντώνται αρκετοί διαφορετικοί ορισμοί από ερευνητές οι οποίοι δίνουν έμφαση, σε διαφορετικά, ο καθένας, χαρακτηριστικά του φαινομένου (Philiprot, 2011). Οι ορισμοί ποικίλλουν, επίσης, ανάμεσα στις χώρες του κόσμου, ενώ ούτε τα κράτη- μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης συμφωνούν απόλυτα μεταξύ τους σε έναν κοινό ορισμό, παρά τις κάποιες κοινές παραδοχές του φαινομένου (Fazel et al., 2014).

Ενδεικτικά, σύμφωνα με τις Eddowes & Hranitz «Η έλλειψη στέγης ορίζεται ως η συμπερίληψη οποιονδήποτε των οποίων η νυχτερινή κατοικία είναι είτε σε ένα καταφύγιο είτε στο δρόμο ή σε άλλο δημόσιο χώρο», σύμφωνα με τον Jencks «Οι άστεγοι μπορούν να χωριστούν σε δύο ομάδες: εκείνους που κοιμούνται σε δωρεάν καταφύγια (οι άστεγοι των καταφυγίων) και εκείνους που κοιμούνται σε μέρη τα οποία δεν προορίζονταν για ανθρώπινη κατοικία, όπως σταθμοί λεωφορείων, τρένα του μετρό, αυτοκίνητα, ανοίγματα και εγκαταλελειμμένα κτίρια (οι άστεγοι του δρόμου)» και σύμφωνα με τους Murphy & Tobin «Η έλλειψη στέγης είναι η απουσία κατοικίας ή η έλλειψη μιας σταθερής, αξιόπιστης πηγής στέγασης» (όπως αναφέρονται στο Mavridis & Mouratidou, 2008, p. 25).

Το στοιχείο που χαρακτηρίζει την αστεγία και τον άστεγο στη βάση τους, είναι, αναμφισβήτητα, αυτό της έλλειψης στέγης και από αυτό πηγάζουν οι πιο απλοϊκοί και

πρωταρχικοί ορισμοί του φαινομένου. Επιπρόσθετα, το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό, είναι που δημιουργεί στην αντίληψη των περισσότερων ανθρώπων την αναπαράσταση του άστεγου, παρά το γεγονός ότι υπάρχουν πολλές άλλες παράμετροι που σχετίζονται με την αστεγία, απορρέουν από αυτήν και την αναδεικνύουν σε ένα ιδιαίτερα σύνθετο κοινωνικό φαινόμενο. Στους άστεγους όμως περιλαμβάνονται, εκτός από τους εμφανείς άστεγους του δρόμου, που προφανώς δε διαθέτουν κατοικία- οι λεγόμενοι “ορατοί” άστεγοι κατά τη McNaughton (2008)- είτε άτομα τα οποία δεν έχουν στέγη αλλά φιλοξενούνται σε ξενώνες άστεγων, ιδρύματα ή κέντρα απεξάρτησης- αυτούς η McNaughton (2008) χαρακτηρίζει “αόρατους” άστεγους επισημαίνοντας πως συχνά δε γίνονται αντιληπτοί από το ευρύ κοινωνικό σύνολο- και μπορεί να είναι και θύματα ενδοοικογενειακής βίας ή πρόσφατα αποφυλακισμένοι (Γουρνάρη, 2018) είτε άτομα που περιστασιακά ζουν σε φθηνά ξενοδοχεία, σε συνθήκες επισφαλούς μίσθωσης, υπό την απειλή έξωσης αλλά και άτομα τα οποία διαβιούν σε παντός τύπου ακατάλληλες κατοικίες (Βλάση, 2013). Τέλος ο πληθυσμός των άστεγων, είναι πιθανό να περιέχει πρόσφυγες ή μετανάστες, με ή χωρίς τα απαραίτητα νομιμοποιητικά έγγραφα.

Η FEANTSA, (European Federation of National Organizations working with the Homeless), Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία των Οργανώσεων που εργάζονται με τους Άστεγους έχει αναπτύξει την ETHOS (European Typology on Homelessness and Housing Exclusion), δηλαδή την Ευρωπαϊκή Τυπολογία για την Έλλειψη Στέγης και τον Αποκλεισμό από την Κατοικία και μέσω αυτής επιδιώκει να γεφυρώσει τα κενά που υπάρχουν γύρω από το ζήτημα της αστεγίας και να προσφέρει έναν ολοκληρωμένο και κοινά αποδεκτό, από τις Ευρωπαϊκές χώρες, ορισμό (και εργαλείο μελέτης συγχρόνως) του άστεγου πληθυσμού. Η συγκεκριμένη Τυπολογία ξεκινάει από την παραδοχή ότι υπάρχουν τρεις παράμετροι που συνθέτουν την έννοια της “οικίας” και επομένως η απουσία αυτών οδηγεί στην έλλειψη στέγης. Αυτές είναι οι εξής:

1. Το να έχει κάποιος στέγη, σημαίνει ότι έχει ένα κατάλληλο οίκημα ή χώρο, του οποίου, αυτός και η οικογένειά του, έχουν την αποκλειστική κυριότητα (φυσική διάσταση).
2. Το να είναι κανείς σε θέση να έχει τον προσωπικό του χώρο απολαμβάνοντας σε αυτόν τις κοινωνικές του σχέσεις (κοινωνική διάσταση).
3. Το να κατέχει κανείς ένα νόμιμο τίτλο για την ιδιοκτησία κάποιου χώρου (νομική διάσταση).

Η παραπάνω ανάλυση οδηγεί σε 4 βασικές κατηγορίες άστεγων (διαιρούμενες σε 13 υποκατηγορίες), οι οποίες είναι οι ακόλουθες:

1. Άστεγοι στο δρόμο, που δεν έχουν κανέναν είδους κατάλυμα.
2. Άνθρωποι που στερούνται κατοικίας αλλά φιλοξενούνται κάπου (ξενώνες άστεγων ή γυναικών, κέντρα προσφύγων ή μεταναστών).

3. Άνθρωποι που ζουν σε επισφαλείς συνθήκες στέγασης (υπό την απειλή έξωσης ή βίας).
 4. Άνθρωποι που διαβιώνουν σε ανεπαρκή ή ακατάλληλα καταλύματα (όπως τροχόσπιτα, παντός τύπου αυτοσχέδιες κατασκευές ή σε συνθήκες συνωστισμού) (FEANTSA, 2012).
- Στον παρακάτω Πίνακα παρουσιάζεται η αναφερόμενη Τυπολογία στο σύνολό της.

Πίνακας 1: ETHOS – Ευρωπαϊκή Τυπολογία για την έλλειψη στέγης και τον αποκλεισμό από την κατοικία.

	Λειτουργικός Ορισμός	Συνθήκες Διαβίωσης	Γενικοί Προσδιορισμοί Όρων Κατοικίας		
Εννοιολογική Κατηγορία	ΑΣΤΕΓΟΙ ΣΤΟ ΔΡΟΜΟ	1 Άνθρωποι που ζουν στο δρόμο	1.1 Διαμονή σε δημόσιους χώρους ή εξωτερικούς χώρους	Διαμονή στο δρόμο ή σε δημόσιους χώρους, χωρίς το κατάλυμα να μπορεί να θεωρηθεί τόπος κατοικίας	
		2 Διαμονή σε χώρους για επείγουσες περιπτώσεις	2.1 Διανυκτέρευση σε ξενώνες ύπνου	Άνθρωποι χωρίς σταθερό τόπο διαμονής, που χρησιμοποιούν για διανυκτέρευση υποβαθμισμένα καταλύματα.	
		ΣΤΕΡΟΜΕΝΟΙ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	3 Διαμονή σε ξενώνες για αστέγους	3.1 Διαμονή σε ξενώνα για άστεγους 3.2 Προσωρινή παραμονή σε ξενώνα για άστεγους 3.3 Υποστηριζόμενη διαμονή σε μεταβατικό στάδιο	Ο χρόνος παραμονής ορίζεται να είναι σύντομος*
			4 Φιλοξενία σε ξενώνες γυναικών	4.1 Διαμονή σε ξενώνες για γυναίκες	Σύντομη* φιλοξενία γυναικών, που έχουν βιώσει ενδο-οικογενειακή βία.
			5 Διαμονή σε κέντρα για μεταναστες πρόσφυγες	5.1 Προσωρινή φιλοξενία σε κέντρα υποδοχής για αιτούντες άσυλο 5.2 Προσωρινή φιλοξενία για μετανάστες	Βραχυχρόνια φιλοξενία σε χώρους υποδοχής λόγω νομικής εκκρεμότητας.
			6 Πρόσωπα που φεύγουν από Ιδρύματα	6.1 Εξιτήριο από σωφρονιστικά καταστήματα - Αποφυλακίζομενοι 6.2 Εξιτήριο από Ψυχιατρεία και άλλα Νοσοκομεία η αποφοίτηση από Θεραπευτικά προγράμματα για χρήση ουσιών 6.3 Λήξη φιλοξενίας σε Ιδρύματα Παιδικής Προστασίας /στέγες ανηλίκων	Δεν υπάρχει άλλη κατοικία πριν την αποφυλάκιση Παράταση της νοσηλείας λόγω της έλλειψης στέγης Δεν πιστοποιείται η ύπαρξη κατοικίας (με την συμπλήρωση των 18 χρόνων)
			7 Πρόσωπα που λαμβάνουν μακροχρόνια υποστήριξη	7.1 Στεγαστική φροντίδα για ηλικιωμένους αστέγους 7.2 Υποστηριζόμενη διαμονή για πρώην αστέγους	Διαμονή μακράς διάρκειας* και παροχή φροντίδας για πρώην αστέγους
	ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΣΕ ΕΠΙΣΦΑΛΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΤΕΓΑΣΗΣ		8 Άνθρωποι που ζουν σε επισφαλή κατοικία	8.1 Προσωρινή φιλοξενία σε συγγενείς ή φίλους (από ανάγκη) 8.2 Διαμονή σε καθεστώς παράνομης ή παράτυπης υπενοικίασης 8.3 Παράνομη καταπάτηση γης (για στεγαστικό σκοπό)	Προσωρινή διαμονή σε συμβατική κατοικία αλλά όχι σε κανονική και μόνιμη λόγω έλλειψης στέγης Διαμονή χωρίς νόμιμη ενοικίαση –παράνομη κατάληψη Καταπάτηση γης χωρίς νόμιμα δικαιώματα
		9 Άνθρωποι που ζουν υπό την απειλή έξωσης	9.1 Αναγκαστική έξωση με δικαστική εντολή από ενοικιαζόμενη κατοικία 9.2 Εντολή κατάσχεσης ιδιότητας κατοικίας	Όπου εντολές για έξωση είναι σε ισχύ Όπου υπάρχει δικαστική εντολή για κατάσχεση	
		ΑΝΘΡΩΠΟΙ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΣΕ ΑΝΕΠΑΡΚΗ – ΑΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΚΑΤΑΛΥΜΑΤΑ	10 Πρόσωπα που ζουν υπό την απειλή βίας	10.1 Διαμονή στην οικογενειακή εστία με καταγραμμένα από την αστυνομία περιστατικά βίας	Όταν η αστυνομία λαμβάνει μέτρα για να εξασφαλίσει ασφαλή διαμονή σε θύματα ενδοοικογενειακής βίας
			11 Άνθρωποι που ζουν σε προσωρινά ή πρόχειρα καταλύματα	11.1 Τροχόσπιτα – Αυτοκίνητα 11.2 Μη συμβατικές κατασκευές 11.3 Προσωρινές κατασκευές	Δεν προορίζονται για μόνιμη διαμονή Αυτοσχέδιες κατασκευές, παραπήγματα ή παράγκες Ημι-μόνιμες κατασκευές, λυόμενα ή containers
			12 Άνθρωποι που ζουν σε ακατάλληλα καταλύματα	12.1 Κατεληγμένα κτίρια ακατάλληλα για κατοίκηση	Χώροι που θεωρούνται ακατάλληλοι για κατοίκηση σύμφωνα με την υπάρχουσα νομοθεσία
		13 Διαμονή υπερβολικά μεγάλου αριθμού ανθρώπων στον ίδιο χώρο	13.1 Υπέρβαση του ανώτατου επιτρεπτού ορίου συνωστισμού σε κατοικία	Υπέρβαση του ανώτατου επιτρεπτού εθνικού ορίου ανθρώπων ανά χρησιμοποιούμενο δωμάτιο ή επιφάνεια κατοικίας ανά άτομο.	

Σημείωση: Ως διαμονή σύντομης διάρκειας ορίζεται χρόνος λιγότερος του έτους
 Ως διαμονή μακράς διάρκειας ορίζεται χρόνος πέραν του έτους
 Αυτός ο ορισμός είναι συμβατός με τους ορισμούς των απογραφών, όπως συνιστώνται στην Έκθεση του 2006 της UNECE / EUROSTAT

Πηγή: Feantsa (www.feantsa.org)

Όσον αφορά την εννοιολογική προσέγγιση του όρου στην Ελλάδα, αξίζει να σημειωθεί ότι έως πρόσφατα, δεν υπήρχε κάποιος σαφής επίσημος προσδιορισμός αυτού, με τις δημόσιες κοινωνικές υπηρεσίες να αντιμετωπίζουν ως άστεγους, κατά βάση, τους ανθρώπους που ζουν στο δρόμο σε άθλιες συνθήκες και τις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, που ασχολούνται με τον άστεγο πληθυσμό, να έχουν έναν πιο διευρυμένο και λεπτομερή ορισμό για αυτούς, συμπεριλαμβάνοντας και τους ανθρώπους που ζουν σε επισφαλείς συνθήκες στέγασης ή σε

ανεπαρκή καταλύματα (Βλάση, 2013).

Πλέον, στην Ελλάδα, ο νόμος 4052/2012 στις παραγράφους 1 και 2 του Άρθρου 29, θεσπίζει τον ορισμό του άστεγου. Έτσι, με βάση αυτόν:

1. “Αναγνωρίζονται οι άστεγοι ως ευπαθής κοινωνική ομάδα, στην οποία παρέχεται κοινωνική προστασία. Ως άστεγοι ορίζονται όλα τα άτομα που διαμένουν νόμιμα στη χώρα, τα οποία στερούνται πρόσβασης ή έχουν επισφαλή πρόσβαση σε επαρκή ιδιόκτητη, ενοικιαζόμενη ή παραχωρημένη κατοικία που πληροί τις αναγκαίες τεχνικές προδιαγραφές και διαθέτει τις βασικές υπηρεσίες ύδρευσης και ηλεκτροδότησης”.

2. “Στους αστέγους περιλαμβάνονται ιδίως αυτοί που διαβιούν στο δρόμο, σε ξενώνες, αυτοί που φιλοξενούνται από ανάγκη προσωρινά σε ιδρύματα ή άλλες κλειστές δομές, καθώς και αυτοί που διαβιούν σε ακατάλληλα καταλύματα”. (Theodorikakou et al., 2013, p. 204).

1.2: Η διεθνής εμπειρία της αστεγίας

Η αστεγία εντοπίζεται σε διάφορες φάσεις της ιστορίας του ανθρώπου (Levinson, 2004), άρχισε όμως να απασχολεί έντονα την επιστημονική κοινότητα και ειδικά τους Κοινωνιολόγους τη δεκαετία του 1980 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, λόγω της ποσοτικής αύξησης των άστεγων αλλά και της αλλαγής που παρατηρήθηκε σε ποιοτικά χαρακτηριστικά αυτών, όπως η συμμετοχή στον πληθυσμό τους γυναικών, παιδιών αλλά και ολόκληρων οικογενειών (Meanwell, 2012).

Οι άστεγοι, ως πληθυσμός, χαρακτηρίζονται από ετερογένεια, ειδικά ως προς τις συνθήκες διαβίωσής τους και ως προς το χρονικό διάστημα που περνούν εκτός στέγης. Έτσι η παρακολούθηση και η μελέτη τους καθίσταται εξαιρετικά δύσκολη λόγω της μεταβατικής τους κατάστασης και της έλλειψης μόνιμης έδρας. Η κοινωνική απομόνωση, που επιπλέον αντιμετωπίζουν αλλά και η διατήρηση της ανωνυμίας τους, δυσκολεύουν ακόμη περισσότερο την έρευνα του πληθυσμού τους (Βλάση, 2013).

Επιπρόσθετα, η έλλειψη στέγης εμπεριέχει πολλά στοιχεία, όπως την ανέχεια, την εγκληματικότητα, τη φτώχεια, τη ντροπή, το φόβο, την ανομία, την κρίση, τη μετακίνηση και τον οίκτο (McNaughton, 2008) και σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία αποδίδεται σε μια αλληλεξάρτηση διαρθρωτικών/ κοινωνικών παραγόντων από τη μια και ατομικών παραγόντων (που συχνά σχετίζονται με προσωπική παθολογία, εθισμό, αποκλίσεις, οικογενειακά προβλήματα, φτώχεια) από την άλλη (Wyly & Hammel, 2005). Επομένως το στοιχείο αυτό δυσχεραίνει επιπρόσθετα τη μελέτη και καταγραφή του άστεγου πληθυσμού σε διεθνές επίπεδο.

Ακόμη, ενώ οι άστεγοι αποτελούν μια κοινωνική ομάδα, ο πληθυσμός τους ενδέχεται να προέρχεται από διάφορες ευάλωτες υποομάδες της κοινωνίας, οι οποίες σύμφωνα με τις διεθνείς παρατηρήσεις είναι οι εξής:

- Εθισμένοι στα ναρκωτικά και στο αλκοόλ.
- Μονογονεϊκές οικογένειες.
- Διανοητικά άρρωστοι.
- Μετανάστες.
- Παραβατικοί νέοι.
- Θύματα σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης.
- Άτομα με πολύ χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο διαβίωσης (MPHASIS, 2009).

Το γεγονός αυτό προστίθεται στα παραπάνω και ενισχύει τη δυσκολία παρακολούθησης του πληθυσμού των άστεγων.

Τέλος, η πραγματικότητα της μη ύπαρξης ενός διεθνώς κοινού ορισμού για την αστεγία, όπως διαφάνηκε και στο προηγούμενο υπό-κεφάλαιο, σε συνδυασμό με τα μεθοδολογικά κενά, την απουσία δηλαδή ενός ευρέως αποδεκτού τρόπου καταγραφής των άστεγων ανά τον κόσμο, αποτελούν επιπλέον προκλήσεις της έρευνας της ομάδας των άστεγων.

Ενδεικτικά, αξίζει να αναφερθεί ότι οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής διεξάγουν μια ετήσια καταμέτρηση σε συγκεκριμένο χρονικό σημείο, σύμφωνα με την οποία οι διάφορες κοινότητες σε ολόκληρη τη χώρα, υποχρεούνται να αναφέρουν τον αριθμό των ατόμων που στεγάζονται κάθε βράδυ, σε μια περίοδο 10 ημερών μέσα στο μήνα Ιανουάριο, ενώ, συμπληρωματικά κάθε δεύτερο έτος οφείλουν, επιπλέον, να αποδώσουν τον αριθμό των ατόμων χωρίς στέγη, μετρώντας τα άστεγα άτομα χωρίς καταφύγιο τη νύχτα. Ο Καναδάς, από την άλλη, συλλέγει δεδομένα σχετικά με τα άτομα που χρησιμοποιούν καταφύγια, ενώ τα κράτη- μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν έχουν ένα συγκεκριμένο και συστηματικό τρόπο υπολογισμού των άστεγων. Έτσι, κάποια από αυτά, συλλέγουν δεδομένα για τον αριθμό των ατόμων που λαμβάνουν υπηρεσίες άστεγων ανά έτος, ενώ άλλα εφαρμόζουν χρονικές μετρήσεις σε επιλεγμένες πόλεις ή σε ολόκληρη τη χώρα (Fazel et al., 2014).

Παρά τις προαναφερόμενες δυσκολίες, σύμφωνα με μελέτες, ο αριθμός των άστεγων στην Ευρωπαϊκή Ένωση εκτιμάται ότι υπερβαίνει τις 400.000 με 500.000 άτομα, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής τις 600.000 άτομα (Fazel et al., 2014). Με βάση νεότερη διαφορετική εκτίμηση ο αριθμός των άστεγων στην Ευρώπη παρουσιάζεται αυξημένος κατά πολύ και εκτιμάται περίπου περί τα 4.000.000 άτομα (Σαλτού, 2016). Η εκτίμηση για κάποιες από τις μεγαλύτερες Ευρωπαϊκές πόλεις, το Παρίσι, τη Βαρκελώνη και το Λονδίνο, κυμαίνεται περί τις 3.000 άτομα ανά πόλη κάθε βράδυ (“The Lancet Public Health”, 2017).

Αν και τα στοιχεία είναι ανεπαρκή για να προσφέρουν μια λεπτομερή εικόνα της κατάστασης στην Ευρώπη, οι υπάρχουσες μελέτες καταδεικνύουν αύξηση της έλλειψης στέγης την τελευταία δεκαετία στα περισσότερα από τα κράτη- μέλη και σε ορισμένες περιπτώσεις χωρών η αύξηση αυτή οφείλεται στην οικονομική κρίση. Παρ’ όλα αυτά, σε άλλες χώρες,

όπως οι Κάτω Χώρες, η Φιλανδία και η Σκωτία, έχει παρατηρηθεί μείωση του φαινομένου της έλλειψης στέγης, λόγω, κυρίως, της εφαρμογής ολοκληρωμένων στρατηγικών για την αντιμετώπιση του φαινομένου (FEANTSA, 2012).

Η πλειοψηφία των άστεγων στην Ευρώπη απαρτίζονταν, έως πρόσφατα, από λευκούς άνδρες μέσης ηλικίας. Ωστόσο το προφίλ και τα χαρακτηριστικά των άστεγων μεταβάλλονται συνεχώς σε πολλά από τα κράτη- μέλη της Ένωσης και παρατηρείται μια άξια μνείας αύξηση του ποσοστού συμμετοχής στο συγκεκριμένο πληθυσμό όλο και περισσότερων γυναικών, νέων ηλικιακά ανθρώπων και οικογενειών μεταναστών ή προσφύγων (FEANTSA, 2012).

1.3: Το φαινόμενο της αστεγίας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, το 1990, το ζήτημα της έλλειψης στέγης εντάθηκε και συνδέθηκε με τη μετανάστευση, άρα θεωρήθηκε “εισαγόμενο” πρόβλημα. Στην πραγματικότητα, την περίοδο εκείνη, τα στεγαστικά προβλήματα των Ελλήνων πολιτών είχαν ήδη αρχίσει να δημιουργούνται και σε αυτό το δεδομένο ήρθε να προστεθεί η αύξηση του ποσοστού των μεταναστών και των αιτούντων άσυλο, κυρίως από χώρες της πρώην Ένωσης Σοβιετικών Σοσιαλιστικών Δημοκρατιών. Οπότε επικράτησε η πεποίθηση ότι οι μετανάστες ήταν η αιτία της κατάστασης. Σύντομα βέβαια φάνηκε ότι τόσο οι μετανάστες όσο και οι Έλληνες πολίτες αντιμετώπιζαν προβλήματα στέγασης αφού οι δεύτεροι έρχονταν αντιμέτωποι με τη μείωση της απασχόλησης στο γεωργικό τομέα, την ευρεία αστικοποίηση του πληθυσμού, την είσοδο των γυναικών στην αγορά εργασίας και γενικότερες αλλαγές στην οικονομική και κοινωνική δομή που συντελούνταν στη χώρα ήδη από τις προηγούμενες δεκαετίες (Theodorikakou et al., 2013).

Αξίζει να σημειωθεί ότι στην Ελλάδα υπάρχουν ελάχιστες επίσημες πληροφορίες ή δημοσιευμένα στοιχεία που να αφορούν τον αριθμό των άστεγων και το φαινόμενο της έλλειψης στέγης προερχόμενα από κρατικές πηγές, αλλά στην πλειοψηφία τους τα στοιχεία γύρω από το ζήτημα πηγάζουν από διεθνείς ή εθνικές Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (όπως η “Κλίμακα”, η “Άρσις” και η “Πράξις”) που ασχολούνται με τον άστεγο πληθυσμό. Επιπρόσθετα, η κοινωνική μέριμνα και πολιτική της Ελλάδας, δε φαίνεται να περιλαμβάνει, μέχρι και σήμερα, κάποιο οργανωμένο και ολοκληρωμένο σχέδιο προστασίας των άστεγων ατόμων. Περιορίζεται, αντίθετα, στην περιστασιακή κάλυψη των αναγκών τους μέσω αφενός, της προσωρινής διαμονής μέρους του πληθυσμού τους (και σίγουρα όχι του συνόλου αυτών) στα Ύπνωτήρια Αστεγών που λειτουργούν σε ορισμένους από τους μεγάλους δήμους της χώρας και της απόκρισης σε κάποιες από τις βασικές ανάγκες τους (όπως προσωπική υγιεινή και πλύσιμο των ενδυμάτων τους) μέσω των Ανοικτών Κέντρων Ημέρας Αστεγών, που λειτουργούν επίσης σε επίπεδο δήμων και αποτελούν ανοικτές δομές άμεσης πρόσβασης των άστεγων. Οι δομές παροχής συσσιτίου, που λειτουργούν ανά τη χώρα είτε με κρατική

πρωτοβουλία είτε υλοποιούνται εξ' ολοκλήρου από την εκκλησία της Ελλάδος, συμπληρώνουν και ολοκληρώνουν, επί της ουσίας, τις παρεχόμενες προς τον πληθυσμό αυτό, υπηρεσίες. Από την πλευρά της οικονομικής πολιτικής, τέλος, το ΚΕΑ (Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης) είναι ένα χρηματικό επίδομα που παρέχεται από το Ελληνικό κράτος σε κατηγορίες ατόμων που χρήζουν οικονομικής βοήθειας και δικαιούχοι του είναι και οι άστεγοι, αρκεί να έχουν καταγραφεί από τις κοινωνικές υπηρεσίες των δήμων ή να είναι ωφελούμενοι των δομών που προαναφέρθηκαν.

Όσον αφορά τις μελέτες για τους άστεγους στην Ελλάδα, η πρώτη από αυτές πραγματοποιήθηκε μόλις το 2006 από τη Μη Κυβερνητική Οργάνωση “Κλίμακα” σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και Λάρισα (Theodorikakou et al., 2013). Σύμφωνα με αυτήν, οι Vlantonis et al. (όπως αναφέρεται στο Theodorikakou et al., 2013), επισημαίνουν ότι το 1/3 (33%) του άστεγου πληθυσμού είχε λάβει υποχρεωτική εκπαίδευση, σχεδόν οι μισοί (46,5%) ήταν άστεγοι για περισσότερο από 3 χρόνια και ο πληθυσμός των άστεγων που μελετήθηκε εμφάνιζε κατά 25% υψηλότερο ποσοστό παραβατικότητας σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό.

Το 2009, ως γνωστόν, η χώρα βρέθηκε αντιμέτωπη με την οικονομική κρίση. Το δεδομένο αυτό επιδείνωσε τις κοινωνικές συνθήκες και επέφερε αποτελέσματα όπως αύξηση των ποσοστών της έλλειψης στέγης, της έντασης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, του κύματος της μετανάστευσης των Ελλήνων, του αριθμού των ανέργων και των αυτοκτονιών (Mavridis & Mouratidou, 2018). Μια νέα κατηγορία άστεγων εμφανίστηκε επιπλέον εκείνη την περίοδο. Οι λεγόμενοι “νέο- άστεγοι” ή “νέοι άστεγοι”, οι οποίοι ήταν άνθρωποι που είχαν πληγεί από την κρίση, είχαν μέχρι πρόσφατα την εργασία τους (πολλοί ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι ή αυτοαπασχολούμενοι), ένα καλό βιοτικό επίπεδο και σίγουρα δεν περίμεναν την εξέλιξη αυτή για τους ίδιους και τις οικογένειές τους. Αυτοί είχαν διαφορετικά χαρακτηριστικά από τους “παραδοσιακά” άστεγους, που υπήρχαν και πριν την οικονομική κρίση (Mavridis & Mouratidou, 2018; Theodorikakou et al., 2013). Συγκεκριμένα, σε γενικές γραμμές, δεν εμφάνιζαν ψυχοπαθολογία, 1 στους 5 “νέο- άστεγους” είχε υψηλό μορφωτικό επίπεδο, περισσότεροι από 6 στους 10 (64,8%) ήταν άστεγοι για λιγότερο από 2 χρόνια, 3 στους 10 (29,8%) πίστευαν πως είχαν μείνει άστεγοι λόγω οικονομικών προβλημάτων και 1 στους 6 (17,3%) λόγω ανεργίας, 1 στους 7 (14,35%) είχε πάει τουλάχιστον μια φορά σε κάποιο νοσοκομείο για να περάσει εκεί τη νύχτα ενώ για περισσότερους από τους μισούς (52,4%) η εξασφάλιση τροφής δεν αποτελούσε καθημερινό πρόβλημα και για το 47,1% ούτε η ένδυση ήταν ένα από τα σοβαρά τους ζητήματα, αντίθετα μεταξύ των πιο σημαντικών προτεραιοτήτων τους βρίσκονταν η ανάγκη για στέγαση, υγειονομική περίθαλψη και εργασία (Theodorikakou et al., 2013). Επιπλέον, ο αριθμός τους απαρτίζονταν όλο και περισσότερο, εκτός από μεσήλικες άνδρες, όπως παλαιότερα συνηθίζονταν, από γυναίκες, νέους, παιδιά,

ολόκληρες οικογένειες και μετανάστες, σύμφωνα με τους Minnery & Greenhalgh (όπως αναφέρεται στο Mavridis & Mouratidou, 2018). Ένα ακόμη χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης κατηγορίας άστεγων είναι οι περισσότερες πιθανότητες που είχαν να ανακάμψουν και να επανενταχθούν στην κοινωνία. Οι εκτιμήσεις για τον αριθμό των άστεγων εμφάνιζε ποικιλία και ενώ σύμφωνα με έρευνα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση το 2009 υπολογίστηκε σε 7.720 άτομα, σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για την Έλλειψη Στέγης (European Observatory of Homelessness) ο αριθμός τους ήταν 20.000 (Ναούμη κ.α., 2010 όπως αναφέρεται στο Γουρνάρη, 2018), ενώ για τα επόμενα δύο με τρία χρόνια ο αριθμός των άστεγων στην Ελλάδα συνεχίστηκε να αυξάνει.

Στο επίπεδο των δύο μεγαλύτερων πόλεων της χώρας, έχουν κατά καιρούς διενεργηθεί κάποιες έρευνες. Δύο από τις σχετικά πρόσφατες και αξιόπιστες, είναι αυτές που πραγματοποιήθηκαν στην Αθήνα κατά το χρονικό διάστημα 2013-2014 και την περίοδο 2017-2019 στη Θεσσαλονίκη. Η έρευνα στην Αθήνα, από το Πανεπιστήμιο Κρήτης, διήρκεσε από το Νοέμβριο του 2013 έως τον Οκτώβριο του 2014 και ήρθε να επικαιροποιήσει στοιχεία προηγούμενων σχετικών μελετών και να αποτυπώσει τις διαφορετικές μορφές έλλειψης στέγης αποκλειστικά στην πόλη της Αθήνας. Σύμφωνα με αυτήν, οι άστεγοι που διέμεναν σε δημόσιους ή εξωτερικούς χώρους υπολογίστηκαν από 1.200 έως 2.360 άτομα, ενώ 514.000 άτομα (305.000 ήταν Ελληνικής καταγωγής και 209.000 ήταν αλλοδαποί) στεγάζονταν ανεπαρκώς ή σε ακατάλληλα καταλύματα σε εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες και αντιμετώπιζαν υψηλό κίνδυνο να μείνουν εντελώς άστεγοι (Αράπογλου κ.α., 2015. Arapoglou & Gounis, 2014). Στην πόλη της Θεσσαλονίκης, η ομάδα “Streetwork” της Μη Κυβερνητικής Οργάνωσης “Άρσις” σε συνεργασία με το δήμο Θεσσαλονίκης και χρηματοδότηση από το Κοινωνικό Φιλάνθρωπο “Σταύρος Νιάρχος”, από τον Ιούλιο του 2017 ως τον Απρίλιο του 2019 εντόπισε στους δρόμους της πόλης 452 άτομα, από τους οποίους οι 386 ήταν άνδρες και οι 66 γυναίκες. Όσον αφορά το ηλικιακό φάσμα, οι περισσότεροι ήταν μεταξύ 51 έως 65 ετών και ακολουθούσαν όσοι ήταν μεταξύ 36 έως 50 ετών. Πάνω από τους μισούς (συγκεκριμένα οι 231) είχαν εντοπιστεί από την ομάδα περισσότερες από μια φορές στο δρόμο, ενώ αρκετοί αντιμετώπιζαν προβλήματα σωματικής ή ψυχικής υγείας αλλά και συννοσηρότητα σε αρκετές περιπτώσεις. Εκτός από την καταγραφή τους η ομάδα παρείχε στους άστεγους είδη πρώτης ανάγκης, υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, βοήθεια στην έκδοση βασικών εγγράφων (όπως η ταυτότητα) και υποστήριξη στην αίτηση για το Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης ή για αναπηρικό επίδομα (Ράδιο Θεσσαλονίκη, 2019). Τέλος, η πιο πρόσφατη έρευνα για τους άστεγους στη χώρα, διενεργήθηκε το 2017, σε πιλοτικό επίπεδο, υπό τη συνεργασία του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, του Παντείου Πανεπιστημίου Αθηνών και των δήμων Αθηναίων,

Θεσσαλονίκης, Πειραιά, Ηρακλείου, Ιωαννιτών και Τρικαίων. Στη συγκεκριμένη έρευνα είχα την ευκαιρία να συμμετέχω ως Συντονίστρια του Υπνωτηρίου Αστεγών του δήμου Θεσσαλονίκης και σκοπός της ήταν η απογραφή των άστεγων του δρόμου και όσων εξυπηρετούνταν από δομές υποστήριξης του συγκεκριμένου πληθυσμού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, κατεγράφησαν 1.645 άστεγοι στο σύνολο (793 στην Αθήνα, 380 στη Θεσσαλονίκη, 265 στον Πειραιά, 119 στο Ηράκλειο, 35 στα Τρίκαλα, 30 στα Γιάννενα και 23 στη Νέα Ιωνία). Από το σύνολο των άστεγων, οι 695 ζούσαν στο δρόμο. Ο σχετικός αναλυτικός Πίνακας παρατίθεται αμέσως παρακάτω.

Πίνακας 2: Κατανομή Αστεγών ανά Δήμο και είδος καταγραφής.

	Δρόμος	Παρατήρηση Δρόμος	Δομές	Υποστ. Διαμερίσματα	ΣΥΝΟΛΟ
Σύνολο	317	374	516	438	1645
Αθήνα	106	247	233	207	793
Θεσσαλονίκη	100	71	126	83	380
Πειραιάς	63	33	118	51	265
Ηράκλειο	30	13	21	55	119
Ιωάννινα	12	9	9	-	30
Τρίκαλα	2	-	5	28	35
Ν.Ιωνία	4	1	4	14	23

Πηγή: “Πιλοτική Έρευνα”, 2017

Η πλειοψηφία των άστεγων που διαβιούσαν στο δρόμο ήταν Ελληνικής καταγωγής, ακολουθούσαν οι πολίτες χωρών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης και τέλος οι πολίτες χωρών εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι περισσότεροι από τους άστεγους του δρόμου ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 18 έως 44 ετών και έπονταν οι 45 έως 64 ετών. Τέλος, όσον αφορά το φύλο, η συντριπτική πλειοψηφία των άστεγων του δρόμου ήταν άνδρες (Κωνσταντάτου, 2018. “Πιλοτική Έρευνα”, 2017). Να σημειωθεί, κλείνοντας, πως σκοπός των οργανωτών και συντονιστών της συγκεκριμένης δράσης ήταν η επανάληψή της μετά από δύο χρόνια, κάτι που δυστυχώς δε συνέβη, τουλάχιστον μέχρι και σήμερα. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, λόγω της συχνής μετακίνησης των άστεγων, ο αριθμός τους είναι αρκετά δύσκολο να οριστεί αρχικά και με ακρίβεια σε επόμενο επίπεδο και σίγουρα μια και μόνο καταγραφή δε μπορεί να

επιτύχει κάτι τέτοιο. Η επανάληψη της καταμέτρησης που σχεδιάζονταν είχε αυτό ακριβώς ως σκοπό, να πλησιάσει δηλαδή σε έναν όσο το δυνατόν ρεαλιστικότερο αριθμό των άστεγων των πόλεων στις οποίες η (πρώτη) καταγραφή πραγματοποιήθηκε.

Κεφάλαιο 2: “Αυτό-συμπόνια: Θεωρητικό πλαίσιο και ερευνητικά δεδομένα”.

2.1: Θεωρητικό πλαίσιο της αυτό-συμπόνιας

Στο δεύτερο αυτό κεφάλαιο της παρούσας εργασίας επιχειρείται η εξοικείωση με την έννοια της αυτό-συμπόνιας. Αυτή αποτελεί σχετικά νέο όρο στο χώρο της Ψυχολογίας γενικότερα και στον κλάδο της Θετικής Ψυχολογίας πιο ειδικά και το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας για αυτήν είναι έντονο και αυξανόμενο. Η πρώτη που μελέτησε την έννοια και δημιούργησε και την Κλίμακα της αυτό-συμπόνιας (Self- Compassion Scale, SCS) είναι η Ψυχολόγος Kristin Neff.

Πιο συγκεκριμένα, αμέσως παρακάτω, θα παρουσιαστεί το περιεχόμενο της έννοιας της αυτό-συμπόνιας και θα αναφερθούν τα στοιχεία που ουσιαστικά τη συνθέτουν ενώ το κεφάλαιο κλείνει με την παράθεση αποτελεσμάτων μελετών γύρω από το ρόλο της αυτό-συμπόνιας, τα οποία (γενικά) συνηγορούν στη θετική επίδραση αυτής στην ευημερία και την ψυχική ευεξία των ανθρώπων.

Η έννοια της αυτό-συμπόνιας υπάρχει εδώ και αιώνες στην Ανατολική φιλοσοφία και συγκεκριμένα στη Βουδιστική, παρά το γεγονός της πολύ πρόσφατης εμφάνισής της στη σκέψη και την επιστήμη του Δυτικού κόσμου (Davidson & Harrington, 2002). Ενώ στο Δυτικό πολιτισμό η συμπόνια γίνεται αντιληπτή, κατά βάση, ως συμπόνια, σχεδόν αποκλειστικά, προς τους άλλους, στη Βουδιστική φιλοσοφία, η αυτό-συμπόνια, η συμπόνια που κατευθύνεται δηλαδή προς τον ίδιο τον εαυτό, είναι εξίσου σημαντική με την πρώτη. Επί της ουσίας, οι δυο αυτές εκφάνσεις δε διαχωρίζονται αλλά νοούνται ως κάτι ενιαίο (Neff, 2003a). Μάλιστα στην Ανατολή, η ανάπτυξη της συμπόνιας, τόσο προς τον εαυτό όσο και προς τους άλλους, ήταν και συνεχίζει να είναι, ένας από τους ασφαλέστερους τρόπους απελευθέρωσης των ανθρώπων από όλα όσα τους κάνουν να υποφέρουν (Gilbert, 2005).

Σύμφωνα με τον Wispe (όπως αναφέρεται στο Neff, 2003a) η συμπόνια σχετίζεται με την επαφή με τον πόνο του άλλου, χωρίς την αποφυγή βίωσης των οποιονδήποτε δυσάρεστων συναισθημάτων, με σκοπό την ανάδυση καλοσύνης προς το συνάνθρωπο και την ανακούφιση του πόνου του. Επίσης ο όρος περιλαμβάνει τη μη κριτική στάση απέναντι στον άλλο, την υπομονή και τη διάθεση για προσφορά βοήθειας στη βάση της πεποίθησης ότι όλοι ανεξαιρέτως οι άνθρωποι ενδέχεται να κάνουν λάθη μιας και κανείς δεν είναι τέλειος ή πάντα

σωστός (Neff, 2003b).

Ο ορισμός της αυτό-συμπόνιας δε διαφέρει σημαντικά από τον παραπάνω γενικό ορισμό της συμπόνιας, ενώ οι δύο έννοιες αποδίδουν παρόμοια οφέλη. Ομοίως λοιπόν, η Kristin Neff, ορίζει την αυτό-συμπόνια ως μια συναισθηματικά θετική αυτοδιάθεση, η οποία προστατεύει το άτομο που τη διαθέτει από τις αρνητικές συνέπειες της αυτοκριτικής, της απομόνωσης από τους υπόλοιπους ανθρώπους και του μηρυκασμού αρνητικών ιδεών (Neff, 2003a). Διαφορετικά, η αυτό-συμπόνια έγκειται σε ένα θετικό τρόπο σύνδεσης του ατόμου με τον εαυτό του σε στιγμές πόνου ή αποτυχίας είτε αυτά προέρχονται από εξωτερικές συνθήκες είτε από πράξεις του ίδιου του ατόμου (Neff, 2003b). «Το αίσθημα της συμπόνιας προς τον εαυτό είναι παρόμοιο με την αίσθηση της συγχώρεσης για τον εαυτό» (Neff, 2003a, p. 87). Η αυτό-συμπόνια συνεπάγεται λιγότερη κρίση προς τον εαυτό, κάτι που οδηγεί και σε περιορισμένη κριτική προς τους άλλους και αποφυγή συγκρίσεων ανάμεσα στον εαυτό και τους άλλους (Neff, 2003a). Ακόμη, έχει φανεί ότι η αυτό-συμπόνια εμπεριέχει πολλά από τα ψυχολογικά οφέλη που σχετίζονται με την υψηλή αυτοεκτίμηση, χωρίς όμως να ταυτίζεται με αυτήν και επιπρόσθετα, μετατρέπει την αρνητική αυτό-επιρροή σε θετική αυτό-επιρροή (Neff, 2003a; Neff, 2003b). «Η αυτό-συμπόνια συνεπάγεται τη θέαση των εμπειριών του ατόμου υπό το ευρύτερο πρίσμα της κοινής ανθρώπινης εμπειρίας» (Neff, 2003a, p. 87). Αντίθετα αυτή, δε θα πρέπει, σε καμία περίπτωση, να συγχέεται με αυτό-λύπηση, με αυτό-επιείκεια, με αδράνεια ή παθητικότητα, ούτε βέβαια με εγωισμό, εγωκεντρισμό ή με προτεραιοποίηση των προσωπικών αναγκών του ατόμου έναντι εκείνων των άλλων ανθρώπων (Neff, 2003a; Neff, 2003b).

Την αυτό-συμπόνια, σύμφωνα πάντα με τη Neff, συνθέτουν τρία βασικά στοιχεία. Αυτά είναι η καλοσύνη προς τον εαυτό, η κοινή ενότητα (ανθρωπιά) και η ενσυνειδητότητα. Η καλοσύνη προς τον εαυτό επιδεικνύεται όταν το άτομο είναι ευγενικό προς τον εαυτό του και δείχνει φροντίδα, ζεστασιά και κατανόηση σε περιπτώσεις προσωπικού πόνου ή προσωπικής αποτυχίας σε αντιδιαστολή με το να είναι έντονα αυτό-κριτικό προς τον εαυτό του, τις πράξεις του, τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Η κοινή ενότητα ή ανθρωπιά έγκειται στην αντίληψη των εμπειριών του ατόμου ως μέρος της ευρύτερης κοινής ανθρώπινης φύσης και εμπειρίας και όχι ως κάτι ξέχωρο ή απομονωμένο που αφορά αποκλειστικά το άτομο και στην αποδοχή και αφομοίωση της ιδέας πως όλοι οι άνθρωποι έχουν ατέλειες ή υποπέφτουν σε σφάλματα. Η ενσυνειδητότητα νοείται ως το κράτημα των επώδυνων σκέψεων, συναισθημάτων και εμπειριών σε μια κατάσταση ισορροπημένης επίγνωσης σε αντίθεση τόσο με την αποφυγή όσο και με την υπερβολική ταύτιση με αυτά που αποδεικνύεται επιβλαβής για το άτομο. Οι τρεις αυτές πλευρές της αυτό-συμπόνιας μπορεί να διαφέρουν εννοιολογικά και να βιώνονται διαφορετικά σε φαινομενολογικό επίπεδο όμως αλληλοσυσχετίζονται και αλληλοεπηρεάζονται (Neff, 2003a; Neff, 2011; Neff et al., 2018).

2.2: Ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την αυτό-συμπόνια

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ένα συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για την έρευνα σχετικά με την αυτό-συμπόνια και τις ευεργετικές επιδράσεις της στην ευημερία (Davidson & Harrington, 2002). Αρκεί να σημειωθεί ότι από το 2003 έως το 2017 υπήρξαν περισσότερα από 1.300 άρθρα ή διατριβές με αυτήν ως θέμα (Neff, 2018).

Ένα πολύ μεγάλο μέρος των υπαρχουσών ερευνών αφορούν τη σχέση της αυτό-συμπόνιας με την ψυχική υγεία των ανθρώπων, την ποιότητα ζωής τους και το ευ ζην. Η αυτό-συμπόνια λοιπόν, με βάση τα αποτελέσματά τους, φαίνεται να σχετίζεται θετικά με τη γενικότερη ψυχολογική υγεία (Neff & Vonk, 2009). Πιο συγκεκριμένα, έχει φανεί πως υψηλά επίπεδα αυτό-συμπόνιας έχουν συσχετιστεί με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή, συναισθηματικής νοημοσύνης, κοινωνικής συνοχής, επίτευξης στόχων, προσωπικής πρωτοβουλίας, περιέργειας, ευτυχίας, αισιοδοξίας και θετικής επίδρασης καθώς και με χαμηλά επίπεδα αυτοκριτικής, κατάθλιψης, άγχους, φόβου αποτυχίας, καταστολής της σκέψης, τελειομανίας, στόχων απόδοσης, διατροφικών διαταραχών και νευρωτισμού (Neff, 2011).

Γενικά, φαίνεται πως τα άτομα που συμπονοούν τον εαυτό τους τον κατανοούν καλύτερα και έχουν σημαντική επίγνωση των συναισθημάτων τους. Επιπλέον, η αυτό-συμπόνια όχι απλώς προστατεύει από τη συναισθηματική δυσφορία αλλά επιτυγχάνει να ενισχύσει τα θετικά χαρακτηριστικά του ατόμου, να προωθήσει τα θετικά του συναισθήματα και να χαρίσει τελικά καλή ψυχική υγεία στο άτομο (Gilbert, 2005; Neff, 2003b; Καρακασίδου, 2017).

Επίσης, έχει βρεθεί ότι τα αυτό-συμπονετικά άτομα επιδεικνύουν συναισθηματική ηρεμία όταν έρχονται αντιμέτωπα με αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό τους ή τη ζωή τους, διαχειρίζονται υγιώς στρεσογόνες καταστάσεις και ακολουθούν πρότυπα σκέψεων που τους διευκολύνουν στην αντιμετώπιση των αρνητικών συμβάντων, αναλαμβάνοντας, μάλιστα, το προσωπικό τους μερίδιο ευθύνης σε αυτά λόγω καλύτερης αυτοαντίληψης σε σχέση με τους έχοντες χαμηλά επίπεδα αυτό-συμπόνιας (Leary et al., 2007; Neff & Vonk, 2009). Συμπληρωματικά, τα υψηλά επίπεδα αυτό-συμπόνιας συνδέονται και με μεγαλύτερη προσωπική πρωτοβουλία να κάνει κανείς τις απαραίτητες, κάθε φορά, αλλαγές στη ζωή του (Neff et al., 2007).

Η σχέση της αυτό-συμπόνιας με το άγχος και την κατάθλιψη έχει μελετηθεί επίσης και συνεχίζει να διερευνάται όλο και περισσότερο. Σε γενικές γραμμές, έχει φανεί, ότι η ύπαρξη αυτό-συμπόνιας λειτουργεί αντίστροφα με την ύπαρξη κατάθλιψης. Σύμφωνα με έρευνα των Pauley & McPherson (2010), τα άτομα με ψυχική διαταραχή είτε δεν είχαν ποτέ την αίσθηση της αυτό-συμπόνιας στη ζωή τους είτε την έχασαν κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της κατάθλιψης ή του άγχους τους. Όταν όμως βρέθηκαν σε επαφή με την αυτό-συμπόνια, οι συμμετέχοντες την αξιολόγησαν ως ένα πολύ χρήσιμο για αυτούς εργαλείο στην προσπάθειά

τους να ξεπεράσουν την κατάθλιψη ή το άγχος τους (Pauley & McPherson, 2010).

Επιπρόσθετα, σε έρευνα του Raes (2011), βρέθηκε ότι η αυτό-συμπόνια μπορεί να αποτελέσει προβλεπτικό παράγοντα για την ανάπτυξη της κατάθλιψης και συγχρόνως έναν δυνητικά σημαντικό προστατευτικό παράγοντα σε συναισθηματικά προβλήματα όπως αυτή (Raes, 2011).

Η βιβλιογραφία διανθίζεται επιπρόσθετα, από έρευνες οι οποίες εξετάζουν το ρόλο της αυτό-συμπόνιας σε σχέση με την ηλικία των συμμετεχόντων. Ενδεικτικά, σύμφωνα με την έρευνα των Neff & McGehhe (2010), φάνηκε ότι η αυτό-συμπόνια μπορεί να είναι ένας αποτελεσματικός στόχος παρέμβασης για τους έφηβους που έχουν έντονα αρνητικές απόψεις για τον εαυτό τους. Επιπλέον, διαφάνηκε πως οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες που στερούνται αυτό-συμπόνιας είναι πιο πιθανό να έχουν επικριτικές μητέρες, να προέρχονται από δυσλειτουργικές οικογένειες ή να έχουν μη ασφαλείς δεσμούς προσκόλλησης σε σύγκριση με τους αυτό-συμπονητικούς έφηβους και νεαρούς ενήλικες (Neff & McGehhe, 2010; Neff, 2011). Ενώ έρευνες των Allen et al, που εξέτασαν τη σχέση ανάμεσα στην αυτό-συμπόνια και την ευημερία σε άτομα της τρίτης ηλικίας, απέδειξαν τα σημαντικά οφέλη αυτής και στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα (Allen et al., 2012).

Όσον αφορά τη σχέση της αυτό-συμπόνιας με το φύλο, έρευνες έδειξαν ότι οι γυναίκες εμφάνιζαν χαμηλότερα επίπεδα αυτό-συμπόνιας σε σχέση με τους άνδρες, παρά, ίσως, τις αρχικές αντίθετες προβλέψεις των ερευνητών (Neff, 2003b; Neff, 2011).

Έρευνες σχετικά με το ρόλο που μπορεί να διαδραματίζει η αυτό-συμπόνια σε σχέση με διάφορες ειδικές συνθήκες έχουν επίσης διενεργηθεί. Έτσι έρευνα σε παχύσαρκους ασθενείς με έντονους μυοσκελετικούς πόνους έδειξε ότι οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα αυτό-συμπόνιας αντιμετώπιζαν αποτελεσματικότερα τον πόνο τους και ανέφεραν λιγότερες αρνητικές επιπτώσεις αυτού (Wren et al., 2012). Ενώ άλλες έρευνες, σε δείγμα ενήλικων γυναικών, κατέδειξαν την αρνητική συσχέτιση της αυτό-συμπόνιας με αισθήματα ντροπής για την εικόνα του σώματος αλλά και με ακανόνιστες διατροφικές συμπεριφορές (Breines et al., 2013).

Αξίζει, ολοκληρώνοντας, να αναφερθεί ότι η αυτό-συμπόνια, όπως πιστεύεται πλέον, είναι κάτι που μαθαίνεται. Το στοιχείο αυτό σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα των υπαρχουσών μελετών, που συνηγορούν στη θετική επίδραση αυτής στη ζωή των ανθρώπων, γεννούν την ανάγκη αναζήτησης τρόπων ανάπτυξης της αυτό-συμπόνιας. Επομένως διάφορα είναι τα Προγράμματα Εκπαίδευσης σε αυτήν που σχεδιάζονται και υλοποιούνται σε πιλοτικό και όχι μόνο επίπεδο και αυτή είναι μια νέα, ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα, κατεύθυνση για την έρευνα.

Κεφάλαιο 3: “Το Χιούμορ: Ιστορική αναδρομή, ορισμοί και αποτελέσματα ερευνών”.

3.1: Ιστορική αναδρομή της έννοιας του χιούμορ

Ξεκινώντας την ανάλυση της έννοιας του χιούμορ, αμέσως διαπιστώνεται η πολυπλοκότητα τους εγχειρήματος, καθώς αυτό αποδεικνύεται ένα σύνθετο και ετερογενές φαινόμενο. Οι ορισμοί που έχουν προταθεί για αυτό είναι πολλοί, υπάρχουν ποικίλες θεωρίες για το χιούμορ και διαφορετικά είδη χιούμορ, ενώ οι συζητήσεις για το αν αυτό είναι έμφυτο ή επίκτητο και ατομικό χαρακτηριστικό ή κοινωνικό φαινόμενο συνεχίζονται.

Αμέσως παρακάτω λοιπόν, θα γίνει μια σύντομη παρουσίαση της ιστορικής εξέλιξης της έννοιας του χιούμορ, θα ακολουθήσει η παράθεση κάποιων από τους ορισμούς που έχουν, κατά καιρούς, δοθεί για αυτό και τέλος θα αναφερθούν αποτελέσματα ερευνών γύρω από την επίδραση του χιούμορ στην υγεία και ευεξία των ανθρώπων που το διαθέτουν.

Ιστορικά ο όρος χιούμορ φαίνεται να προέρχεται από την αγγλική λέξη humor, η οποία με τη σειρά της, συνδέεται, ετυμολογικά, με τη λατινική humor ή umor και σημαίνει υγρό, υγρασία, χυμός και διάθεση. Εννοιολογικά συνδέεται με τον Ιπποκράτη και τη θεωρία του “περί των χυμών του σώματος”, με βάση την οποία ο άνθρωπος είναι υγιής και ευδιάθετος όταν οι τέσσερις χυμοί του (το αίμα, το φλέγμα, η χολή και η μέλανα) βρίσκονται σε ισορροπία. Ο Γαληνός, τον 2^ο μετά Χριστού αιώνα, υιοθέτησε και επέκτεινε τη συγκεκριμένη θεωρία αναγνωρίζοντας τη μη ομαλή επικράτηση οποιουδήποτε από τους χυμούς έναντι των άλλων στον οργανισμό ως την αιτία όλων των ασθενειών. Συγχρόνως, όρισε τέσσερις κατηγορίες ανθρώπων (αιματώδης, φλεγματικός, μελαγχολικός και φλεγματικός τύπος), ανάλογα με την επικράτηση κάποιου χυμού έναντι κάποιου άλλου στο σώμα. Οι Αρχαίοι Έλληνες Φιλόσοφοι, Πλάτωνας και Αριστοτέλης, όρισαν το κωμικό και εστίασαν στην αρνητική πλευρά του χιούμορ, μιας και δεν προσέδιδαν στο γέλιο την αξία που αυτό έχει σήμερα. Παρ’ όλα αυτά, ο Αριστοφάνης με τις κωμωδίες του ύμνησε και εξέφρασε το χιούμορ των Αρχαίων Ελλήνων μέσα από τη θεατρική τέχνη. Γύρω στο Μεσαίωνα η έννοια συνδέθηκε με την ενέργεια, καλή ή κακή, η οποία αφορά τόσο στο σώμα όσο και στη συναισθηματική κατάσταση και καθορίζει την υγεία και τη διάθεση. Το 18^ο αιώνα η έννοια κατέληξε να έχει τη σημασία που, σε γενικές γραμμές, έχει και σήμερα και σχετίζεται με θετικό, πλέον, περιεχόμενο (Σταθαρού, Γαλάτου & Κοτρώτσιου, 2012. Ξηνταροπούλου, 2012)

Στην ελληνική γλώσσα οι πλησιέστερες, σημασιολογικά, στο χιούμορ έννοιες είναι το πνεύμα και το αστείο και δευτερευόντως πλήθος άλλων λέξεων, όπως το κωμικό, η σάτιρα, η κωμωδία, η παρωδία, το γέλιο και άλλες σχετίζονται με αυτό (Τσάκωνα, 2004). Στη βασική του έννοια, το χιούμορ, αποδίδεται ως μια ιδιαίτερη μορφή επικοινωνίας που στόχο έχει να

προκαλέσει το γέλιο (el.wikipedia.org).

Κλείνοντας, πολύ συνοπτικά, αναφέρονται, αμέσως παρακάτω, κάποιες από τις κατηγορίες του χιούμορ που απαντώνται στη βιβλιογραφία και αυτές είναι το ξερό χιούμορ, το καυστικό ή βιτριολικό χιούμορ, το μαύρο χιούμορ (black humor), η παρωδία, η σάτιρα, ο αυτοσαρκασμός, το πηγαίο χιούμορ, το σουρεαλιστικό χιούμορ και το χιούμορ μέσω της μορφής του λόγου (Σταθαρού, Γαλάτου & Κοτρώτσιου, 2012).

3.2: Η συνεχής αναζήτηση του ορισμού του χιούμορ

Γενικά παραδεκτή είναι η αδυναμία διατύπωσης ενός ολιστικού, κοινώς αποδεκτού ορισμού για το χιούμορ, που να το περιγράφει απόλυτα και όπως ο Streinberg, σπουδαίος Αμερικανός γελοιογράφος, αναφέρει «Η προσπάθεια ορισμού του χιούμορ αποτελεί αφ' εαυτής έναν από τους ορισμούς του χιούμορ» (Πηγάκη, 2018, σ. 28). Η αναλυτική και λεπτομερής παρουσίαση του συνόλου των ορισμών που έχουν αποδοθεί δεν αποτελεί στόχο της παρούσας μελέτης, ωστόσο κρίνεται απαραίτητο να παρατεθούν ορισμένοι από αυτούς και κυρίως εκείνοι που το προσεγγίζουν από ψυχολογική σκοπιά.

Οι εξέχοντες διανοητές, φιλόσοφοι, ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι και άλλοι ερευνητές που αναζήτησαν, ανά περιόδους, τον ορισμό του χιούμορ είναι πολλοί. Σήμερα, πάντως, είναι πλέον σαφές ότι αυτό θεωρείται όρος “ομπρέλα” και περιλαμβάνει σύνολο γνωστικών, συναισθηματικών, συμπεριφοριστικών, ψυχοφυσιολογικών και κοινωνικών προεκτάσεων (Martin et al., 2003).

Ο διάσημος νευρολόγος και ψυχίατρος, Sigmund Freud (1856-1939), έχει αναφερθεί ιδιαίτερα στο χιούμορ, εντάσσοντάς το, μεταξύ άλλων, στους μηχανισμούς άμυνας που διαθέτει ο άνθρωπος και θεωρώντας το, μάλιστα, τον σημαντικότερο και έναν από τους πιο υγιείς αυτών. Οι αμυντικοί μηχανισμοί, σύμφωνα πάντα με τον ίδιο, βοηθούν τους ανθρώπους να αντιμετωπίζουν τις δύσκολες καταστάσεις χωρίς να κατακλύζονται από δυσάρεστα συναισθήματα που τους προκαλούν εσωτερική ένταση. Το χιούμορ είναι ένα “σπάνιο και πολύτιμο δώρο”, το οποίο λίγοι και τυχεροί άνθρωποι κατέχουν, κατά τα λεγόμενα του Freud και επιτρέπει στο άτομο να αποφεύγει τα δυσάρεστα συναισθήματα, διατηρώντας, παράλληλα, μια ρεαλιστική εικόνα της κατάστασης. Ακόμη πιο ειδικά, ο Freud, είδε το χιούμορ ως τη δράση του μητρικού υπέρ-εγώ στην προσπάθειά του να παρηγορήσει και να καθησυχάσει το ανήσυχο εγώ, όπως αναφέρεται στο Martin, 2007.

Ο Rolo May (1900-1994), ψυχολόγος και υπαρξιακός ψυχοθεραπευτής, έχει πει για το χιούμορ: «Το χιούμορ έχει τη λειτουργία της διατήρησης του εαυτού. Είναι ο υγιής τρόπος της αίσθησης της “απόστασης” ανάμεσα στον εαυτό και στο πρόβλημα, ένας τρόπος να στέκεται και να κοιτάζει κανείς το πρόβλημά του με προοπτική», όπως αναφέρεται στο Berk

& Nanda, 2006, p. 427).

Ο Rod Martin, κλινικός ψυχολόγος και εφευρέτης του Ερωτηματολογίου Αξιολόγησης του Χιούμορ (Humor Styles Questionnaire, HSQ), το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί και στην παρούσα μελέτη, έχει πει ότι το χιούμορ είναι ένα πολύ σύνθετο φαινόμενο και ότι δεν υπάρχει μια ενιαία διάσταση που να μπορεί να συλλάβει επαρκώς την έννοια της αίσθησης του χιούμορ. Αυτή μπορεί να σχετίζεται με την τάση να γελά κάποιος συχνά, να αντιλαμβάνεται με ευκολία τις χιουμοριστικές ασυμφωνίες στο περιβάλλον, να λέει αστεία και να διασκεδάζει τους άλλους, να είναι γενικά χαρούμενος, να διατηρεί μια χιουμοριστική στάση στην αντιμετώπιση του στρες ή να υποβαθμίζει τον εαυτό του με χιουμοριστικό τρόπο (Martin, 2001; Kuiper, 2016). Συνοπτικά, ο Martin και οι συνεργάτες του (Public-Doris, Larsen, Gray και Weir) έχουν προτείνει στο μοντέλο τους, ένα βασικό διαχωρισμό του χιούμορ σε θετικό και αρνητικό ή σε κατάλληλο και ανάρμοστο, ενώ συγχρόνως, γίνεται και διάκριση μεταξύ διαπροσωπικού και ενδοατομικού χιούμορ και στις δυο βασικές μορφές του, όπως χαρακτηριστικά αποτυπώνεται στον Πίνακα που ακολουθεί (Martin et al. 2003).

Πίνακας 3: Μορφές Χιούμορ.

Μορφές χιούμορ			
Κατάλληλο χιούμορ Υγιές		Ανάρμοστο χιούμορ Επιζήμιο	
Διαπροσωπικό	Ενδοατομικό	Διαπροσωπικό	Ενδοατομικό
Κοινωνικό χιούμορ	Αυτοεξυψωτικό χιούμορ	Επιθετικό χιούμορ	Αυτομειωτικό χιούμορ

Πηγή: Κρομμύδα, 2016

Ο δόκτωρ Paul McGhee είναι ένας ακόμη από τους σπουδαίους επιστήμονες του κλάδου της ψυχολογίας που έχει ασχοληθεί με το ανθρώπινο χιούμορ και τη μελέτη γύρω από αυτό. Το ενδιαφέρον του, αρχικά, απέσπασε το χιούμορ των παιδιών αλλά στη συνέχεια επεκτάθηκε σε πολλά πεδία και μεταξύ άλλων ανέπτυξε την Sense of Humor Scale (SHS). Σύμφωνα με τον McGhee, το χιούμορ είναι κάτι που μπορεί να διδαχθεί και να αναπτυχθεί και όπως ο ίδιος επισημαίνει αυτό αποτελεί μια συναισθηματική- επικοινωνιακή δεξιότητα, μια ικανότητα προσαρμογής στο περιβάλλον. Είναι μια λειτουργία που προϋποθέτει δημιουργικότητα και φαντασία (Goldstein & Ruch, 2018). Έχει ορίσει το χιούμορ ως την «Πνευματική δραστηριότητα της ανακάλυψης ή εκτίμησης του γελοίου ή της παράλογης ασυμβατότητας ιδεών, γεγονότων ή καταστάσεων», όπως αναφέρεται στο Ξηνταροπούλου, 2012, σ. 14.

Το χιούμορ αποτελεί, αναμφισβήτητα, μια ιδιαίτερη μορφή της ανθρώπινης επικοινωνίας και

συγχρόνως μια μορφή κοινωνικής συμπεριφοράς. Είναι μια απάντηση στα εξωτερικά ερεθίσματα και συχνά επιδεικνύεται με χαμόγελο ή με γέλιο. Θα μπορούσε, πέραν των προαναφερθέντων, να οριστεί «ως μια κατάσταση ευθυμίας του πνεύματος», όπως αναφέρεται στο Σταθαρού, Γαλάτου & Κοτρώτσιου, 2012, σ. 62.

Ολοκληρώνοντας, παρά τα πολλά και διαφορετικά σχετιζόμενα με το χιούμορ στοιχεία, τα οποία αναδεικνύονται από τους πολλούς και διαφορετικούς ορισμούς του, θα αποτελούσε παράλειψη η απουσία αναφοράς σε ορισμένους παράγοντες, που, κατά γενική συμφωνία, ουσιωδώς το καθορίζουν και το μορφοποιούν. Ένας, λοιπόν, από τους σημαντικότερους παράγοντες που το επηρεάζει είναι η εθνικότητα και η κουλτούρα της κοινωνίας στην οποία αυτό αναπτύσσεται. Όπως είναι γνωστό, είναι διαφορετικό το χιούμορ που χαρακτηρίζει ανθρώπους της ίδιας ηπείρου, της ίδιας χώρας, τους κατοίκους των πόλεων σε σχέση με εκείνους της υπαίθρου και ούτω καθεξής. Σίγουρα επίσης, το φύλο είναι ένας κρίσιμος παράγοντας διαμόρφωσής του, καθώς άνδρες και γυναίκες φαίνεται να επιδεικνύουν διαφορετικά είδη χιούμορ. Η ηλικία είναι ένας ακόμη καθοριστικός παράγοντας, καθώς το χιούμορ σχετίζεται με την εξελικτική- αναπτυξιακή διαδικασία. Η πνευματική ικανότητα του ατόμου το επηρεάζει επίσης, μιας και το χιούμορ εξαρτάται εκτός άλλων και από εγκεφαλικές, νευρολογικές και συναισθηματικές λειτουργίες, καθώς αποτελεί μια γνωστική διαδικασία. Τέλος, θα μπορούσε να αναφερθεί και η (συναισθηματική) διάθεση ως ένα στοιχείο που ενδέχεται να επηρεάσει τη δεκτικότητα του ατόμου στην πρόσληψη του χιούμορ (Ξηνταροπούλου, 2012).

3.3: Αποτελέσματα ερευνών για την επίδραση του χιούμορ

Από το 1980 έως και σήμερα, το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας για το χιούμορ, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε εμπειρικό επίπεδο, είναι συνεχές με μεγάλο μέρος των ερευνών να επικεντρώνεται στις πιθανές θετικές επιδράσεις του στη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία (Martin et al., 2003).

Η έρευνα που διεξάγεται γύρω από το χιούμορ είναι εκτεταμένη και ενδεικτικά περιλαμβάνει συσχετισμούς ανάμεσα σε αυτό και την ευτυχία ή άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τις γνωστικές στρεβλώσεις και την κατάθλιψη, το άγχος, τα παθολογικά στοιχεία της προσωπικότητας, τις επιδράσεις του στο ανθρώπινο σώμα και πολλά άλλα, ενώ στις μελέτες έχουν χρησιμοποιηθεί πληθυσμοί από πολλές χώρες και από το σύνολο, σχεδόν, του ηλικιακού φάσματος (παιδιά, έφηβοι, ενήλικες, ηλικιωμένοι) καθώς και ζευγάρια (Kuiper, 2006).

Από το πλήθος των ερευνών γύρω από το χιούμορ, που εντοπίζεται στη βιβλιογραφία, αναδεικνύεται, σε γενικές γραμμές, η θετική του επίδραση σε πολλούς από τους τομείς της καθημερινής ζωής των ανθρώπων που το χρησιμοποιούν και κυρίως στη φυσιολογία του

ανθρώπινου οργανισμού, στην ψυχολογική και συναισθηματική τους ευεξία και στις κοινωνικές τους σχέσεις αλλά και η αρνητική συσχέτισή του με προβληματικές καταστάσεις ή συνθήκες.

Έτσι το χιούμορ φαίνεται να παράγει στη φυσιολογία του ανθρώπινου σώματος επιδράσεις παρόμοιες με εκείνες της αεροβικής άσκησης, της οποίας τα οφέλη για την υγεία είναι πολλά και κοινώς αποδεκτά. Πιο συγκεκριμένα, το χιούμορ, βελτιώνει την πνευματική λειτουργία, ασκεί και χαλαρώνει τους μύες του προσώπου, του στήθους, της κοιλιάς και του σκελετού, βελτιώνει την αναπνοή, διεγείρει την κυκλοφορία του αίματος, μειώνει τις ορμόνες του στρες, αυξάνει τις άμυνες του ανοσοποιητικού συστήματος, αυξάνει την παραγωγή των ενδορφινών και σκοτώνει τους κοινούς ιούς και τα βακτήρια (Berk, 2001).

Όσον αφορά τα ψυχολογικά αποτελέσματα του χιούμορ και αυτά είναι θετικά, όπως έχει ήδη γίνει αντιληπτό. Σύμφωνα με την επιστήμη της ψυχολογίας, το χιούμορ θεωρείται ως ένα από τα ισχυρότερα όπλα έναντι στην κατάθλιψη και την απογοήτευση. Στην ψυχιατρική θεραπεία εξυπηρετεί πολλούς σκοπούς αρκεί να χρησιμοποιείται με σύνεση, προσοχή και σεβασμό στις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή, καθώς συμβάλει στην ανάπτυξη τόσο της εμπιστοσύνης όσο και της θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα στον θεραπευτή και στον ψυχικά ασθενή (Σταθαρού, Γαλάτου & Κοτρώτσιου, 2012). Το χιούμορ, λοιπόν, έχει αποδειχθεί ότι μειώνει το άγχος, το στρες, την ένταση, την κατάθλιψη και τη μοναξιά, ενώ, βελτιώνει την αυτοπεποίθηση, αποκαθιστά την ελπίδα και την ενέργεια και παρέχει μια αίσθηση ενδυνάμωσης και ελέγχου, όπως αναφέρονται στο Berk, 2001. Ενώ, όπως αναφέρεται στο Martin, 2007, εφόσον το χιούμορ αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα της ψυχικής υγείας των ανθρώπων και θεωρείται ευεργετικό για την ψυχολογική τους ευημερία, οι άνθρωποι που το χρησιμοποιούν συχνά στην καθημερινή τους ζωή, θα πρέπει να είναι λιγότερο καταθλιπτικοί, αγχωμένοι και απαισιόδοξοι, με μικρότερες πιθανότητες να εμφανίσουν το σύνδρομο της εξάντλησης ή κόπωσης (γνωστό ως “burnout”) αλλά και να αναπτύξουν κάποια ψυχική διαταραχή, ενώ αντίθετα θα πρέπει να έχουν υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης, αισιοδοξίας και συναισθημάτων ευεξίας.

Τέλος, ο “Patch” Adams, όπως αναφέρεται στο Πηγιάκη, 2014, θεωρεί ότι το χιούμορ αποτελεί ένα σημαντικό εφόδιο για επιτυχημένες κοινωνικές σχέσεις και ένα ισχυρό μαγνήτη για τη φιλία ανάμεσα στους ανθρώπους, ενώ μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως κλειδί για την αρχή οποιασδήποτε διαπροσωπικής σχέσης, σύμφωνα με έρευνα του Ziv, όπως αναφέρεται στο Ξηνταροπούλου, 2012. Η χρήση του χιούμορ αυξάνει την ελκυστικότητα του ενός προς τον άλλο, ενισχύει τους δεσμούς ανάμεσα στα άτομα και μειώνει τις συγκρούσεις (Martin, 2007). Ενώ και σε επίπεδο ομάδας, η επιρροή του έχει θετικά αποτελέσματα, καθώς σύμφωνα με την Martineau, όπως αναφέρεται στο Martin, 2007, το χιούμορ τονώνει το ηθικό των μελών της ομάδας, ενισχύει την ταυτότητα και τη συνοχή της, δημιουργεί μια

ατμόσφαιρα ευχαρίστησης και ούτω καθεξής. Επίσης, αποτελεί ένα τρόπο ώστε το άτομο να νιώσει αποδεκτό από τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας αλλά και να κερδίσει την προσοχή τους, σύμφωνα με τον Ziv (Ξηνταροπούλου, 2012). Τέλος, αν και το χιούμορ στο εργασιακό περιβάλλον εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και η καταλληλότητα της χρήσης του βρίσκεται συχνά υπό εξέταση, τα άτομα που διαθέτουν χιούμορ και είναι εύθυμα τα καταφέρνουν καλύτερα και στον επαγγελματικό τομέα, καθώς συνεργάζονται ικανοποιητικότερα με τους συναδέλφους του στην επίτευξη των εργασιακών στόχων (Martin, 2007; Vivona, 2014).

Κεφάλαιο 4: “Ποιότητα ζωής”.

4.1: Οι έννοιες της ποιότητας ζωής, της υγείας και της ψυχικής υγείας

Η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα σύνθετο και πολύπλευρο φαινόμενο, το οποίο ενέχει πολλές διαστάσεις και η εκτίμησή της πραγματοποιείται μέσω της ικανοποίησης ή μη των διαστάσεων αυτών. Ενώ και ως έννοια έχει ευρύ περιεχόμενο, δεν προσδιορίζεται επακριβώς αλλά διαμορφώνεται και διαφοροποιείται, ανά ιστορική περίοδο, ανάλογα με τις εκάστοτε επικρατούσες συνθήκες, ανάγκες, επιθυμίες και λοιπά (Γιακουμάκη, 2018. Δημητρόπουλος, Ντάγανου, Αλεξιάς).

Η ιδέα της καλής ζωής πρωτοεμφανίστηκε στην Ελλάδα κατά την αρχαιότητα καθώς γραπτά τεκμήρια των όρων ευζωία και ευδαιμονία προϋπάρχουν από την εποχή του Αριστοτέλη. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (και πιο συγκεκριμένα το Whoqol Group, την ομάδα εργασίας, δηλαδή, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που εργάζεται γύρω από το θέμα της ποιότητας ζωής), όπως αναφέρεται στο Bowling, 2001, p. 6, η ποιότητα ζωής προσδιορίζεται ως «η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμικού- αξιακού συστήματος στο οποίο ζει, σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του». Πρόκειται για μια διάσταση που επηρεάζεται κατά έναν περίπλοκο τρόπο, από τη φυσική- σωματική υγεία του ατόμου, από την ψυχολογική του κατάσταση, από το επίπεδο της ανεξαρτησίας του, από τις κοινωνικές του σχέσεις και από τη σχέση του με το ευρύτερο περιβάλλον του (Bowling, 2001; The Whoqol Group, 1998).

Όπως διαφαίνεται, η ποιότητα ζωής, περιλαμβάνει τόσο υποκειμενικές όσο και αντικειμενικές πτυχές και δε θα ήταν άτοπο να ειπωθεί ότι διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο. Οι υποκειμενικοί συντελεστές σχετίζονται με την προσωπική εμπειρία του ατόμου για την ίδια τη ζωή του ενώ οι αντικειμενικοί αφορούν περισσότερο τους εξωτερικούς

παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής του (Ventegodt, Hilden & Merrick, 2003). Έτσι η αίσθηση καθενός για το πως πάει η ζωή του, αν είναι ευτυχισμένος ή πόσο ικανοποιημένος είναι από την έκβαση της καθημερινότητάς του συνδέονται με την κατάσταση της υγείας του, την ύπαρξη ή την απουσία κάποιας ασθένειας αλλά και με την υλική ευημερία του.

Όπως προκύπτει από τον ορισμό της ποιότητας ζωής, ένας από τους βασικούς παράγοντες που τη συνθέτουν είναι αυτός της υγείας. Είναι ο τομέας που αν δεν εξασφαλιστεί πρωτίστως, καθίσταται συνήθως δύσκολη η ικανοποίηση των υπολοίπων στοιχείων που συναποτελούν την ποιότητα ζωής. Η υγεία, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ορίζεται ως “μια κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας”, ορισμός που μένει αναλλοίωτος από το 1946 έως και σήμερα (el.wikipedia.org). Η υγεία αποτελεί, αναμφισβήτητα, από τα μεγαλύτερα αγαθά. Σήμερα η σωματική και η ψυχική υγεία είναι γνωστό ότι αλληλοεπηρεάζονται, αν και σε προηγούμενες περιόδους της ανθρώπινης ιστορίας νοούνταν ως ξεχωριστοί τομείς. Έτσι, η έλλειψη σωματικής υγείας και ευημερίας επιφέρει αρνητικές συνέπειες στην ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, όπως επίσης και η ύπαρξη κάποιας ψυχικής διαταραχής συμβάλει αρνητικά στη φυσική του κατάσταση.

Η ψυχική υγεία, με βάση τον Βρετανικό Κυβερνητικό ορισμό, είναι «η συναισθηματική και διανοητική εκείνη κατάσταση που επιτρέπει στα άτομα να χαίρονται τη ζωή και να ανταπεξέρχονται στις απογοητεύσεις αλλά και στις δύσκολες συνθήκες. Είναι το θετικό συναίσθημα της ψυχολογικής ευεξίας και της πίστης μας στη δική μας αξία αλλά και των άλλων» (British Health Education Authority, 1999, p.3). Η καλή ψυχική υγεία επιτρέπει στους ανθρώπους να συνειδητοποιούν τις δυνατότητές τους, να αντιμετωπίζουν τις καθημερινές πιέσεις της ζωής, να εργάζονται παραγωγικά και να συμβάλουν στις κοινότητές τους. Επηρεάζεται τόσο από τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων, όπως η ικανότητα διαχείρισης των σκέψεων, συναισθημάτων, συμπεριφορών τους και της αλληλεπίδρασής τους με τους άλλους ανθρώπους, όσο και από κοινωνικούς, πολιτιστικούς, οικονομικούς, πολιτικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως οι εθνικές πολιτικές, η κοινωνική προστασία, το βιοτικό επίπεδο, οι συνθήκες εργασίας και η κοινωνική υποστήριξη από την κοινότητα του ατόμου (World Health Organization, 2013). Επομένως η ψυχική υγεία δε συνεπάγεται απλώς την απουσία κάποιας αναγνωρισμένης ψυχικής διαταραχής αλλά είναι πολλά παραπάνω από αυτόν τον αφαιρετισμό.

Επιστρέφοντας λοιπόν στην ποιότητα ζωής, γίνεται αντιληπτή η σημαντικότητα της έννοιας, όχι μόνο σε θεωρητικό, επιστημονικό και ερευνητικό, πλέον, επίπεδο, αλλά πρωτίστως σε πρακτικό, στο επίπεδο της καθημερινότητας των ανθρώπων. Ειδικά στη σύγχρονη εποχή που στόχος της ιατρικής επιστήμης και των κοινωνιών πια εν γένη, δεν είναι μόνο η παράταση

της ανθρώπινης ζωής (σε χρόνο) αλλά και η βελτίωσή της (σε ποιότητα), η έννοια της ποιότητας ζωής αποκτά πρωταγωνιστικό ρόλο, καθώς αποτελεί στόχο τόσο των πολιτικών παρεμβάσεων όσο και του κάθε ατόμου ξεχωριστά. Λόγω βέβαια του εύρους της έννοιας, αναδεικνύεται ότι οι παράγοντες που ενδέχεται να την επηρεάζουν είναι πολλοί και η μελέτη γύρω από τους σχετικούς συσχετισμούς αυξάνει συνεχώς. Κάτι παρόμοιο επιχειρείται εξ' άλλου και στην παρούσα εργασία, μέσω της διερεύνησης της πιθανής σχέσης των επιπέδων της αυτό-συμπόνιας και του χιούμορ με την ποιότητα ζωής άστεγου πληθυσμού.

Κεφάλαιο 5: “Αυτό-συμπόνια, χιούμορ και ποιότητα ζωής”.

5.1: Η σχέση της αυτό-συμπόνιας και του χιούμορ με την ποιότητα ζωής

Η αυτό-συμπόνια, όπως προαναφέρθηκε, αποτελεί ένα από τα θετικά συναισθήματα, το οποίο αποδεικνύεται πολύ σημαντικό για την ψυχολογική και σωματική υγεία και γενικότερη ευεξία των ανθρώπων, με βάση τον κλάδο της Θετικής Ψυχολογίας. Το χιούμορ από την άλλη, ως χαρακτηριστικό, έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας, λόγω της διαφαινόμενης θετικής του επίδρασης σε πολλούς τομείς της καθημερινότητας των ανθρώπων, η οποία συνεχίζει εμφορικά να διερευνάται, όπως επίσης διεφάνη στο σχετικό κεφάλαιο. Συμπερασματικά λοιπόν, από τη μελέτη της βιβλιογραφίας και από όσα έχουν παρατεθεί ως το σημείο αυτό, αυτό-συμπόνια και χιούμορ αποδεικνύεται ότι προσφέρουν στους ανθρώπους έναν ωφέλιμο τρόπο θέασης και αντιμετώπισης των καταστάσεων και συμβάλουν, πολυεπίπεδα, στην καλή τους υγεία και ευημερία αλλά και στην ποιότητα ζωής τους. Η ποιότητα ζωής, από την άλλη, αν και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, μετράται πλέον με ειδικά εργαλεία (ερωτηματολόγια ή κλίμακες) και είναι πολλές οι μελέτες που ερευνούν τη σχέση της με πλήθος συνθηκών και χαρακτηριστικών.

Η σχέση, αρχικά, της αυτό-συμπόνιας με την ποιότητα ζωής έχει, βιβλιογραφικά, διερευνηθεί αρκετά. Έτσι πλήθος ερευνών αποδεικνύει τη θετική σχέση των δυο. Πιο συγκεκριμένα, η αυτό-συμπόνια φαίνεται ότι αποτελεί παράγοντα που συμβάλει σημαντικά στην αύξηση της ποιότητας ζωής (Gard et al., 2012) και πως λειτουργεί θετικά σε άτομα με χρόνιες ασθένειες, όπως ο καρκίνος, μέσω της θετικής συσχέτισής της με την ψυχική και κοινωνική διάσταση της ποιότητας ζωής και της αρνητικής συσχέτισης αυτής με συμπτώματα ψυχοπαθολογίας σε ασθενείς με καρκίνο (Pinto- Gouveia et al., 2014).

Η σχέση του χιούμορ με την ποιότητα ζωής των ανθρώπων, από την άλλη, συνεχίζει να διερευνάται, χωρίς σαφή ακόμη αποτελέσματα, αν και πολλές από τις ήδη υπάρχουσες μελέτες καταλήγουν στη θετική επίδραση αυτού στην ποιότητα ζωής τους. Έτσι, διαφαίνεται

πως μια ανεπτυγμένη αίσθηση χιούμορ συνδέεται με μια πιο θετική ποιότητα ζωής, με μεγαλύτερη προσωπική ικανοποίηση και μεγαλύτερες βαθμολογίες ευχαρίστησης σχετικά με τους ρόλους που τα υποκείμενα αναλαμβάνουν (Kuiper, Martin & Dance, 1992), ενώ η χρήση του χιούμορ ως μηχανισμού αντιμετώπισης, έχει προταθεί ως δυνητικά προβλεπτικός παράγοντας των συνεπειών στην ποιότητα ζωής σε περιπτώσεις χρόνιων ασθενειών (Merz et al., 2009) και σύμφωνα με τους Aarstad et al., όπως αναφέρεται στο Merz et al., 2009, το χιούμορ προέβλεπε υψηλότερη ποιότητα ζωής και λιγότερη κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνωμα πλακωδών κυττάρων κεφαλής και λαιμού σε σύγκριση με μη- κλινική ομάδα ελέγχου.

Η ταυτόχρονη συσχέτιση και των δυο μεταβλητών (αυτό-συμπόνιας και χιούμορ) με την ποιότητα ζωής απαντώνται σε λίγες έρευνες, όμως είναι αμυδρή, σχεδόν ανύπαρκτη, σε άστεγους πληθυσμούς και υπό αυτήν την έννοια, η παρούσα μελέτη διεκδικεί ένα βαθμό πρωτοτυπίας και προσφοράς στη διεθνή βιβλιογραφία.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

A. Ερευνητική Μεθοδολογία

Σκοπός Μελέτης

Ο σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η διερεύνηση του ρόλου της αυτό-συμπόνιας και του χιούμορ στην ποιότητα ζωής των άστεγων και η πιθανή σχέση τους με κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, η μελέτη αυτή, διερευνά τα επίπεδα αυτό-συμπόνιας και χιούμορ που επιδεικνύουν οι άστεγοι συμμετέχοντες, το επίπεδο της ποιότητας ζωής τους και τη σχέση που υπάρχει ανάμεσά τους. Συγχρόνως, μελετάται η επίδραση που μπορεί να έχουν ορισμένοι κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες.

Πληθυσμός Στόχος

Άστεγοι του Νομού Θεσσαλονίκης.

Πληθυσμός Πρόσβασης

Άστεγοι που φιλοξενούνται στη δομή «Υπνωτήριο Αστέγων» του Δήμου Θεσσαλονίκης.

Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού στη μελέτη

Κριτήρια ένταξης.

- Άνδρες και γυναίκες.
- Ικανοποιητική γνώση και κατανόηση της Ελληνικής γλώσσας.

Κριτήρια αποκλεισμού.

- Άρνηση συμμετοχής στη μελέτη.
- Δυσκολία κατανόησης της Ελληνικής γλώσσας.

B. Ερευνητική Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Ψυχική Υγεία» του Γενικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Ο αρχικός προγραμματισμός για την παρούσα έρευνα ήταν να διεξαχθεί από τον Ιανουάριο του 2020 έως και τον Ιούνιο του ίδιου έτους, όμως λόγω της εμφάνισης της πανδημίας του covid-19 και με σκοπό να εξασφαλιστεί μεγαλύτερος αριθμός δείγματος, τελικά, διεξήχθη από τις αρχές Φεβρουαρίου έως τις αρχές Αυγούστου του 2020. Το δείγμα της παρούσας μελέτης

καθορίστηκε να αποτελέσουν άστεγοι του Νομού Θεσσαλονίκης, οι οποίοι φιλοξενούνταν (κατά το παραπάνω διάστημα) στο Υπνωτήριο Αστεγών της πόλης, τη μοναδική δημόσια δομή φιλοξενίας, για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, αυστηρά ενήλικων άστεγων ατόμων. Τα άτομα συμμετείχαν στη μελέτη εθελοντικά, ενημερώθηκαν για τον σκοπό της και έλαβαν διαβεβαίωση για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Προς επιβεβαίωση των παραπάνω δημιουργήθηκε το «Έντυπο Συγκατάθεσης για τον/ην συμμετέχοντα/ ουσά στην έρευνα», το οποίο παρατίθονταν μαζί με κάθε ερωτηματολόγιο ώστε οι συμμετέχοντες να το υπογράψουν. Η διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε αποκλειστικά από την ερευνήτρια ενώ η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων δεν πραγματοποιήθηκε από την ίδια.

Η μέγιστη δυναμικότητα του Υπνωτηρίου Αστεγών του Δήμου Θεσσαλονίκης είναι 70 κλίνες. Στις αρχές Φεβρουαρίου του 2020 οπότε και ξεκίνησε η έρευνα, στο χώρο φιλοξενούνταν 63 άτομα εκ των οποίων οι 50 ήταν ελληνικής καταγωγής και δέχτηκαν στο σύνολό τους να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια και οι υπόλοιποι 13 ήταν μη ελληνικής καταγωγής, άρα δε μπορούσε να πραγματοποιηθεί συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από μέρους τους. Τους επόμενους μήνες, έως και τις αρχές Αυγούστου του 2020, πραγματοποιήθηκαν 40 εισαγωγές ατόμων ελληνικής καταγωγής, τα οποία επίσης στο σύνολό τους δέχτηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια και έτσι ο τελικός αριθμός του δείγματος έφτασε τα 90 άτομα. Από το σύνολο των 90, οι 33 συμμετέχοντες συμπλήρωσαν μόνοι τους τα ερωτηματολόγια ενώ οι υπόλοιποι 57 με τη συνδρομή της ερευνήτριας, είτε λόγω της ύπαρξης κάποιας ήπιας ψυχιατρικής νόσου είτε λόγω του εκπαιδευτικού και αντιληπτικού τους επιπέδου.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελούνταν από 4 μέρη:

-Κοινωνικό-δημογραφικά δεδομένα.

-Humor Styles Questionnaire (HSQ). Το ερωτηματολόγιο Ανάδειξης των μορφών του χιούμορ (HSC) αναπτύχθηκε από τους Martin et al. 2003 και αφορά στην καταγραφή των τρόπων που κάποιος χρησιμοποιεί το χιούμορ. Αποτελείται από 32 ερωτήσεις, στη βάση 4 υπό-κλιμάκων των 8 ερωτήσεων, οι οποίες αξιολογούν διαφορετικά στυλ χιούμορ. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια επτάβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Η εσωτερική συνέπεια (Cronbach α) του ερωτηματολογίου είναι 0,80 για την κλίμακα της ευτυχίας, 0,81 για την κλίμακα της αυτό-θεραπείας, 0,77 για την κλίμακα της επιθετικότητας και 0,80 για την κλίμακα του αυτοκαταστροφικού χιούμορ.

-Self- Compassion Scale (SCS). Η κλίμακα της αυτό-συμπόνιας δημιουργήθηκε από την Kristin Neff (2003), η οποία θεώρησε πως η αυτό-συμπόνια είναι εξίσου σημαντική με τη συμπόνια προς τους άλλους. Έτσι, δημιούργησε την κλίμακα της αυτό-συμπόνιας και στο άρθρο της περιγράφει την ανάπτυξη της συγκεκριμένης κλίμακας καθώς και τη σχέση μεταξύ

της αυτό-συμπόνιας με την ψυχική υγεία αλλά και την αυτό-εκτίμηση. Τα αποτελέσματα των τριών μελετών που διεξήγαγε για την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου έδειξαν ότι το SCS αποτελεί ένα ψυχομετρικό εργαλείο όπου μετράται η αυτό-συμπόνια. Τα υψηλά επίπεδα αυτό-συμπόνιας συνδέονται με την ψυχική ευημερία, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι υπάρχουν ναρκισσιστικές τάσεις, με τον τρόπο που η ψηλή αυτό-εκτίμηση φαίνεται να σχετίζεται. Το SCS έχει σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό από τους Mantzios, Wilson & Giannou (2013), όπου έπειτα από μια σειρά μελετών αποδείχτηκε ότι η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελεί αποτελεσματικό μέσο για τη μέτρηση της αυτό-συμπόνιας στο ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο, με καλό ψυχομετρικό εύρος και αποτελεί έγκυρη και αξιόπιστη κλίμακα. Περιλαμβάνει 26 ερωτήσεις, τύπου Likert, 5 βαθμίδων και είναι αυτό-συμπληρούμενο.

-Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (SF- 36). Το Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας SF- 36 έχει σαν σκοπό τη μέτρηση 8 διαστάσεων της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία. Οι 8 αυτές διαστάσεις είναι οι εξής: Η φυσική λειτουργικότητα (Physical Functioning), ο σωματικός ρόλος (Role Physical), ο σωματικός πόνος (Bodily Pain), η γενική υγεία (General Health), η ζωτικότητα (Vitality), η κοινωνική λειτουργικότητα (Social Functioning), ο συναισθηματικός ρόλος (Role Emotional) και η πνευματική- ψυχική υγεία (Mental Health) (Ware, 1992). Οι 36 ερωτήσεις προέρχονται από μια πηγή 149 ερωτήσεων. Η πηγή αυτή σχηματίστηκε μετά από αξιολόγηση των διαφόρων οργάνων μέτρησης που χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής (Ware, 1992). Η κλίμακα αποτελεί ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία για την μέτρηση της ποιότητας ζωής και παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία στον ελληνικό πληθυσμό. Τέλος, έχουν δημιουργηθεί αρκετές σύντομες εκδοχές του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου.

Γ. Στατιστική Μεθοδολογία

Για την περιγραφική στατιστική ανάλυση, οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν στη μορφή «μέση τιμή», «τυπική απόκλιση» και «διάμεσος τιμή», ενώ οι διακριτές σε «συχνότητα» και «σχετική συχνότητα (%)».

Για τη μέτρηση της αξιοπιστίας κλιμάκων μελετήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής. Πρόκειται για ένα συντελεστή που αξιολογεί το βαθμό στον οποίο οι ερωτήσεις που συγκροτούν μια κλίμακα μετρούν την ίδια έννοια. Υπολογίζεται μέσω του συντελεστή Cronbach's Alpha (α), ο οποίος εκτιμά το βαθμό συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων του

εργαλείου. Τιμές μεγαλύτερες ή πλησιέστερες στο 0,7 (70%) χαρακτηρίζονται ως αποδεκτές. Ένας συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's Alpha μεταξύ 0,5 και 0,6 (50-60%) θεωρείται αρκετός, στα αρχικά στάδια μιας μελέτης. Στην περίπτωση που η τιμή alpha ξεπερνά το 0,8 (80%), τότε θεωρείται μια ιδιαίτερα καλή ανάλυση αξιοπιστίας.

Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ δυο συνεχών μεταβλητών έγινε χρήση του δείκτη Pearson ή του Spearman, ανάλογα με το αν ισχύει ή όχι (αντίστοιχα) η παραδοχή της Κανονικότητας. Για τη μελέτη της σχέσης μιας συνεχούς και μιας τακτικής μεταβλητής έγινε χρήση του δείκτη συσχέτισης Spearman. Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ μιας συνεχούς και μιας διχοτομικής μεταβλητής έγινε χρήση του δείκτη συσχέτισης Point Biserial ή του ελέγχου Mann-Whitney, ανάλογα με το αν ισχύει ή όχι (αντίστοιχα) η παραδοχή της Κανονικότητας. Για τον έλεγχο της συνθήκης της Κανονικότητας χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Shapiro-Wilk.

Τέλος, για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε χρήση του λογισμικού SPSS 25. Η ελάχιστη τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας, p-value, ορίζεται στο 5%.

Δ. Δειγματοληπτική Μέθοδος

Για τη συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης, ως καταλληλότερη μέθοδος κρίθηκε η δειγματοληψία «ευκολίας», καθώς με βάση αυτήν, συμμετέχουν στη μελέτη όσα από τα άτομα το επιθυμούν. Η ερευνητική χρησιμότητα και η αντιπροσωπευτικότητα ενός τέτοιου δείγματος είναι αμφισβητήσιμη και αφορά σε πιλοτικές έρευνες καθώς, κατά βάση, δεν ενδείκνυται για εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων. Ωστόσο, η συγκεκριμένη δειγματοληπτική μέθοδος είναι ευρέως διαδεδομένη και επιλέγεται όταν δεν υπάρχει άμεση πρόσβαση στον υπό μελέτη πληθυσμό. Σε αυτήν λοιπόν την περίπτωση το επιχείρημα της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος και της γενικευσιμότητας των αποτελεσμάτων αντιστρέφεται και θεωρείται ότι τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να γενικευθούν σε πληθυσμούς με χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά του δείγματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Α. Περιγραφική ανάλυση του δείγματος

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 90 άτομα, τα 22 από τα οποία είναι γυναίκες (24,4%) και τα 68 από αυτά είναι άνδρες (75,6%), ηλικίας από 26 έως 79 ετών, με μέση ηλικία του δείγματος να είναι τα 52,5 έτη. Η μέση τιμή του χρόνου αστεγίας του δείγματος (εκφρασμένη σε εβδομάδες), είναι 104,2 εβδομάδες ή διαφορετικά σχεδόν 24 μήνες (23,9184 μήνες) ή σχεδόν 2 χρόνια (1,9932 χρόνια). Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το 60% είναι άγαμοι και το 40% διαζευγμένοι. Το 22,2% κατάγεται από χωριό ή κωμόπολη, το 28,9% από πόλη με λιγότερους από 150.000 κατοίκους και το υπόλοιπο 48,9 από πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους. Αναφορικά με τη διάρκεια ανεργίας, το 24,4% είναι άνεργο για χρονικό διάστημα λιγότερο του ενός έτους, το 10% για χρονικό διάστημα μεταξύ ενός και δύο ετών, το 23,3% για χρονικό διάστημα μεταξύ δύο και πέντε ετών και τέλος, η πλειοψηφία, δηλαδή το 42,2% για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των πέντε ετών. Τέλος, σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος, όπως αποτυπώνεται στην έρευνα, ένα ποσοστό 10% αυτού είναι αναλφάβητο, το Δημοτικό έχει ολοκληρώσει το 28,9%, απόφοιτοι Γυμνασίου είναι το 23,3%, Λυκείου το 26,7% ενώ, τέλος, ένα ποσοστό της τάξεως του 11,1% εμφανίζεται ως απόφοιτο Ανωτάτων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (ΑΕΙ) ή Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων (ΤΕΙ). Στον Πίνακα που ακολουθεί καταγράφονται αναλυτικά τα χαρακτηριστικά του δείγματος.

Πίνακας 4: Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

	Mean	Standard Deviation	N	N %
Ηλικία	52,5	12,2		
Διάρκεια που είστε άστεγος/ η (εβδομάδες)	104,2	179,2		
Φύλο	Γυναίκα		22	24,4
	Άντρας		68	75,6
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/ η		54	60,0
	Διαζευγμένος/ η		36	40,0
Τόπος καταγωγής	Χωριό - Κομόπολη		20	22,2
	Πόλη με <150.000 κατοίκους		26	28,9
	Πόλη με >150.000 κατοίκους		44	48,9
Διάρκεια ανεργίας	<1 έτος		22	24,4
	1-2 έτη		9	10,0
	2-5 έτη		21	23,3
	>5 έτη		38	42,2
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλόγος/ η		9	10,0
	Δημοτικό		26	28,9
	Γυμνάσιο		21	23,3
	Λύκειο		24	26,7
	ΑΕΙ-ΤΕΙ		10	11,1

Εν συνεχεία, στον αμέσως επόμενο Πίνακα παρουσιάζονται τα βασικά στατιστικά στοιχεία των βαθμολογιών των τριών ερωτηματολογίων HSQ, SCS και SF- 36 και στα επόμενα τρία Γραφήματα οι βαθμολογίες του κάθε ερωτηματολογίου και των υπό-κλιμάκων τους χωριστά.

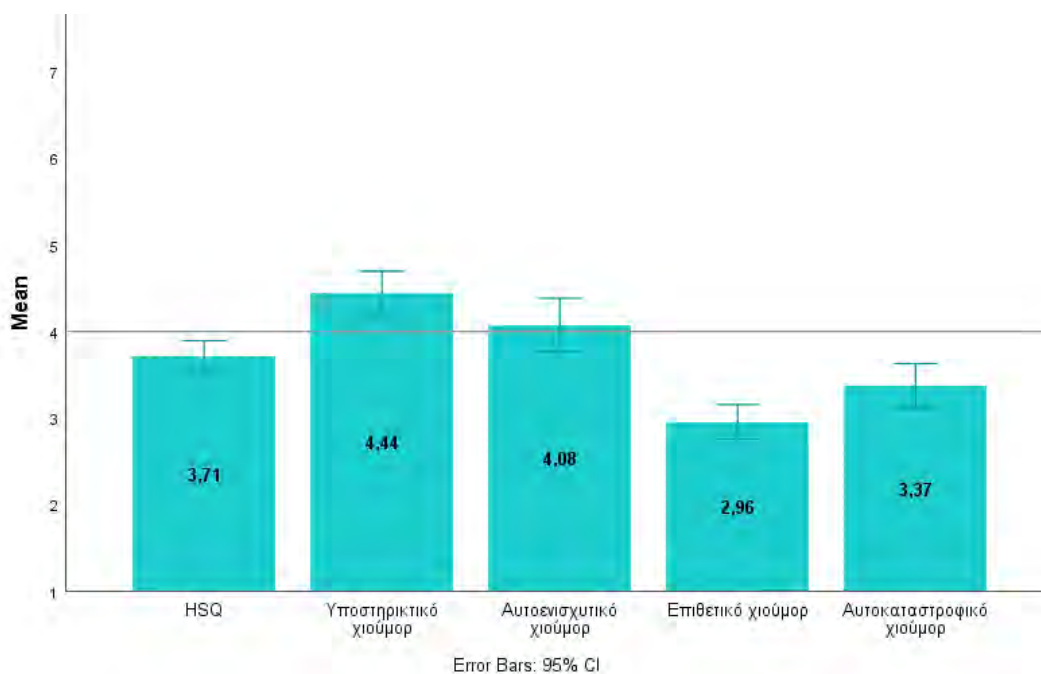
Πίνακας 5: Στατιστικοί δείκτες των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων HSQ, SCS και SF-36.

	Mean	Standard Deviation	Min	Median	Max
HSQ (ενδιάμεση τιμή είναι η βαθμολογία 4)	3,7	,9	1,7	3,7	5,4
Υποστηρικτικό χιούμορ	4,4	1,2	1,5	4,4	6,8
Αυτοενισχυτικό χιούμορ	4,1	1,5	1,0	4,0	6,8
Επιθετικό χιούμορ	3,0	1,0	1,0	2,9	5,3
Αυτοκαταστροφικό χιούμορ	3,4	1,2	1,0	3,3	6,6
SCS (ενδιάμεση τιμή είναι η βαθμολογία 3)	3,0	,5	1,3	3,0	4,0
SF-36 (ενδιάμεση τιμή είναι η βαθμολογία 50)	48,8	17,5	6,9	50,8	88,8
Σωματική Υγεία	54,8	21,5	6,0	57,7	94,0
Ψυχική Υγεία	42,0	17,6	6,9	42,6	82,5

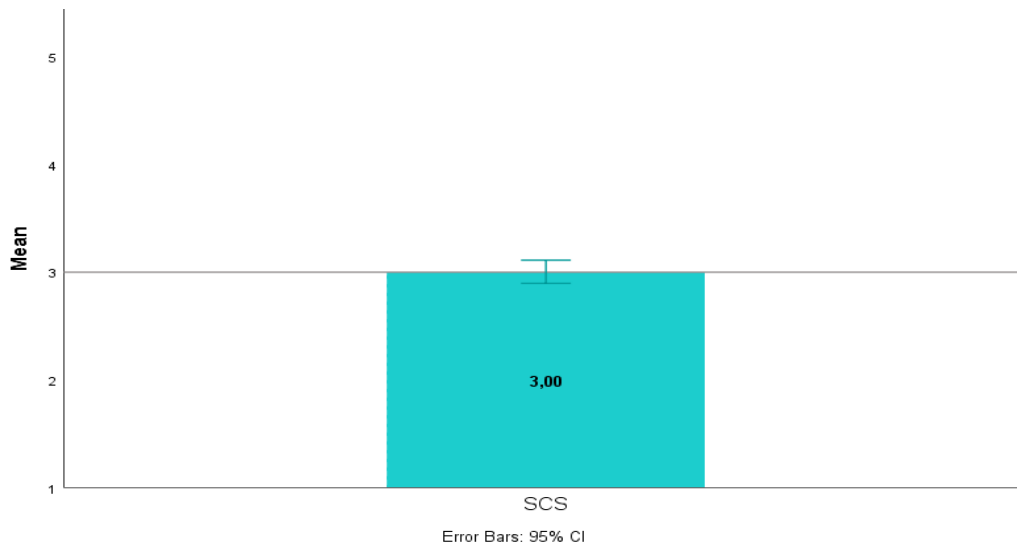
Όπως φαίνεται, με βάση την ενδιάμεση τιμή 4 για το ερωτηματολόγιο HSC, το δείγμα

τοποθετείται οριακά χαμηλά ($M = 3,7$), παρατηρείται όμως αυξομείωση στις υπό-κλίμακες του, με οριακά θετική μέση τιμή το $M = 4,4$ για τη μορφή του Υποστηρικτικού χιούμορ και χαμηλότερη μέση τιμή αυτή του $M = 3,0$ για το Επιθετικό χιούμορ. Όσον αφορά την κλίμακα της αυτό-συμπόνιας SCS, το δείγμα επιδεικνύει μέτριου βαθμού αυτό-συμπόνια, καθώς τόσο η ενδιάμεση τιμή, όσο και η μέση τιμή εκφράζονται από τη βαθμολογία 3,0. Η ποιότητα ζωής του δείγματος αποτυπώνεται οριακά χαμηλά, όμως παρατηρώντας τις 2 υπό-κλίμακες του ερωτηματολογίου SF- 36, η σωματική υγεία του δείγματος υπερσχύει αρκετά έναντι της ψυχικής του υγείας ($M = 54,8$ και $M = 42,0$ αντίστοιχα).

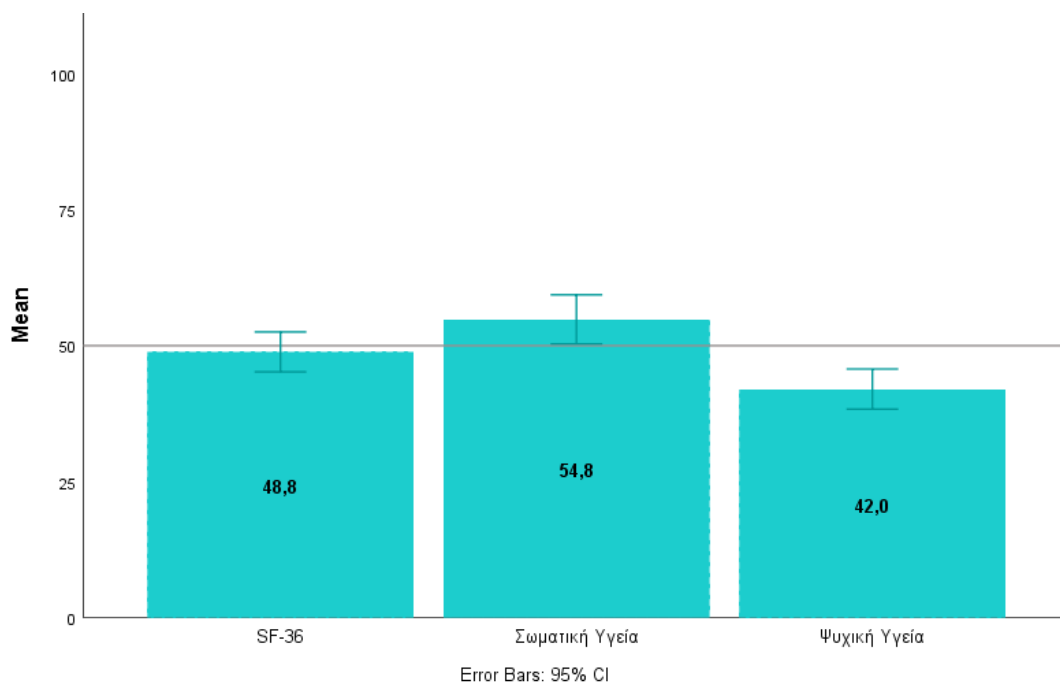
Γράφημα 1: Ραβδόγραμμα των βαθμολογιών του ερωτηματολογίου HSQ και των υπό-κλιμάκων του (ενδιάμεση τιμή είναι η βαθμολογία 4).



Γράφημα 2: Ραβδόγραμμα των βαθμολογιών του ερωτηματολογίου SCS και των υπό-κλιμάκων του (ενδιάμεση τιμή είναι η βαθμολογία 3).



Γράφημα 3: Ραβδόγραμμα των βαθμολογιών του ερωτηματολογίου SF- 36 και των υπό-κλιμάκων του (ενδιάμεση τιμή είναι η βαθμολογία 50).



B. Ανάλυση αξιοπιστίας κλιμάκων

Στον Πίνακα που ακολουθεί καταγράφεται η ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) της εννοιολογικής κατασκευής των κλιμάκων HSQ, SCS και SF- 36, καθώς και των υπό-κλιμάκων τους, ως τιμή του συντελεστή alpha του Cronbach. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι όλες οι υπό μελέτη κλίμακες κρίνονται, σε ό,τι αφορά την αξιοπιστία τους, ως

αποδεκτές.

Πίνακας 6: Ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας των κλιμάκων HSQ, SCS και SF-36, καθώς και των υπό-κλιμάκων τους.

	Δείκτης α του Cronbach
HSQ	0,825
Υποστηρικτικό χιούμορ	0,714
Αυτοενισχυτικό χιούμορ	0,806
Επιθετικό χιούμορ	0,380
Αυτοκαταστροφικό χιούμορ	0,666
SCS	0,731
SF-36	0,890
Σωματική Υγεία	0,879
Ψυχική Υγεία	0,755

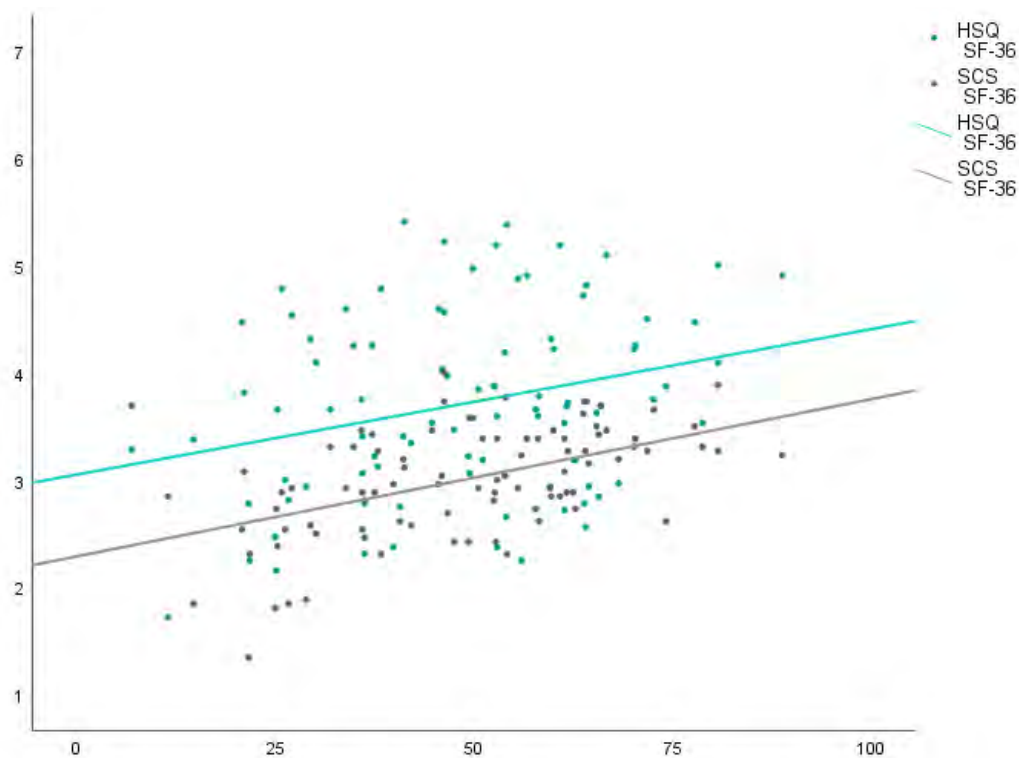
Γ. Συσχετίσεις

Κλίμακα SF- 36 με κλίμακες HSC, SCS

Τα αποτελέσματα των ελέγχων έδειξαν ότι η βαθμολογία της κλίμακας SF- 36:

- Σχετίζεται θετικά με τη βαθμολογία της κλίμακας HSQ. Συγκεκριμένα, υψηλές βαθμολογίες της μιας κλίμακας αντιστοιχούν σε υψηλές τιμές της άλλης ($r(90) = 0,275, p = 0,009$).
- Σχετίζεται θετικά με τη βαθμολογία της κλίμακας SCS. Συγκεκριμένα, υψηλές τιμές βαθμολογίας της μιας κλίμακας αντιστοιχούν σε υψηλές τιμές της άλλης ($r_s (90) = 0,491, p < 0,001$).

Γράφημα 4: Ραβδόγραμμα συσχέτισης της βαθμολογίας της κλίμακας SF- 36 με τις βαθμολογίες των κλιμάκων HSQ, SCS.

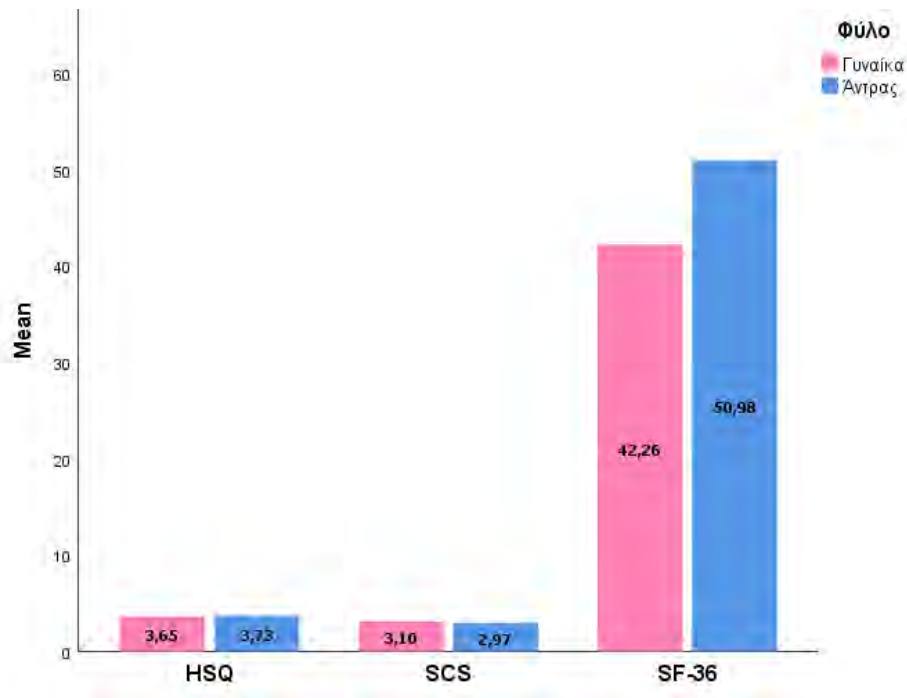


Φύλο με κλίμακες HSC, SCS και SF- 36

Τα αποτελέσματα των ελέγχων έδειξαν ότι το φύλο:

- Δεν σχετίζεται με τη βαθμολογία της κλίμακας HSC ($r(90) = 0,038$, $p = 0,724$).
- Δεν σχετίζεται με τη βαθμολογία της κλίμακας SCS ($r(90) = -0,111$, $p = 0,299$).
- Σχετίζεται θετικά με τη βαθμολογία της κλίμακας SF- 36. Συγκεκριμένα, στους άνδρες, σε σχέση με τις γυναίκες, αντιστοιχούν υψηλότερες τιμές της κλίμακας SF-36 ($r(90) = 0,215$, $p = 0,042$).

Γράφημα 5: Ραβδόγραμμα συσχέτισης του φύλου με τις βαθμολογίες των κλιμάκων HSQ, SCS και SF- 36.

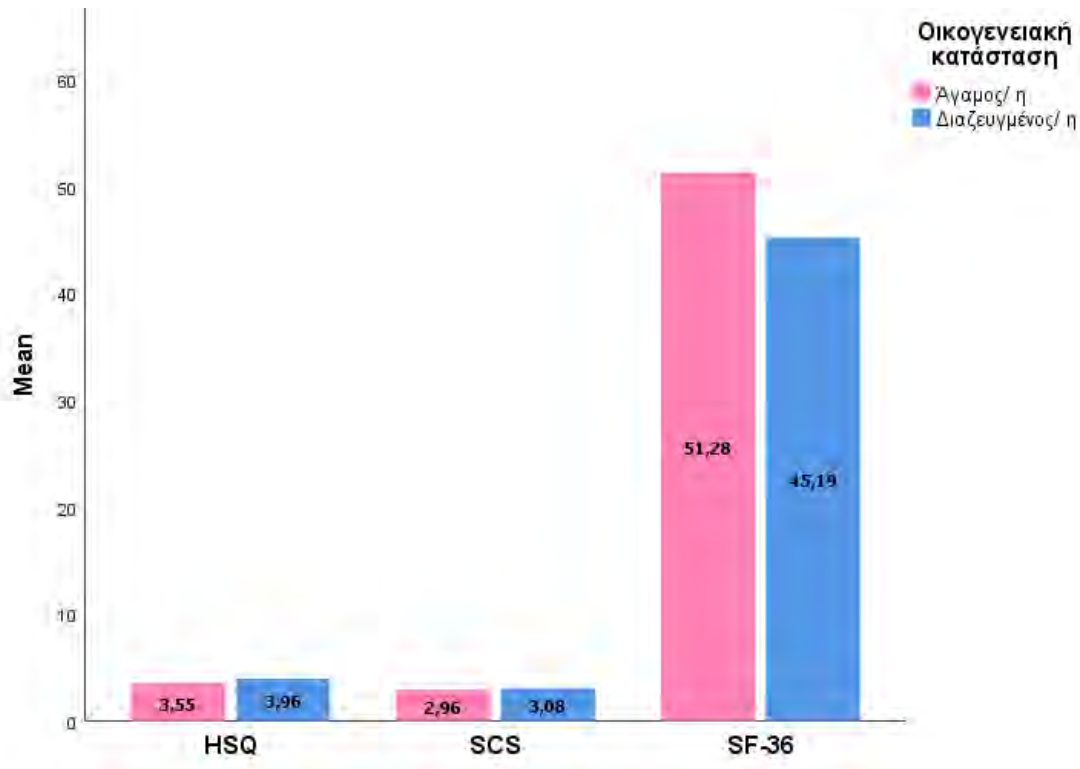


Οικογενειακή κατάσταση με κλίμακες HSQ, SCS και SF- 36

Τα αποτελέσματα των ελέγχων έδειξαν ότι η οικογενειακή κατάσταση:

- Σχετίζεται θετικά με τη βαθμολογία της κλίμακας HSQ. Συγκεκριμένα, στα διαζευγμένα άτομα, σε σχέση με τα άγαμα, αντιστοιχούν υψηλότερες τιμές της κλίμακας HSQ ($r(90) = 0,234$, $p = 0,026$).
- Δεν σχετίζεται με τη βαθμολογία της κλίμακας SCS ($r(90) = 0,115$, $p = 0,279$).
- Δεν σχετίζεται με τη βαθμολογία της κλίμακας SF- 36 ($r(90) = -0,171$, $p = 0,107$).

Γράφημα 6: Ραβδόγραμμα συσχέτισης της οικογενειακής κατάστασης με τις βαθμολογίες των κλιμάκων HSQ, SCS και SF- 36.

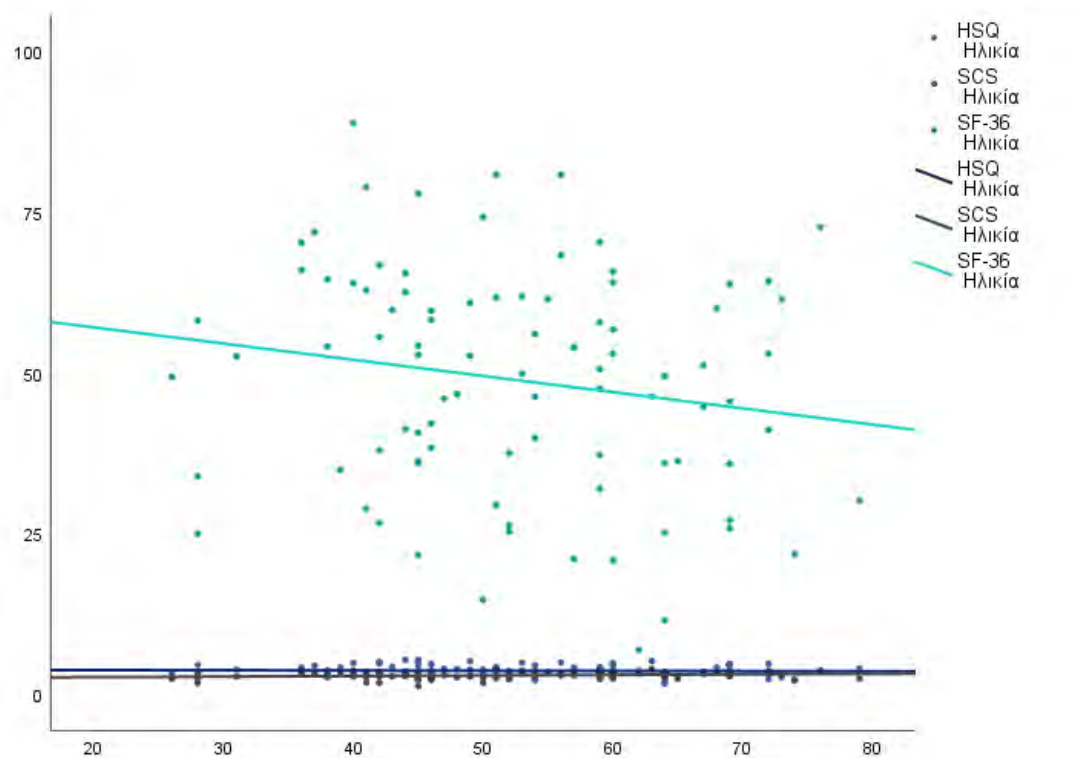


Ηλικία με κλίμακες HSQ, SCS και SF- 36

Τα αποτελέσματα των ελέγχων έδειξαν ότι η ηλικία:

- Δεν σχετίζεται με τη βαθμολογία της κλίμακας HSQ ($r(90) = -0,047$, $p = 0,663$).
- Δεν σχετίζεται με τη βαθμολογία της κλίμακας SCS ($r_s(90) = 0,172$, $p = 0,105$).
- Δεν σχετίζεται με τη βαθμολογία της κλίμακας SF- 36 ($r(90) = -0,175$, $p = 0,099$).

Γράφημα 7: Ραβδόγραμμα συσχέτισης της ηλικίας με τις βαθμολογίες των κλιμάκων HSQ, SCS και SF- 36.

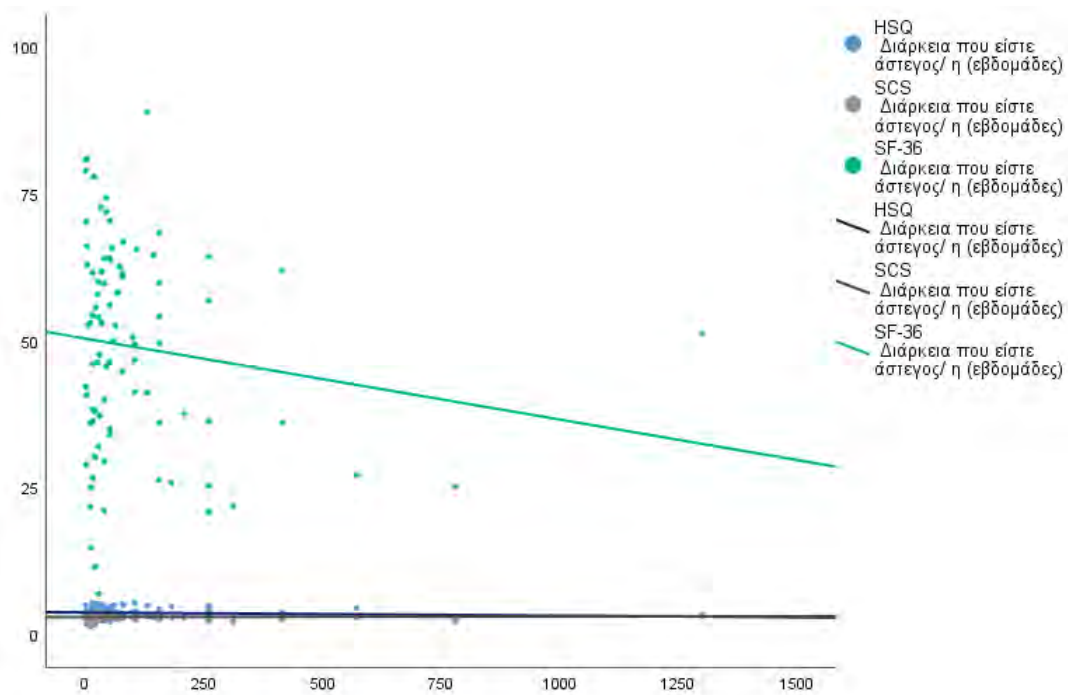


Εβδομάδες ως άστεγος/η με κλίμακες HSQ, SCS και SF- 36

Τα αποτελέσματα των ελέγχων έδειξαν ότι η χρονική διάρκεια (σε εβδομάδες) ως άστεγος/ η:

- Δεν σχετίζεται με τη βαθμολογία της κλίμακας HSQ ($r_s(90) = 0,019, p = 0,858$).
- Δεν σχετίζεται με τη βαθμολογία της κλίμακας SCS ($r_s(90) = 0,059, p = 0,583$).
- Δεν σχετίζεται με τη βαθμολογία της κλίμακας SF- 36 ($r_s(90) = -0,069, p = 0,520$).

Γράφημα 8: Ραβδόγραμμα συσχέτισης της διάρκειας αστεγίας με τις βαθμολογίες των κλιμάκων HSQ, SCS και SF- 36.

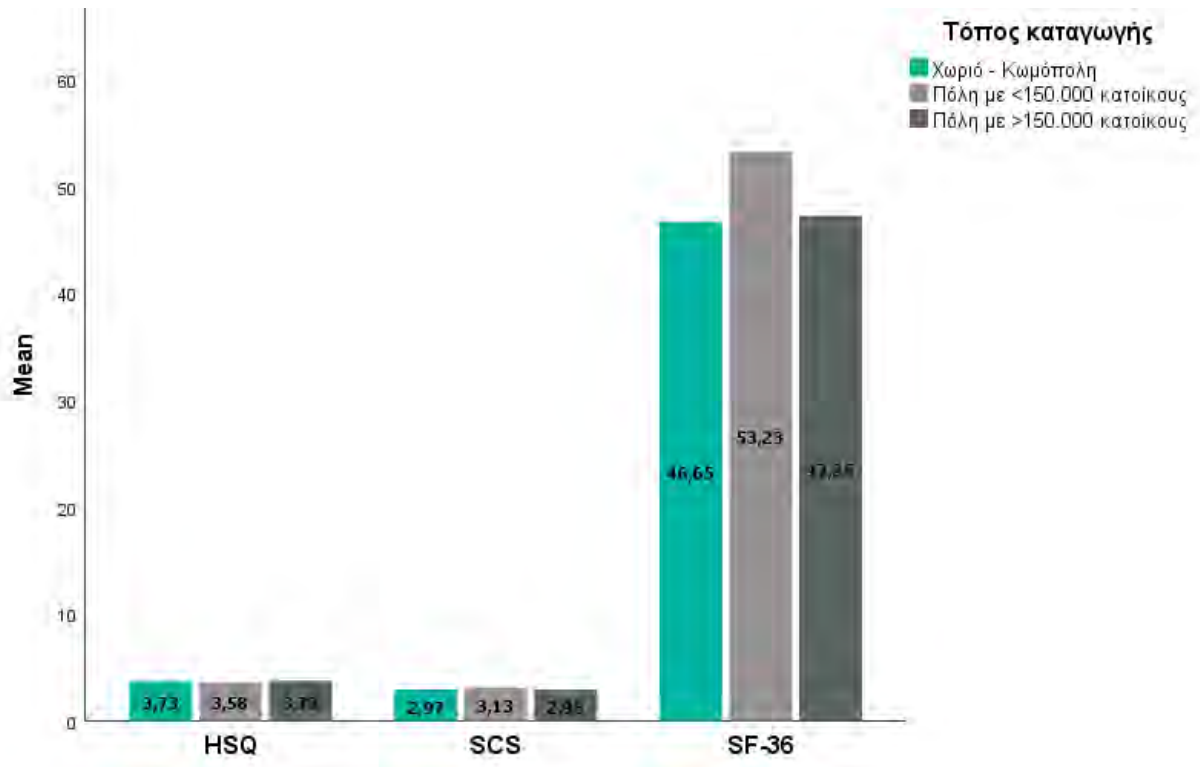


Τόπος καταγωγής με κλίμακες HSQ, SCS και SF- 36

Τα αποτελέσματα των ελέγχων έδειξαν ότι ο τόπος καταγωγής:

- Δεν σχετίζεται με τη βαθμολογία της κλίμακας HSQ ($r_s(90) = 0,045$, $p = 0,671$).
- Δεν σχετίζεται με τη βαθμολογία της κλίμακας SCS ($r_s(90) = -0,042$, $p = 0,694$).
- Δεν σχετίζεται με τη βαθμολογία της κλίμακας SF- 36 ($r_s(90) = -0,017$, $p = 0,876$).

Γράφημα 9: Ραβδόγραμμα συσχέτισης του τόπου καταγωγής με τις βαθμολογίες των κλιμάκων HSQ, SCS και SF-36.

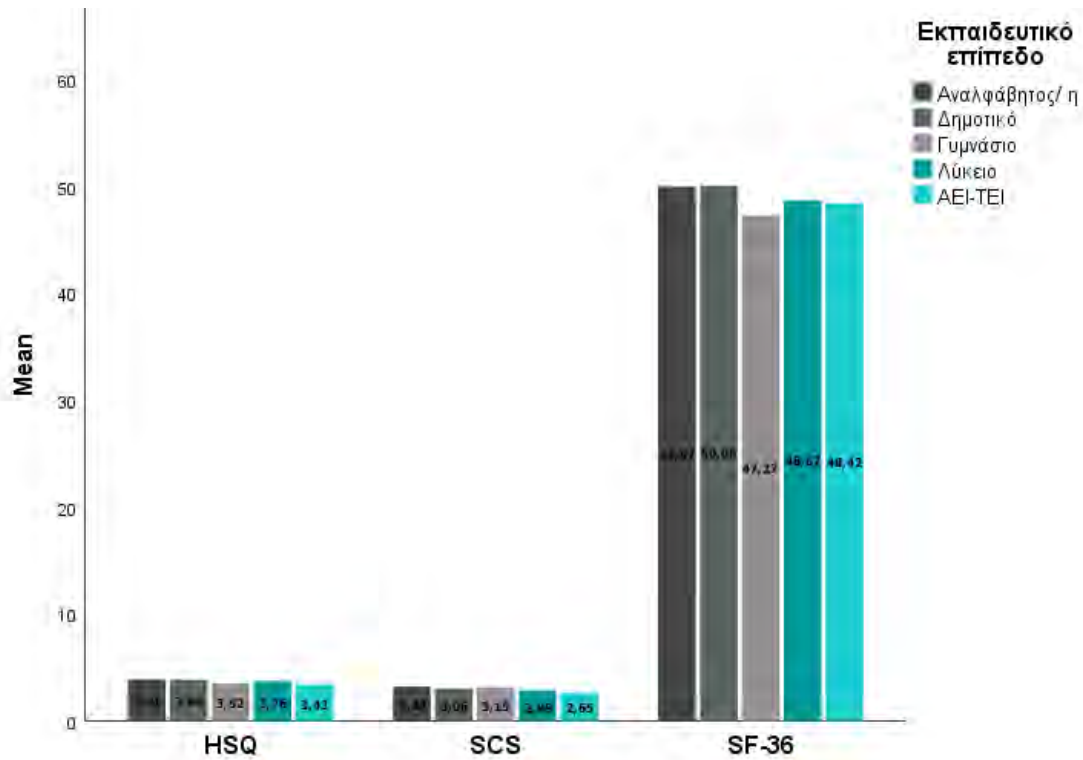


Εκπαιδευτικό επίπεδο με κλίμακες HSQ, SCS και SF- 36

Τα αποτελέσματα των ελέγχων έδειξαν ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο:

- Δεν σχετίζεται με τη βαθμολογία της κλίμακας HSQ ($r_s(90) = -0,136, p = 0,202$).
- Σχετίζεται αρνητικά με τη βαθμολογία της κλίμακας SCS. Συγκεκριμένα, υψηλότερο χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο αντιστοιχεί σε χαμηλότερες τιμές της κλίμακας SCS ($r_s(90) = -0,271, p = 0,010$).
- Δεν σχετίζεται με τη βαθμολογία της κλίμακας SF- 36 ($r_s(90) = -0,033, p = 0,758$).

Γράφημα 10: Ραβδόγραμμα συσχέτισης του εκπαιδευτικού επιπέδου με τις βαθμολογίες των κλιμάκων HSQ, SCS και SF- 36.

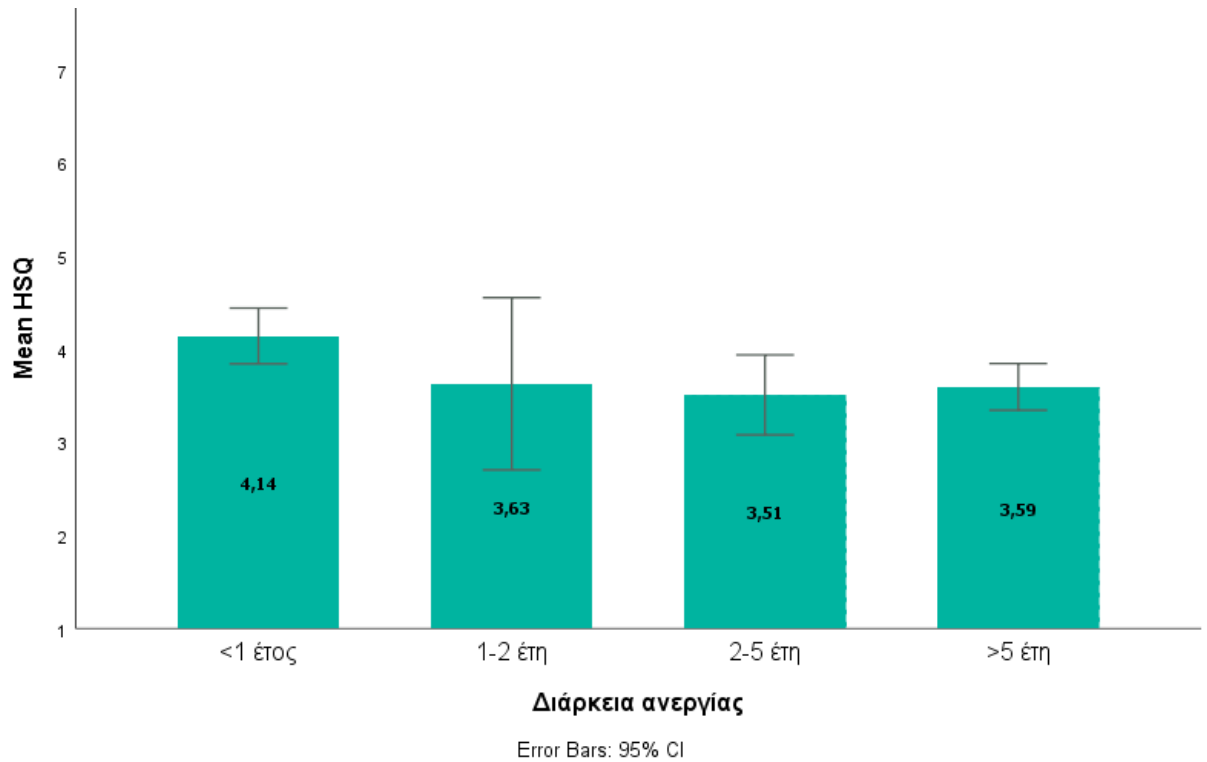


Διάρκεια ανεργίας με κλίμακες HSQ, SCS και SF- 36

Η διαδικασία Shapiro-Wilk έδειξε ότι τα δεδομένα προέρχονται από την κανονική κατανομή. Στη συνέχεια, βάση του ελέγχου ομοιογένειας των Brown-Forsythe ($p(\text{HSQ}) = 0,095$, $p(\text{SCS}) = 0,062$, $p(\text{SF-36}) = 0,894$), θεωρούμε ότι και για τις τρεις κλίμακες ισχύει η υπόθεση της ομοσκεδαστικότητας. Ως εκ τούτου η ανάλυση μπορεί να γίνει με τον έλεγχο ANOVA.

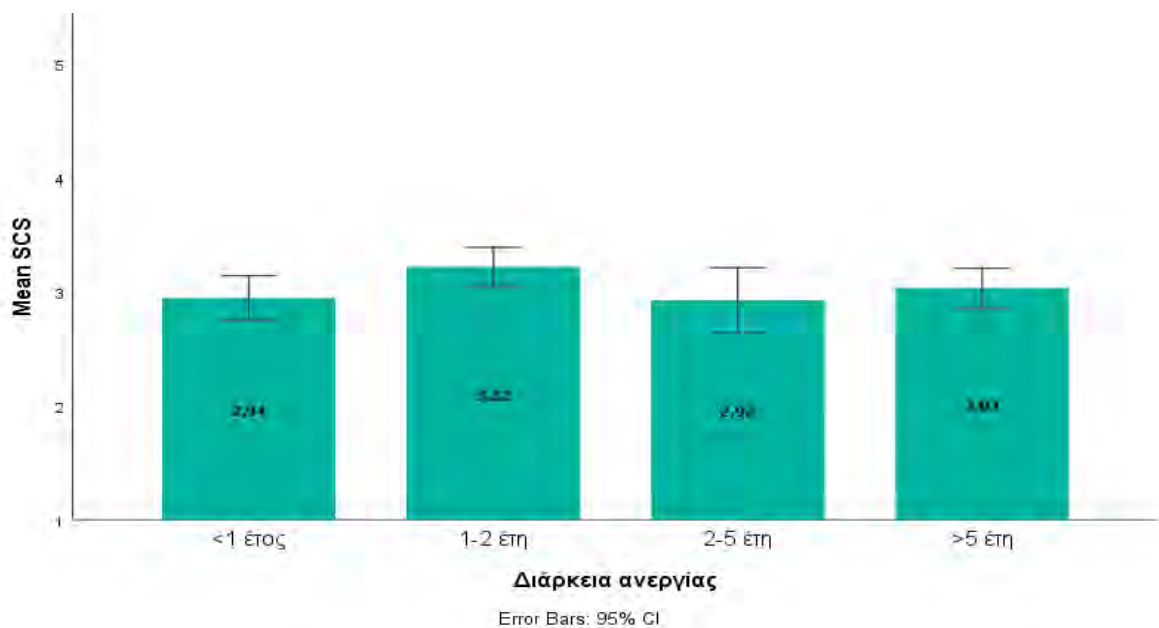
Ο έλεγχος One-way ANOVA δεν ανέδειξε σημαντική σχέση ανάμεσα στη διάρκεια της ανεργίας και τη βαθμολογία της κλίμακας HSQ ($F(3) = 2,609$, $p = .057$).

Γράφημα 11: Ραβδόγραμμα συσχέτισης της διάρκειας ανεργίας με τη βαθμολογία της κλίμακας HSQ.



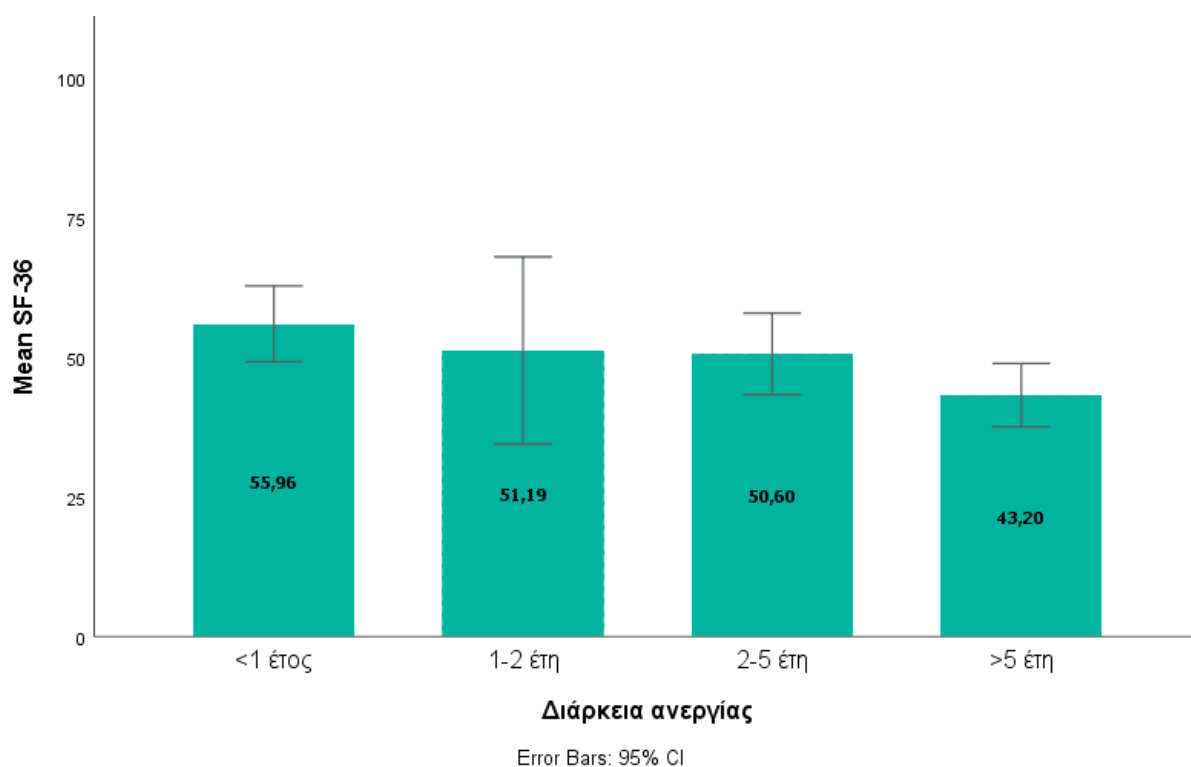
Ο έλεγχος One-way ANOVA δεν έδειξε σημαντική σχέση ανάμεσα στη διάρκεια της ανεργίας και τη βαθμολογία της κλίμακας SCS ($F(3) = 0,820, p = .486$).

Γράφημα 12: Ραβδόγραμμα συσχέτισης της διάρκειας ανεργίας με τη βαθμολογία της κλίμακας SCS.



Ο έλεγχος One-way ANOVA ανέδειξε σημαντική σχέση ανάμεσα στη διάρκεια ανεργίας και στη βαθμολογία της κλίμακας SF- 36 ($F(3) = 2,806, p = .044$). Εκ των υστέρων (post hoc) ανάλυση, χρησιμοποιώντας το κριτήριο Bonferroni, έδειξε ότι η μέση βαθμολογία της κλίμακας SF- 36 στην κατηγορία «<1 έτος» (mean = 55,96, sd = 15,33) είναι στατιστικά υψηλότερη από την αντίστοιχη στην κατηγορία «>5 έτη» (mean = 43,20, sd = 17,25).

Γράφημα 13: Ραβδόγραμμα συσχέτισης του χρόνου ανεργίας με τη βαθμολογία της κλίμακας SF- 36.



Συζήτηση

Τη στιγμή που το ζήτημα της αστεγίας συνεχίζει να μαστιάζει την κοινωνία, οι μελετητές, διεθνώς, ερευνούν την αυτό-συμπόνια και το χιούμορ σχετικά με τις πιθανές ευεργετικές επιδράσεις τους σε τομείς της ζωής των ανθρώπων, όπως η γενικότερη υγεία και ευημερία τους, ενώ και η ποιότητα ζωής αποτελεί έννοια που κεντρίζει το ενδιαφέρον τους καθώς όχι μόνο εξαρτάται από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες αλλά η βελτίωσή της αποτελεί στόχο τόσο για την ιατρική επιστήμη όσο και για τα κράτη πρόνοιας ανά τον κόσμο. Στην παρούσα έρευνα εξετάστηκε η συσχέτιση της αυτό-συμπόνιας και του χιούμορ με την ποιότητα ζωής των άστεγων. Έτσι στο μέρος αυτό της εργασίας θα γίνει ο σχολιασμός των αποτελεσμάτων της, θα συζητηθεί η σχέση αυτών με τις αρχικές ερευνητικές υποθέσεις και θα συσχετισθούν, όπου αυτό είναι δυνατό, με αποτελέσματα άλλων ερευνών.

Σύμφωνα με τα ευρήματα, το δείγμα βρέθηκε λίγο κάτω από την ενδιάμεση τιμή του ορίου του χιούμορ, τοποθετήθηκε ακριβώς στη μέση του ορίου της αυτό-συμπόνιας και η ποιότητα ζωής του φαίνεται να είναι και αυτή λίγο κάτω από το μέσο όρο. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται να ενισχύσουν τους προβληματισμούς που καταγράφηκαν στην αρχή σχετικά με τη σχέση που ενδέχεται να έχει ένας πληθυσμός άστεγων ανθρώπων με τις συγκεκριμένες έννοιες, παρά το ότι δεν υπάρχουν αποτελέσματα άλλων ερευνών ώστε να γίνει σύγκριση. Είναι, μάλλον, αναμενόμενο και σύμφωνο με τις ερευνητικές μας υποθέσεις, οι άστεγοι που αντιμετωπίζουν πληθώρα προβλημάτων σε πολλούς και σημαντικούς τομείς της καθημερινότητας να μην έχουν τη διάθεση ή ακόμη και την ευκαιρία να χρησιμοποιήσουν το χιούμορ στη δυσχερή καθημερινή τους ζωή, να έχουν φτάσει στο σημείο να μη δείχνουν συμπόνια προς τον εαυτό τους αλλά και η ποιότητα της ζωής τους, εξ' ορισμού σχεδόν, να μην είναι καλή ή έστω να χαρακτηρίζεται μέτρια.

Το αποτέλεσμα τη οριακά χαμηλής, λίγο κάτω του μέσου όρου, βαθμολογίας που επέδειξε το δείγμα των άστεγων στην κλίμακα του χιούμορ σχετίζεται με τη χαρακτηριστική δυσκολία αρκετών από τους συμμετέχοντες να διεκπεραιώσουν τη συμπλήρωση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου μιας και εξ' αρχής πολλοί δήλωναν ότι δεν έχουν καθόλου χιούμορ, ότι δεν τους έχει απομείνει χιούμορ αν και συνήθιζαν να το χρησιμοποιούν πριν περιέλθουν στην κατάσταση της αστεγίας ή αναρωτιόταν με ποιόν να κάνουν χιούμορ αφού πολλές φορές απαιτείται να υπάρχει άλλο πρόσωπο ή παρέα ατόμων ώστε αυτό να εκφραστεί. Σύμφωνα με τον Berk (2001), τα οφέλη του χιούμορ στη φυσιολογία και τη συνολική υγεία του ανθρώπου είναι πολλά, επομένως τα χαμηλά ποσοστά του στους άστεγους εξηγούν τη μη ικανοποιητική ποιότητα ζωής τους, κύριος παράγον της οποίας είναι η (συνολική) υγεία και δυστυχώς η ψυχική υγεία του δείγματος τοποθετείται σημαντικά χαμηλότερα της ενδιάμεσης τιμής (ενώ η σωματική λίγο πιο πάνω από αυτήν). Την ίδια στιγμή, η τιμή της βαθμολογίας στην κλίμακα της αυτό-συμπόνιας των άστεγων που ισούται με την ενδιάμεση τιμή, σημαίνει πως σαν

πληθυσμός, δε δύναται να επωφεληθεί επαρκώς της πληθώρας των θετικών συνεπειών αυτής, ανάμεσα στα οποία συγκαταλέγεται η προστασία από ψυχοπαθολογικές καταστάσεις και συγκεκριμένα από το άγχος και την κατάθλιψη (Hosseini Barzanji & Kurd, 2019), άρα εκτίθεται σε αυτά διπλά τόσο λόγω της κατάστασης αστεγίας του, που από μόνη της συσχετίζεται με υψηλά ποσοστά άγχους και κατάθλιψης (Fazel et al., 2014; Philippot et al., 2007), όσο και λόγω της έλλειψης ικανοποιητικού βαθμού αυτό-συμπόνιας.

Όσον αφορά τη σχέση του χιούμορ με την ποιότητα ζωής των άστεγων, αποτυπώνεται θετική συσχέτιση. Το ότι υψηλές βαθμολογίες της μιας κλίμακας αντιστοιχούν σε επίσης υψηλές τιμές της άλλης συνηγορούν στο ότι το χιούμορ έχει ευεργετική επίδραση στην ποιότητα ζωής. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει την ερευνητική υπόθεση ότι οι άστεγοι με υψηλά επίπεδα χιούμορ θα έχουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής από εκείνους με χαμηλά επίπεδα χιούμορ και συμφωνεί με άλλες έρευνες από τη διαθέσιμη βιβλιογραφία που αναδεικνύουν τη θετική σχέση ανάμεσα στο χιούμορ και στην ποιότητα ζωής (Kuiper, Martin & Dance, 1992; Merz et al., 2009).

Το ίδιο παρατηρείται και ανάμεσα στη σχέση της αυτό-συμπόνιας με την ποιότητα ζωής. Αποτυπώνεται, δηλαδή θετική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο έννοιες, με υψηλές βαθμολογίες της μιας κλίμακας να αντιστοιχούν σε επίσης υψηλές τιμές της άλλης. Το αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει, με τη σειρά του, την άλλη μας ερευνητική υπόθεση, η οποία ήταν ότι οι άστεγοι με υψηλά επίπεδα αυτό-συμπόνιας θα έχουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής από εκείνους με χαμηλά επίπεδα αυτό-συμπόνιας και έρχεται να συμφωνήσει και να ταυτιστεί με αποτελέσματα άλλων ερευνών διεθνώς, οι οποίες, στο σύνολό τους σχεδόν, τονίζουν την ευεργετική επίδραση της αυτό-συμπόνιας στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων (Gard et al., 2012; Pinto- Gouveia et al., 2014,).

Ένα ενδιαφέρον στοιχείο που σχετίζεται με την κλίμακα του χιούμορ, αφορά το ότι παρά το γεγονός της οριακά χαμηλής συνολικής τοποθέτησης του δείγματος, την υψηλότερη βαθμολογία ανάμεσα στις τέσσερεις υπό-κλίμακες λαμβάνει το Υποστηρικτικό χιούμορ. Η συγκεκριμένη μορφή χιούμορ, με βάση τα όσα λέει ο Martin και οι συνεργάτες του, συνδέεται με κοινωνικότητα, καλή αυτό-εκτίμηση και ψυχολογική ευεξία ενώ συγχρόνως, συσχετίζεται αρνητικά με την κακή διάθεση, το άγχος και την κατάθλιψη (Martin et al., 2003), αποτέλεσμα που φαίνεται περίεργο και αταίριαστο για μια ομάδα άστεγων, με βάση όσα έχουν έως τώρα διατυπωθεί για τα χαρακτηριστικά τους ως ομάδα του πληθυσμού.

Το ότι η ψυχική υγεία του δείγματος αποτυπώνεται σημαντικά χειρότερη της σωματικής του υγείας είναι ένα ακόμη σημείο στο οποίο χρειάζεται να σταθούμε. Το αποτέλεσμα αυτό της παρούσας μελέτης συμφωνεί με πληθώρα ερευνών που φανερώνουν πως ο πληθυσμός των άστεγων μαστίζεται από προβλήματα ψυχολογικής φύσεως (Fazel et al., 2014; Philippot et al., 2007; Γουρνάρη, 2018) και αναδεικνύει την ανάγκη για άμεση πρόσβαση των άστεγων

στις υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας πιο συγκεκριμένα. Καθώς οι ψυχικές διαταραχές και ειδικά η κατάθλιψη αποτελούν τόσο αιτία όσο και επακόλουθο της αστεγίας, το γεγονός της μη αντιμετώπισής τους κρατά γερά τους ανθρώπους αυτούς στην ίδια κατάσταση, χωρίς να τους δίνει τη δυνατότητα να βγουν κάποια στιγμή από την αστεγία και να επανενταχθούν ομαλά στην κοινωνία. Το ότι φυσικά εστίασαμε στην ψυχική υγεία, λόγω του σχετικού αποτελέσματος της μελέτης μας, δε σημαίνει πως η σωματική υγεία των άστεγων έρχεται σε δεύτερη μοίρα αλλά θα πρέπει και αυτή να φροντιστεί.

Όσον αφορά, τέλος, τη συσχέτιση των τριών κλιμάκων/ ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν με τους κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες που μελετήθηκαν, προέκυψε ότι οι άνδρες, σε σχέση με τις γυναίκες, έχουν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα SF- 36, άρα παρουσιάζουν καλύτερη ποιότητα ζωής, γεγονός που ίσως οφείλεται στο ότι οι άνδρες είναι εκ φύσεως πιο δυνατοί σε σύγκριση με τις γυναίκες και μπορούν “να τα βγάζουν πέρα” και να αντεπεξέρχονται στις δυσκολίες, ότι οι διαζευγμένοι, σε σχέση με τους άγαμους, έχουν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα HSQ, άρα επιδεικνύουν περισσότερο χιούμορ, ίσως διότι έχουν συνάψει γάμο και έχουν κοινωνικοποιηθεί διαμέσου αυτού του δεσμού σε μεγαλύτερο βαθμό σε σύγκριση με όσους δεν παντρεύτηκαν ποτέ, ότι όσο πιο χαμηλό το εκπαιδευτικό επίπεδο των άστεγων τόσο μικρότερη η βαθμολογία στην κλίμακα SCS, άρα τόσο λιγότερη η συμπόνια για τον εαυτό τους, πιθανώς λόγω του ότι η αυτό-συμπόνια είναι έννοια που σχετίζεται, κατά κάποιον τρόπο με τη γενικότερη μόρφωση του ατόμου και είναι δύσκολο για άτομα χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης να την κατανοήσουν και να την εφαρμόσουν και ότι οι άστεγοι που ήταν άνεργοι για χρονικό διάστημα μικρότερο του ενός έτους εμφάνισαν υψηλότερη μέση βαθμολογία στην κλίμακα SF- 36, άρα είχαν καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής, σε σχέση με τους άστεγους που ήταν άνεργοι για περισσότερο από πέντε χρόνια, στοιχείο που αναδεικνύει την επιβάρυνση που επιφέρει η μεγάλη διάρκεια της ανεργίας, πέραν του οικονομικού τομέα, στη συνολική ψυχοσύνθεση του ατόμου. Η ηλικία, ο χρόνος που είναι κανείς άστεγος και ο τόπος καταγωγής δεν σχετίστηκαν με κάποιον τρόπο με τις βαθμολογίες των κλιμάκων HSQ, SCS και SF- 36, αντίθετα με ό,τι αρχικά είχαμε υποθέσει.

Περιορισμοί

Υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί στην παρούσα έρευνα οι οποίοι θα πρέπει να αναφερθούν και να ληφθούν υπόψη. Ένας από αυτούς αφορά τον αριθμό του δείγματος (90 άτομα), ο οποίος κρίνεται αντικειμενικά ως σχετικά μικρός. Ένας άλλος σχετίζεται με τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή διεξαγωγής της έρευνας, ο οποίος περιορίζει τη χρήση των αποτελεσμάτων της μακροπρόθεσμα, μιας και οι άστεγοι- φιλοξενούμενοι στο Ύπνωτήριο Αστεγών

διαμένουν για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα επομένως η σύσταση του πληθυσμού αλλάζει συνεχώς. Ο τρίτος αφορά το ότι η έρευνα συμπεριέλαβε άστεγους που βρίσκονται αποκλειστικά στην πόλη της Θεσσαλονίκης και όχι εκτός αυτής. Συμπερασματικά λοιπόν και όσον αφορά την αναγωγή των αποτελεσμάτων στο γενικό πληθυσμό των άστεγων, η αντιπροσωπευτικότητα είναι συγκεκριμένη και περιορισμένη. Στο συμπέρασμα αυτό συνηγορεί και το γεγονός της ιδιαιτερότητας του πληθυσμού των άστεγων, όπως έχει ήδη αναφερθεί, το οποίο αν και παρουσιάζει ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, παραμένει στη βάση του ανομοιογενές και υπόκειται σε συνεχείς αλλαγές. Τέλος, δε μπορεί να αξιολογηθεί επακριβώς η ειλικρίνεια των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα ειδικά αν εκτιμηθεί σε συνδυασμό με τον παράλληλο ρόλο της ερευνήτριας ως Κοινωνικής Λειτουργού στη δομή του Υπνωτηρίου Αστεγών στον οποίο αυτή διεξήχθη, καθώς ενδέχεται να επηρέασε, μερικώς, τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες απάντησαν στα ερωτήματα.

Συμπεράσματα

Η παρούσα έρευνα επικεντρώθηκε στην ανάδειξη συσχετίσεων της ποιότητας ζωής με την αυτό-συμπόνια και το χιούμορ. Τα αποτελέσματά της αναδεικνύουν τελικώς τη σχέση, που όπως έχει φανεί και από άλλες μελέτες υπάρχει, τόσο ανάμεσα στην αυτό-συμπόνια και στην ποιότητα ζωής, όσο και ανάμεσα στο χιούμορ και στην ποιότητα ζωής και δη σε δείγμα ενός ιδιαίτερου και όχι γενικού πληθυσμού, όπως είναι αυτός των άστεγων ανθρώπων. Συγχρόνως οι άστεγοι βρέθηκε ότι δεν χρησιμοποιούν πολύ το χιούμορ, επιδεικνύουν μέτριου βαθμού αυτό-συμπόνια και τα επίπεδα της ποιότητας ζωής τους είναι οριακά μη ικανοποιητικά.

Πιο συγκεκριμένα και συνολικά, τα αποτελέσματα της μελέτης μας οδηγούν στα εξής συμπεράσματα:

- Η ποιότητα ζωής σχετίζεται θετικά με το χιούμορ (υψηλές βαθμολογίες της κλίμακας SF- 36 αντιστοιχούν σε υψηλές τιμές της κλίμακας HSQ ($p = 0,009$)).
- Τα επίπεδα ποιότητας ζωής σχετίζονται με τα επίπεδα της αυτό-συμπόνιας (υψηλές βαθμολογίες της κλίμακας SF- 36 αντιστοιχούν σε υψηλές τιμές της κλίμακας SCS ($p < 0,001$)).
- Δεν οδηγηθήκαμε σε συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο και στο χιούμορ.
- Δεν προέκυψε συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο και στην αυτό-συμπόνια.
- Το φύλο σχετίζεται θετικά με τη βαθμολογία της κλίμακας SF-36. Συγκεκριμένα, στους άνδρες, σε σχέση με τις γυναίκες, αντιστοιχούν υψηλότερες τιμές της κλίμακας SF-36 ($p = 0,042$), που σημαίνει πως οι άνδρες έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τις γυναίκες.

- Στα διαζευγμένα άτομα, σε σχέση με τα άγαμα, αντιστοιχούν υψηλότερες τιμές της κλίμακας HSQ ($p = 0,026$), άρα οι διαζευγμένοι χρησιμοποιούν το χιούμορ περισσότερο συγκρινόμενοι με την κατηγορία των άγαμων άστεγων του δείγματος.
- Δεν προέκυψε συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης με την επίδειξη αυτό-συμπόνιας.
- Η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζει, κατά πως φαίνεται στη συγκεκριμένη μελέτη, την ποιότητα ζωής του δείγματος.
- Το χιούμορ δεν εξαρτάται από την ηλικία.
- Η αυτό-συμπόνια δεν επηρεάζεται από την ηλικία του ατόμου.
- Η ηλικία είναι ανεξάρτητη της ποιότητας ζωής.
- Το χρονικό διάστημα που είναι κανείς άστεγος δεν επηρεάζει το αν επιδεικνύει ή όχι χιούμορ.
- Η χρονική διάρκεια που κάποιος είναι άστεγος δεν σχετίζεται με τα επίπεδα αυτό-συμπόνιας του.
- Η διάρκεια παραμονής στην κατάσταση της αστεγίας δεν σχετίζεται με την ποιότητα ζωής.
- Ο τόπος καταγωγής, είτε αυτός είναι μια μεγάλη ή μια μικρή πόλη, δε φάνηκε να επηρεάζει το χιούμορ.
- Η καταγωγή δεν επηρεάζει τη συμπόνια που επιδεικνύεται προς τον εαυτό με οιονδήποτε τρόπο.
- Τόπος καταγωγής και ποιότητα ζωής δεν σχετίζονται.
- Το χιούμορ που χρησιμοποιεί ή όχι κάποιος δεν εξαρτάται από το εκπαιδευτικό του επίπεδο.
- Το εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίζεται αρνητικά με τη βαθμολογία της κλίμακας SCS. Συγκεκριμένα, υψηλότερο χαμηλό επίπεδο αντιστοιχεί σε χαμηλότερες τιμές της κλίμακας SCS ($p = 0,010$), στοιχείο που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι όσο χαμηλότερο το εκπαιδευτικό επίπεδο των άστεγων του δείγματός μας, τόσο χαμηλότερη είναι και η αυτό-συμπόνια που αυτό επιδεικνύει.
- Το επίπεδο εκπαίδευσης των άστεγων δε σχετίζεται με την ποιότητα ζωής τους.
- Δεν ανευρίσκεται σχέση ανάμεσα στο πόσο καιρό είναι κάποιος άνεργος και στο χιούμορ που επιδεικνύει.
- Το διάστημα ανεργίας δεν σχετίζεται με την αυτό-συμπόνια.
- Βρέθηκε σημαντική σχέση ανάμεσα στη διάρκεια της ανεργίας και τη βαθμολογία της κλίμακας SF-36 ($p = 0,044$). Η μέση βαθμολογία της κλίμακας SF-36 στην

κατηγορία «<1 έτος» είναι στατιστικά υψηλότερη από την αντίστοιχη στην κατηγορία «>5 έτη», επομένως ο μεγαλύτερος χρόνος ανεργίας συνεπάγεται χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής.

- Το δείγμα εμφάνισε οριακά χαμηλό χιούμορ.
- Το δείγμα των άστεγων που εξετάστηκε επιδεικνύει μέτριου βαθμού αυτό-συμπόνια.
- Το δείγμα τοποθετήθηκε οριακά χαμηλά ως προς την ποιότητα ζωής.
- Η ψυχική υγεία του δείγματος ήταν εμφανώς χειρότερη σε σύγκριση με τη σωματική του υγεία.

Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Πρότασή μας προς μελλοντικούς ερευνητές θα ήταν διεξαγωγή παρόμοιων ερευνών σε Υπνωτήρια Αστέγων ανά την Ελλάδα, ώστε να γίνουν εμφανείς πιθανές διαφορές ανάμεσα σε πληθυσμούς αστέγων που ζουν σε μικρές και μεγάλες πόλεις.

Μια ακόμη κατεύθυνση θα αφορούσε τη μελέτη άστεγων πληθυσμών που ζουν στο δρόμο, δηλαδή σε εντελώς διαφορετικές συνθήκες σε σχέση με το δείγμα της παρούσας μελέτης, αναμένοντας τα επίπεδα χιούμορ, αυτό-συμπόνιας και ποιότητας ζωής των πρώτων να είναι χαμηλότερα από αυτά που εμφάνισε το δείγμα των άστεγων που φιλοξενούνται στο Υπνωτήριο Αστέγων του Δήμου Θεσσαλονίκης.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε, αν υπήρχε η δυνατότητα σε συγκεκριμένο δείγμα άστεγων, να γίνει μια αρχική μέτρηση της αυτό-συμπόνιας και συσχέτισή της με την ποιότητα ζωής και μετά την εφαρμογή ενός Προγράμματος Εκπαίδευσης στην Αυτό-συμπόνια επαναληπτική μέτρηση αυτής και της σχέσης της με την ποιότητα ζωής, ώστε να εκτιμηθούν τα αποτελέσματα.

Τέλος, η ίδια ακριβώς σχέση που μελετήθηκε στην παρούσα έρευνα, θα μπορούσε να ερευνηθεί παγκοσμίως, μιας και, όπως έχει ήδη αναφερθεί, δεν εντοπίστηκε σχετική διεθνής βιβλιογραφία.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Αράπογλου, Β., Γκούνης, Κ., Σιατίτσα Δ. & Σουλελέ, Δ., (2015) *Κοινωνική επισφάλεια και έλλειψη στέγης στην Αθήνα: Διαδρομές αποκλεισμού και ένταξης*, ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Διαθέσιμο στο: <https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2015/12/MELETH-39.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης 10/04/2020].

Βλάση, Α. (2013) *Γεωγραφικές Δυναμικές και Σύγχρονοι Μετασχηματισμοί του Ελληνικού Χώρου*. Σχολή Αρχιτεκτόνων Μηχανικών, Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών.

Γιακουμάκη, Ι. Μ. (2018). *Ο ρόλος της συγχωρετικότητας και της αυτοσυμπόνιας των ασθενών με καρκίνο του μαστού με τα επίπεδα της ποιότητας ζωής τους* (Διπλωματική Εργασία). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Γουρνάρη, Χ. (2019). *Η ψυχική υγεία και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των αστέγων στο Δήμο Θεσσαλονίκης. - Μια εμπειρική μελέτη για το πώς οι δομές του Δήμου Θεσσαλονίκης ανταποκρίνονται στις ανάγκες ψυχικής υγείας των αστέγων* (Διπλωματική Εργασία). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Δημητρόπουλος, Χ., Ντάγανου, Μ., Αλεξιάς, Γ. *Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής Από τη Θεωρία στην Πράξη*. Respiratory & Internal Medicine. Διαθέσιμο στο: https://www.iatrikionline.gr/Respiratory_49/5.pdf [Ημερομηνία πρόσβασης 08/06/2020].

Καρακασίδου, Ε. Θ., (2017). *Υλοποίηση Προγράμματος στην Αυτοσυμπόνια και Εφαρμογή του σε Ομαδικό Πλαίσιο* (Διδακτορική Διατριβή). Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα.

Κρομμύδα, Μ., (2016). *Το Χιούμορ* (Διπλωματική Εργασία). ΑΣΠΑΙΤΕ Ιωαννίνων, Ιωάννινα.

Κωνσταντάτου, Ε. (2018) *Το πρώτο μητρώο αστέγων*, Το Βήμα, άρθρο Διαθέσιμο στο: <https://www.tovima.gr/2018/07/11/society/to-prwto-mitrwo-astegwn/> [Ημερομηνία πρόσβασης 03/04/2020].

Ξηνταροπούλου, Μ., (2012). *“Η χρήση του χιούμορ από τον σύμβουλο στη συμβουλευτική διαδικασία: Μια ποιοτική έρευνα”* (Διπλωματική Εργασία). Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), [online] , Διαθέσιμο στο

https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CE%B1%CE%B3%CE%BA%CF%8C%CF%83%CE%BC%CE%B9%CE%BF%CF%82_%CE%9F%CF%81%CE%B3%CE%B1%CE%BD%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82_%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82

57

[Ημερομηνία πρόσβασης 08/06/2020].

Πηγιάκη, Α., (2014). *Η έκφραση του χιούμορ των παιδιών μέσω των λεκτικών (γλωσσικών) παιχνιδιών στο σχολικό περιβάλλον στην Ελλάδα* (Διδακτορική Διατριβή). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Πιλοτική Έρευνα (2017). Αρχικά αποτελέσματα πιλοτικής απογραφής αστέγων στο δρόμο και σε δομές υποστήριξης τους στους δήμους: Αθηναίων, Θεσσαλονικέων, Πειραιωτών, Ηρακλειωτών, Ν. Ιωνίων, Ιωαννιτών και Τρικαίων., Διαθέσιμο στο:

<https://government.gov.gr/wpcontent/uploads/2018/07/%CE%91%CE%A1%CE%A7%CE%99%CE%9A%CE%91%CE%91%CE%A0%CE%9F%CE%A4%CE%95%CE%9B%CE%95%CE%A3%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%91-%CE%9C%CE%AC%CE%B7%CF%82-2018-21.pdf>

[Ημερομηνία πρόσβασης 10/04/2020].

Ράδιο Θεσσαλονίκη (2019) 'Έρευνα της ΑΡΣΙΣ για τους αστέγους της Θεσσαλονίκης', Ράδιο Θεσσαλονίκης, 30 Απριλίου 2019, Διαθέσιμο στο: <http://www.rthess.gr/article/95236/ereynatis-arsis-gia-tous-astegous-tisthessalonikis>

[Ημερομηνία πρόσβασης 03/04/2020].

Σαλτού Εύη (2016). Άστεγοι: Ο ... 'αόρατος' πληθυσμός της Ελλάδας. Τα ΝΕΑ, Νοέμβριος 25, Διαθέσιμο στο: <http://www.tanea.gr/news/greece/article/5409529/astegoi-o-aoratos-plhthysmos-thselladas/>

[Ημερομηνία πρόσβασης 03/04/2020].

Σταθαρού, Α., Γαλάτου, Χ., Κοτρώτσιου, Ε. (2012). *Η χρήση του χιούμορ στην φροντίδα ψυχικά ασθενών* (Ειδικό Άρθρο). Το Βήμα του Ασκληπιού, 11ος Τόμος, 1ο Τεύχος.

Τσάκωνα, Β., (2004). ΤΟ ΧΙΟΥΜΟΡ ΣΤΟΝ ΓΡΑΠΤΟ ΑΦΗΓΗΜΑΤΙΚΟ ΛΟΓΟ: ΓΛΩΣΣΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ (Διδακτορική Διατριβή). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Χιούμορ, [online] , Διαθέσιμο στο <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A7%CE%B9%CE%BF%CF%8D%CE%BC%CE%BF%CF%81>

<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A7%CE%B9%CE%BF%CF%8D%CE%BC%CE%BF%CF%81>

58

[Ημερομηνία πρόσβασης 30/04/2020].

Ψαθά, Ε. (2014). *Συγκριτική Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής στις Ελληνικές Πόλεις Μεσαίου Μεγέθους* (Διδακτορική Διατριβή). Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

MPHISIS (2009), Αμοιβαία πρόοδος στο θέμα των αστέγων μέσω της προώθησης και της ενίσχυσης των συστημάτων πληροφοριών, Μάιος 2009, Διαθέσιμο στο:

<https://docplayer.gr/3723938-Mphasis-amoiwaia-proodos-sto-thema-ton-astegon-meso-tis-proothisis-kai-tis-enishysis-ton-systimaton-pliroforion.html>

[Ημερομηνία πρόσβασης 10/04/2020].

Ξενόγλωσση

Allen, A. B., Goldwasser, E. R., & Leary, M. R. (2012). *Self-compassion and Well-being among Older Adults*. *Self and Identity*, 11(4), 428–453. doi:10.1080/15298868.2011.595082.

Arapoglou V.P., Gounis K., (2014) “Caring for the Homeless and the Poor in Greece: Implications for the Future of Social Protection and Social Inclusion”, Rethymno, October 2014.

Bowling, A. (2001). *Measuring Disease A Review of Disease-Specific Quality of life Measurement Scales*. Open University Press. Second Edition.

Breines, J., Toole, A., Tu, C., & Chen, S. (2013). *Self-compassion, Body Image, and Self-reported Disordered Eating*. *Self and Identity*, 13(4), 432–448. doi:10.1080/15298868.2013.838992.

British Health Education Authority. *Positive Steps 2000: Surviving the New Millennium*, 1999.

Davidson, R. J., & Harrington, A. (Eds.). (2002). *Visions of compassion: Western scientists and Tibetan Buddhists examine human nature*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195130430.001.0001>.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2010) ‘Subjective well-being in Europe’, *Second European Quality of Life Survey*, Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities. Διαθέσιμο στο: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2009/108/en/1/EF09108EN.pdf> [Ημερομηνία πρόσβασης 10/03/2020].

Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet (London, England)*, 384(9953), 1529–1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6).

FEANTSA, (2012) ‘*Federation of National Organisations Working with the Homeless. On the way home?*’, FEANTSA monitoring report on homelessness and homeless policies in Europe. Brussels.

Gilbert, P. (Ed.). (2005). *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. Routledge.

Hosseini Barzanji A, Kurd B. A Review Study on Self-compassion and Its Place in Psychological Health. *Avicenna J Neuro Psycho Physiology*. 2019; 6 (2) :57-66
URL: <http://ajnpp.umsha.ac.ir/article-1-162-en.html>.

Kuiper, N. A., Martin, R. A., & Dance, K. A. (1992). *Sense of humour and enhanced quality of life. Personality and Individual Differences*, 13(12), 1273–1283. doi:10.1016/0191-8869(92)90169-p.

Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887-904. doi: 10.1037/0022-3514.92.5.887.

Mavridis, S. N. & Mouratidou, S. I. (2018). *The Phenomenon of Homelessness during the Greek Economic Crisis 2009-2018. IDEAS SPREAD, Vol. 1, No. 2; 2018.*
doi.org/10.30560/hssr.v1n2p23.

McNaughton, C. (2008). *Transitions through homelessness: Lives on the edge*. New York: Palgrave Macmillan.

Meanwell, E. (2012), Experiencing Homelessness: A Review of Recent Literature. *Sociology Compass*, 6: 72-85. doi:10.1111/j.1751-9020.2011.00432.x.

Merz, E. L., Malcarne, V. L., Hansdottir, I., Furst, D. E., Clements, P. J., & Weisman, M. H. (2009). *A longitudinal analysis of humor coping and quality of life in systemic sclerosis. Psychology, Health & Medicine*, 14(5), 553–566. doi:10.1080/13548500903111798.

Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250. doi: 10.1080/15298860390209035.

Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. doi: 10.1080/15298860309032.

Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12, doi: 10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x.

Neff, K. (2016) *The Science of Self-Compassion*:
<https://www.youtube.com/watch?v=y0gtnOXAp-U>.

- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 139-154. doi: 10.1016/j.jrp.2006.03.004.
- Neff, K. D., Long, P., Knox, M. C., Davidson, O., Kuchar, A., Costigan, A., ... Breines, J. G. (2018). The forest and the trees: Examining the association of self-compassion and its positive and negative components with psychological functioning. *Self and Identity*, 17(6), 627-645. doi:10.1080/15298868.2018.1436587.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*, 9(3), 225-240. doi: 10.1080/15298860902979307.
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77(1), 23-50. doi: 10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x.
- Nishio, A., Horita, R., Sado, T., Mizutani, S., Watanabe, T., Uehara, R., & Yamamoto, M. (2017). Causes of homelessness prevalence: Relationship between homelessness and disability. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 71(3), 180–188. <https://doi.org/10.1111/pcn.12469>.
- Opalach C, Romaszko J, Jaracz M, Kuchta R, Borkowska A, Buciński A (2016) Coping Styles and Alcohol Dependence among Homeless People. *PLoS ONE* 11(9): e0162381. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162381>.
- Pauley, G., & McPherson, S. (2010). *The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(2), 129–143. doi:10.1348/147608309x471000.
- Philippot, P., Lecocq, C., Sempoux, F., Nachtergaeel, H. and Galand, B. (2007), Psychological Research on Homelessness in Western Europe: A Review from 1970 to 2001. *Journal of Social Issues*, 63: 483-503. doi:10.1111/j.1540-4560.2007.00520.x.
- Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., Matos, M., & Fráguas, S. (2013). *The Protective Role of Self-compassion in Relation to Psychopathology Symptoms and Quality of Life in Chronic and in Cancer Patients. Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(4), 311–323. doi:10.1002/cpp.1838.

Raes, F. (2011). *The Effect of Self-Compassion on the Development of Depression Symptoms in a Non-clinical Sample*. *Mindfulness*, 2(1), 33–36. doi:10.1007/s12671-011-0040-y.

Ravenhill, Megan (2008) *The culture of homelessness*. Hampshire: Ashgate Publishing Limited.

The Lancet Public Health. (2017). *Homeless people—their health and their children’s health*. *The Lancet Public Health*, 2(12), e529. doi:10.1016/s2468-2667(17)30221-9.

The Whoqol Group. (1998). *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties*. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569–1585. doi:10.1016/s0277-9536(98)00009-4.

Theodorikakou, O., Alamanou, A., & Katsadoros, K. (2013). Neo-homelessness and the Greek Crisis. *European Journal of Homelessness, Policy Reviews*, part B, 7(2), December, 203-210.
https://web.archive.org/web/20160314045312/http://feantsaresearch.org/IMG/pdf/ot_et_al_revieu.pdf .

Theodorikakou, O., Alamanou, A., Stamatogiannopoulou, E., Tourkou, A., Karydi, K., Sarantidis, D., Katsadoros K. (2012) *Homelessness in Greece – 2012: An In-depth Research on Homelessness in the Financial Crisis*, Paper Presented at the European Research Conference Access to Housing for Homeless People in Europe, York, 21st September 2012.

Ventegodt, S., Hilden, J., & Merrick, J. (2003). *Measurement of Quality of Life I. A Methodological Framework*. *The Scientific World JOURNAL*, 3, 950–961. doi:10.1100/tsw.2003.75.

World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/89966>.

Wren, A. A., Somers, T. J., Wright, M. A., Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., Huh, B. K., Rogers, L. L., & Keefe, F. J. (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *Journal of pain and symptom management*, 43(4), 759–770.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.04.014>.

Wyly, E., & Hammel, D. (2005). *'Mapping neo liberal American urbanism'*, in G. Bridge, & R.

Atkinson, Certification in a global context: the new urban colonialism. New York: Routledge.

Zhang, H., Watson-Singleton, N. N., Pollard, S. E., Pittman, D. M., Lamis, D. A., Fischer, N. L., Patterson, B., & Kaslow, N. J. (2019). Self-Criticism and Depressive Symptoms: Mediating Role of Self-Compassion. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 80(2), 202–223. <https://doi.org/10.1177/0030222817729609>.

Παράρτημα

1. Υπόδειγμα Ερωτηματολογίου Κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η
ΧΗΡΟΣ/Α

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ
ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ

ΔΕΝ ΕΡΓΑΖΟΜΑΙ : <1 ΕΤΟΣ
<2 ΕΤΗ
ΜΕΤΑΞΥ 2-5 ΕΤΗ
>5 ΕΤΗ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ

Κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο								
Νιώθω συναισθηματικά άδειος	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	6	Ναι, πάρα πολύ
Νιώθω εξαντλημένος στο τέλος της μέρας	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	6	Ναι, πάρα πολύ
Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μια ακόμα μέρα	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	6	Ναι, πάρα πολύ
Νιώθω εξουθενωμένος τον τελευταίο καιρό	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	6	Ναι, πάρα πολύ
Έχω γίνει πιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους τον τελευταίο καιρό	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	6	Ναι, πάρα πολύ
Νιώθω απογοήτευση	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	6	Ναι, πάρα πολύ
Νιώθω μεγάλη ενεργητικότητα	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	6	Ναι, πάρα πολύ
Νιώθω ότι έχω φτάσει στα όρια της αντοχής μου	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	6	Ναι, πάρα πολύ
Νιώθω ελπίδα μέσα μου	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	6	Ναι, πάρα πολύ

ΣΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ ΕΙΧΑΤΕ ΦΙΛΟΥΣ; ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

ΣΗΜΕΡΑ ΕΧΕΤΕ ΦΙΛΟΥΣ; ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

ΚΟΙΜΑΣΤΕ ΚΑΛΑ ; ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΕΧΩ ΑΥΓΝΙΕΣ _____

ΒΛΕΠΕΤΕ ΟΝΕΙΡΑ ; ΠΟΛΛΑ _____ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ _____ ΟΧΙ, ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΤΑ ΘΥΜΑΜΑΙ _____

ΤΑ ΟΝΕΙΡΑ ΣΑΣ ΣΥΝΗΘΩΣ ΕΙΝΑΙ;

ΩΡΑΙΑ _____ ΑΣΧΗΜΑ _____ ΕΦΙΑΛΤΕΣ _____ ΔΕΝ ΤΑ ΘΥΜΑΜΑΙ _____

2. Υπόδειγμα Ερωτηματολογίου HSQ

Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης του Χιούμορ - Humor Styles Questionnaire

Οι άνθρωποι βιώνουν και εκφράζουν το χιούμορ με πολλούς διαφορετικούς τρόπους. Ακολουθεί μια λίστα δηλώσεων που περιγράφουν διαφορετικούς τρόπους με τους οποίους κάποιος μπορεί να βιώσει το χιούμορ. Παρακαλώ, αφού διαβάσετε προσεκτικά κάθε δήλωση υποδείξτε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με αυτήν, απαντώντας, όσο μπορείτε, ειλικρινά και αντικειμενικά, χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα:

1	2	3	4	5	6	7				
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ μέτρια	Διαφωνώ λίγο	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ μέτρια	Συμφωνώ απόλυτα				
1. Συνήθως δεν γελάω ή αστειεύομαι όταν είμαι με πολλά άτομα				1	2	3	4	5	6	7
2. Αν αισθάνομαι καταθλιπτικά, συνήθως μπορώ να φτιάχνω τη διάθεσή μου χρησιμοποιώντας το χιούμορ				1	2	3	4	5	6	7
3. Αν κάποιος κάνει ένα λάθος, τον πειράζω συχνά σχετικά με αυτό				1	2	3	4	5	6	7
4. Επιτρέπω στους άλλους να με κοροϊδεύουν ή να διασκεδάζουν εις βάρος μου περισσότερο από όσο θα έπρεπε				1	2	3	4	5	6	7
5. Δεν χρειάζεται να κοπιάζω πολύ για να γελούν οι άλλοι – νομίζω ότι διαθέτω φυσικό χιούμορ				1	2	3	4	5	6	7
6. Ακόμη κι όταν είμαι μόνος μου συχνά διασκεδάζω με τους παραλογισμούς της ζωής				1	2	3	4	5	6	7
7. Οι άνθρωποι ποτέ δεν προσβάλλονται ούτε βλάπτονται από την αίσθηση του χιούμορ μου				1	2	3	4	5	6	7
8. Συχνά παρασύρομαι μειώνοντας τον εαυτό μου, αν αυτό μπορεί να κάνει την οικογένειά μου ή τους φίλους μου να γελάσουν				1	2	3	4	5	6	7
9. Σπάνια κάνω τους άλλους να γελούν λέγοντας αστείες ιστορίες του εαυτού μου				1	2	3	4	5	6	7
10. Αν νιώθω αναστατωμένος ή δυστυχημένος, συνήθως προσπαθώ να σκέφτομαι κάτι αστείο για την κατάσταση για να αισθανθώ καλύτερα.				1	2	3	4	5	6	7

11. Όταν λέω ανέκδοτα ή αστεία πράγματα δεν ανησυχώ για το πώς τα παίρνουν οι άλλοι	1	2	3	4	5	6	7
12. Προσπαθώ συχνά να αρέσω στους άλλους ή να με αποδεχθούν περισσότερο λέγοντας κάποια αστεία σχετικά με τις αδυναμίες μου, τα λάθη μου και τα ελαττώματά μου	1	2	3	4	5	6	7
13. Γελάω και αστειεύομαι συχνά με τους φίλους μου	1	2	3	4	5	6	7
14. Η χιουμοριστική μου άποψη για τη ζωή με διαφυλάσσει από την υπερβολική αναστάτωση ή την κατάθλιψη σχετικά με τα γεγονότα	1	2	3	4	5	6	7
15. Δεν μου αρέσει όταν οι άνθρωποι χρησιμοποιούν το χιούμορ ως μέσο να επικρίνουν κάποιον ή να τον μειώσουν	1	2	3	4	5	6	7
16. Δεν λέω συχνά αστεία που μειώνουν τον εαυτό μου	1	2	3	4	5	6	7
17. Συνήθως δεν μου αρέσει να λέω αστεία ή να διασκεδάζω τους ανθρώπους.	1	2	3	4	5	6	7
18. Αν είμαι μόνος μου και νοιώθω δυσαρεστημένος προσπαθώ να σκεφτώ κάτι αστείο για να φτιάξω τη διάθεσή μου	1	2	3	4	5	6	7
19. Μερικές φορές σκέφτομαι κάτι που είναι τόσο αστείο που δεν μπορώ να μην το πω, ακόμα κι αν δεν είναι κατάλληλο για την περίπτωση.	1	2	3	4	5	6	7
20. Συχνά υπερβάλλω μειώνοντας τον εαυτό μου όταν κάνω αστεία ή προσπαθώντας να είμαι αστείος	1	2	3	4	5	6	7
21. Απολαμβάνω το να κάνω τους ανθρώπους να γελούν	1	2	3	4	5	6	7
22. Αν αισθάνομαι λυπημένος ή αναστατωμένος χάνω την αίσθηση του χιούμορ μου	1	2	3	4	5	6	7
23. Ποτέ δεν συμμετέχω γελώντας σε βάρους των άλλων ακόμη κι αν όλοι οι φίλοι μου το κάνουν	1	2	3	4	5	6	7
24. Όταν είμαι με φίλους ή την οικογένειά μου νομίζω ότι είμαι αυτός με τον οποίο οι άλλοι διασκεδάζουν ή κάνουν αστεία	1	2	3	4	5	6	7
25. Δεν αστειεύομαι συχνά με τους φίλους μου	1	2	3	4	5	6	7
26. Είναι εμπειρία μου το ότι σκεπτόμενοι κάποια διασκεδαστική πτυχή μιας κατάστασης είναι συχνά ένας αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων	1	2	3	4	5	6	7
27. Αν δεν μου αρέσει κάποιος συχνά χρησιμοποιώ το χιούμορ ή το πείραγμα για να τον μειώσω	1	2	3	4	5	6	7
28. Αν αντιμετωπίζω προβλήματα ή αισθάνομαι δυσαρεστημένος, συχνά το κρύβω λέγοντας αστεία, έτσι ώστε ακόμη και οι πιο στενοί φίλοι μου να μην ξέρουν πώς αισθάνομαι πραγματικά.	1	2	3	4	5	6	7

29. Συνήθως δεν μπορώ να σκεφτώ πνευματώδη πράγματα για να πω όταν είμαι με άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4	5	6	7
30. Δεν χρειάζεται να είμαι με άλλους ανθρώπους για να διασκεδάζω - συνήθως βρίσκω πράγματα για να γελάσω ακόμη και όταν είμαι μόνος μου.	1	2	3	4	5	6	7
31. Ακόμα κι αν κάτι είναι πραγματικά αστείο για μένα, δεν θα γελάσω ή θα αστειευτώ με αυτό αν κάποιος μπορεί να αισθανθεί προσβλητικά.	1	2	3	4	5	6	7
32. Επιτρέποντας στους άλλους να γελούν μαζί μου είναι ο τρόπος μου για να κρατήσω τους φίλους και την οικογένειά μου σε καλή διάθεση	1	2	3	4	5	6	7

3. Υπόδειγμα Κλίμακας SCS

Self- Compassion Scale (SCS)

ΟΔΗΓΙΕΣ

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

		ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
1.	Αποδοκιμάζω και κατακρίνω τα ελαττώματα και τα μειονεκτήματά μου.	1	2	3	4	5
2.	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, τείνω να εστιάζω υπερβολικά την προσοχή μου σε όλα αυτά που πηγαίνουν στραβά.	1	2	3	4	5
3.	Όταν τα πράγματα πηγαίνουν στραβά, βλέπω τις δυσκολίες μου σαν κομμάτι της ζωής που το περνούν όλοι.	1	2	3	4	5
4.	Όταν σκέφτομαι τα μειονεκτήματά μου, αισθάνομαι ότι είμαι ξεκομμένος/η από τον υπόλοιπο κόσμο.	1	2	3	4	5
5.	Προσπαθώ να δίνω αγάπη στον εαυτό μου όταν πονάω συναισθηματικά.	1	2	3	4	5
6.	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι προσωπικά σημαντικό, κατακλύζομαι από συναισθήματα ανεπάρκειας.	1	2	3	4	5
7.	Όταν είμαι μελαγχολικός / η και απογοητευμένος/η, υπενθυμίζω στον εαυτό μου ότι υπάρχουν κι άλλοι άνθρωποι στον κόσμο που αισθάνονται όπως κι εγώ.	1	2	3	4	5
8.	Όταν περνώ δύσκολες στιγμές, γίνομαι αυστηρός/η με τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
9.	Όταν κάτι με αναστατώσει, προσπαθώ να μετριάσω τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5

10.	Όταν αισθάνομαι ανεπαρκής για κάποιο λόγο, σκέφτομαι ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν συναισθήματα ανεπάρκειας.	1	2	3	4	5
11.	Δεν ανέχομαι, ούτε έχω υπομονή με πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.	1	2	3	4	5
12.	Όταν περνώ δύσκολες στιγμές, δίνω στον εαυτό μου τη φροντίδα και τη στοργή που έχει ανάγκη	1	2	3	4	5
13.	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, αισθάνομαι επίσης ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιθανότατα πιο ευτυχημένοι από εμένα.	1	2	3	4	5
14.	Όταν συμβεί κάτι επίπονο, προσπαθώ να δω την κατάσταση ψύχραιμα και ισορροπημένα.	1	2	3	4	5
15.	Προσπαθώ να δω τις αποτυχίες μου ως μέρος της ανθρώπινης φύσης.	1	2	3	4	5
16.	Όταν βλέπω πτυχές του εαυτού μου που δε συμπαθώ, τα βάζω με τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
17.	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, προσπαθώ να δω τα πράγματα από όλες τις πλευρές.	1	2	3	4	5
18.	Όταν αγωνίζομαι πραγματικά για κάτι, αισθάνομαι ότι άλλοι μάλλον βρίσκονται σε πιο ευνοϊκή θέση.	1	2	3	4	5
19.	Είμαι καλός/ή με τον εαυτό μου όταν περνώ δοκιμασίες.	1	2	3	4	5
20.	Όταν κάτι με αναστατώσει, με παρασύρουν τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5
21.	Μπορώ να γίνω λίγο ψυχρός/η προς τον εαυτό μου όταν δοκιμάζομαι.	1	2	3	4	5
22.	Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, προσπαθώ να προσεγγίσω τα συναισθήματά μου με περιέργεια και ειλικρίνεια.	1	2	3	4	5
23.	Είμαι ανεκτικός με τα ελαττώματα και τις ανεπάρκειές μου.	1	2	3	4	5

24.	Όταν συμβεί κάτι επίπονο, μεγαλοποιώ το γεγονός δίνοντας του υπερβολικές διαστάσεις.	1	2	3	4	5
25.	Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, αισθάνομαι μόνος/η στην αποτυχία μου.	1	2	3	4	5
26.	Προσπαθώ να δείχνω υπομονή και κατανόηση στις πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.	1	2	3	4	5

4. Υπόδειγμα Ερωτηματολογίου SF- 36

SF-36

ΟΔΗΓΙΕΣ: Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιοι/βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Εξαιρετική	1
Πολύ καλή	2
Καλή	3
Μέτρια	4
Κακή	5

2. Συγκριτικά με πριν, από ένα χρόνο, πώς θα κρίνατε την υγεία σας γενικά σήμερα;
ΔΙΑΒΑΣΤΕ (βάλτε έναν κύκλο)

Πολύ καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν	1
Κάπως καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν	2
Περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν	3
Κάπως χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν	4
Πολύ χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν	5

3. Στη συνέχεια αναφέρονται κάποιες δραστηριότητες που μπορεί να έχετε στη διάρκεια μιας συνηθισμένης μέρας. Σήμερα η κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο; (κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	Ναι, περιορίζονται Πολύ	Ναι, περιορίζονται Λίγο	Όχι, δεν περιορίζονται Καθόλου
A. Έντονες δραστηριότητες , όπως τρέξιμο, σήκωμα βαρέων αντικειμένων, έντονη αθλητική άσκηση	1	2	3
B. Μέτριες δραστηριότητες , όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, η χρήση της ηλεκτρικής σκούπας	1	2	3
Γ. Το σήκωμα και η μεταφορά των ψώνιων	1	2	3
Δ. Το ανέβασμα με τα πόδια μερικών ορόφων	1	2	3
Ε. Το ανέβασμα με τα πόδια ενός ορόφου	1	2	3
ΣΤ. Το σκύψιμο ή το γονάτισμα	1	2	3
Z. Το περπάτημα απόστασης μεγαλύτερης από ενάμιση χιλιόμετρο	1	2	3
Η. Το περπάτημα μιας απόστασης μερικών οικοδομικών τετραγώνων	1	2	3
Θ. Το περπάτημα μιας απόστασης ενός οικοδομικού τετραγώνου	1	2	3
Ι. Το να κάνετε μπάνιο ή να ντυθείτε	1	2	3

4. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα: (κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
A. Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
B. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
Γ. Περιορίσατε το είδος της δουλειάς ή των καθημερινών δραστηριοτήτων σας	1	2
Δ. Είχατε δυσκολία στην εκτέλεση της δουλειά σας ή των άλλων δραστηριοτήτων σας	1	2

5. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, τα συναισθηματικά σας προβλήματα (όπως η μελαγχολία ή άγχος) ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα: (κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
A Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
B. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
Γ. Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή τις άλλες σας δραστηριότητες τόσο προσεκτικά όσο συνήθως	1	2

6. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, σε ποιο βαθμό η σωματικής σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα στάθηκαν εμπόδιο στις συνήθειες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας κλπ.; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου1
Ελάχιστα2
Μέτρια3
Αρκετά4
Πάρα πολύ5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου1
Πολύ ήπιο2
Ήπιο3
Μέτριο4
Έντονο5
Πολύ έντονο6

8. Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, κατά πόσο ο πόνος εμπόδισε τις συνηθισμένες σας δουλειές (εξωτερικές δουλειές και δουλειές του σπιτιού); **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου1
Λίγο.....2

Μέτρια	3
Αρκετά	4
Πάρα πολύ	5

9. Οι ερωτήσεις που ακολουθούν έχουν σχέση με το πώς νοιώθατε και πως ήταν τα πράγματα για σας **κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων**. Για κάθε ερώτηση παρακαλούμε να δώσετε μια απάντηση που είναι πιο κοντά σε αυτό που νοιώθατε. Πόσο καιρό τις τελευταίες εβδομάδες... **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	Πάντα	Τις πιο πολλές φορές	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Όχι συχνά	Ποτέ
A. Είχατε ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
B. Ήσασταν ένα πολύ νευρικό άτομο;	1	2	3	4	5	6
Γ. Είχατε τόσο «τις μαύρες σας» που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6
Δ. Νοιώθατε ήρεμος/ή και γαλήνιος/α;	1	2	3	4	5	6
Ε. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα;	1	2	3	4	5	6
ΣΤ. Νοιώθατε αποκαρδιωμένος/η και μελαγχολικός/ή;	1	2	3	4	5	6
Ζ. Νοιώσατε εξαντλημένος/η;	1	2	3	4	5	6
Η. Είσαστε ένας ευτυχισμένος άνθρωπος;	1	2	3	4	5	6
Θ. Νοιώσατε κουρασμένος/η;	1	2	3	4	5	6

10. Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων** για πόσο καιρό η **σωματικής σας υγεία ή τα συναισθηματικά προβλήματα** εμπόδισαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (όπως επισκέψεις σε συγγενείς και φίλους) **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Πάντα	1
Τις πιο πολλές φορές	2
Μερικές φορές	3
Όχι συχνά	4
Ποτέ	5

11. Πόσο **σωστό ή λάθος** είναι για εσάς προσωπικά καθένα από τα παρακάτω... **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	Απόλυτα σωστό	Μάλλον σωστό	ΔΓ	Μάλλον λάθος	Απόλυτα λάθος
Α. Φαίνεται ότι αρρωσταίνετε λίγο ευκολότερα από τους άλλους	1	2	3	4	5
Β. Είστε τόσο υγιής όσο κάθε άλλο άτομο που γνωρίζετε	1	2	3	4	5
Γ. Περιμένετε ότι η υγεία σας θα χειροτερέψει	1	2	3	4	5
Δ. Η υγεία σας είναι εξαιρετική	1	2	3	4	5

5. Έντυπο Συγκατάθεσης



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

(ΓΙΑ ΤΟΝ/ΗΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ/ΟΥΣΑ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ)

Με το παρόν έγγραφο, δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί πλήρως για το πλαίσιο εντός του οποίου πραγματοποιείται η συγκεκριμένη έρευνα, το σκοπό καθώς και τη διαδικασία διεξαγωγής της και συμφωνώ να χρησιμοποιηθούν οι πληροφορίες, που ανώνυμα θα δώσω, αποκλειστικά για την περάτωση αυτής, σύμφωνα με το Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (GDPR) και τις διατάξεις του Ν. 2472/1997 και για κανέναν επιπρόσθετο λόγο, χωρίς την εκ νέου συγκατάθεσή μου.

Υπογραφή

Ο/Η ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ/ΟΥΣΑ

.....

6. Άδεια/Έγκριση διεξαγωγής έρευνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΗΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
& ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
ΚΑΙ ΙΣΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΦΥΛΩΝ
Αρμόδια: Θεοδωρακοπούλου Βαΐα
Τηλ.: 2310509012

Θεσσαλονίκη, 16/1/2020

Αριθ. Πρωτ.: 16842

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαιώνουμε ότι παρέχεται η άδεια/έγκριση στην εργαζόμενη της Δομής του Υπνωτηρίου Αστέγων, ΠΕ Κοινωνικών Λειτουργών, Χάντα Ευανθία, προκειμένου να πραγματοποιήσει έρευνα στο χώρο του Υπνωτηρίου Αστέγων του Δ. Θεσσαλονίκης και του Ανοιχτού Κέντρου Ημερήσιας Φροντίδας Αστέγων (εφόσον χρειαστεί συμπληρωματικά), χρησιμοποιώντας ως δείγμα τους αστέγους - ωφελούμενους των Δομών, με σκοπό την εκπόνηση της πτυχιακής της εργασίας στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Ψυχική Υγεία» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Ο Αναπληρωτής
Προϊστάμενος Τμήματος



Κατσούλης Ιωάννης