



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**  
**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**  
**«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ»**

**ΘΕΜΑ:**

**«Η σχέση του προεγχειρητικού άγχους με τα συναισθήματα αυτοσυμπόνιας των ασθενών»**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ**

**Μίαρη Ελένη**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**Γκούβα Μαίρη, Καθηγήτρια Ψυχολογίας**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ**

**ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2020**

## **Ευχαριστίες**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνηση και ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Ιδιαίτερη ευγνωμοσύνη οφείλω στην επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας κ. Γκούβα Μαίρη για την πολύτιμη επιστημονική καθοδήγηση της, το αδιάκοπο ενδιαφέρον της και την συμπαράσταση της σε όλη την πορεία της διπλωματικής.

Τέλος, ευχαριστώ εκ βάθους καρδιάς την οικογένεια μου για την ηθική και ουσιαστική συμβολή τους, χωρίς την υπομονή τους και την συμπαράσταση τους, δεν θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

## Περίληψη

**Υπόβαθρο:** Προεγχειρητικά, οι ασθενείς βιώνουν έντονο άγχος ως απόρροια της αβεβαιότητας του χειρουργείου, καθώς και λόγω της απώλειας ελέγχου κατά τη διάρκεια του.

**Μεθοδολογία:** Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 103 προεγχειρητικοί ασθενείς. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν κοινωνικοδημογραφικές μετρήσεις, το ερωτηματολόγιο State-TraitAnxiety Inventory (STAI), το οποίο αξιολογεί το περιστασιακό και ιδιοσυγκρασιακό άγχος, το Humor Styles Questionnaire, το οποίο μετρά το χιούμορ, και το Self-Compassion Scale, το οποίο αξιολογεί την αυτοσυμπόνια. Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν κατά το σχεδιασμό της μελέτης ήταν τα παρακάτω: 1) Ποιά η διαφορά του προεγχειρητικού άγχους, της αυτοσυμπόνιας και του χιούμορ ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες ασθενείς; 2) Ποιά η σχέση του προεγχειρητικού άγχους, της αυτοσυμπόνιας και του χιούμορ στο σύνολο των ασθενών και στις υπο-ομάδες που σχηματίζονται με βάση το φύλο αυτών;

**Αποτελέσματα:** Με βάση την ανάλυση, οι άντρες είχαν χαμηλότερο ιδιοσυγκρασιακό άγχος από τις γυναίκες ( $p=0.006$ ), χαμηλότερο περιστασιακό άγχος ( $p=0.000$ ) και εντονότερο χιούμορ ( $p=0.008$ ). Τα δύο φύλα δεν διέφεραν ως προς τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας ( $p=0.343$ ). Στο σύνολο του δείγματος, η αυτοσυμπόνια δεν σχετιζόταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με καμία άλλη παράμετρο. Το περιστασιακό άγχος και το ιδιοσυγκρασιακό άγχος παρουσίαζαν μια αρνητική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το χιούμορ ( $r=-0.276$ ,  $p=0.005$  &  $r=-0.385$ ,  $p=0.000$ ). Ωστόσο, κατά την ανάλυση υπο-ομάδων με βάση το φύλο οι σχέσεις αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές για τις γυναίκες, ενώ στους άντρες καταγράφηκε μια αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση του χιούμορ μόνο με το ιδιοσυγκρασιακό άγχος ( $r=-0.478$ ,  $p=0.001$ ). Το χιούμορ σχετιζόταν σε οριακό μη στατιστικά σημαντικό βαθμό με την αυτοσυμπόνια ( $r=0.188$ ,  $p=0.057$ ).

**Συμπεράσματα:** Η έρευνα οδήγησε σε σημαντικές διαφυλικές διαφορές στο προεγχειρητικό άγχος, οι οποίες αντανακλούν τις ευρύτερες διαφορές άγχους αντρών-γυναικών. Παραδόξως, δεν καταγράφηκαν ουσιώδεις συσχετίσεις μεταξύ του άγχους,

της αυτοσυμπόνοιας και του χιούμορ στους προεγχειρητικούς ασθενείς. Το χιούμορ φαίνεται να μην σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με την αυτοσυμπόνοια.

**Λέξεις κλειδιά:** άγχος, ασθενείς, αυτοσυμπόνοια, χιούμορ

## **Abstract**

**Background:** Presurgically, patients have high anxiety levels, due to a lack of control during the surgical procedure, as well as due to uncertainty for its outcomes.

**Methods:** This study included 103 presurgical patients. The participants completed sociodemographic assessments, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), which measures anxiety, the Humor Styles Questionnaire, which assesses humor, and the Self-Compassion Scale, which measures self-compassion. The research questions of the study were the following: 1) Which is the difference in presurgical anxiety, self-compassion and humor between males and females? 2) Which is the association between presurgical anxiety, self-compassion and humor in the participants of the study, in total as well as based on their gender?

**Results:** Based on the data analysis, males had lower trait anxiety compared to females ( $p=0.006$ ), lower state anxiety ( $p=0.000$ ) and higher levels of humor ( $p=0.008$ ). No differences were noted based on the responders' gender on self-compassion ( $p=0.343$ ). In total, self-compassion was not significantly associated with any other studied parameter. State and trait anxiety had a negative and statistically significant association with humor ( $r=-0.276$ ,  $p=0.005$ ,  $r=-0.385$ ,  $p=0.000$ ). Nevertheless, the sub-group analysis did not lead to significant associations in females, whereas in males only trait anxiety had a negative and statistically significant association with humor ( $r=-0.478$ ,  $p=0.001$ ). Humor was insignificantly associated with self-compassion ( $r=0.188$ ,  $p=0.057$ ).

**Conclusions:** The study lead to significant gender differences in presurgical anxiety, which reflect the general differences of males and females in anxiety levels. Queerly, anxiety was not significantly associated with self-compassion and humor. Humor was also unrelated to self-compassion.

**Key-words:** anxiety, humor, patients, self-compassion

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	1
Περίληψη .....	2
Abstract.....	3
Περιεχόμενα.....	4
Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή .....	6
Κεφάλαιο 2: Στόχος και σκοποί της εργασίας.....	8
Κεφάλαιο 3: Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	9
3.1 Το άγχος.....	9
3.1.1 Η έννοια και η κλινική εικόνα του άγχους .....	9
3.1.2 Η επιδημιολογία του άγχους .....	10
3.1.3 Αιτίες & παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση άγχους .....	11
3.1.3.1 Ψυχιατρικά αίτια.....	11
3.1.3.2 Ψυχολογικοί μηχανισμοί.....	12
3.1.3.3 Βιολογικά αίτια.....	12
3.1.4 Οι συνέπειες του άγχους .....	13
3.1.5 Οι θεωρητικές προσεγγίσεις για την ανάπτυξη του άγχους.....	14
3.1.6 Το άγχος των προεγχειρητικών ασθενών .....	15
3.2 Το χιούμορ .....	18
3.2 Η αυτοσυμπόνοια.....	20
Κεφάλαιο 4: Σχεδιασμός της έρευνας .....	23
4.1 Επιστημολογική προσέγγιση .....	23
4.2 Μεθοδολογία.....	23
4.3 Δειγματοληπτική τεχνική.....	24
4.4 Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος.....	24
4.5 Μετρήσεις.....	24
4.5.1 Κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα.....	24
4.5.2 Μετρήσεις του άγχους .....	25

4.5.3 Humor Styles Questionnaire .....	26
4.5.4 Η αυτοσυμπόνοια.....	26
4.6 Διαδικασία .....	27
4.7 Ηθική και δεοντολογία της έρευνας .....	27
4.8 Στατιστική ανάλυση.....	27
Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα .....	29
5.1 Συνοπτική επισκόπηση των αποτελεσμάτων.....	29
5.2 Συνοπτική επισκόπηση των αποτελεσμάτων.....	41
Κεφάλαιο 6: Συζήτηση .....	42
6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων .....	42
6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας.....	44
6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας.....	48
Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα .....	51
Βιβλιογραφία .....	54
Παράρτημα.....	62

## Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

Ο νοσηλευτής έχει έναν καθοριστικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς. Κατά το ιατροκεντρικό μοντέλο της νόσου, η παρέμβαση με στόχο τη θεραπεία των ασθενών οφείλει να είναι συνεχής, ακόμα και σε περιπτώσεις όπου η ίαση δεν είναι εφικτή (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 2012).

Κατά τον Corr (2002), η φροντίδα του νοσηλευτή οφείλει να εστιάζει στις οργανικές και βιολογικές ανάγκες των ασθενών. Στόχος της παρέμβασης σε αυτό το επίπεδο αναγκών πρέπει να είναι η ενίσχυση της σωματικής λειτουργικότητας και ο περιορισμός της δυσφορίας και του πόνου. Η δεύτερη κατηγορία αναγκών τις οποίες ο νοσηλευτής οφείλει να μπορεί να καλύπτει αφορά στις ψυχολογικές ανάγκες. Οι νοσηλευτές παρέχουν ουσιαστική υποστήριξη προς τους ασθενείς όταν ενισχύουν την από πλευράς τους δυνατότητα για συναισθηματική έκφραση, αλλά και τη δυνατότητα για έκφραση ευρύτερων σκέψεων και προβληματισμό, χωρίς να τους κρίνουν και χωρίς να δημιουργούν την εντύπωση πως οι προβληματισμοί τους είναι μη αναμενόμενοι, παράλογοι ή αφύσικοι (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012). Έτσι, οι ανάγκες των ασθενών, στις οποίες καλείται να ανταποκριθεί ο νοσηλευτής, φαίνεται να είναι ψυχολογικές και σωματικές.

Οι χειρουργικές επεμβάσεις συνιστούν ιδιαίτερα αγχογόνα γεγονότα για τους ασθενείς. Το άγχος των χειρουργικών επεμβάσεων φαίνεται να σχετίζεται με το φόβο του θανάτου, αλλά και με την πλήρη απουσία ελέγχου από πλευράς του ασθενούς κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης (DiMatteo & Martin, 2002).

Με βάση την ανωτέρω προβληματική, η παρούσα έρευνα επιχείρησε τη μελέτη του άγχους, του χιούμορ και της αυτοσυμπόνιας σε προεγχειρητικούς ασθενείς. Η έρευνα υποδιαιρείται σε δύο σκέλη, στο θεωρητικό και στο ερευνητικό. Στο πρώτο μέρος της μελέτης πραγματοποιείται επισκόπηση των τριών κεντρικών εννοιών, δηλαδή του άγχους, του χιούμορ και της αυτοσυμπόνιας. Η επισκόπηση των εννοιών πραγματοποιείται τόσο σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, όσο και συγκεκριμένα μέσω μελετών σε προεγχειρητικούς ασθενείς. Εν συνεχεία, ακολουθεί το ερευνητικό μέρος, όπου παρουσιάζεται η μεθοδολογική προσέγγιση που ακολουθήθηκε και τα αποτελέσματα μιας έρευνας σε δείγμα 103 προεγχειρητικών ασθενών. Τέλος, μέσω της συζήτησης

που ακολουθεί πραγματοποιείται μια συνοπτική επισκόπηση των κυριότερων ευρημάτων, επιχειρείται η θεωρητική απόδοση αυτών, αναδεικνύονται οι περιορισμοί της έρευνας, πραγματοποιούνται οι σχετικές προτάσεις για την κλινική πρακτική, καθώς και προτάσεις για τη μελλοντική έρευνα. Συνοψίζοντας, πραγματοποιείται η εξαγωγή μιας σχετικής συμπερασματολογίας, τόσο από το γενικό, όσο και από το ειδικό μέρος της μελέτης.

Από αναστοχαστικής απόψεως, η παρούσα έρευνα με οδήγησε σε μια σειρά διαπιστώσεων τις οποίες δεν ανέμενα προ της έναρξης της μελέτης. Αρχικώς, μέσω της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας οδηγήθηκα στη διαπίστωση της σημαντικότητας των ψυχολογικών αναγκών των ασθενών πριν το χειρουργείο και στην αυξημένη βαρύτητα που δίνεται σε αυτή από τα συστήματα υγείας οργανωμένων κρατών του εξωτερικού. Έτσι, οδηγήθηκα στη συνειδητοποίηση πως μια ανάλογη βαρύτητα οφείλει να δίνεται στις ψυχολογικές ανάγκες των προεγχειρητικών ασθενών και στην Ελλάδα, κάτι ωστόσο που δεν φαίνεται να πραγματοποιείται. Μια δεύτερη συνειδητοποίησή μου μέσω της παρούσας έρευνας αφορά τη διαπίστωση πως στην πραγματική επιστημονική έρευνα οι μελετώμενες σχέσεις δεν οδηγούν απαραίτητα σε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, οδηγώντας έτσι σε διάψευση ενδόμυχων υποθέσεων, οι οποίες ενδεχομένως να είναι λογικές και αναμενόμενες. Συνεπώς, οδηγήθηκα στη διαπίστωση πως οι υποθέσεις μιας έρευνας δεν επιβεβαιώνονται απαραίτητα βάση της λογικοφανούς σύνδεσης των εξεταζόμενων μεταβλητών, καθώς τα αποτελέσματα μιας σχετικής ερευνητικής προσπάθειας ενδεχομένως να μην επιβεβαιώνουν τις σχετικές υποθέσεις. Τέλος, μέσω της συγκεκριμένης έρευνας οδηγήθηκα στη διαπίστωση πως το προεγχειρητικό άγχος των ασθενών ενδεχομένως να διαμορφώνεται με βάση ένα πολυσύνθετο πλέγμα στάσεων, αντιλήψεων και πρακτικών, το οποίο οφείλει να εξεταστεί μέσω μελλοντικών ερευνητικών εγχειρημάτων.



## Κεφάλαιο 2: Στόχος και σκοποί της εργασίας

Στόχος της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη του άγχους, της αυτοσυμπόνοιας και του χιούμορ σε προεγχειρητικούς ασθενείς. Τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης ήταν τα παρακάτω:

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας ήταν τα παρακάτω:

1. Ποιά η διαφορά του προεγχειρητικού άγχους, της αυτοσυμπόνοιας και του χιούμορ ανάμεσα σε άντρες και γυναίκες ασθενείς;
2. Ποιά η σχέση του προεγχειρητικού άγχους, της αυτοσυμπόνοιας και του χιούμορ στο σύνολο των ασθενών και στις υπο-ομάδες που σχηματίζονται με βάση το φύλο αυτών;

Ο ευρύτερος σκοπός της έρευνας αφορούσε την ενίσχυση της δυνατότητας ανάπτυξης νοσηλευτικών παρεμβάσεων για τη διαχείριση του προεγχειρητικού άγχους των ασθενών.

Οι τρεις αυτές μεταβλητές επιλέχθηκαν για διαφορετικούς μεταξύ τους λόγους. Βάσει της σχετικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας αναδεικνύεται η κεντρικότητα του άγχους ως προβλήματος σε επίπεδο ψυχικής υγείας, καθώς και η ανάπτυξη υψηλών επιπέδων άγχους ως αποτέλεσμα του χειρουργείου. Οι δύο άλλες μεταβλητές, το χιούμορ και η αυτοσυμπόνοια, αναδεικνύονται ως κεντρικής σημασίας μεταβλητές για τη διαχείριση του άγχους και γενικώς των δύσκολων εμπειριών της ζωής, όπως αναδεικνύεται από τις έρευνες του πεδίου της θετικής ψυχολογίας κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Έτσι, οι τρεις αυτές μεταβλητές επιλέχθηκαν για τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με το άγχος κατά το προεγχειρητικό στάδιο, ώστε να διαπιστωθεί αν η ενίσχυση της αυτοσυμπόνοιας και του χιούμορ θα μπορούσε να οδηγήσει σε περιορισμό των επιπέδων του άγχους για τους ασθενείς

## Κεφάλαιο 3: Βιβλιογραφική ανασκόπηση

### 3.1 Το άγχος

#### 3.1.1 Η έννοια και η κλινική εικόνα του άγχους

Το άγχος συναντάται για πρώτη φορά στη βιβλιογραφία στις αναφορές αρχαίων Ελλήνων ιατρών, όπως ο Ιπποκράτης (Γουδέλη, 2017). Βάσει της εξελικτικής προσέγγισης, το άγχος νοείται ως μια λειτουργική αντίδραση του οργανισμού όταν έρχεται σε επαφή με μια απειλή, αντίδραση που ήταν χρήσιμη στο παρελθόν προκειμένου να αυξάνεται στο μέγιστο η δυνατότητα για αντίδραση έναντι της απειλής (π.χ. τρέξιμο λόγω της φυσιολογικής υπερδιέγερσης) (Nesse, 1994). Ωστόσο, βάσει της εξελικτικής προσέγγισης, ενώ το άγχος ήταν χρήσιμο σε προγενέστερες εποχές, η απουσία καθημερινών απειλών οδήγησε σε ένα εξελικτικό κατάλοιπο μη χρήσιμο στη σύγχρονη εποχή (Nesse, 1990).

Το άγχος νοείται ως μια συνθήκη απορρύθμισης της ομοιοστατικής λειτουργίας, κάτι που οδηγεί σε πληθώρα αρνητικών επιδράσεων σε επίπεδο φυσιολογίας και ψυχικής κατάστασης (Levitt, 2015). Κεντρικό στοιχείο του άγχους είναι η ανησυχία άνευ φυσικής παρουσίας του σχετικού ερεθίσματος που προκαλεί φόβο (Μητρούση και συν., 2013). Έτσι, το άγχος προκαλείται όταν ο άνθρωπος σκέφτεται ότι ενδεχομένως να εκτεθεί σε μια κατάσταση που συνεπάγεται κίνδυνο (Levitt, 2015).

Βάσει όσων αναφέρθηκαν παραπάνω, το άγχος εκδηλώνεται με συμπτώματα που έχουν να κάνουν και με την ψυχολογία, αλλά παρατηρούνται και σε σωματικό επίπεδο. Όσον αφορά την ψυχολογία του ατόμου, τα συμπτώματα που μπορεί να εκδηλώσει κάποιο άτομο στο πλαίσιο της αγχογόνου αντίδρασης είναι τα εξής (Μητρούση και συν., 2013):

1. αναστατώνεται
2. ανησυχεί
3. νιώθει φόβο ο οποίος δεν προσδιορίζεται είναι νευρικό

4. αδυνατεί να συγκεντρωθεί
5. η προσοχή του διασπάται
6. η ικανότητά του να αντιλαμβάνεται τα ερεθίσματα μειώνεται

Ως προς τα σωματικά συμπτώματα, τα πιο βασικά είναι τα παρακάτω (Μητρούση και συν., 2013):

1. η δυσκολία στην αναπνοή
2. το αίσθημα πνιγμού
3. το αίσθημα ξηρασίας στο στόμα
4. ο πόνος στο στήθος
5. η δυσκολία κατάποσης
6. το αίσθημα παλμών
7. τα κρύα χέρια
8. η μειωμένη όρεξη για φαγητό
9. η τάση λιποθυμίας, η ζαλάδα, η ναυτία, ο ίλιγγος και οι πονοκέφαλοι
10. η συχνουρία
11. η εφίδρωση
12. το αίσθημα αδυναμίας

### **3.1.2 Η επιδημιολογία του άγχους**

Σχετικά με τη συχνότητα των αγχώδων διαταραχών, μέσω μιας σχετικής επιδημιολογικής έρευνας στις Ηνωμένες Πολιτείες υπολογίστηκε πως στη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου η πιθανότητα διάγνωσης αγχώδους διαταραχής ήταν 28.8%, ποσοστό ιδιαίτερα υψηλό (Kessler et al., 2005). Επιδημιολογικά οι αγχώδεις

διαταραχές έχουν εξεταστεί βάσει της κάθε διαταραχής ξεχωριστά. Παραδείγματος χάριν, ένα ποσοστό της τάξεως του 2,7% του πληθυσμού των Η.Π.Α. έχει διάγνωση διαταραχής πανικού (Kessler et al., 2005). Στην Ευρώπη το ποσοστό αυτό είναι πιο χαμηλό και ειδικότερα 1,8% (Goodwin et al., 2005). Ανάλογα αποτελέσματα επιδημιολογικών ερευνών υπάρχουν και σε περιπτώσεις άλλων αγχωδών διαταραχών. Για παράδειγμα, η συχνότητα εμφάνισης και η εξάπλωση της κοινωνικής φοβίας σε 12 μήνες ανάγεται σε ποσοστό 2,8% (Grant et al., 2005), ενώ το ποσοστό της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής κυμαίνεται στο 2% (Lieb et al., 2005). Συνολικότερα, η Παγκόσμια Μελέτη Φορτίου Ασθένειας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας οδηγεί στη διαπίστωση ότι η συχνότητα του κλινικά σημαντικού άγχους και των αγχωδών διαταραχών πολλαπλασιάζεται κατά τα τελευταία 20 χρόνια, παράλληλα με μια γενικότερη αύξηση της ψυχικής νοσηρότητας (Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators, 2015).

### **3.1.3 Αιτίες & παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση άγχους**

Το άγχος αναπτύσσεται κατά τρόπο διαφορετικό στο κάθε άτομο. Οι ίδιες καταστάσεις που προκαλούν άγχος σε ένα άτομο ενδεχομένως να μην προκαλούν άγχος σε κάποιο άλλο. Έτσι, παρ' ότι ένα άτομο είναι πιθανόν να αναπτύσσει άγχος ως απόρροια της επαφής με κάποιον δυνητικά αγχογόνο παράγοντα, δεν σημαίνει αναγκαστικά θα εκδηλώσει άγχος. Επομένως, υπάρχει ένα αναγκαίο όριο πυροδότησης μιας αγχώδους αντίδρασης, το οποίο οφείλει να εξετάζεται ως συνάρτηση των περιβαλλοντικών χαρακτηριστικών και της επίδρασης αυτών στο άγχος (Reiss et al., 1986). Κατά τη Γουδέλη (2017), το άγχος εκδηλώνεται ως απόρροια διαφόρων παραγόντων, που εντάσσονται σε διακριτές μεταξύ τους κατηγορίες. Ως κυριότεροι παράγοντες μπορούν να ομαδοποιηθούν οι παρακάτω:

#### **3.1.3.1 Ψυχιατρικά αίτια**

Το άγχος δύναται να είναι απόρροια λοιπών ψυχικών διαταραχών, όπως για παράδειγμα η διαταραχή χρήσης ουσιών (Neighbors et al., 1992), οι αναπτυξιακές

διαταραχές (Muris et al., 1998) και ορισμένες διαταραχές προσωπικότητας, όπως για παράδειγμα η οριακή (Comtois et al., 1999).

### **3.1.3.2 Ψυχολογικοί μηχανισμοί**

Το άγχος αναπτύσσεται στην πλειονότητα των περιπτώσεων ως αποτέλεσμα συγκεκριμένων ψυχολογικών μηχανισμών ανεξάρτητων από την ψυχιατρική νοσηρότητα, αφορώντας τις ευρύτερες στάσεις, αξίες και παραδοχές των ατόμων. Για παράδειγμα, η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα συνιστούν βασικούς παράγοντες που σχετίζονται με την αγχώδη αντίδραση και συμπτωματολογία (Shiah et al., 2015). Παρομοίως, η θεώρηση πως ο κόσμος που ζούμε είναι δίκαιος συνιστά έναν προστατευτικό έναντι της ανάπτυξης άγχους παράγοντα (Furnham, 2003).

Η προσωπικότητα συνδέεται με το άγχος ακόμα και στην περίπτωση μη ψυχιατρικών εκδηλώσεων, όπως η οριακή διαταραχή. Για παράδειγμα, άτομα με προσωπικότητα τύπου A, δηλαδή άτομα υπερβολικά ανταγωνιστικά, τα οποία καταβάλλουν μεγάλη προσπάθεια προκειμένου να επιτύχουν ολοένα και υψηλότερους στόχους και εκλαμβάνονται το χρόνο ως αντίπαλο που καθημερινά πρέπει να νικούν, έχουν εντονότερη αγχώδη συμπτωματολογία (Di Matteo & Martin, 2002).

### **3.1.3.3 Βιολογικά αίτια**

Πέραν των ψυχικών παραγόντων, το άγχος φαίνεται να αναπτύσσεται και με βάση κοινωνικά αίτια. Πιο συγκεκριμένα, φαινόμενα όπως η πολιτική αστάθεια (Mizra et al., 2004) και οι φυσικές καταστροφές (Groenjianetal., 2000) οδηγούν σε υψηλότερη συχνότητα άγχους. Η ύπαρξη κακών σχέσεων στο διαπροσωπικό περιβάλλον δρα πολλαπλασιαστικά στην ανάπτυξη της αγχώδους συμπτωματολογίας όταν υπάρχουν ευρύτεροι αγχογόνοι παράγοντες στο διαπροσωπικό περιβάλλον (Eisenberg et al., 2007; Stansfeld & Candy, 2006).

Οι βιολογικοί παράγοντες επίσης επιδρούν στην ανάπτυξη άγχους. Βασικός βιολογικός παράγοντας είναι το φύλο, καθώς παρατηρούνται διαφορετικά επίπεδα άγχους ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες (Ουλής, 2012). Πέραν των κοινωνικών

παραγόντων, οι διαφορές αποδίδονται και στη λειτουργία του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης και επινεφριδίων, η οποία έχει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση αγχωδών διαταραχών. Στις γυναίκες η απορρύθμιση της λειτουργίας αυτής είναι εντονότερη και έτσι εξηγείται το ότι είναι περισσότερο ευάλωτες έναντι της ανάπτυξης αγχωδών διαταραχών (Altemus, 2006).

### 3.1.4 Οι συνέπειες του άγχους

Η αγχώδης συμπτωματολογία συνεπάγεται ιδιαίτερα αρνητικές επιδράσεις για τον άνθρωπο. Οι βασικότερες αρνητικές επιδράσεις αφορούν στα εξής:

- Στη χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Mendlowicz & Stein, 2000; Rapaport et al., 2005).
- Στην πτωχή ποιότητα ύπνου και στην εκδήλωση διαταραχών του ύπνου (Papadimitriou & Linkowski, 2005).
- Στην εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης, ως σαπόρροια της απώλειας δυνατότητας για διαχείριση του άγχους (Stavrakaki & Vargo, 1986).
- Σε γνωστική έκπτωση (Castaneda et al., 2008).
- Σε έντονη αυτοκτονικότητα (Sareen et al., 2005).
- Σε σωματικά νοσήματα, όπως για παράδειγμα τα καρδιαγγειακά (Di Matteo & Martin, 2002).
- Σε αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας για ασθενείς με χρόνια νοσήματα (Huang et al., 2017; Panagioti et al., 2014; Vongmany et al., 2016).
- Σε μειωμένη απόδοση στην εργασία (Lader, 1985; Lepine, 2002).

### 3.1.5 Οι θεωρητικές προσεγγίσεις για την ανάπτυξη του άγχους

Για την επεξήγηση του άγχους έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες. Μια σχετική θεωρία είναι η ψυχοδυναμική. Σύμφωνα με την ψυχοδυναμική θεωρία, το άγχος είναι ένας τρόπος με τον οποίο το Εγώ αποκρίνεται έναντι των κινδύνων που αντιμετωπίζει, απόκριση η οποία αποτελεί έναν μηχανισμό άμυνας. Εκτός από το Εγώ, το άγχος αναφέρεται και στο υπερεγώ. Για παράδειγμα, άτομα που με έντονο Υπερεγώ είναι πιθανό να εκδηλώνουν άγχος σχετικό με την επιδίωξη τελειομανίας και την εκδήλωση συμπτωμάτων ιδεοψυχαναγκασμού. Το άγχος ερευνάται συστηματικά από την ψυχοδυναμική προσέγγιση, αφού υπάρχει σύνδεση με ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις και συγκεκριμένα νευρώσεις (Μητρούση και συν., 2013).

Μια άλλη μεταγενέστερη χρονικά προσέγγιση για το άγχος είναι η γνωσιακή. Η προσέγγιση αυτή αναπτύχθηκε από τον Beck (1991). Με βάση τη συγκεκριμένη προσέγγιση, οι σκέψεις που ενεργοποιούν και διατηρούν το άγχος διαδραματίζουν έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο. Σύμφωνα με τη γνωσιακή προσέγγιση, για να αναπτυχθεί το άγχος οφείλουν να πληρούνται δύο προϋποθέσεις. Η πρώτη είναι το να μην ανέχεται το άτομο την αβεβαιότητα, ενώ η δεύτερη να προσλαμβάνει την πραγματικότητα με απαισιοδοξία. Έτσι, αναπτύσσεται μια δυναμική αλληλεπίδραση σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών, η οποία οδηγεί στην εμφάνιση της αγχώδους συμπτωματολογίας (Dugas et al., 1998).

Μια άλλη προσέγγιση σχετικά με το άγχος είναι αυτή του Spielberger (1966). Η ουσιαστική διαφορά της συγκεκριμένης θεωρίας είναι ότι δεν ερευνά τη ρίζα του άγχους και δεν αποδίδει σε κάποιο συγκεκριμένο στοιχείο την εκδήλωσή αυτού, παρά εστιάζει στη φύση της ίδιας της ύπαρξης του άγχους. Κατά τον Spielberger (1966), το άγχος έχει διπλή υπόσταση και διαχωρίζεται σε περιστασιακό και σε ιδιοσυγκρασιακό. Το περιστασιακό αφορά σε ψυχοπιεστικά γεγονότα που σχετίζονται με το παρόν και έχουν ως αποτέλεσμα μια σχετική εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους, εξ' αιτίας της αδυναμίας επιτυχούς αντίδρασης έναντι αυτών. Από την άλλη πλευρά, το ιδιοσυγκρασιακό άγχος αφορά στον γενικότερο τρόπο βάσει του οποίου το άτομο αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα και ο οποίος ενισχύει την εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους. Έτσι, ο χαρακτήρας αυτού δεν είναι περιστασιακός, αλλά διαρκής και παρατηρείται κατά μήκος της ζωής αυτού.

Σύμφωνα με τον Spielberger (1972), η διατύπωση ότι το άγχος είναι περιστασιακό και ιδιοσυγκρασιακό βασίζεται στις ακόλουθες υποθέσεις:

1. Τα εσωτερικά ερεθίσματα ή τα ερεθίσματα που λαμβάνει το άτομο από το εξωτερικό περιβάλλον, τα οποία εκλαμβάνονται ως απειλές έχουν ως αποτέλεσμα την εκδήλωση περιστασιακού άγχους. Οι αισθητηριακοί και γνωστικοί μηχανισμοί ανατροφοδότησης αντιλαμβάνονται τα μεγάλα ποσοστά παροδικού άγχους ως ανεπιθύμητα.
2. Όσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος τον οποίο αντιλαμβάνεται το άτομο, τόσο μεγαλύτερη εκδήλωση περιστασιακού άγχους θα έχει.
3. Όσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος με τον οποίο το άτομο έρχεται αντιμέτωπο, τόσο μεγαλύτερη διάρκεια θα έχει και η εκδήλωση παροδικού άγχους.
4. Τα άτομα τα οποία εμφανίζουν υψηλά επίπεδα μόνιμου άγχους εκλαμβάνουν ως απειλές περισσότερα γεγονότα και αντιδρούν με περισσότερες εκδηλώσεις άγχους, συγκριτικά με τα άτομα τα οποία παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα.
5. Οι συνθήκες που εκλαμβάνονται ως απειλή για την εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του κρίνονται ως εξαιρετικά επικίνδυνες, ακόμα και σε σχέση με συνθήκες που πιθανόν να απειλούν τη σωματική του ακεραιότητα.
6. Το έντονο παροδικό άγχος θέτει το άτομο σε κατάσταση στην οποία πρέπει να αντιδράσει και να προσαρμοστεί στις συνθήκες σκοπεύοντας στην ελάττωση του άγχους.
7. Ερχόμενο συχνά αντιμέτωπο με συνθήκες που προκαλούν στρες, το άτομο μαθαίνει να αναπτύσσει στρατηγικές αντίδρασης στις συνθήκες οι οποίες ευθύνονται για την εκδήλωση άγχους.

### **3.1.6 Το άγχος των προεγχειρητικών ασθενών**

Προεγχειρητικά, υπάρχει μια σειρά από παράγοντες που προδιαθέτουν το άτομο για ανάπτυξη άγχους. Ένας τέτοιος παράγοντας είναι το κατά πόσο προ του χειρουργείου μπορούν να αντιμετωπιστούν οι αγχώδεις γνωστικές στρεβλώσεις των



ασθενών. Οι προεγχειρητικοί ασθενείς έρχονται σε επαφή με παραπλήσιες ιστορίες από άτομα του διαπροσωπικού και ευρύτερου κοινωνικού τους περιβάλλοντος και επιχειρούν μέσω αυτών να προβλέψουν την έκβαση της δικής τους επέμβασης. Οι ανά περίπτωση διαφορές οδηγούν σε σημαντικές γνωστικές στρεβλώσεις για τους ασθενείς, γεννώντας φόβο και άγχος. Η αδυναμία των επαγγελματιών υγείας να αντιμετωπίσουν αυτές τις γνωστικές στρεβλώσεις στο προεγχειρητικό στάδιο αποτελεί έναν βασικό παράγοντα που προάγει την ανάπτυξη άγχους από πλευράς του ασθενούς (Scott et al., 1999).

Όπως αναφέρεται και στην εισαγωγή, υπάρχουν δύο διαμορφωτικοί μηχανισμοί του προεγχειρητικού άγχους. Ο πρώτος μηχανισμός αφορά στην αδυναμία διαχείρισης της έκβασης του χειρουργείου. Πράγματι, ένας αναισθητοποιημένος ασθενής είναι αδύνατον να ενεργήσει κατ' οποιονδήποτε τρόπο ώστε να βοηθήσει τον εαυτό του. Έτσι, βιώνει έντονο άγχος λόγω της ασυμμετρίας ισχύος ανάμεσα σε αυτόν και στους επαγγελματίες υγείας. Ένας δεύτερος παράγοντας ο οποίος οδηγεί σε έντονο άγχος αφορά το φόβο της έκβασης του χειρουργείου. Πράγματι, οι ασθενείς προεγχειρητικά ενδεχομένως να έχουν στρεβλές αντιλήψεις για τους παράγοντες που επιδρούν στην έκβαση του χειρουργείου, αναπτύσσοντας έναν υπέρμετρο φόβο. Έτσι, οι δύο αυτοί παράγοντες θεωρούνται ως ο επεξηγηματικός μηχανισμός του άγχους κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων (Walker, 2002).

Βασικό αντικείμενο στη μελέτη του προεγχειρητικού άγχους έχει αποτελέσει η διαφυλική διαφοροποίηση αυτού. Σε σχετική έρευνα σε προεγχειρητικούς ασθενείς με τραυματισμό στο ισχίο στον Καναδά διαπιστώθηκε πως τα σκορ προεγχειρητικού άγχους ήταν σε σημαντικό βαθμό υψηλότερα για τις γυναίκες έναντι των αντρών (Butler, Hurley, Buchanan, & Smith-VanHorne, 1996). Παρομοίως, σε μια άλλη μελέτη σε 800 προεγχειρητικούς ασθενείς στη Νέα Υόρκη διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες είχαν εντονότερες τιμές άγχους πριν το χειρουργείο σε σχέση με τους άντρες της έρευνας (Shevde & Panagopoulos, 1991). Σε πιο πρόσφατη έρευνα ο Mitchell (2013) εξέτασε το προεγχειρητικό άγχος με βάση το φύλο σε ένα δείγμα 674 ασθενών που υποβάλλονταν σε χαμηλού ρίσκου επεμβάσεις στο Ηνωμένο Βασίλειο. Όπως διαπίστωσε από την ανάλυση των σχετικών δεδομένων, το προεγχειρητικό άγχος ήταν πιο έντονο για τις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες της έρευνας. Συνολικότερα, διαφορετικές μεταξύ τους έρευνας σε διαφορετικές χώρες και συστήματα υγείας

συνηγορούν υπέρ του ότι οι γυναίκες έχουν ένα υψηλότερο σκορ άγχους σε σχέση με τους άντρες.

Συνολικότερα, το προεγχειρητικό άγχος φαίνεται να μπορεί να επεξηγηθεί, όπως υποστηρίζει η Walker (2002), βάσει της γνωσιακής θεωρίας, η οποία περιγράφεται ανωτέρω. Όπως αναφέρει, οι ασθενείς λόγω του φόβου της έκβασης του χειρουργείου και της απώλειας ελέγχου κατά τη διάρκεια αυτού αναπτύσσουν έντονο άγχος. Το άγχος με τη σειρά του επιδρά στη δυνατότητα επεξεργασίας πληροφοριών από πλευράς των ασθενών και στην ευρύτερη γνωστική τους λειτουργικότητα. Απουσία έτσι δυνατότητας για ορθολογική επεξεργασία των πληροφοριών και ρεαλιστική εκτίμηση του κινδύνου που διατρέχουν, αναπτύσσουν ακόμα πιο έντονο άγχος.

Καθώς η αντιμετώπιση του προεγχειρητικού άγχους είναι επιτακτική, αυτή οφείλει να θεωρείται τμήμα της συνήθους προεγχειρητικής προετοιμασίας από την πλευρά του νοσηλευτή. Η ψυχοεκπαίδευση φαίνεται να συνιστά μια ιδιαίτερα αποτελεσματική παρέμβαση από πλευράς των νοσηλευτών. Τα κύρια οφέλη της ψυχοεκπαίδευσης αφορούν στη μείωση των επιπέδων άγχους λόγω της μείωσης της ασυμμετρίας πληροφοριών μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς (Walker, 2002).

Ένα βασικό λάθος που αναφέρει η Walker (1992) αφορά στην ενημέρωση του ασθενούς από το νοσηλευτή για τη συμπεριφορά που οφείλει να έχει μετεγχειρητικά σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με την ενημέρωση που λαμβάνει χώρα προεγχειρητικά. Η ασυμμετρία αυτή οδηγεί σε ένα επιπρόσθετο άγχος για τον ασθενή, ο οποίος καλείται να διαχειριστεί έναν μεγαλύτερο όγκο πληροφοριών σε μετεγχειρητικό στάδιο. Αντίθετα, όπως υποστηρίζει, ένας επιμερισμός της ενημέρωσης πριν και μετά το χειρουργείο θα μπορούσε να οδηγήσει σε αποτελεσματική αντιμετώπιση του άγχους λόγω μιας αποτελεσματικότερης κάλυψης των υποστηρικτικών αναγκών των ασθενών.

### 3.2 Το χιούμορ

Στα τέλη του 20<sup>ου</sup> και στις αρχές του 21<sup>ου</sup> αιώνα η ψυχολογία οδηγήθηκε σε μια ενδοσκόπηση της ίδιας της οντότητάς της, ως συνέπεια των παγκόσμιων κοινωνικοοικονομικών μεταβολών. Ως εκείνο το σημείο η ψυχολογία επικεντρωνόταν αποκλειστικά στην ψυχική νόσο και στους τρόπους αντιμετώπισης και θεραπείας των ψυχικών διαταραχών. Από αυτό το σημείο και ύστερα η επιστήμη της ψυχολογίας κλήθηκε να απαντήσει σε ερωτήματα τα οποία αφορούν την ανάπτυξη του ανθρώπου, την εύρεση νοήματος, την ανάπτυξη ικανοτήτων και την επίτευξη της ψυχικής ευημερίας (Seligman & Csikszentmihalyi, 2014). Πρώιμες έρευνες στο συγκεκριμένο πεδίο, αλλά και μεταγενέστερες, έχουν καταδείξει την ευεργετική επίδραση «θετικών μεταβλητών», όπως η πίστη, η αισιοδοξία, η ψυχική ανθεκτικότητα, η σοφία, η χαρά, η αγάπη, το ενδιαφέρον και η ευτυχία ελπίδα, η αισιοδοξία, η πίστη, η ψυχική ανθεκτικότητα, η σοφία, η χαρά, η αγάπη, το ενδιαφέρον και η ευτυχία (Γαλανάκης και συν., 2011)

Η θετική ψυχολογία εστιάζει στο βίωμα της υποκειμενικής εμπειρίας και στις προσωπικές ερμηνείες που πραγματοποιεί ο άνθρωπος ως προς τα βιώματα και τα συναισθήματά του. Εκτείνεται σε τρεις άξονες και σε δύο επίπεδα: α) στην ψυχολογική ευημερία και στην ικανοποίηση από τη ζωή, άξονας που αφορά στο παρελθόν β) στην αισιοδοξία και στην ελπίδα, άξονας ο οποίος αφορά στο μέλλον γ) στο ενδιαφέρον και στην ευτυχία, άξονας που αφορά στο παρόν). Στο ατομικό επίπεδο περιλαμβάνει μεταβλητές όπως οι διαπροσωπικές ικανότητες, η ικανότητα για αγάπη και προσφορά, τα θετικά στοιχεία της προσωπικότητας, η ικανότητα για συγχώρεση, τα ταλέντα και οι κλίσεις, η επιμονή, το θάρρος, η σοφία και το χιούμορ. Σε ένα πιο ευρύ επίπεδο αφορά μεταβλητές όπως η μετριοπάθεια, η κοινωνική ευθύνη, η υπευθυνότητα, ο αλtruισμός, η ανοχή και η εργασιακή ηθική (Γαλανάκης και συν., 2011)

Το χιούμορ συνεπάγεται μια πληθώρα από οφέλη σε επίπεδο φυσιολογίας. Σύμφωνα με τον Williams (1986), το χιούμορ οδηγεί σε ενίσχυση του αναπνευστικού συστήματος, σε αύξηση της οξυγόνωσης του αίματος και σε υποβοήθηση της

χαλάρωσης των μυών. Σε ψυχολογικό επίπεδο, το χιούμορ μειώνει την ένταση, το φόβο και την ενοχή, ενώ ενισχύει την αυτοεκτίμηση (Pasquali, 1990; Williams, 1986).

Σε επίπεδο νοσηλευτικής φροντίδας, εντοπίζονται διάφορες σχετικές με το χιούμορ έρευνες ήδη από τη δεκαετία του 1990, ταυτόχρονα δηλαδή με την αύξηση του ενδιαφέροντος για τη θετική ψυχολογία. Σε μια έρευνα στη Φιλανδία μελετήθηκε η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, όπως αυτή αξιολογήθηκε από τους ασθενείς, και διαπιστώθηκε πως η αίσθηση χιούμορ ήταν ένα σημαντικό χαρακτηριστικό κατά την αποτίμηση της υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας Lemo-Kilpi & Vuorenbeimo (1992). Παρόμοια αποτελέσματα διαπιστώθηκαν και σε μια άλλη έρευνα, όπου διαπιστώθηκε πως οι ασθενείς θεωρούσαν ότι ένας καλός νοσηλευτής έχει αίσθηση χιούμορ (Astedt-Kurb & HSggman-LaiUla, 1992).

Ο Summers (1990) εξέτασε τις στάσεις ενός δείγματος νοσηλευτών στο Τέξας (N=204) σχετικά με τη χρήση του χιούμορ εντός και εκτός του περιβάλλοντος εργασίας. Οι πιο νέοι σε ηλικία νοσηλευτές φάνηκε πως είχαν αρνητικότερες στάσεις έναντι της χρήσης του χιούμορ. Γενικότερα, στην έρευνα αυτοί φάνηκε πως οι νοσηλευτές δεν αντιμετωπίζουν το χιούμορ ως μια στρατηγική ή τακτική κατά την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά ως κάτι το οποίο προκύπτει με τρόπο φυσικό.

Σε αντίθεση με την ανωτέρω θεώρηση, σε άλλα πλαίσια ενδεχομένως το χιούμορ να χρησιμοποιείται εμπρόθετα, με στόχο τη βελτίωση της ψυχικής υγείας. Χαρακτηριστική είναι μια ποιοτική έρευνα σε νοσηλευτές στη Νέα Ζηλανδία (N=9), στην οποία εξετάστηκε η χρήση του χιούμορ προεγχειρητικά. Στην έρευνα αυτή διαπιστώθηκε πως οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν το χιούμορ εμπρόθετα, με στόχο τη βελτίωση της ψυχικής κατάστασης των ασθενών (van der Kroeg et al., 2020). Μάλιστα, παρ' ότι κάτι τέτοιο δεν υποστηρίζεται από εμπειρικά δεδομένα, ενδεχομένως το χιούμορ να χρησιμεύει στην μείωση του προεγχειρητικού άγχους όχι μόνο των ασθενών, αλλά και των συγγενών (Puorolo & Cordasco, 1999). Ωστόσο, τα έως τώρα δεδομένα δεν υποστηρίζουν αναγκαστικά μια ευεργετική επίδραση του χιούμορ σε προεγχειρητικά πλαίσια. Για παράδειγμα, ο Gaberson (1995) διεξήγαγε μια σχετική τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες χρησιμοποιώντας το χιούμορ ως μέσο για τη μείωση του προεγχειρητικού άγχους των ασθενών. Μέσω της ανάλυσης των αποτελεσμάτων διαπίστωσε ότι η ομάδα παρέμβασης δεν διαφοροποιούνταν σε

στατιστικά σημαντικό βαθμό ως προς τα επίπεδα προεγχειρητικού της άγχους σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

### **3.2 Η αυτοσυμπόνοια**

Η δυτική ψυχολογία άρχισε μετά τις αρχές της δεκαετίας του 2000, ως απόρροια της επαφής της με την ανατολική φιλοσοφία και θρησκείολογία, να μελετά την έννοια της αυτοσυμπόνοιας. Έως τότε η συμπόνοια μελετώταν υπό το πρίσμα της συμπόνοιας για τους άλλους, ενώ μετά τις αρχές της δεκαετίας του 2000 η συμπόνοια άρχισε να μελετάται ως προς τον εαυτό, με την έννοια δηλαδή της αυτοσυμπόνοιας. Κατά τη βουδιστική παράδοση, η συμπόνοια μελετάται ταυτοχρόνως ως προς τον εαυτό και ως προς τους άλλους. Έτσι, η αυτοσυμπόνοια ως έννοια της θετικής ψυχολογίας αφορά τη συμπόνοια όχι προς τους άλλους, αλλά προς τον εαυτό (Neff, 2003).

Σύμφωνα με τους Barnard & Curry (2011), η αυτοσυμπόνοια αποτελείται από τρεις βασικές παραμέτρους, οι οποίες οφείλουν να μελετώνται με στόχο την κατανόηση της έννοιας. Η πρώτη διάσταση αφορά το δίπολο της ευγένειας προς τον εαυτό έναν της επίκρισης. Έτσι, η αυτοσυμπόνοια αφορά την ευγένεια προς τον εαυτό με την έννοια της ζεστασιάς, της υπομονής, της αυτοσυγχώρεσης και της ενσυναίσθησης προς τον ίδιο τον εαυτό. Η αυτοσυμπόνοια περιλαμβάνει την επιβεβαίωση πως ακόμα και μετά από αποτυχίες ο εαυτός αξίζει να τύχει αγάπης και να είναι ευτυχισμένος.

Αντίθετα με την ευγένεια προς τον εαυτό, το άτομο ενδεχομένως να αναπτύσσει υπερβολική επίκριση. Αυτή περιλαμβάνει την εχθρότητα και την αυστηρότητα προς τον εαυτό, κάτι που αφορά εν γένει τα συναισθήματα, τις σκέψεις, τις παρορμήσεις, τις δράσεις και τη συνολικότερη αναπαράσταση περί του εαυτού (Barnard & Curry, 2011).

Ένας δεύτερος άξονας αφορά την ενσυνειδητότητα έναντι της υπερεπικέντρωσης ή της αποφυγής. Η ενσυνειδητότητα αφορά την επίγνωση της στιγμής, την κατανόηση αυτής και την αποδοχή της ως έχει. Η ενσυνειδητότητα αφορά

την παρατήρηση των συναισθημάτων, παρά την αντίδραση προς αυτά, κάτι που προϋποθέτει την κατηγοριοποίηση τους. Έτσι, η ενσυνειδητότητα δεν επικεντρώνεται στην ονοματοδοσία των συναισθημάτων, αλλά στην παρατήρηση και κατανόηση αυτών (Barnard & Curry, 2011).

Η απειλή της ενσυνειδητότητας αφορά σε δύο διαφορετικές μεταξύ τους ακραίες καταστάσεις. Η πρώτη αφορά στην υπερεπικέντρωση σε πληροφορίες, ενώ η δεύτερη αφορά στην αποφυγή αυτών. Η ενσυνειδητότητα συνιστά μια ενδιάμεση λύση στις δύο αυτές καταστάσεις. Ο υπερεντοπισμός περιλαμβάνει το μηρυκασμό για τυχόν ατέλειες του εαυτού και αδυναμίες, καθώς το άτομο υπερεπικεντρώνεται σε αυτές τις πτυχές του εαυτού του. Η αποφυγή περιλαμβάνει την αποφυγή των επίπονων εμπειριών, σκέψεων και συναισθημάτων, οδηγώντας έτσι σε καταστολή των συναισθημάτων και των σχετικών εμπειριών. Συνεπώς, η ενσυνειδητότητα θεωρείται αναγκαία για την ανάπτυξη της αυτοσυμπόνιας έναντι της υπερεπικέντρωσης και της αποφυγής των πληροφοριών (Barnard & Curry, 2011).

Ο τρίτος άξονας αφορά την κοινή ανθρωπιά έναντι της απομόνωσης. Κατά τη βουδιστική παράδοση, όλοι οι άνθρωποι είναι συνδεδεμένοι μεταξύ τους και η εξατομικευμένη θεώρηση των ανθρώπων συνιστά μια υπαρξιακή πλάνη. Η ευρύτερη αυτή θεώρηση περί ανθρωπιάς ενισχύει την αυτοσυγχώρηση, καθώς εξετάζοντας το άτομο τα στοιχεία του υπό το ευρύτερο πρίσμα των άλλων διαπιστώνει πως είναι φυσιολογικό να είναι ατελής (Barnard & Curry, 2011).

Αντίθετα ως προς την κοινή ανθρωπιά, το άτομο ενδεχομένως να οδηγείται σε απομόνωση. Η απομόνωση προκύπτει ως απόρροια της τάσης του ανθρώπου για θεώρηση πως οι αδυναμίες του συνιστούν παθογένεια. Έτσι, θεωρώντας ότι οι αδυναμίες του είναι παθογενείς, αναπτύσσει μειωμένο αίσθημα ανθρωπιάς προς τον εαυτό του (Barnard & Curry, 2011).

Σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα, φαίνεται ότι η αυτοσυμπόνια έχει ιδιαίτερα θετικές και ευεργετικές επιδράσεις για την ψυχική και σωματική τους ευεξία. Σε μια σχετική έρευνα σε δείγμα 88 ασθενών με μυοσκελετικά προβλήματα μελετήθηκε η σχέση της αυτοσυμπόνιας με τα θετικά και αρνητικά τους συναισθήματα, καθώς και με την καταστροφική αποτίμηση του πόνου. Όπως διαπιστώθηκε από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, η καταστροφική αποτίμηση του πόνου ήταν μεγαλύτερη για τους

ασθενείς με χαμηλή αυτοσυμπόνοια. Η αυτοσυμπόνοια παρουσίασε επίσης θετική συσχέτιση με τα θετικά συναισθήματα και αρνητική συσχέτιση με τα αρνητικά συναισθήματα (Wren et al., 2012).

Σε μια άλλη έρευνα σε δείγμα 155 ασθενών με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και 164 ασθενών με αρθρίτιδα μελετήθηκε η σχέση της αυτοσυμπόνοιας με τις συμπεριφορές διαχείρισης του στρες της νόσου. Μέσω της ανάλυσης των αποτελεσμάτων διαπιστώθηκε ότι όσοι διακρίνονταν από υψηλότερη αυτοσυμπόνοια είχαν και μεγαλύτερη πιθανότητα για πιο προσαρμοστικές στη νόσο συμπεριφορές διαχείρισης του στρες (Sirois et al., 2015).

Σε μια επιπρόσθετη μελέτη σε δείγμα 709 ασθενών με χρόνια νοσήματα (ινομυαλγία, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και καρκίνος) μελετήθηκε η σχέση της αυτοσυμπόνοιας με το στρες των ασθενών και τη συμμόρφωσή τους στη θεραπευτική αγωγή. Όπως διαπιστώθηκε από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, η υψηλή αυτοσυμπόνοια συνδεόταν με χαμηλό στρες και με υψηλή συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή (Sirois & Hirsch, 2019).

Παρά τα ανωτέρω, η αυτοσυμπόνοια δεν έχει μελετηθεί μέχρι στιγμής μέσω ερευνών σε προεγχειρητικούς ασθενείς. Έτσι, φαίνεται πως υπάρχει ένα σημαντικό κενό της έως τώρα βιβλιογραφίας, το οποίο αφορά το ρόλο της αυτοσυμπόνοιας συγκεκριμένα στους προεγχειρητικούς ασθενείς.

## **Κεφάλαιο 4: Σχεδιασμός της έρευνας**

### **4.1 Επιστημολογική προσέγγιση**

Ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας ήταν ποσοτικός. Από μεθοδολογικής απόψεως, ο ποσοτικός ερευνητικός σχεδιασμός ενδείκνυται για τη μελέτη σχέσεων ανάμεσα σε μεταβλητές (Robson, 2002). Καθώς στην παρούσα έρευνα εξετάστηκαν σχέσεις μεταξύ μεταβλητών, θεωρήθηκε επιβεβλημένη η χρήση ενός ποσοτικού σχεδιασμού.

### **4.2 Μεθοδολογία**

Η έρευνα ήταν επίσης συγχρονική. Η συγχρονική έρευνα αφορά στη διερεύνηση εξεταζόμενων σχέσεων σε μια και μόνο χρονική στιγμή, απουσία δηλαδή επαναλαμβανόμενων μετρήσεων. Από μεθοδολογικής απόψεως, ο συγχρονικός ερευνητικός σχεδιασμός οδηγεί σε περιορισμούς ως προς τη δυνατότητα εξαγωγής συμπερασμάτων για σχέσεις αιτίου και αιτιατού ανάμεσα σε εξεταζόμενες μεταβλητές. Ειδικότερα, στις συγχρονικές έρευνες είναι δύσκολο και επισφαλές να διαπιστωθεί πιο μεταβλητή επιδρά σε ποιά, κάτι που πραγματοποιείται αποτελεσματικότερα μέσα από προοπτικές μελέτες (Robson, 2002). Ωστόσο, ήταν αδύνατη η πραγματοποίηση μιας προοπτικής έρευνας κατά το προεγχειρητικό στάδιο, λόγω του σύντομου χρονικού διαστήματος αυτού. Έτσι, ο ερευνητικός σχεδιασμός της μελέτης ήταν συγχρονικός.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς. Στην ποσοτική έρευνα, η χορήγηση των μετρήσεων δύναται να πραγματοποιείται είτε με τη χρήση ερωτηματολογίων με μορφή κλινικής συνέντευξης είτε με τη χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς (Christensen, 2004). Τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς διακρίνονται από χαμηλότερη ποιότητα απαντήσεων σε σχέση με τις συνεντεύξεις, διακρίνονται όμως από μικρότερο χρόνο συμπλήρωσης, κάτι που παρέχει τη δυνατότητα για παράλληλη χορήγηση αρκετών ερωτηματολογίων σε μια έρευνα, με στόχο την πληρέστερη κάλυψη του μελετώμενου ζητήματος (Robson, 2002). Συνεπώς, στη συγκεκριμένη μελέτη επιλέχθηκε η χορήγηση ερωτηματολογίων



αυτοαναφοράς και όχι κλινικών συνεντεύξεων, καθώς δεν επιχειρήθηκε η μελέτη μιας και μόνο παραμέτρου (π.χ. χιούμορ), αλλά τριών διαφορετικών, κάτι που προϋπέθετε διαφορετικές μεταξύ τους και έναν ικανό χρόνο για τη συμπλήρωση των μετρήσεων.

### **4.3 Δειγματοληπτική τεχνική**

Η δειγματοληπτική τεχνική της έρευνας αφορούσε τυχαία δειγματοληψία. Η δειγματοληψία αυτή αφορούσε ένα τυχαίο δείγμα προεγχειρητικών ασθενών εξ' ενός ευρύτερου πληθυσμού ασθενών που ενδεχομένως να πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού.

### **4.4 Κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού του δείγματος**

Τα κριτήρια αποδοχής στην παρούσα έρευνα ήταν τα παρακάτω:

1. Ηλικία άνω των 18 ετών
2. Προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση

Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν τα παρακάτω:

1. Γνωστική έκπτωση
2. Αδυναμία γραφής και ανάγνωσης στην ελληνική γλώσσα

### **4.5 Μετρήσεις**

#### **4.5.1 Κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα**

Τα κοινωνικοδημογραφικά δεδομένα της παρούσας έρευνας αφορούσαν τα παρακάτω: το φύλο (άντρας/ γυναίκα), την οικογενειακή κατάσταση (άντρας/ γυναίκα), την οικογενειακή κατάσταση (άγαμος-η/ έγγαμος-η/ διαζευγμένος-η/ χήρος-α), το εκπαιδευτικό επίπεδο (αναλφάβητος/ απόφοιτος Δημοτικού/ απόφοιτος Γυμνασίου/ απόφοιτος Λυκείου/ απόφοιτος ΑΕΙ/ ΤΕΙ/ Μεταπτυχιακό), ο τόπος διαμονής (χωριό ή κωμόπολη/ πόλη <150.000 κατοίκους/ πόλη > 150.000 κατοίκους),

η επαγγελματική κατάσταση (άνεργος/ οικιακά/ αυτοαπασχολούμενος/ ιδιωτικός υπάλληλος/ δημόσιος υπάλληλος/ συνταξιούχος), η ύπαρξη αδερφών (ναι/ όχι), ο αριθμός αδερφών, η ύπαρξη αδερφής (ναι/ όχι), η ύπαρξη αδερφού (ναι/ όχι), η σειρά γέννησης, η ύπαρξη παιδιών (ναι/ όχι), ο αριθμός παιδιών, οι συγγενείς που είναι μαζί στο νοσοκομείο (σύντροφος/ παιδί/ γονιός/ ξάδελφος-η/ θείος-α/ φίλος-η/ άλλος συγγενής), η αιτία του χειρουργείου (ανοιχτή ερώτηση), η προγενέστερη χειρουργική επέμβαση (ναι/ όχι), το αν ο ασθενής κοιμήθηκε καλά χτες το βράδυ (ναι/ όχι), το αν είδε κάποιο όνειρο (ναι/ όχι) και την ποιότητα του ονείρου (ωραίο/ άσχημο/ εφιάλτης/ δεν θυμάμαι).

#### 4.5.2 Μετρήσεις του άγχους

Για την αξιολόγηση του άγχους χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) που κατασκευάστηκε από τον Spielberger (1970). Αποτελείται από 40 διαπιστώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε 2 υποκλίμακες: α) τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (δηλ. παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης), και β) τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα (δηλ. μόνιμο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο, στη βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert (1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτει ένας γενικός δείκτης εκτίμησης του άγχους με την άθροιση όλων των προτάσεων. Η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα ήταν 43,21, για τη δεύτερη υποκλίμακα 42,79 και για τη συνολική κλίμακα 86,01. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται και θα χρησιμοποιηθούν στην παρούσα μελέτη προέρχονται από τη δεύτερη στάθμιση της κλίμακας (Αναγνωστοπούλου, 2002), η οποία παρουσιάζει μικρότερη χρονική απόσταση από τον καιρό διεξαγωγής της παρούσας μελέτης. Κάτι τέτοιο κρίθηκε αναγκαίο, δεδομένων των ταχύτατων ρυθμών αύξησης του άγχους κατά τα τελευταία χρόνια στον φυσιολογικό πληθυσμό. Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και

ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Λιάκος και Γιαννίτση, 1984; Αναγνωστοπούλου, 2002).

### **4.5.3 Humor Styles Questionnaire**

Το ερωτηματολόγιο Humor Styles Questionnaire (HSQ), 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 υποκλιμάκων των 8 ερωτήσεων, οι οποίες αξιολογούν διαφορετικά στυλ χιούμορ. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια επτάβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Η εσωτερική συνέπεια (Cronbach  $\alpha$ ) του ερωτηματολογίου είναι 0,80 για την κλίμακα της ευτυχίας, 0,81 για την κλίμακα της αυτοθεραπείας, 0,77 για την κλίμακα της επιθετικότητας, και 0,80 για την κλίμακα του αυτοκαταστροφικού χιούμορ.

### **4.5.4 Η αυτοσυμπόνια**

Η κλίμακα της αυτό- συμπόνιας δημιουργήθηκε από την 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 αυτοεκτίμηση. 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 υψηλή αυτό-εκτίμηση φαίνεται να σχετίζεται. Το SCS έχει σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό από τους Mantzios et al. (2013) όπου έπειτα από μια σειρά μελετών αποδείχθηκε 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.

#### **4.6 Διαδικασία**

Οι ασθενείς της παρούσας έρευνας επρόκειτο να χειρουργηθούν στο Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας. Για τη διεξαγωγή της μελέτης λήφθηκε άδεια, η οποία παρατίθεται στο σχετικό Παράρτημα. Οι μετρήσεις χορηγούνταν στους ασθενείς πρόσωπο με πρόσωπο. Η συμπερίληψη στην έρευνα τερματίστηκε μετά από τη συγκέντρωση 103 μετρήσεων.

#### **4.7 Ηθική και δεοντολογία της έρευνας**

Η ηθική και δεοντολογία της παρούσας έρευνας επιχειρήθηκε να διασφαλιστεί μέσω της λήψης άδειας από το επιστημονικό συμβούλιο του Νοσοκομείου, η οποία παρατίθεται στο σχετικό Παράρτημα. Επιπλέον, όλοι οι ασθενείς ενημερώνονταν λεπτομερώς για την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα της μελέτης και συμπεριλαμβάνονταν μόνο εφ' όσων ενημερώνονταν πλήρως για το σκοπό και το πλαίσιο της έρευνας. Όλοι οι ασθενείς είχαν το δικαίωμα να αρνηθούν τη συμμετοχή, κάτι που τους τονίζόταν πριν τους δοθούν τα ερωτηματολόγια, και δεν υπήρχαν άμεσες ή έμμεσες πιέσεις για τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Οι συμμετέχοντες παρείχαν τη γραπτή τους συγκατάθεση για τη συμμετοχή στην έρευνα.

#### **4.8 Στατιστική ανάλυση**

Τα δεδομένα της συγκεκριμένης έρευνας αναλύθηκαν με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS για Windows. Αρχικώς, πραγματοποιήθηκε η περιγραφική ανάλυση των δεδομένων, με στόχο την περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος. Η ανάλυση αυτή πραγματοποιήθηκε βάσει απόλυτων τιμών και ποσοστών επί τοις εκατό, για τις κατηγορικές μεταβλητές, και βάσει μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων, στην περίπτωση των ποσοτικών μεταβλητών. Προ της επαγωγικής ανάλυσης των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε μελέτη της κανονικότητας της κατανομής, βάσει ελέγχου ασυμμετρίας και κύρτωσης, όπου τιμές εντός του ορίου  $\pm 1.96$  υπαγορεύουν την αναγκαιότητα χρήσης παραμετρικών

μεθόδων ανάλυσης (Kim, 2013). Η απουσία παραβίασης της κανονικότητας οδήγησε σε χρήση παραμετρικών ελέγχων. Εν συνεχεία, πραγματοποιήθηκε η επαγωγική ανάλυση των δεδομένων, σε σύμπλευση με τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν κατά το σχεδιασμό της έρευνας. Λόγω της μη παραβίασης της κανονικότητας, το πρώτο ερώτημα περί διαφορών των δύο φύλων στο άγχος, στο χιούμορ και στην αυτοσυμπόνια μελετήθηκε με τη χρήση Ελέγχου Ανεξαρτήτων Δειγμάτων. Ως προς το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα περί συσχετίσεων των ανωτέρω μεταβλητών στο σύνολο του δείγματος και ανά φύλο, αυτό εξετάστηκε με τη χρήση συντελεστή συσχέτισης Pearson's. Η αξιοπιστία των εργαλείων μελετήθηκε με τη χρήση του δείκτη  $\alpha$  (Cronbach, 1951). Ο δείκτης σημαντικότητας τέθηκε στο 0.05 για το σύνολο των αναλύσεων.

## Κεφάλαιο 5: Αποτελέσματα

### 5.1 Συνοπτική επισκόπηση των αποτελεσμάτων

Σχετικά με το φύλο των συμμετεχόντων, η σχετική ανάλυση παρουσιάζεται στον Πίνακα 1. Όπως διαπιστώνεται και από τον πίνακα, στο εξεταζόμενο πίνακα υπήρχε μια σχεδόν ισότιμη κατανομή αντρών και γυναικών. Ειδικότερα, 40 εκ των συμμετεχόντων ήταν άντρες (44.7%), ενώ 57 συμμετέχοντες ήταν γυναίκες (55.3%).

<b>Πίνακας 1. Το φύλο των συμμετεχόντων</b>		
	<i>Συνολικός αριθμός</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<b>Άντρας</b>	46	44,7
<b>Γυναίκα</b>	57	55,3
<b>Σύνολο</b>	<b>103</b>	100,0

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται η οικογενειακή κατάσταση των ατόμων του δείγματος. Όπως διαπιστώνεται και από τον πίνακα, η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι (69.9%). Μικρότερα ποσοστά αφορούσαν τους άγαμους (16.5%), τους διαζευγμένους (9.7%) και τους χήρους (3.9%).

<b>Πίνακας 2. Η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων</b>		
	<i>Συνολικός αριθμός</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<b>Άγαμος-η</b>	17	16,5
<b>Διαζευγμένος-η</b>	10	9,7
<b>Έγγαμος-η</b>	72	69,9
<b>Χήρος-α</b>	4	3,9
<b>Σύνολο</b>	103	100,0

Σχετικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, ο αντίστοιχος περιγραφικός πίνακας παρουσιάζεται ακολούθως. Όπως φαίνεται και από τον πίνακα, λίγο περισσότερο από το 1/3 των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι Λυκείου (36.9%). Όλες οι λοιπές κατηγορίες είχαν αρκετά μικρότερη συχνότητα, με τη χαμηλότερη αυτή των αναλφάβητων (1.9%).

<b>Πίνακας 3. Το εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων του δείγματος</b>		
	<i>Συνολικός αριθμός</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<b>Αναλφάβητος</b>	2	1,9
<b>Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ</b>	24	23,3
<b>Απόφοιτος Γυμνασίου</b>	15	14,6
<b>Απόφοιτος Δημοτικού</b>	17	16,5
<b>Απόφοιτος Λυκείου</b>	38	36,9
<b>Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών</b>	7	6,8
<b>Σύνολο</b>	103	100,0

Ως προς τον τόπο διαμονής, το 52.4% των ατόμων του δείγματος κατοικούσε σε χωριό/κωμόπολη. Ένα 31.1% των συμμετεχόντων κατοικούσε σε πόλη με <150.000 κατοίκους και ένα 16.5% σε πόλη με >150.000 κατοίκους.

<b>Πίνακας 4. Ο τόπος κατοικίας των ατόμων του δείγματος</b>		
	<i>Συνολικός αριθμός</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<b>Πόλη &lt; 150.000 κατοίκους</b>	32	31,1
<b>Πόλη &gt; 150.000 κατοίκους</b>	17	16,5
<b>Χωριό/κωμόπολη</b>	54	52,4
<b>Σύνολο</b>	103	100,0

Η εργασιακή κατάσταση των συμμετεχόντων παρατίθεται στον Πίνακα 5. Όπως διαπιστώνεται και από τον πίνακα, δεν υπήρχε κάποια κεντρική τάση μεταξύ των ατόμων της έρευνας.

<b>Πίνακας 5. Η εργασιακή κατάσταση των ατόμων του δείγματος</b>		
	<i>Συνολικός αριθμός</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<b>Άνεργος-η</b>	7	6,8
<b>Αυτοαπασχολούμενος</b>	16	15,5
<b>Δημόσιος υπάλληλος</b>	28	27,2
<b>Ιδιωτικός υπάλληλος</b>	23	22,3
<b>Οικιακά</b>	7	6,8
<b>Συνταξιούχος</b>	22	21,4
<b>Σύνολο</b>	103	100,0



Στον Πίνακα 6 παρουσιάζεται η ανάλυση σχετικά με το εάν οι συμμετέχοντες έχουν αδέρφια. Όπως διαπιστώνεται και από τον πίνακα, η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων είχε αδέρφια (94.2%). Μόλις ένα 5.8% των συμμετεχόντων (N=6) δεν είχε αδέρφια.

<b>Πίνακας 6. Το εάν οι συμμετέχοντες έχουν αδέρφια</b>		
	<i>Συνολικός αριθμός</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<b>Όχι</b>	6	5,8
<b>Ναι</b>	97	94,2
<b>Σύνολο</b>	103	100,0

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζεται το εάν οι συμμετέχοντες έχουν αδερφή. Όπως διαπιστώνεται και από τον πίνακα, το 66.3% των ατόμων του δείγματος είχε αδερφή. Αντίθετα, το 33.7% των συμμετεχόντων (N=34) δεν είχε

<b>Πίνακας 7. Το εάν οι συμμετέχοντες έχουν αδερφή</b>		
	<i>Συνολικός αριθμός</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<b>Όχι</b>	34	33,7
<b>Ναι</b>	67	66,3
<b>Σύνολο</b>	101	

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζεται το εάν οι συμμετέχοντες έχουν αδερφό. Όπως φαίνεται και από τον πίνακα, το 63.1% των συμμετεχόντων είχε αδερφό και το 36.9% δεν είχε.

<b>Πίνακας 8. Το εάν οι συμμετέχοντες έχουν αδερφό</b>		
	<i>Συνολικός αριθμός</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<b>Όχι</b>	38	36,9
<b>Ναι</b>	65	63,1
<b>Σύνολο</b>	103	100,0

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζεται το εάν οι συμμετέχοντες έχουν παιδιά. Όπως διαπιστώνεται και από τον πίνακα, το 23.3% δεν είχε παιδιά, ενώ το 76.7% είχε παιδιά.

<b>Πίνακας 9. Το εάν οι συμμετέχοντες έχουν παιδιά</b>		
	<i>Συνολικός αριθμός</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<b>Όχι</b>	24	23,3
<b>Ναι</b>	79	76,7
<b>Σύνολο</b>	103	100,0

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζεται το εάν οι συμμετέχοντες έχουν υποβληθεί ξανά σε χειρουργική επέμβαση. Όπως διαπιστώνεται και από τον πίνακα, ένα 37.9% δεν είχε παιδιά, ενώ ένα 62.1% είχε.

<b>Πίνακας 10. Το εάν οι συμμετέχοντες έχουν υποβληθεί ξανά σε χειρουργική επέμβαση</b>		
	<i>Συνολικός αριθμός</i>	<i>Ποσοστό %</i>
Όχι	39	37,9
Ναι	64	62,1
<b>Σύνολο</b>	103	100,0

Στον Πίνακα 11 παρουσιάζεται το εάν χτες το βράδυ οι συμμετέχοντες κοιμήθηκαν καλά. Όπως διαπιστώνεται και από τον πίνακα, το 44.7% δεν κοιμήθηκε καλά και το 55.3% κοιμήθηκε καλά.

<b>Πίνακας 11. Το εάν χτες το βράδυ κοιμήθήκατε καλά</b>		
	<i>Συνολικός αριθμός</i>	<i>Ποσοστό %</i>
Όχι	46	44,7
Ναι	57	55,3
<b>Σύνολο</b>	103	100,0

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζεται το εάν οι συμμετέχοντες είδαν κάποιο όνειρο. Όπως φαίνεται και από τον πίνακα, λίγο περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες είχαν δει κάποιο όνειρο.

<b>Πίνακας 12. Το αν οι συμμετέχοντες είδαν κάποιο όνειρο</b>		
	<i>Συνολικός αριθμός</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<b>Όχι</b>	47	45,6
<b>Ναι</b>	56	54,4
<b>Σύνολο</b>	103	100,0

Στον Πίνακα 13 παρουσιάζεται η ποιότητα του ονείρου. Όπως φαίνεται και από τον πίνακα, ένα 41.1% είδε άσχημο όνειρο, ένα 37.5% δεν θυμάται ένα 17.9% είδε ωραίο όνειρο και ένα 3.6% είδε εφιάλτη.

<b>Πίνακας 13. Η ποιότητα του ονείρου των συμμετεχόντων</b>		
	<i>Συνολικός αριθμός</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<b>Ωραίο</b>	10	17,9
<b>Άσχημο</b>	23	41,1
<b>Εφιάλτης</b>	2	3,6
<b>Δεν θυμάμαι</b>	21	37,5
<b>Σύνολο</b>	56	100,0

Ως προς τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των ποσοτικών μεταβλητών της έρευνας, αυτά παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα. Η μέση τιμή της ηλικίας ήταν 48.01 (τυπική απόκλιση 15.65). Οι συμμετέχοντες είχαν κατά μέσο όρο 1.91 αδέρφια (τυπική απόκλιση 1.37), 1.56 παιδιά (τυπική απόκλιση 1.10) και 1.26 συγγενείς μαζί τους κατά το χειρουργείο (τυπική απόκλιση 0.48). Οι συμμετέχοντες είχαν κατά μέσο όρο σειρά γέννησης 1.70 (τυπική απόκλιση 1.05).

<b>Πίνακας 14. Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των ποσοτικών κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών</b>					
	<i>Ηλικία</i>	<i>Αριθμός-αδελφών</i>	<i>Σειρά γέννησής σας</i>	<i>Αριθμός παιδιών</i>	<i>Αριθμός συγγενών</i>
<b>Μέση τιμή</b>	48,017	1,910	1,700	1,560	1,260
<b>N</b>	57	57	57	57	57
<b>Τυπική απόκλιση</b>	15,656	1,379	1,052	1,102	,483

Ως προς το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, στον ακόλουθο πίνακα παρατίθενται οι διαφορές των δύο φύλων σχετικά με το άγχος, την αυτοσυμπόνοια και το χιούμορ. Όπως διαπιστώνεται και από τον πίνακα, στην περίπτωση του περιστασιακού άγχους και του άγχους ως χαρακτηριστικού της προσωπικότητας υπήρχαν σε σημαντικό βαθμό υψηλότερες τιμές για τις γυναίκες έναντι των αντρών ( $p=0.000$  &  $0.006$  αντίστοιχα). Στην περίπτωση της αυτοσυμπόνοιας δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες ( $p=0.343$ ). Τέλος, στην περίπτωση του χιούμορ οι τιμές ήταν υψηλότερες για τους άντρες έναντι των γυναικών ( $p=0.008$ ).

<b>Πίνακας 15. Οι διαφορές των δύο φύλων στα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς</b>					
	<i>Φύλο</i>	<i>N</i>	<i>Μέση τιμή</i>	<i>Τυπική απόκλιση</i>	<i>P value</i>
<b>Περιστασιακό άγχος</b>	<i>Αντρας</i>	46	42,89	12,38	0.000
	<i>Γυναίκα</i>	57	51,77	10,25	
<b>Χαρακτηριολογικό άγχος</b>	<i>Αντρας</i>	46	39,78	9,86	0.006
	<i>Γυναίκα</i>	57	45,31	10,02	
<b>Αυτοσυμπόνοια</b>	<i>Αντρας</i>	46	71,60	12,21	0.343
	<i>Γυναίκα</i>	57	74,00	12,99	
<b>Χιούμορ</b>	<i>Αντρας</i>	46	140,06	15,33	0.008
	<i>Γυναίκα</i>	57	130,40	19,83	

Ως προς το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, στον κάτωθι πίνακα παρουσιάζονται οι συσχετίσεις για το σύνολο του δείγματος. Όπως διαπιστώνεται και από τον πίνακα, η αυτοσυμπόνοια δεν είχε στατιστικά σημαντικές σχέσεις με καμία εκ των μεταβλητών, παρ' ότι ως προς το άγχος ( $r=0.170$ ,  $p=0.087$ ) και ως προς το χιούμορ ( $r=0.188$ ,  $p=0.057$ ) οι σχέσεις ήταν αρκετά οριακές. Ως προς το περιστασιακό άγχος, αυτό παρουσίαζε μια ιδιαίτερα έντονη θετική συσχέτιση με το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ( $r=0.555$ ,  $p=0.000$ ) και μια αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το χιούμορ ( $r=-0.276$ ,  $p=0.005$ ). Ως προς το άγχος ως στοιχείο της προσωπικότητας, η συσχέτισή του με το χιούμορ ήταν αρνητική και στατιστικά σημαντική ( $r=-0.385$ ,  $p=0.000$ ).

**Πίνακας 16. Οι συσχετίσεις των ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς στο σύνολο του δείγματος**

		<i>Περιστασιακό άγχος</i>	<i>Χαρακτηριολογικό άγχος</i>	<i>Αυτοσυμπόνια</i>	<i>Χιούμορ</i>
<b>Περιστασιακό άγχος</b>	<i>Συντελεστής συσχέτισης Pearson</i>	1	0,555**	0,046	-0,276**
	<i>P value</i>		0,000	0,646	0,005
	<i>N</i>	103	103	103	103
<b>Χαρακτηριολογικό άγχος</b>	<i>Συντελεστής συσχέτισης Pearson</i>	0,555**	1	0,170	-0,385**
	<i>P value</i>	0,000		0,087	0,000
	<i>N</i>	103	103	103	103
<b>Αυτοσυμπόνια</b>	<i>Συντελεστής συσχέτισης Pearson</i>	0,046	0,170	1	0,188
	<i>P value</i>	0,646	0,087		0,057
	<i>N</i>	103	103	103	103
<b>Χιούμορ</b>	<i>Συντελεστής συσχέτισης Pearson</i>	-0,276**	-0,385**	0,188	1
	<i>P value</i>	0,005	0,000	0,057	
	<i>N</i>	103	103	103	103

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζεται η συσχέτιση των εξεταζόμενων μεταβλητών στους άντρες της έρευνας. Όπως διαπιστώνεται από τον πίνακα, και σε αυτή την περίπτωση η αυτοσυμπόνοια δεν σχετιζόταν σε σημαντικό βαθμό με καμία από τις μελετώμενες μεταβλητές. Το χιούμορ παρουσίαζε μια μη στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με το περιστασιακό άγχος, παρ' ότι η σχέση αυτή ήταν οριακά μη σημαντική ( $r=-0.271$ ,  $p=0.068$ ) και μια αρνητική στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ( $r=-0.478$ ,  $p=0.001$ ). Το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σχετιζόταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με το περιστασιακό άγχος ( $r=0.562$ ,  $p=0.000$ ).

<b>Πίνακας 17. Οι συσχετίσεις των ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς στην υποομάδα των αντρών</b>					
		<i>Περιστασιακό άγχος</i>	<i>Χαρακτηριστικό άγχος</i>	<i>Αυτοσυμπόνοια</i>	<i>Χιούμορ</i>
<b>Περιστασιακό άγχος</b>	<i>Συντελεστής συσχέτισης Pearson</i>	1	0,562**	-0,065	-0,271
	<i>P value</i>		0,000	0,667	0,068
	<i>N</i>	46	46	46	46
<b>Χαρακτηριστικό άγχος</b>	<i>Συντελεστής συσχέτισης Pearson</i>	0,562**	1	0,202	-0,478**
	<i>P value</i>	0,000		0,179	0,001
	<i>N</i>	46	46	46	46
<b>Αυτοσυμπόνοια</b>	<i>Συντελεστής συσχέτισης</i>	-0,065	0,202	1	0,154



	<i>ης</i> <i>Pearson</i>				
	<i>P value</i>	0,667	0,179		0,306
	<i>N</i>	46	46	46	46
<b>Χιούμορ</b>	<i>Συντελε</i> <i>στής</i> <i>συσχέτισ</i> <i>ης</i> <i>Pearson</i>	-0,271	-0,478**	0,154	1
	<i>P value</i>	0,068	0,001	0,306	
	<i>N</i>	46	46	46	46

Ως προς την αντίστοιχη συσχέτιση στην υπο-ομάδα των γυναικών, αυτή παρουσιάζεται στον Πίνακα 18. Η συσχέτιση του περιστασιακού άγχους με το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ήταν θετική και στατιστικά σημαντική ( $r=0.463$ ,  $p=0.000$ ). Η συσχέτιση της αυτοσυμπόνοιας με το περιστασιακό άγχος ήταν μη στατιστικά σημαντική ( $r=0.082$ ,  $p=0.543$ ). Τέλος, η συσχέτιση του περιστασιακού άγχους με το χιούμορ ήταν αρνητική και στατιστικά σημαντική ( $r=-0.156$ ,  $p=0.247$ ). Ανάμεσα στο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και στο περιστασιακό άγχος υπήρχε μια θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $r=0.463$ ,  $p=0.000$ ). Μεταξύ της αυτοσυμπόνοιας και του χιούμορ υπήρχε μια επίσης θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $r=0.262$ ,  $p=0.049$ ).

<b>Πίνακας 18. Οι συσχετίσεις των ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς στην υπο-ομάδα των γυναικών</b>					
		<i>Περιστασιακό άγχος</i>	<i>Χαρακτηριολογικό άγχος</i>	<i>Αυτοσυμπόνοια</i>	<i>Χιούμορ</i>
<b>Περιστασιακό άγχος</b>	<i>Συντελεστής</i>	1	0,463**	0,082	- 0,156

	<i>συσχέτιση Pearson</i>				
	<i>P value</i>		0,000	0,543	0,247
	<i>N</i>	57	57	57	57
<b>Χαρακτηριολογικό άγχος</b>	<i>Συντελεστής συσχέτισης Pearson</i>	0,463**	1	0,112	- 0,257
	<i>P value</i>	0,000		0,405	0,054
	<i>N</i>	57	57	57	57
<b>Αυτοσυμπόνια</b>	<i>Συντελεστής συσχέτισης Pearson</i>	0,082	0,112	1	0,262 *
	<i>P value</i>	0,543	0,405		0,049
	<i>N</i>	57	57	57	57
<b>Χιούμορ</b>	<i>Συντελεστής συσχέτισης Pearson</i>	-0,156	-0,257	0,262*	1
	<i>P value</i>	0,247	0,054	0,049	
	<i>N</i>	57	57	57	57

## 5.2 Συνοπτική επισκόπηση των αποτελεσμάτων

Ως προς το πρώτο ερώτημα της έρευνας, φαίνεται πως οι άντρες έχουν πιο χαμηλό περιστασιακό και ιδιοσυγκρασιακό άγχος σε σχέση με τις γυναίκες, αλλά και εντονότερο χιούμορ, ενώ δεν διαφοροποιούνται ως προς την αυτοσυμπόνοιά τους.

Ως προς το δεύτερο ερώτημα, στο σύνολο του δείγματος, όσο εντονότερο το χιούμορ, τόσο χαμηλότερο το περιστασιακό και ιδιοσυγκρασιακό άγχος. Ωστόσο, η ανά ομάδες εξέταση κατάδειξε πως η συσχέτιση αυτή είναι σημαντική μόνο στους άντρες και μόνο όσον αφορά το ιδιοσυγκρασιακό άγχος. Ως προς την αυτοσυμπόνοια, αυτή δεν παρουσίαζε σημαντικές σχέσεις, τόσο στο σύνολο του δείγματος, όσο και στις υποομάδες που αναλύθηκαν με βάση το φύλο.

## **Κεφάλαιο 6: Συζήτηση**

### **6.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων**

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας οφείλουν να εξεταστούν σε σχέση με την προγενέστερη βιβλιογραφία. Μια πρώτη διαπίστωση που βρίσκεται σε σύμπλευση με την έως τώρα βιβλιογραφία αφορά το εντονότερο χαρακτηριστικό και περιστασιακό άγχος των γυναικών σε σχέση με τους άντρες. Συγκεκριμένα στην έρευνα του Mitchell (2013) στο Ηνωμένο Βασίλειο διαπιστώθηκαν υψηλότερες τιμές προεγχειρητικού άγχους για τις γυναίκες, ενώ σε σχετική μελέτη στην Ελλάδα διαπιστώθηκαν υψηλότερα επίπεδα προεγχειρητικού φόβου στους άντρες (Mavridou, Dimitriou, Manataki, Arnaoutoglou, & Papadopoulos, 2013), ο οποίος ως γνωστόν συνιστά αγχώδες σύμπτωμα (Ουλής, 2012). Σε κάθε περίπτωση, τόσο το περιστασιακό, όσο και το χαρακτηριστικό άγχος είναι εντονότερα για τις γυναίκες, ανεξάρτητα από το αν οι παρατηρήσεις αυτές αφορούν προεγχειρητικούς ασθενείς ή το γενικό πληθυσμό (DiMatteo&Martin, 2002). Επομένως, δεν οφείλει να θεωρηθεί πως το άγχος αυξάνεται για τις γυναίκες πριν το χειρουργείο ενώ κάτι ανάλογο δεν συμβαίνει για τους άντρες, παρά πως οι εκδηλώσεις αυτές αντανακλούν τις ευρύτερες διαφυλικές διαφορές ως προς τα επίπεδα άγχους.

Η θεώρηση πως οι διαφορές αυτές αποτελούν γενικότερες διαφορές και όχι διαφορές που αναπτύσσονται στο προεγχειρητικό στάδιο καταδεικνύεται και μέσω των διαφορών τόσο στο περιστασιακό, όσο και στο χαρακτηριστικό άγχος. Πιο συγκεκριμένα, το χαρακτηριστικό άγχος θεωρείται ως όχι ευμετάβλητο και ως ένα σταθερό χαρακτηριστικό κατά μήκος της ζωής του ανθρώπου (Spielberg, 1966). Συνεπώς, οι γενικές παρατηρήσεις περί διαφυλικών διαφορών ιδιοσυγκρασιακού και περιστασιακού άγχους κατά τρόπο όμοιο με αυτόν που εκδηλώνονται στο γενικό πληθυσμό οδηγούν στο συμπέρασμα πως οι διαφορές της παρούσας μελέτης αποτελούν μια αντανάκλαση των ευρύτερων διαφυλικών διαφορών και όχι μια μεταβολή που πραγματοποιείται προχειρουργικά, καθώς το ιδιοσυγκρασιακό άγχος είναι δύσκολα μεταβαλλόμενο.

Σύμφωνα ωστόσο με μια εναλλακτική οπτική επί του ζητήματος, οι αυξημένες τιμές άγχους από πλευράς των γυναικών ενδεχομένως να αποτελούν ένα παράδοξο εύρημα. Όπως αναφέρει η Walker (2002), ένας εκ των δύο βασικών μηχανισμών του προεγχειρητικού άγχους αφορά το ότι ο ασθενής δεν δύναται κατά το χειρουργείο να ενεργήσει προς όφελος της θέσης του, έχοντας έτσι μια ολοκληρωτική απώλεια ελέγχου. Σε γενικές γραμμές, οι άντρες διακρίνονται από μια πιο εσωτερική έδρα ελέγχου σε σχέση με τις γυναίκες, επιθυμώντας οι ίδιοι να διατηρούν τον έλεγχο, παρά τον παραχωρούν σε ισχυρούς άλλους, όπως εν προκειμένης το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό (Sherman, Higgs, & Williams, 1997). Ως εκ τούτου, θα ανέμενε κανείς ένα εντονότερο προεγχειρητικό άγχος στους άντρες, λόγω του ότι αυτοί επιθυμούν σε μεγαλύτερο βαθμό τη διατήρηση του ελέγχου επί της υγείας και της ζωής τους, κάτι που αναγκαστικά χάνουν κατά το χειρουργείο.

Ένα άλλο κατά μια έννοια παράδοξο εύρημα της παρούσας μελέτης αφορά τις διαφυλικές διαφορές ως προς το χιούμορ και τη χρήση του σε προεγχειρητικό επίπεδο. Όπως διαπιστώθηκε από την έρευνα, προεγχειρητικά το χιούμορ ήταν υψηλότερο για τους άντρες έναντι των γυναικών, διαφορά που ήταν στατιστικά σημαντική. Σε γενικές γραμμές, οι γυναίκες τείνουν να χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό αποφευκτικές μεθόδους διαχείρισης του στρες έναντι των αντρών (Δαρβίρη, 2009). Στο πλαίσιο αυτό, θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι οι γυναίκες θα είχαν υψηλότερο χιούμορ προεγχειρητικά, επιχειρώντας μέσω μιας τέτοιας αποφευκτικής μεθόδου να περιορίσουν τα επίπεδα στρες που αντιμετωπίζουν. Ωστόσο, κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει στην παρούσα έρευνα,

αφού τα επίπεδα χιούμορ είναι υψηλότερα για τους άντρες, παρ' ότι αυτό συνιστά μια κατ' εξοχήν αποφευκτική τεχνική.

Ενδεχομένως οι χαμηλότερες τιμές χιούμορ για τις γυναίκες να επεξηγούνται από το εντονότερο κοινωνικό στίγμα έναντι αυτών. Ειδικότερα, στην ελληνική κοινωνία φαίνεται παραδοσιακά ότι στο κοινωνικό πεδίο οι άντρες μπορούν να χρησιμοποιούν περισσότερες συμπεριφορές, όπως και το χιούμορ, στο πλαίσιο της παρέας και της αλληλεπίδρασης με τους άλλους, ανεξάρτητα δηλαδή από το αν αυτό χρησιμοποιείται ως μέσο για τη διαχείριση αγχογόνων καταστάσεων. Για παράδειγμα, το χιούμορ αποτελεί ένα κατ' εξοχήν στοιχείο της αντρικής παρέας, παρ' ότι κάτι ανάλογο δεν συμβαίνει για τις γυναίκες (Παπαταξιάρχης και Παραδέλλης, 2006). Συνεπώς, ενδεχομένως οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων να επεξηγούνται ως απόρροια των ευρύτερων αυτών κοινωνικά προσδιορισμένων διαμορφωτικών παραγόντων και όχι με βάση δυναμικές που αναπτύσσονται προεγχειρητικά.

Μια άλλη ενδιαφέρουσα διαπίστωση αφορά την απουσία στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων ανάμεσα στο χιούμορ και στην αυτοσυμπόνοια. Και η συγκεκριμένη απουσία στατιστικά σημαντικών σχέσεων είναι φαινομενικά παράδοξη, Ειδικότερα, με βάση τη θετική ψυχολογία οι επιμέρους έννοιες αυτής είναι μεταξύ τους θετικά σχετιζόμενες (Γαλανάκης και συν., 2011) Το χιούμορ συνιστά μια βασική πτυχή της θετικής ψυχολογίας και βοηθά στη βίωση των θετικών συναισθημάτων παρά τις αντιξοότητες που αντιμετωπίζει κανείς στη ζωή (Carbelo & Jáuregui, 2006). Παρομοίως, η αυτοσυμπόνοια συνιστά μια έννοια σύμφυτη με τη θετική ψυχολογία, ιδίως λόγω της “καταγωγής” της έννοιας από τη βουδιστική παράδοση, από την οποία επηρεάστηκε σε σημαντικό βαθμό και η ίδια η θετική ψυχολογία (Γαλανάκης και συν., 2011) Η απουσία στατιστικά σημαντικών σχέσεων ανάμεσα στην αυτοσυμπόνοια των προεγχειρητικών ασθενών και στο χιούμορ μπορεί να θεωρηθεί παράδοξη, καθώς θα ανέμενε κανείς μια θετική συσχέτιση μεταξύ δύο τόσο κεντρικών εννοιών της θετικής ψυχολογίας.

## **6.2 Αξιολόγηση της ερευνητικής διαδικασίας**

Παρά τα ανωτέρω, η παρούσα έρευνα διακρίνεται από μια σειρά περιορισμών, οι οποίοι οφείλουν να αναφερθούν. Ένας πρώτος περιορισμός αφορά το μικρό μέγεθος

του εξεταζόμενου δείγματος. Πράγματι, στην παρούσα έρευνα συμπεριλήφθηκαν 103 συμμετέχοντες, ένας αριθμός που μπορεί να θεωρηθεί σχετικά μικρός. Το μικρό μέγεθος δείγματος οδηγεί σε μεγαλύτερη πιθανότητα και κίνδυνο για στατιστικό σφάλμα, δηλαδή για εσφαλμένη απόρριψη ή αποδοχή μιας ερευνητικής υπόθεσης (Γναρδέλλης, 2003). Συνεπώς, το μικρό μέγεθος του εξεταζόμενου δείγματος αποτελεί έναν βασικό περιορισμό της παρούσας έρευνας.

Επιπλέον, η παρούσα έρευνα κατέδειξε μη στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα σε δύο πολύ κεντρικές έννοιες της θετικής ψυχολογίας, συγκεκριμένα μεταξύ της αυτοσυμπόνιας και του χιούμορ. Η διαπίστωση αυτή βρίσκεται σε αντίθεση με το συνολικότερο θεωρητικό οικοδόμημα της θετικής ψυχολογίας (Γαλανάκης και συν., 2011). Ωστόσο, η απουσία στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων ενδεχομένως να αποδίδεται στο μικρό δείγμα, καθώς η οριακά μη στατιστικά σημαντική σχέση ( $p=0.057$ ) καταδεικνύει μια τάση προς τη στατιστική σημαντικότητα που δεν μπορεί να αγνοηθεί. Και στην περίπτωση του προεγχειρητικού άγχους των αντρών παρατηρείται κάτι ανάλογο, αφού η συσχέτιση του προεγχειρητικού άγχους και του χιούμορ δεν ήταν στατιστικά σημαντική, αλλά με οριακή μη σημαντικότητα ( $p=0.068$ ). Εμβαθύνοντας στους αριθμητικούς περιορισμούς του μεγέθους δείγματος, ο αυθαίρετος υπολογισμός ενός απαιτούμενου μεγέθους δείγματος οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο για σφάλμα τύπου I και σφάλμα τύπου II, δηλαδή σε λανθασμένη αποδοχή και απόρριψη μιας ερευνητικής υπόθεσης (Campbell & Machin, 1999). Στην παρούσα περίπτωση ενδεχομένως να παρατηρείται σφάλμα τύπου II, δηλαδή εσφαλμένη απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης, κάτι που ενδεχομένως να μπορούσε να αποφευχθεί μέσω ενός ακριβέστερου υπολογισμού του απαιτούμενου μεγέθους δείγματος. Συνεπώς, το μέγεθος δείγματος συνιστά έναν βασικό περιορισμό της έρευνας όχι γενικώς, αλλά ειδικότερα λόγω του ότι αποδυναμώνει τη δυνατότητα για αποτελεσματική διερεύνηση των μελετώμενων σχέσεων, πολλές εκ των οποίων ήταν σε οριακό βαθμό στατιστικά σημαντικές.

Ένας δεύτερος περιορισμός της μελέτης έχει να κάνει με το συγχρονικό σχεδιασμό. Από μεθοδολογικής απόψεως, οι συγχρονικές έρευνες δεν ενδείκνυνται για την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με σχέσεις αιτίου και αιτιατού, καθώς κάτι τέτοιο αφορά κυρίως στις προοπτικές μελέτες, που λόγω της παρακολούθησης σε βάθος χρόνου μπορούν να οδηγήσουν με μεγαλύτερη αξιοπιστία στην εξαγωγή

συμπερασμάτων σχετικά με σχέσεις αιτίου και αιτιατού ανάμεσα σε μελετώμενες μεταβλητές (Robson, 2002). Οι σχέσεις των εξεταζόμενων μεταβλητών (π.χ. άγχος και χιούμορ) εξετάστηκαν σε μια και μόνο χρονική στιγμή. Έτσι, παρ' ότι ελάχιστες εξ των συσχετίσεων ήταν στατιστικά σημαντικές, είναι αμφίβολη η σχέση αιτίου και αιτιατού μεταξύ των μεταβλητών αυτών, καθώς κάτι τέτοιο θα προϋπέθετε έναν προοπτικό ερευνητικό σχεδιασμό.

Ένας ακόμα περιορισμός της μελέτης αφορά τις μετρήσεις της έρευνας. Ειδικότερα, η μέτρηση του άγχους πραγματοποιήθηκε μέσω του ερωτηματολογίου του Spielberg, το οποίο συνιστά ένα από τα πιο δημοφιλή ερωτηματολόγια μέτρησης του άγχους παγκοσμίως και επιτρέπει τη μελέτη τόσο του περιστασιακού, όσο και του χαρακτηριολογικού άγχους (Spielberger, 2010). Ωστόσο, στη βιβλιογραφία συναντώνται και πιο εστιασμένα ερωτηματολόγια, όπως το “Amsterdam preoperative anxiety and information scale” (Moerman, vanDam, Muller, & Oosting, 1996) και το Yale Preoperative Anxiety Scale (Kain, Mayes, Cicchetti, Bagnall, Finley, & Hofstadter, 1997). Συνεπώς, η χρήση ενός γενικού και όχι ενός εστιασμένου στη μέτρηση του προεγχειρητικού άγχους ερωτηματολογίου αποτελεί έναν ακόμα περιορισμό της συγκεκριμένης μελέτης.

Πέραν ωστόσο από τους περιορισμούς της μελέτης, υπάρχει και μια σειρά από ισχυρά σημεία, τα οποία οφείλουν να αναφερθούν. Ένα ισχυρό σημείο της μελέτης αφορά την ίδια την προσέγγιση της έρευνας, η οποία επικεντρώθηκε στην κάλυψη των υποστηρικτικών αναγκών της ψυχικής υγείας των προεγχειρητικών ασθενών, ανάγκες που συχνά παραβλέπονται (Walker, 2002). Έτσι, η έρευνα επικεντρώνεται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο αφορά όχι μόνο τις σωματικές, αλλά επίσης και τις κοινωνικές και ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών (DiMatteo & Martin, 2002). Έτσι, η ίδια η θεωρητική προσέγγιση της έρευνας οφείλει να αποτιμηθεί θετικά, αφού συνιστά μια υπέρβαση της απλοϊκής θεώρησης περί αναγκαιότητας εξέτασης μόνο των οργανικών και σωματικών αναγκών των ασθενών.

Ένα άλλο θετικά αποτιμώμενο στοιχείο της παρούσας μελέτης αφορά την χορήγηση αποκλειστικά σταθμισμένων μετρήσεων. Η χορήγηση μη σταθμισμένων μετρήσεων οδηγεί σε αμφιβολία για το κατά πόσο οι έννοιες μιας έρευνας μετρήθηκαν με τρόπο αξιόπιστο (Robson, 2002). Καθώς το σύνολο των μετρήσεων της παρούσας

μελέτης ήταν σταθμισμένες, αυτό οφείλει να θεωρηθεί ως ένα επιπρόσθετο ισχυρό σημείο της παρούσας έρευνας.

Σχετικά με τον περιορισμό περί μέτρησης γενικώς του άγχους και όχι συγκεκριμένα του προεγχειρητικού άγχους, αυτός αν και υπαρκτός δεν είναι απόλυτος. Ειδικότερα, το STAI (Spielberger, 2010) μελετά το επί του παρόντος περιστασιακό άγχος. Αντίθετα, άλλα ερωτηματολόγια άγχους, όπως για παράδειγμα του Zung (1971), χρησιμοποιούν μια συγκεκριμένη περίοδο ανάκλησης (π.χ. τον τελευταίο ένα μήνα). Η χρήση ενός ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς άνευ περιόδου ανάκλησης οφείλει να αποτιμηθεί θετικά, καθώς οδήγησε σε αξιολόγηση του προεγχειρητικού άγχους και όχι του αρκετά προγενέστερου του χειρουργείου άγχους.

Ένα επιπρόσθετο θετικά αποτιμώμενο στοιχείο της έρευνας αφορά τη μελέτη ενός πλήθους κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων. Οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες δεν αναλύθηκαν σε σχέση με τις τιμές των ερωτηματολογίων, καθώς κάτι τέτοιο δεν αφορούσε τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης. Ωστόσο, τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά παρέχουν λεπτομερείς πληροφορίες ως προς το προφίλ του εξεταζόμενου δείγματος, προκειμένου να είναι εμφανές το σε ποιο πληθυσμό δύνανται να γενικευτούν τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας.

Ένα ακόμα ισχυρό σημείο της παρούσας έρευνας αφορά στη μελέτη της αυτοσυμπόνοιας στους προεγχειρητικούς ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, η αυτοσυμπόνοια δεν έχει εξεταστεί από τις έως τώρα έρευνες, οι οποίες, όπως αναφέρεται και στο γενικό μέρος της έρευνας, έχουν εστιάσει γενικώς σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα και όχι σε προεγχειρητικούς ασθενείς. Ως εκ τούτου, η παρούσα έρευνα συνιστά μια ουσιώδη συνεισφορά στην έως τώρα γνώση, μελετώντας ένα μια πτυχή του ψυχισμού των προεγχειρητικών ασθενών που δεν είχε μελετηθεί από τις έως τώρα έρευνες.

Τέλος, ένα ακόμα ισχυρό σημείο της παρούσας έρευνας αφορά την αναφορά αρνητικών αποτελεσμάτων, δηλαδή αποτελεσμάτων για εξεταζόμενες σχέσεις που εν τέλει δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Η αναφορά σχετικών αποτελεσμάτων είναι ιδιαίτερα κεντρικής σημασίας για τις έρευνες στο πεδίο της ψυχικής υγείας, δεδομένου πως η κατάδειξη σχέσεων που δεν αφορούν αιτιακά συνδεδεμένες μεταβλητές κατευθύνει τις σχετικές παρεμβάσεις με βάση άλλες δυναμικές (Smart, 1964). Ως εκ



τούτου, η αναφορά αρνητικών αποτελεσμάτων μέσω της παρούσας έρευνας οφείλει να εκληφθεί ως ένα επιπρόσθετο θετικά αποτιμώμενο στοιχείο της.

### **6.3 Προτάσεις και εφαρμογή των αποτελεσμάτων της έρευνας**

Με βάση τη στόχευση, τα αποτελέσματα και τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης, παρουσιάζει ενδιαφέρον η πραγματοποίηση μιας σειράς προτάσεων για τη μελλοντική έρευνα. Μια πρώτη πρόταση για τη μελλοντική έρευνα αφορά τη μεγαλύτερη μεθοδολογική αξιοπιστία των μελλοντικών ερευνητικών εγχειρημάτων. Αναμφίβολα, δύο βασικοί περιορισμοί της παρούσας έρευνας αφορούν, όπως αναφέρεται και ανωτέρω, τη χρήση γενικών μετρήσεων για τη μέτρηση του προεγχειρητικού άγχους και το μικρό μέγεθος του εξεταζόμενου δείγματος. Κατά συνέπεια, μια σχετική πρόταση για τις μελλοντικές έρευνες αφορά τη μελέτη του ίδιου φαινομένου με χρήση εστιασμένων στο προεγχειρητικό άγχος μετρήσεων και σε μεγαλύτερο δείγμα προεγχειρητικών ασθενών. Πράγματι, όπως αναφέρεται και ανωτέρω, οι οριακά μη στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της παρούσας μελέτης καταδεικνύουν ότι σε ένα μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος ενδεχομένως οι ίδιες συσχετίσεις να ήταν στατιστικά σημαντικές. Είναι επομένως αναγκαία η εξέταση των ίδιων αυτών συσχετίσεων σε ένα πιο μεγάλο μέγεθος δείγματος.

Μια άλλη κατηγορία προτάσεων για τη μελλοντική έρευνα αφορά τις εξεταζόμενες παραμέτρους. Η παρούσα έρευνα επικεντρώθηκε στο άγχος σε σχέση με το χιούμορ και με την αυτοσυμπόνια, οδηγούμενη σε ελάχιστες διαπιστώσεις στατιστικά σημαντικών σχέσεων, κάτι που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι το άγχος των ασθενών διαμορφώνεται ως αποτέλεσμα άλλων παραγόντων. Μια πρώτη κατηγορία παραγόντων που θα όφειλαν να εξεταστούν αφορά στις ευρύτερες αξιακού τύπου αντιλήψεις για τη ζωή και για τον κόσμο. Για παράδειγμα, η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα έχουν μια διαμορφωτική επίδραση το άγχος των ασθενών με χρόνια νοσήματα (Aukst-Margetić & Margetić, 2005; Hughes, Tomlinson, Blumenthal, Davidson, Sketch, & Watkins, 2004) και ενδεχομένως να συνιστούν προστατευτικούς παράγοντες έναντι τους ανάπτυξης άγχους προ του χειρουργείου, κάτι που οφείλει να μελετηθεί. Παρομοίως, ενδεχομένως το άγχος προ του χειρουργείου να εξαρτάται από

τις ευρύτερες στάσεις και αντιλήψεις ως προς τον ίδιο τον εαυτό, όπως για παράδειγμα η αυτοαποτελεσματικότητα, η οποία επίσης έχει μια διαμορφωτική επίδραση στο άγχος των ασθενών με χρόνια νοσήματα (Mystakidou, Tsilika, Parpa, Gogou, Theodorakis, & Vlahos, 2010). Ως εκ τούτου, ένα δεύτερο επίπεδο έρευνας οφείλει να αφορά στις στάσεις και αντιλήψεις για τον εαυτό, οι οποίες ενδεχομένως να επιδρούν στο άγχος των ασθενών πριν από το χειρουργείο.

Αναμφίβολα, μια βασική πρόταση για τη μελλοντική έρευνα οφείλει να αφορά και τη μελέτη του άγχους των ασθενών σε σχέση με ευρύτερες αντιλήψεις για την κατάσταση της υγείας τους. Η αυτοαναφορά υγείας έχει να κάνει με την αναπαράσταση του ίδιου του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του, δηλαδή με την αναπαράσταση που έχει για το κατά πόσο είναι εν γένει υγιής ή όχι (Schnittker & Bacak, 2014). Η αυτοαναφορά υγείας συνδέεται με το άγχος στο γενικό πληθυσμό (Rathnayake & Ekanayaka, 2016), κάτι που ενδεχομένως να παρατηρείται και σε προεγχειρητικούς ασθενείς, ζήτημα το οποίο οφείλει να διερευνηθεί.

Μια επιπρόσθετη πρόταση για τη μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να αφορά τη διερεύνηση του άγχους των προεγχειρητικών ασθενών με βάση το είδος του χειρουργείου, καθώς αυτό ενδεχομένως να διαφοροποιείται με βάση τη φύση της προγραμματισμένης επέμβασης. Για παράδειγμα, το άγχος φαίνεται να είναι χαμηλότερο στους ασθενείς που υποβάλλονται σε επεμβάσεις κοσμητικού τύπου σε σχέση με τους υπόλοιπους (Jelicic&Bonke, 1991). Επομένως, θα μπορούσε να εξεταστεί μια πιθανή διαφοροποίηση των επιπέδων άγχους με βάση το είδος της επέμβασης των ασθενών, καθώς αυτό πιθανώς να διαφοροποιείται ανά αιτία.

Μια ακόμα πρόταση για μελλοντικές έρευνες αφορά τη μελέτη του φαινομένου πριν και μετά το χειρουργείο. Πράγματι, η παρούσα έρευνα επικεντρώθηκε στην προεγχειρητική διερεύνηση. Ωστόσο, η εστίαση αυτή δεν αναιρεί το ότι και κατά το στάδιο μετά την χειρουργική επέμβαση οι ασθενείς έχουν αυξημένες υποστηρικτικές ανάγκες (DiMatteo&Martin, 2002). Επομένως, θα παρουσίαζε ιδιαίτερο ενδιαφέρον η μελέτη του συγκεκριμένου φαινομένου, δηλαδή του άγχους και των παραγόντων που επιδρούν σε αυτό, πριν και μετά το χειρουργείο, ώστε να διερευνηθεί μια διαφοροποίηση των σχετικών επιπέδων μεταξύ των δύο αυτών διαφορετικών περιόδων.

Τέλος, μια ακόμα πρόταση για τη μελλοντική έρευνα αφορά τη διερεύνηση του προεγχειρητικού άγχους υπό το πρίσμα της τρέχουσας πανδημίας. Με βάση τα δεδομένα μιας πρόσφατης μελέτης την περίοδο του lockdown στην Ελλάδα φάνηκε πως οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα έχουν πιο υψηλά επίπεδα άγχους σε σχέση με τους υγιείς (Louvardi, Pelekasis, Chrousos, & Darviri, 2020). Είναι ωστόσο ασαφές το κατά πόσο και το σε τι βαθμό οι διαφορές στο άγχος παρατηρούνται κατά την προεγχειρητική φάση, κάτι που οφείλει να διερευνηθεί, ιδίως λόγω της παρεμπόδισης του συνηθισμένου τρόπου τέλεσης των χειρουργικών επεμβάσεων εξαιτίας της πανδημίας (Brat, Hersey, Chhabra, Gupta, & Scott, 2020). Έτσι, μια τελική πρόταση για τη μελλοντική έρευνα αφορά την εξέταση του προεγχειρητικού άγχους χρησιμοποιώντας ως ευρύτερο πλαίσιο αναφοράς την πανδημία του COVID-19.

Βασική επιδίωξη της παρούσας μελέτης ήταν η κατάδειξη των μηχανισμών ανάμεσα στο άγχος, στην αυτοσυμπόνια και στο χιούμορ, ώστε να βελτιωθεί η στοχοθέτηση των μελλοντικών παρεμβατικών προγραμμάτων προς τους ασθενείς, αφού η υλοποίηση σχετικών προγραμμάτων για τη μείωση του άγχους κατά το προεγχειρητικό στάδιο είναι επιτακτική (Walker, 2002). Ωστόσο, η παρούσα έρευνα δεν κατέληξε σε έναν κεντρικό διαμορφωτικό ρόλο του χιούμορ και της αυτοσυμπόνιας στα επίπεδα άγχους των ασθενών. Έτσι, δεν μπορεί να υποστηριχθεί η ανάπτυξη παρεμβατικών προγραμμάτων δομημένων στο χιούμορ και στην αυτοσυμπόνια με στόχο τη μείωση του προεγχειρητικού άγχους.

Η ανακατεύθυνση της κλινικής πρακτικής δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί ούτε με βάση τη συσχέτιση του ιδιοσυγκρασιακού άγχους με το χιούμορ. Ειδικότερα, η αξιοποίηση του χιούμορ για τη μείωση του ιδιοσυγκρασιακού άγχους φαίνεται να μην μπορεί να υποστηριχθεί στην προεγχειρητική πρακτική, λόγω του ότι το ιδιοσυγκρασιακό άγχος συνιστά ένα δύσκολα μεταβαλλόμενο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (Spielberger, 1966). Έτσι, είναι αμφίβολο το κατά πόσο η ανάπτυξη και η υλοποίηση παρεμβάσεων στηριγμένων στο χιούμορ θα μπορούσε να οδηγήσει σε μείωση του ιδιοσυγκρασιακού άγχους.

Μια πρόταση για την κλινική πρακτική θα μπορούσε ωστόσο να αφορά την αυξημένη επικέντρωση των επαγγελματιών υγείας στις προεγχειρητικές ανάγκες της ψυχικής υγείας των γυναικών. Πράγματι, η παρούσα έρευνα οδηγεί στη διαπίστωση πως το προεγχειρητικό άγχος είναι σε σημαντικό βαθμό πιο υψηλό για τις γυναίκες σε

σχέση με τους άντρες. Καθώς η προτεραιότητα στην κατανομή των πόρων και στην εφαρμογή ιατρονοσηλευτικών παρεμβάσεων οφείλει να δίνεται σε αυτούς που έχουν τις πιο πολλές υποστηρικτικές ανάγκες (Aschengrau&Seage, 2012), τα σχετικά προγράμματα για τη μείωση του προεγχειρητικού άγχους οφείλουν να εφαρμόζονται κατά προτεραιότητα στις γυναίκες, καθώς αυτές βιώνουν εντονότερο άγχος.

Συνολικότερα, η παρούσα έρευνα διακρίνεται από περιορισμένες προεκτάσεις για την κλινική πρακτική λόγω του μικρού αριθμού στατιστικά σημαντικών σχέσεων που αναδείχθηκαν μέσω της στατιστικής ανάλυσης. Η αξιοποίηση των δεδομένων της παρούσας μελέτης οφείλει να πραγματοποιηθεί συνδυαστικά με άλλες έρευνες, με στόχο τη βέλτιστη δυνατή στοχοθέτηση της ιατρονοσηλευτικής πρακτικής για την υποστήριξη των ασθενών κατά το προεγχειρητικό στάδιο.

## **Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα**

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε τη διερεύνηση του προεγχειρητικού άγχους των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις σε συνάρτηση με το χιούμορ και την αυτοσυμπόνοια. Η έρευνα εδράζεται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, καθώς βάσει αυτού οφείλουν να μελετώνται παράλληλα οι βιολογικές, ψυχολογικές και σωματικές ανάγκες των ασθενών. Έτσι, ο νοσηλευτής οφείλει να εστιάζει προεγχειρητικά όχι μόνο στην προετοιμασία των ασθενών για το χειρουργείο βάσει των οργανικών αναγκών των ασθενών, αλλά και βάσει των ψυχολογικών τους υποστηρικτικών αναγκών.

Η έρευνα βασίστηκε επίσης στη θετική ψυχολογία και συγκεκριμένα στο χιούμορ και στην αυτοσυμπόνοια, δύο βασικές έννοιες της συγκεκριμένης προσέγγισης. Επιδίωξη της έρευνας ήταν η εστίαση στο προεγχειρητικό άγχος και η σύνδεση αυτού με το χιούμορ και την αυτοσυμπόνοια κατά το προεγχειρητικό στάδιο.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα δείγμα 103 προεγχειρητικών ασθενών. Κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων διαπιστώθηκαν ορισμένες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις άγχους και χιούμορ, αλλά όχι άγχους και αυτοσυμπόνοιας στο εξεταζόμενο δείγμα. Εν συνεχεία, οι ίδιες σχέσεις εξετάστηκαν ανά υπο-ομάδες με βάση το φύλο, κάτι που οδήγησε σε εξάλειψη των στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων. Αξίζει ωστόσο αναφοράς ότι στους άντρες η απουσία στατιστικά σημαντικών σχέσεων ανάμεσα στο περιστασιακό άγχος και στο χιούμορ ήταν οριακά μη στατιστικά σημαντική, ενώ υπήρχε μια στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση του ιδιοσυγκρασιακού άγχους με το χιούμορ.

Μια δεύτερη διαπίστωση της παρούσας μελέτης αφορά στην απουσία στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων ανάμεσα στο χιούμορ και στην αυτοσυμπόνοια. Η διαπίστωση αυτή βρίσκεται σε ασυμφωνία με την ευρύτερη έρευνα στο πεδίο της θετικής ψυχολογίας, αφού η αυτοσυμπόνοια και το χιούμορ θα αναμενόταν να παρουσιάζουν μια θετική συσχέτιση.

Μια τρίτη διαπίστωση της συγκεκριμένης έρευνας αφορά στις διαφυλικές διαφορές αντρών και γυναικών. Οι διαφορές αυτές αντανακλούν τις γενικότερες διαφορές αντρών και γυναικών ως προς τα επίπεδα άγχους. Ωστόσο, στην παρούσα έρευνα θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι οι άντρες θα έχουν περισσότερο άγχος, λόγω του ότι είναι πιο ευάλωτοι έναντι της απώλειας ελέγχου, κάτι που συνιστά βασικό παράγοντα στην πρόκληση και ανάπτυξη του προεγχειρητικού άγχους. Η διαπίστωση πως το άγχος των αντρών, τόσο το ιδιοσυγκρασιακό, όσο και το περιστασιακό, είναι χαμηλότερο από αυτό των γυναικών, οδηγεί αναμφίβολα στη διαπίστωση ότι οι διαφορές διαμορφώνονται κατόπιν του ευρύτερου επεξηγηματικού πλαισίου διαφυλικών διαφορών στο άγχος και όχι κατόπιν δυναμικών που επενεργούν συγκεκριμένα κατά την προεγχειρητική περίοδο.

Παρά τα ανωτέρω, η παρούσα έρευνα διακρίνεται από μια σειρά περιορισμών. Ο κυριότερος περιορισμός της έρευνας αφορά στο μικρό μέγεθος του εξεταζόμενου δείγματος. Το μικρό μέγεθος δείγματος της παρούσας έρευνας παρεμποδίζει την αξιόπιστη εξαγωγή συμπερασμάτων, καθώς ενδεχόμενο στατιστικό σφάλμα να οδήγησε σε αδυναμία αποτύπωσης σχέσεων που στην πραγματικότητα ήταν ισχυρές και στατιστικά σημαντικές. Κατά συνέπεια, το μέγεθος του δείγματος της παρούσας

έρευνας συνιστά έναν ιδιαίτερα σημαντικό περιορισμό, που παρεμποδίζει την αξιόπιστη εξαγωγή συμπερασμάτων από τη μελέτη που πραγματοποιήθηκε.

Με βάση τη στόχευση, τα αποτελέσματα και τους περιορισμούς της μελέτης πραγματοποιήθηκε και μια σειρά από προτάσεις για τη μελλοντική έρευνα. Οι προτάσεις για τη μελλοντική έρευνα μπορούν να ενταχθούν σε δύο κεντρικές κατηγορίες. Η πρώτη πρόταση αφορούσε την έμφαση στη μεθοδολογία, δηλαδή την πραγματοποίηση ερευνών με αυστηρότερη μεθοδολογία. Η πρόταση αυτή σχετίζεται με τη διενέργεια ερευνών σε μεγαλύτερο δείγμα, με στόχο την εξάλειψη του στατιστικού σφάλματος. Η δεύτερη κατηγορία προτάσεων έχει να κάνει με τη στόχευση της έρευνας, η οποία θα μπορούσε να είναι ευρύτερη, αφορώντας περισσότερες στάσεις, αντιλήψεις και παραμέτρους της ψυχικής υγείας των ασθενών.

Συνολικότερα, οι ελάχιστες στατιστικά σημαντικές σχέσεις που εντοπίστηκαν αδυνατούν να οδηγήσουν σε ιδιαίτερα μεγάλο εύρος προτάσεων για τη νοσηλευτική πρακτική. Κατά συνέπεια, η πραγματοποίηση μελλοντικών ερευνών είναι επιβεβλημένη για την ενίσχυση της δυνατότητας στοχοθέτησης της νοσηλευτικής πρακτικής ως προς την αντιμετώπιση του προεγχειρητικού άγχους.

## Βιβλιογραφία

Αναγνωστοπούλου, Δ. (2002). *Λογοτεχνική πρόσληψη στην προσχολική και πρωτοβάθμια εκπαίδευση*. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.

Altemus, M. (2006). Sex differences in depression and anxiety disorders: potential biological determinants. *Hormones and behavior*, 50(4), pp. 534-538.

Aschengrau, A. & Seage, G.R. (2014). *Essentials of Epidemiology in Public Health*, Third Edition. Jones & Bartlett Learning.

Aukst-Margetić, B. & Margetić, B. (2005). Religiosity and health outcomes: review of literature. *Collegium antropologicum*, 29(1), pp. 365-371.

Barnard, L. K. & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of general psychology*, 15(4), pp. 289-303.

Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American psychologist*, 46(4), pp. 368.

Brat, G. A., Hersey, S., Chhabra, K., Gupta, A. & Scott, J. (2020). Protecting surgical teams during the COVID-19 outbreak: a narrative review and clinical considerations. *Annals of surgery* [e-pub, published ahead of print].

Butler, G. S., Hurley, C. A., Buchanan, K. L. & Smith-VanHorne, J. (1996). Prehospital education: effectiveness with total hip replacement surgery patients. *Patient Education and Counseling*, 29(2), pp. 189-197.

Γαλανάκης, Μ., Μερτίκα, Α., και Σεργιάννη, Χ. (2011). *Εισαγωγή στη Θετική Ψυχολογία*. Στο Εισαγωγή στη Θετική Ψυχολογία, Επιμέλεια: Α., Σταλίκας & Π., Μυστκίδου. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.

Γναρδέλλης, Χ. (2003). *Εφαρμοσμένη Στατιστική*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Γουδέλη, Ν.Β. (2017). *Άγχος-Θεωρητικές και Νοσηλευτικές Προσεγγίσεις*. ΤΕΙ Ηπείρου, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διπλωματική Εργασία.

Campbell, M.J., andamp; Machin, D. (1999). *Medical Statistics: A Commonsense Approach*. 3<sup>rd</sup> edition. West Sussex, England: John Wiley & Sons.

- Carbelo, B. & Jáuregui, E. (2006). Positive Emotions: Positive Humour. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), pp. 18-30.
- Castaneda, A. E., Tuulio-Henriksson, A., Marttunen, M., Suvisaari, J. & Lönnqvist, J. (2008). A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. *Journal of affective disorders*, 106(1), pp. 1-27.
- Christensen, L. B. (2004). *Experimental methodology*. Allyn & Bacon.
- Comtois, K. A., Cowley, D. S., Dunner, D. L. & Roy-Byrne, P. P. (1999). Relationship between borderline personality disorder and Axis I diagnosis in severity of depression and anxiety. *The Journal of clinical psychiatry*, 60(11), pp. 752-758.
- Corr, C. A. (1992). A task-based approach to coping with dying. *Omega-Journal of Death and Dying*, 24(2), pp. 81-94.
- Di Matteo, M.R. & Martin, L.R. (2002). *Health Psychology*. Person Education: Boston.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R. & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour research and therapy*, 36(2), pp. 215-226.
- Eisenberg, D., Gollust, S. E., Golberstein, E. & Hefner, J. L. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), pp. 534.
- Furnham, A. (2003). Belief in a just world: Research progress over the past decade. *Personality and individual differences*, 34(5), pp. 795-817.
- Gaberson, K. B. (1995). The effect of humorous and musical distraction on preoperative anxiety. *AORN journal*, 62(5), pp. 784-791.
- Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 386(9995), pp. 743-800.
- Goenjian, A. K., Steinberg, A. M., Najarian, L. M., Fairbanks, L. A., Tashjian, M. & Pynoos, R. S. (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive



reactions after earthquake and political violence. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), pp. 911-895.

Goodwin, R. D., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (2005). Cigarette smoking and panic attacks among young adults in the community: the role of parental smoking and anxiety disorders. *Biological psychiatry*, 58(9), pp. 686-693.

Grant, B. F., Hasin, D. S., Blanco, C., Stinson, F. S., Chou, S. P., Goldstein, R. B., . . . Huang, B. (2005). The Epidemiology of Social Anxiety Disorder in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(11), pp. 1351-1361.

Huang, C. J., Chiu, H. C., Lee, M. H. & Wang, S. Y. (2011). Prevalence and incidence of anxiety disorders in diabetic patients: a national population-based cohort study. *General hospital psychiatry*, 33(1), pp. 8-15.

Hughes, J. W., Tomlinson, A., Blumenthal, J. A., Davidson, J., Sketch Jr, M. H. & Watkins, L. L. (2004). Social support and religiosity as coping strategies for anxiety in hospitalized cardiac patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 28(3), pp. 179-185.

Jelicic, M. & Bonke, B. (1991). Preoperative anxiety and motives for surgery. *Psychological reports*, 68(3), pp. 849-850.

Kain, Z. N., Mayes, L. C., Cicchetti, D. V., Bagnall, A. L., Finley, J. D. & Hofstadter, M. B. (1997). The Yale Preoperative Anxiety Scale: how does it compare with a "gold standard"? *Anesthesia & Analgesia*, 85(4), pp. 783-788.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), pp. 593-602.

Kim, H. Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative dentistry & endodontics*, 38(1), pp. 52-54.

Λιάκος, Α., και Γιαννίτση, Σ. (1984). Αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος*, 21, σσ. 71-76.

- Lader, M. (1985). The nature of clinical anxiety in modern society. *Issues in mental health nursing*, 7(1-4), pp. 309-334.
- Lemo-Kilpi, H. & Vuorenheimo, J. (1992). *The Patient as the Evaluator of Quality of Nursing Care*. STAKES Repoits 68 VAPK, Helsinki, Finland.
- Lépine, J.-P. (2002). The epidemiology of anxiety disorders: Prevalence and societal costs. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(Suppl14), pp. 4-8.
- Levitt, E. E. (2015). *The psychology of anxiety*. Routledge.
- Lieb, R., Becker, E. & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), pp. 445-452.
- Louvardi, M., Pelekasis, P., Chrousos, G. P. & Darviri, C. (2020). Mental health in chronic disease patients during the COVID-19 quarantine in Greece. *Palliative & Supportive Care* [e-pub, published ahead of print]
- Μητρούση, Σ., Τραυλός, Α., Κούκια, Ε., και Ζυγά, Σ. (2013). Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 6(1), σσ. 21-27.
- Mantzios, M., Wilson, J. C. & Giannou, K. (2015). Psychometric properties of the Greek versions of the self-compassion and mindful attention and awareness scales. *Mindfulness*, 6(1), 123-132.
- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J. & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of research in personality*, 37(1), pp. 48-75.
- Mavridou, P., Dimitriou, V., Manataki, A., Arnaoutoglou, E. & Papadopoulos, G. (2013). Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *Journal of anesthesia*, 27(1), pp. 104-108.
- Mendlowicz, M. V. & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), pp. 669-682.

- Mirza, I. & Jenkins, R. (2004). Risk factors, prevalence, and treatment of anxiety and depressive disorders in Pakistan: systematic review. *Bmj*, 328(7443), 794.
- Mitchell, M. (2013). Anaesthesia type, gender and anxiety. *Journal of perioperative practice*, 23(3), pp. 41-47.
- Moerman, N., van Dam, F. S., Muller, M. J. & Oosting, H. (1996). The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesthesia & Analgesia*, 82(3), pp. 445-451.
- Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I. & Meesters, C. (1998). Comorbid anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders. *Journal of anxiety disorders*, 12(4), pp. 387-393.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Gogou, P., Theodorakis, P. & Vlahos, L. (2010). Self-efficacy beliefs and levels of anxiety in advanced cancer patients. *European journal of cancer care*, 19(2), pp. 205-211.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), pp. 223-250.
- Neighbors, B., Kempton, T. & Forehand, R. (1992). Co-occurrence of substance abuse with conduct, anxiety, and depression disorders in juvenile delinquents. *Addictive Behaviors*, 17(4), pp. 379-386.
- Nesse, R. M. (1990). Evolutionary explanations of emotions. *Human nature*, 1(3), pp. 261-289.
- Nesse, R. M. (1994). Fear and fitness: An evolutionary analysis of anxiety disorders. *Ethology and sociobiology*, 15(5-6), pp. 247-261.
- Ουλής, Π. (2012). *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχοπαθολογίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Παπαδάτου, Δ., και Αναγνωστόπουλος, Φ. (2012). *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Παπαταξιάρχης, Ε., και Παραδέλλης, Θ. (Eds.). (1998). *Ταυτότητες και φύλο στη σύγχρονη Ελλάδα: ανθρωπολογικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια.

Panagioti, M., Scott, C., Blakemore, A. & Coventry, P. A. (2014). Overview of the prevalence, impact, and management of depression and anxiety in chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 9, pp. 1289.

Papadimitriou, G. N. & Linkowski, P. (2005). Sleep disturbance in anxiety disorders. *International review of psychiatry*, 17(4), 229-236.

Pasquali, E. (1990). Learn to laugh: Humour as therapy. *Journal of Psychosocial Nursing*, 23, pp. 31-34.

Puopolo, R. & Cordasco, J. (1999). Intraoperative progress reports to families of surgical clients: a missed opportunity. *Canadian operating room nursing journal*, 17(1), pp. 21-26.

Rathnayake, S. & Ekanayaka, J. (2016). Depression, anxiety, and stress among undergraduate nursing students in a public university in Sri Lanka. *International Journal of Caring Sciences*, 9(3), pp. 1020-1032.

Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R. & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), pp. 1171-1178.

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M. & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety, percentage and the prediction of fearfulness. *Behaviour research and therapy*, 24(1), 1-8.

Robson, C. (2002). *Real World Research: A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers*. 2<sup>nd</sup> ed. Malden, MA: Blackwel.

Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., de Graaf, R., Asmundson, G. J., ten Have, M., and Stein, M. B. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Archives of general psychiatry*, 62(11), pp. 1249-1257.

Schnittker, J. & Bacak, V. (2014). The increasing predictive validity of self-rated health. *PloS one*, 9(1), pp. e84933.

Scott, E. M., Earl, C., Leaper, D. & Massey, M. (1999). Understanding perioperative nursing. *Nursing Standard (through 2013)*, 13(49), pp. 49.

Seligman, M. E. & Csikszentmihalyi, M. (2014). Positive psychology: An introduction. In *Flow and the foundations of positive psychology* (pp. 279-298). Springer, Dordrecht.

Sherman, A. C., Higgs, G. E. & Williams, R. L. (1997). Gender differences in the locus of control construct. *Psychology and Health*, 12(2), pp. 239-248.

Shevde, K. & Panagopoulos, G. (1991). A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, & concerns regarding anesthesia. *Anesthesia and analgesia*, 73(2), pp. 190-198.

Shiah, Y. J., Chang, F., Chiang, S. K., Lin, I. M. & Tam, W. C. C. (2015). Religion and health: Anxiety, religiosity, Μέση τιμή of life and mental health. *Journal of religion and health*, 54(1), pp. 35-45.

Sirois, F. M. & Hirsch, J. K. (2019). Self-compassion and adherence in five medical samples: The role of stress. *Mindfulness*, 10(1), pp. 46-54.

Sirois, F. M., Molnar, D. S. & Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and Identity*, 14(3), pp. 334-347.

Smart, R. G. (1964). The importance of negative results in psychological research. *Canadian Psychologist/Psychologie canadienne*, 5a(4), pp. 225–232.

Spielberger, C.D. (1972). *Anxiety as an emotional state*. In C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 1, pp.23-49). New York: Academic Press.

Spielberger, C. D. (2010). State-Trait anxiety inventory. *The Corsini encyclopedia of psychology*, pp. 1-1.

Spielberger, C.D. (1966). *Theory and research on anxiety*. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and behavior* (pp. 3-20). New York: Academic Press.

Stansfeld, S. & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian journal of work, environment & health*, pp. 443-462.

Stavrakaki, C. & Vargo, B. (1986). The relationship of anxiety and depression: a review of the literature. *The British Journal of Psychiatry*, 149(1), pp. 7-16.

Summers, S., Hoffman, J., Neff, E. J. A., Hanson, S. & Pierce, K. (1990). The effects of 60 beats per minute music on test taking anxiety among nursing students. *Journal of Nursing Education*, 29(2), pp. 66-70.

van der Krogt, S. R., Coombs, M. & Rook, H. (2020). Humour: A purposeful and therapeutic tool in surgical nursing practice. *Nursing Praxis in Aotearoa New Zealand*, 36(2), pp. 20-30.

Vongmany, J., Hickman, L. D., Lewis, J., Newton, P. J. & Phillips, J. L. (2016). Anxiety in chronic heart failure and the risk of increased hospitalisations and mortality: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(7), pp. 478-485.

Walker, J. A. (2002). Emotional and psychological preoperative preparation in adults. *British journal of nursing*, 11(8), pp. 567-575.

Wilhams, H. (1986). Humour and healing: Therapeutic effects in geriatrics. *Gerontion*, 1(3), pp. 14-17.

Wren, A. A., Somers, T. J., Wright, M. A., Goetz, M. C., Leary, M. R., Fras, A. M., ... & Keefe, F. J. (2012). Self-compassion in patients with persistent musculoskeletal pain: relationship of self-compassion to adjustment to persistent pain. *Journal of pain and symptom management*, 43(4), pp. 759-770.

Zung, W. W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*.

## Παράρτημα



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ  
ΠΕΛΟΠΟΝΗΣΣΟΥ-ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ  
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ  
Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας  
Επιστημονικό Συμβούλιο

Κέρκυρα: 22/05/2020

Αρ.Πρωτ: ΕΣ. 1412

Προς: κα Μίαρη Ελένη  
ΤΕ Νοσηλευτικής

**Θέμα:** Αίτηση έγκρισης άδειας διεξαγωγής έρευνας στα πλαίσια Μεταπτυχιακής Εργασίας

**Σχετ.:** 1. Απόφαση 8η/θέμα 9ο/06-04-20 Επιστημονικού Συμβουλίου  
2. Έγγραφο 6ης ΥΠΕ με Αρ.Πρωτ.9994/19-05-20

Κυρία Μίαρη,

με την ως άνω (σχετικό 1) απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου είχαμε αποφανθεί ότι, δεν εγκρίνονταν το αίτημά σας, διότι είχε ανασταλεί η συλλογή ερευνητικών δεδομένων σε όλους τους φορείς αρμοδιότητας της 6ης ΥΠΕ, λόγω των εκτάκτων καταστάσεων.

Με νέο έγγραφο που λάβαμε από την 6η ΥΠΕ (σχετικό 2), επανέρχεται η διαδικασία συλλογής ερευνητικών δεδομένων. Ωστόσο, προτείνεται να γίνεται εξ αποστάσεως και όπου αυτό δεν είναι εφικτό να γίνεται διαζώσης, σύμφωνα πάντα με τα προβλεπόμενα μέτρα προστασίας.

Ως εκ τούτου, εγκρίνεται η αίτηση άδειας διεξαγωγής έρευνας στα πλαίσια της Μεταπτυχιακής Εργασίας σας με τίτλο "Η σχέση του προεγχειρητικού άγχους με τα συναισθήματα αυτοσυμπόνιας των ασθενών", όπως μας είχατε καταθέσει με Αρ.Πρωτ. 4936/09-03-20.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΕΠΑΜΕΙΝΩΝΔΑΣ ΦΑΡΜΑΚΗΣ

1407

βη Υ.Π.Ε.  
Γ.Ν. ΚΕΡΚΥΡΑΣ  
ΑΡ. ΠΡΩΤ.: 9994  
ΗΜ/ΝΙΑ: 19/05/2020



19.05.2020  
Επιβλέπων  
Δ.2.

<tomyagrinio@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΑΓΡΙΝΙΟΥ"  
<tomyagrinio3@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΑΓΡΙΝΙΟΥ"  
<tomygavalous@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΑΓΥΙΑΣ" <  
"TOMY ΑΡΓΟΣΤΟΛΙΟΥ" <tomyargostoli@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΑΡΓΟΥΣ 1η"  
<tomyargos1@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΑΡΤΑΣ" <tomyartas@1545.syzefxis.gov.gr>; "TO  
MY ΔΡΕΠΑΝΟΥ" <tomydrepano@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΕΓΛΥΚΑΔΑΣ"  
<tomyeglykada@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΖΑΚΥΝΘΟΥ"  
<tomyzakynthos@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΖΑΡΟΥΧΑΕΪΚΩΝ"  
<tomyzarouxleika@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΗΓΟΥΜΕΝΙΤΣΑΣ"  
<tomyhgoumenitsa@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΙΩΑΝΝΙΝΑ 1η Κέντρου"  
<tomyioannina1@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2η Κέντρου"  
<tomyioannina2@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΙΩΑΝΝΙΝΑ 3η ΑΝΑΤΟΛΗΣ"  
<tomyanatolis@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΙΩΑΝΝΙΝΑ 4η ΚΟΥΡΑΜΠΑ"  
<tomykouraba@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ"  
<tomykalamata@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΚΕΡΚΥΡΑΣ"  
<tomykerkyra@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΚΟΡΙΝΘΟΥ 1η"  
<tomykorinthos1@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΚΟΡΙΝΘΟΥ 2η"  
<tomykorinthos2@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΜΕΣΟΛΟΓΓΙΟΥ"  
<tomymesologgi@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΜΕΣΣΑΤΙΔΑΣ"  
<tomymessatida@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΝΑΥΠΛΙΟΥ"  
<tomynafplio1@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΠΑΡΑΛΙΑΣ ΠΑΤΡΩΝ"  
<tomyparalia@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΠΡΕΒΕΖΑΣ"  
<tomypreveza@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΠΥΡΓΟΥ" <tomypyrgos@1545.syzefxis.gov.gr>;  
"TOMY ΣΠΑΡΤΗΣ" <tomyspartis@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΤΡΙΠΟΛΗΣ 1η"  
<tomytripoli1@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΤΡΙΠΟΛΗΣ 2η"  
<tomytripoli2@1545.syzefxis.gov.gr>; "TOMY ΤΡΙΩΝ ΝΑΥΑΡΧΩΝ"  
<tomynavarxon@1545.syzefxis.gov.gr>  
ΣΥΛΛΟΓΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Θέμα:

11/05/2020

Σας ενημερώνουμε ότι η διαδικασία συλλογής ερευνητικών δεδομένων συνεχίζεται προς διευκόλυνση των ενδιαφερόμενων.

Η υπηρεσία μας θα εξετάσει τα αιτήματα που εκκρεμούν και τα νέα αιτήματα.

Προτείνεται η εξ αποστάσεως συλλογή των ερευνητικών δεδομένων και μόνο όπου αυτή δεν είναι εφικτή, να γίνεται δια ζώσης, εφόσον έχουν ληφθεί όλα τα προβλεπόμενα μέτρα προστασίας.

Τμήμα Εκπαίδευσης β<sup>ης</sup> ΥΠΕ





ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ - ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα της νοσηλείας σας. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ..... / ..... / .....

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ  ΓΥΝΑΙΚΑ

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

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

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ   
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ   
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ   
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ   
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ   
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΝΕΡΓΟΣ   
ΟΙΚΙΑΚΑ   
ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ   
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ   
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ   
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΠΟΣΑ; \_\_\_\_\_ ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΗ;  ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΟ;  ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΑΣ: \_\_\_\_\_

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ; ΝΑΙ  ΟΧΙ  ΠΟΣΑ; \_\_\_\_\_

ΠΟΙΟΙ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΜΑΖΙ ΣΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ; ΣΥΝΤΡΟΦΟΣ  ΠΑΙΔΙ

ΓΟΝΙΟΣ  ΞΑΔΕΛΦΟΣ/Η  ΘΕΙΟΣ/Α  ΦΙΛΟΣ/Η  ΆΛΛΟΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΑΙΤΙΑ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ ΣΑΣ; .....

ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙ ΉΑΝΑ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ; ΝΑΙ  ΟΧΙ

ΧΘΕΣ ΒΡΑΔΥ ΚΟΙΜΗΘΗΚΑΤΕ ΚΑΛΑ ; ΝΑΙ  ΟΧΙ

ΕΙΔΑΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΟΝΕΙΡΟ ; ΝΑΙ  ΟΧΙ

ΑΝ ΕΙΔΑΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΟΝΕΙΡΟ, ΑΥΤΟ ΗΤΑΝ: ΩΡΑΙΟ  ΛΣΧΗΜΟ  ΕΦΙΑΛΤΗΣ  ΔΕΝ ΘΥΜΑΜΑΙ

**ΟΔΗΓΙΕΣ**

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, τις οποίες συχνά οι άνθρωποι χρησιμοποιούν, προκειμένου να περιγράψουν τον εαυτό τους.

**Ενότητα 1:** Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο **αυτή τη στιγμή**.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΠΩΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1. Αισθάνομαι ήρεμος/η.	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
3. Νοιώθω μια εσωτερική ένταση.	1	2	3	4
4. Έχω αγωνία.	1	2	3	4
5. Αισθάνομαι άνετα.	1	2	3	4
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	1	2	3	4
7. Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες.	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
9. Αισθάνομαι άγχος.	1	2	3	4
10. Αισθάνομαι βολικά.	1	2	3	4
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
12. Αισθάνομαι νευρικότητα.	1	2	3	4
13. Αισθάνομαι ήσυχος/η.	1	2	3	4
14. Βρίσκομαι σε διέγερση.	1	2	3	4
15. Είμαι χαλαρωμένος/η.	1	2	3	4
16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
17. Ανησυχώ	1	2	3	4
18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι υπερένταση	1	2	3	4
20. Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

**Ενότητα 2:** Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο γενικά στη ζωή σας.

	ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
21. Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4
22. Κουράζομαι εύκολα.	1	2	3	4
23. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	1	2	3	4
24. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνεται να είναι οι άλλοι.	1	2	3	4
25. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δε μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	1	2	3	4
26. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
27. Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η και συγκεντρωμένος/η.	1	2	3	4
28. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται και δε μπορώ να τις ξεπεράσω.	1	2	3	4
29. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	1	2	3	4
30. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	1	2	3	4
31. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα.	1	2	3	4
32. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
33. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
34. Προσπαθώ να αποφύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή μιας δυσκολίας.	1	2	3	4
35. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	1	2	3	4
36. Είμαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
37. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί.	1	2	3	4
38. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δε μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	1	2	3	4
39. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	1	2	3	4
40. Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης, όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες δυσκολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1	2	3	4

### 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
Αποδοκιμάζω και κατακρίνω τα ελαττώματα και τα μειονεκτήματά μου.	1	2	3	4	5
Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, τείνω να εστιάζω υπερβολικά την προσοχή μου σε όλα αυτά που πηγαίνουν στραβά.	1	2	3	4	5
Όταν τα πράγματα πηγαίνουν στραβά, βλέπω τις δυσκολίες μου σαν κομμάτι της ζωής που το περνούν όλοι.	1	2	3	4	5
Όταν σκέφτομαι τα μειονεκτήματά μου, αισθάνομαι ότι είμαι ξεκομμένος/η από τον υπόλοιπο κόσμο.	1	2	3	4	5
Προσπαθώ να δίνω αγάπη στον εαυτό μου όταν πονάω συναισθηματικά.	1	2	3	4	5
Όταν αποτυγχάνω σε κάτι προσωπικά σημαντικό, κατακλύζομαι από συναισθήματα ανεπάρκειας.	1	2	3	4	5
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
Όταν περνώ δύσκολες στιγμές, γίνομαι αυστηρός/η με τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
Όταν κάτι με αναστατώνει, προσπαθώ να μετριάσω τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5
Όταν αισθάνομαι ανεπαρκής για κάποιο λόγο, σκέφτομαι ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν συναισθήματα ανεπάρκειας.	1	2	3	4	5
Δεν ανέχομαι, ούτε έχω υπομονή με πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.	1	2	3	4	5
Όταν περνώ δύσκολες στιγμές, δίνω στον εαυτό μου τη φροντίδα και τη στοργή που έχει ανάγκη.	1	2	3	4	5
Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, αισθάνομαι επίσης ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιθανότατα πιο ευτυχισμένοι από εμένα.	1	2	3	4	5
Όταν συμβεί κάτι επίπονο, προσπαθώ να δω την κατάσταση ψύχραιμα και ισορροπημένα.	1	2	3	4	5
Προσπαθώ να δω τις αποτυχίες μου ως μέρος της ανθρώπινης φύσης.	1	2	3	4	5

Όταν βλέπω πτυχές του εαυτού μου που δε συμπαθώ, τα βάζω με τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, προσπαθώ να δω τα πράγματα από όλες τις πλευρές.	1	2	3	4	5
Όταν αγωνίζομαι πραγματικά για κάτι, αισθάνομαι ότι άλλοι μάλλον βρίσκονται σε πιο ευνοϊκή θέση.	1	2	3	4	5
Είμαι καλός/ή με τον εαυτό μου όταν περνώ δοκιμασίες.	1	2	3	4	5
Όταν κάτι με αναστατώνει, με παρασύρουν τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5
Μπορώ να γίνω λίγο ψυχρός/η προς τον εαυτό μου όταν δοκιμάζομαι.	1	2	3	4	5
Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, προσπαθώ να προσεγγίσω τα συναισθήματά μου με περιέργεια και ειλικρίνεια.	1	2	3	4	5
Είμαι ανεκτικός με τα ελαττώματα και τις ανεπάρκειές μου.	1	2	3	4	5
Όταν συμβεί κάτι επίπονο, μεγαλοποιώ το γεγονός δίνοντας του υπερβολικές διαστάσεις.	1	2	3	4	5
Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, αισθάνομαι μόνος/η στην αποτυχία μου.	1	2	3	4	5
Προσπαθώ να δείχνω υπομονή και κατανόηση στις πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.	1	2	3	4	5

#### 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 πολλή	1	2	3	4	5	6	7

άτομα							
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 νιώθω 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 ληημένος ή αναστατωμένος χάνω την αίσθηση του χιούμορ μου	1	2	3	4	5	6	7
23.	Ποτέ δεν συμμετέχω γελώντας σε βάρος των άλλων ακόμη κι αν άλλοι 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 αστεύομαι 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 διασκεδάω - 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 αστευτώ 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



## ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

#### ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ :	ΕΛΕΝΗ ΜΙΑΡΗ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ :	ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ :	ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΜΑΝΤΖΟΥΚΑΣ ΒΑΣΙΛΗΣ ΚΟΥΛΟΥΡΑΣ

#### 1. Ενδεικτικός Τίτλος :

«Η σχέση του προεγχειρητικού άγχους με τα συναισθήματα αυτοσυμπόνιας των ασθενών»

#### 1. Σύντομη Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας :

Οι ασθενείς μπορεί να αντιλαμβάνονται τη μέρα του χειρουργείου ως την πιο απειλητική ημέρα της ζωής τους. Ο βαθμός στον οποίο ο κάθε ασθενής φανερώνει το άγχος για το μέλλον εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Αυτοί περιλαμβάνουν την ηλικία, το φύλο, τον τύπο και την έκταση της προτεινόμενης επέμβασης, προηγούμενη χειρουργική εμπειρία και προσωπική ευαισθησία σε αγχωτικές καταστάσεις. Η υποκειμενική εκτίμηση του προεγχειρητικού άγχους έχει βρεθεί ότι δεν είναι ακριβής, καθώς οι αναισθησιολόγοι και οι χειρουργοί υπερεκτιμούν το άγχος των ασθενών τους (Hobson et al. 2006; Jawaid et al. 2007).



Οι γυναίκες που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργικές επεμβάσεις έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και συναισθηματικής φόρτισης από ότι οι άνδρες (Perks et al. 2009).

## 2. Σκοπός και Στόχοι :

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων με το προεγχειρητικό άγχος των ασθενών (συγκεκριμένα της αυτοσυμπόνιας και της πνευματικότητας). Πιο συγκεκριμένα:

- Σύγκριση της ομάδας των γυναικών ασθενών και της ομάδας των ανδρών ασθενών.
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

## 3. Μεθοδολογικός Σχεδιασμός :

Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων», από τον Ιανουάριο του 2020 έως τον Σεπτέμβριο του 2020.

Οι ασθενείς που θα συμμετέχουν στη μελέτη θα ενημερωθούν για το σκοπό της μελέτης και θα διαβεβαιωθούν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Ο κάθε ασθενής θα δημιουργεί έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν θα συμμετέχει στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία θα τη διεκπεραιώσουν τα ίδια άτομα, οπότε μειώνονται οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίζεται πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που θα πάρουν μέρος στην έρευνα.

Τα ερευνητικά εργαλεία που θα συμπληρώσουν είναι:

### **Ερωτηματολόγια και Ερευνητικά εργαλεία**

#### **Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων**

Το ερωτηματολόγιο θα αφορά τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων των ερωτωμένων, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, την καταγωγή, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση.

#### **Κλίμακα αυτό-αξιολόγησης του άγχους - State- Trait Anxiety Inventory**

Για την αξιολόγηση του άγχους, θα χρησιμοποιηθεί η κλίμακα *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) που κατασκευάστηκε από τον Spielberger το 1970. Αποτελείται από 40 διαπιστώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε 2 υποκλίμακες: α) τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (δηλ. παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης), και β) τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα (δηλ. μόνιμο άγχος ως

χαρακτηριστικό της προσωπικότητας). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο, στη βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert (1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτει ένας γενικός δείκτης εκτίμησης του άγχους με την άθροιση όλων των προτάσεων. Η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα ήταν 43,21, για τη δεύτερη υποκλίμακα 42,79 και για τη συνολική κλίμακα 86,01. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται και θα χρησιμοποιηθούν στην παρούσα μελέτη προέρχονται από τη δεύτερη στάθμιση της κλίμακας (Αναγνωστοπούλου, 2002), η οποία παρουσιάζει μικρότερη χρονική απόσταση από τον καιρό διεξαγωγής της παρούσας μελέτης. Κάτι τέτοιο κρίθηκε αναγκαίο, δεδομένων των ταχύτατων ρυθμών αύξησης του άγχους κατά τα τελευταία χρόνια στον φυσιολογικό πληθυσμό. Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Λιάκος & Γιαννίση, 1984; Αναγνωστοπούλου, 2002).

#### **Humor Styles Questionnaire (HSQ; Martin et al. 2003).**

Το ερωτηματολόγιο Ανάδειξης των μορφών του χιούμορ (HSQ), 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 υποκλιμάκων των 8 ερωτήσεων, οι οποίες αξιολογούν διαφορετικά στυλ χιούμορ. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια επτάβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Η εσωτερική συνέπεια (Cronbach  $\alpha$ ) του ερωτηματολογίου είναι 0,80 για την κλίμακα της ευτυχίας, 0,81 για την κλίμακα της αυτοθεραπείας, 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 Kristian 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 αυτοεκτίμηση. 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 υψηλή αυτό- εκτίμηση φαίνεται να σχετίζεται. Το SCS έχει σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό από τους Mantzios, Wilson & Γιαννου (2013), όπου έπειτα από μια σειρά μελετών αποδείχθηκε 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.

#### **4. Αναμενόμενα αποτελέσματα :**

**Ο στόχος της παρούσας μελέτης είναι η προσπάθεια διασύνδεσης του άγχους για ένα επικείμενο χειρουργείο με τα συναισθήματα αυτοσυμπόνιας και τον ώριμο μηχανισμό άμυνας του χιούμορ.**

**Η συγκεκριμένη προσπάθεια και η διερεύνηση των συγκεκριμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών της παρούσας έρευνας είναι πρώτη φορά που μελετάται και σε διεθνές επίπεδο, κατάσταση που σημαίνει ότι τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα αποτελέσουν εφιαλτήριο για νέες συζητήσεις για το χειρουργικό άγχος.**

5. Χρονοδιάγραμμα :

**Ιανουάριος 2020 – Φεβρουάριος 2020 : Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας – Συγγραφή Θεωρητικού Μέρους της Εργασίας.**

**Φεβρουάριος - Μάρτιος 2020 : Συλλογή ερωτηματολογίων**

**Απρίλιος 2020 – Μάιος 2020 : Στατιστική Επεξεργασία**

**Ιούνιος 2020 – Ιούλιος 2020 : Συγγραφή του Ερευνητικού μέρους της Εργασίας.**

**Αύγουστος 2020 – Σεπτέμβριος 2020 : Ολοκλήρωση της Ερευνητικής Μελέτης και Δημιουργία Παρουσίασης.**

6. Κόστος :

**Διευκρινίζεται ότι οι συμμετέχοντες δεν θα πληρωθούν και ότι δεν υπάρχει καμία σύγκρουση συμφερόντων.**

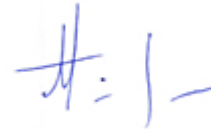
7. Παραπομπές:

- Hobson JA, Slade P, Wrench IJ, Power L. (2006). Preoperative anxiety and postoperative satisfaction in women undergoing elective caesarean section. *Int J Obstet Anesth*, 15: 18-23.
- Jawaid MA, Musbtaq AS, Mukhtar SA, Kban ZE. (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences*, 12 (2):145-148.
- Mantzios M, Wilson C, Giannou K. Psychometric properties of the Greek versions of Self- Compassion Scale and Mindful Attention and Awareness Scale. *Mindfulness*. 2013, 1-10.

- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J. & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of research in personality*, 37(1), 48-75.
- Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity*. 2003, 2:223-250.
- Perks A, Chakravarti S, Manninen P. (2009). Preoperative Anxiety in Neurosurgical Patients. *J Neurosurg Anesthesiol*, 21: 127–130.
- Spielberger GD, Gorsuch RL, Lushene RE. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ. & Ρούσση, Π. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Υπογραφή φοιτήτριας  
Μίαρη Ελένη

Υπογραφή Επιβλέπουσας



Ημερομηνία: 7/1/2020



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ**

Ιωάννινα, 7 Ιανουαρίου 2020

Προς

Την Ειδική Διατμηματική Επιτροπή

Όνοματεπώνυμο : **ΕΛΕΝΗ ΜΙΑΡΗ**

Όνοματεπώνυμο Επιβλέποντος : **ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ**

Παρακαλώ να δεχτείτε την αίτησή μου για έναρξη Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας με θέμα :

**« Η σχέση του προεγχειρητικού άγχους με τα συναισθήματα αυτοσυμπόνιας των ασθενών»**

και παρακαλώ όπως προβείτε στις απαραίτητες ενέργειες για την έναρξη της εργασίας.

Συνημμένα υποβάλω το πρωτόκολλο ερευνητικό πρωτόκολλο της εργασίας

Η Αιτούσα

Μίαρη Ελένη

---

***Έγκριση Επιβλέποντος:***

Δηλώνω ότι ενημερώθηκα και εγκρίνω την παραπάνω αίτηση.

Υπογραφή