



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διερεύνηση του άγχους και του φόβου του πόνου σε
μετεγχειρητικούς ασθενείς και ο ρόλος τους στην
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

**Ταχμάζογλου Μαρία
Νοσηλεύτρια ΤΕ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΙΡΗ**

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Γκούβα Μαίρη (Αναπληρώτρια Καθηγήτρια ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ)

Χατζόγλου Χρύσα (Επίκ. Καθηγήτρια Τμήμα Ιατρικής ΠΘ)

Κοτρώτσιου Ευαγγελία (Καθηγήτρια ΤΕΙ ΛΑΡΙΣΑΣ)

Λάρισα, 2014



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



**The Investigation of anxiety and fear of pain in postoperative patients
and their linkage with the Primary Health Care**

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	10
Κεφάλαιο 1: ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	10
1.1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	11
1.2. Δευτεροβάθμια – Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	12
Κεφάλαιο 2: Ο ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΥΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	13
2.1. Ορισμός και περιγραφή της έννοιας του πόνου	13
2.2. Φυσιοπαθολογία του πόνου	14
2.3. Μετεγχειρητικός ασθενής και πόνος	15
Κεφάλαιο 3. ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΟΥΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	19
3.1. Ορισμός και περιγραφή της έννοιας του άγχους	19
3.2. Τρόποι αντιμετώπισης του άγχους	20
3.3. Το άγχος σε μετεγχειρητικούς ασθενείς	23
Κεφάλαιο 4. Ο ΦΟΒΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΥΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	25
4.1. Ορισμός και περιγραφή του φόβου του πόνου.....	25
4.2. Ο φόβος του πόνου στους μετεγχειρητικούς ασθενείς	26
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	27
Κεφάλαιο 5: ΣΚΟΠΟΣ.....	27
Κεφάλαιο 6: ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	28
6.1. Περιγραφή του δείγματος	28

6.2. Ερευνητικά εργαλεία	32
6.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων	39
Κεφάλαιο 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	40
7.1. Διερεύνηση παραγοντικής δομής ερωτηματολογίου της έρευνας	41
7.2. Διερεύνηση του επιπέδου των υπό μελέτη παραγόντων	47
7.3. Ατομικές διαφορές του δείγματος ως προς τους υπό μελέτη παράγοντες.....	50
Κεφάλαιο 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	65

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Γκούβα Μαίρη για την υποστήριξη και την βοήθεια που μου προσέφερε κατά την διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας πτυχιακής εργασίας καθώς επίσης και τα άλλα δύο μέλη της τριμελούς επιτροπής, την κ. Χατζόγλου Χρύσα και την κ. Κοτρώτσιου Ευαγγελία.

Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την οικονομική και ηθική τους συμπαράσταση και ειδικά τη μητέρα μου για την υπομονή της και την κατανόησή της κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού.

Ευχαριστώ πολύ, επίσης, την οικογένεια Κυρίτση που με αγάπη και φροντίδα άνοιξε το σπίτι της στη Λάρισα, με φιλοξένησε και μου συμπαραστάθηκε δύο ολόκληρα χρόνια.

Τους συναδέλφους μου για την κατανόηση τους, και ένα μεγάλο ευχαριστώ, τέλος, απευθύνω στους ασθενείς που με υπομονή και ειλικρίνεια απάντησαν στα ερωτηματολόγια αυτής της μελέτης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο πόνος είναι ένα συχνό φαινόμενο στους ασθενείς που έχουν υποστεί μια χειρουργική επέμβαση. Αρνητικά συναισθήματα, όπως το άγχος και ο φόβος του πόνου, είναι εύλογο να εμφανιστούν στους μετεγχειρητικούς ασθενείς. **Σκοπός** της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση του άγχους και του φόβου του πόνου αλλά και άλλα στοιχεία ψυχοπαθολογίας σε μετεγχειρητικούς ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Δημήτριος». Επιπλέον, στόχος ήταν η διερεύνηση των ατομικών διαφορών των ασθενών ως προς τους υπό μελέτη παράγοντες. **Υλικό και μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν 76 ασθενείς που είχαν υποστεί κάποια χειρουργική επέμβαση στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος». Διαπιστώνεται πως, ως προς το φύλο, το δείγμα μας αποτελείται από 35 άνδρες (46,1%) και 41 γυναίκες (53,9%). Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα ήταν το ερωτηματολόγιο Symptom Checklist 90 – R, το ερωτηματολόγιο Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales, το ερωτηματολόγιο Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness, το ερωτηματολόγιο Life Orientation test – Revised, το ερωτηματολόγιο Cardiac Anxiety Questionnaire, το ερωτηματολόγιο State – Trait Anxiety Inventory, το ερωτηματολόγιο Fear of Pain Questionnaire και το ερωτηματολόγιο Pain Anxiety Symptoms. **Αποτελέσματα:** Διαπιστώθηκε πως οι ασθενείς χαρακτηρίζονται από μέτρια επίπεδα άγχους και φόβου του πόνου αλλά και άλλων στοιχείων ψυχοπαθολογίας και πως στηρίζονται, για τη διαχείριση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν την περίοδο αυτή, τόσο στο οικογενειακό τους περιβάλλον όσο και στη θρησκευτική τους πίστη ή στις πνευματικές τους αναζητήσεις. Επιπλέον, διαπιστώθηκε πως η ηλικία των ασθενών επηρεάζει την επιθετικότητά τους και την θετική απόδοση της νόσου στη θρησκεία, καθώς οι νεότεροι ασθενείς εμφανίζουν υψηλά επίπεδα επιθετικότητας και υψηλά επίπεδα θετικής ερμηνείας του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζουν. Οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους τόσο ως στοιχείο ψυχοπαθολογίας όσο και ως κατάσταση σε σχέση με τους άνδρες, οι διαζευγμένοι και οι χήροι παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχαναγκασμού και κατάθλιψης σε σχέση με τους έγγαμους και τους άγαμους και τέλος τα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα φοβικού άγχους και ανησυχίας για καρδιακές ενοχλήσεις από τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. **Συμπεράσματα:** Η ενεργοποίηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μέσω της ενημέρωσης του κοινού για τις υπηρεσίες της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, θα μπορούσε να οδηγήσει σε ακόμα χαμηλότερα επίπεδα άγχους και φόβου του πόνου.

Λέξεις – Κλειδιά : Μετεγχειρητικοί ασθενείς, πόνος, άγχος του πόνου, φόβος του πόνου

ABSTRACT

Introduction: Pain is very usual in patients who have undergone a surgery. Negative emotions such as anxiety and fear of pain are reasonable to occur in postoperative patients. **The purpose of this study** was to explore the anxiety and fear of pain, but also other factors of psychopathology in postoperative patients who underwent surgery at the General Hospital of Thessaloniki "Agios Dimitrios". Furthermore, another aim was to investigate the individual differences of patients in the study factors. **Tools and methodology:** The participants on this research were 76 patients who underwent surgery at the General Hospital of Thessaloniki "Agios Dimitrios". Relating to gender, the sample of this study consists of 35 men (46,1%) and 41 women (53,9%). The tools used in this research was the questionnaire Symptom Checklist 90 - R, the questionnaire Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales, the questionnaire Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness, profile Life Orientation test - Revised, the Cardiac Anxiety Questionnaire, the State - Trait Anxiety Inventory, the Fear of Pain Questionnaire and the Pain Anxiety Symptoms. **Results:** The results of this study have shown that patients were characterized by moderate levels of anxiety and fear of pain, but also by moderate levels of other elements of psychopathology and have shown that they relied on their family and on religiousness/spirituality in order to overcome their problems. Moreover, it seemed that the age of patients affects their hostility and positive return on their illness to religion, as younger patients showed higher levels of hostility and higher levels of positive interpretation of health problems. The results also have shown that women had higher levels of anxiety both as an element of psychopathology and as a state than men, divorced and widowed had higher levels of obsession - compulsion and depression compared to married and unmarried and finally, those with lower educational level showed higher levels of phobic anxiety and cardiac fear and worry than people with higher education levels. **Conclusion:** Activation of primary health care through preventive public information for the services of secondary health care could lead to even lower levels of anxiety and fear of pain.

Keywords: Post-surgical patients, pain, anxiety of pain, fear of pain

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κίνητρο για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος ήταν η εργασιακή μου εμπειρία στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Δημήτριος», ως νοσηλεύτρια χειρουργείου τα τελευταία χρόνια. Κατά τη μακροχρόνια εργασιακή μου εμπειρία, μου γεννήθηκε η επιθυμία να μελετήσω την ψυχολογία των ασθενών που έχουν υποστεί μια χειρουργική επέμβαση και το άγχος που αναπτύσσουν κατά την περίοδο αυτή και σχετίζεται με τον πόνο.

Η εν λόγω διπλωματική εργασία έχει ως στόχο να διερευνήσει αν οι ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Δημήτριος» εμφανίζουν ψυχολογικά προβλήματα τα οποία σχετίζονται κυρίως με τον πόνο που βιώνουν και κατά κύριο λόγο με το άγχος και το φόβο για τον πόνο. Ένας δεύτερος στόχος της παρούσας μελέτης είναι να μελετήσει τις στρατηγικές που ενδεχομένως χρησιμοποιούν οι ασθενείς για την αντιμετώπιση του αισθήματος του άγχους και του φόβου του πόνου.

Κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης έρευνας κρίθηκε απαραίτητη η αξιολόγηση του άγχους και του φόβου του πόνου και όλων των συναφών παραγόντων που προέκυψαν από την ανάλυση των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε η διερεύνηση της ύπαρξης διαφορών στις διαστάσεις που προέκυπτan από τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο).

Αξίζει να σημειωθεί πως κατά την επισκόπηση της βιβλιογραφίας δεν εντοπίστηκε κάποια έρευνα που να εξετάζει όλες τις ανωτέρω μεταβλητές ταυτόχρονα και μάλιστα στο συγκεκριμένο δείγμα. Υπάρχουν διάφορες έρευνες που μελετούν το άγχος του πόνου και το φόβο του πόνου σε προεγχειρητικούς ή και σε μετεγχειρητικούς ασθενείς, αλλά δεν βρέθηκε καμία έρευνα που να διερευνά όλα τα στοιχεία ψυχοπαθολογίας που μελετά η παρούσα έρευνα ούτε τους τρόπους με τους οποίους διαχειρίζονται οι ασθενείς την αρνητική αυτή εμπειρία τους τόσο στην ελληνική όσο και στη διεθνή βιβλιογραφία.

Η εργασία αυτή συνίσταται από δύο μέρη, το Γενικό και το Ειδικό. Στο Γενικό μέρος, παρουσιάζεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας και οι επιμέρους υπηρεσίες που προσφέρει το συγκεκριμένο σύστημα. Επιπλέον, περιγράφεται αναλυτικά η έννοια του πόνου καθώς και το άγχος και ο φόβος του πόνου σε ασθενείς που υφίστανται κάποια χειρουργική επέμβαση.

Στο Ειδικό μέρος περιγράφεται αρχικά ο πληθυσμός της μελέτης και η μέθοδος που ακολουθήθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και η διαδικασία συλλογής τους. Παρουσιάζεται η ανάλυση των αποτελεσμάτων όπως αυτά ορίζονται από τους επιμέρους στόχους της έρευνας, το κεφάλαιο της συζήτησης, η ερμηνεία των ερευνητικών αποτελεσμάτων καθώς και τα συμπεράσματα και οι ενδεχόμενες προτάσεις. Τέλος, παρατίθεται η ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία που μελετήθηκε κατά την εκπόνηση της εργασίας και το ερωτηματολόγιο της έρευνας.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι ευρέως αποδεκτό πως η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητη πτυχή της οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής ενός κράτους, καθώς οι υπηρεσίες αυτές έχουν ως επίκεντρο τον άνθρωπο και στοχεύουν στην ικανοποίηση των απαραίτητων αναγκών του. Στο πνεύμα αυτό, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προωθεί ένα σύστημα υγείας που έχει ως κύριο στόχο την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, την αποτελεσματικότητα και την προσβασιμότητα τόσο για την πρόληψη της ασθένειας όσο και για την θεραπεία της.

Οι πρώτες σημαντικές προσπάθειες για την ανάπτυξη ενός συστήματος παροχής υγειονομικών υπηρεσιών έλαβε χώρα στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Η περίοδος αυτή είναι σημαντική, καθώς τότε δημιουργήθηκαν τα λεγόμενα «Εθνικά Νοσοκομεία»[1], συστάθηκαν πολλές Πανεπιστημιακές αλλά και άλλες σχολές που ήταν σχετικές με τις υπηρεσίες υγείας και θεσπίστηκαν νόμοι και μέτρα για την πρόληψη και τον έλεγχο των νοσημάτων [2,3].

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980 παρατηρείται μια σημαντική αύξηση των πόρων, ανθρώπινων, υλικών και οικονομικών, στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Στη φάση αυτή θεσμοθετείται για πρώτη φορά το Εθνικό Σύστημα Υγείας, που αφορά τη λειτουργική ενοποίηση των δημοσίων υποδομών περίθαλψης (Νόμος 1397/83, ΦΕΚ 143/A/1983). Σύμφωνα με τον νόμο αυτό, η παροχή των υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται ισότιμα και ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση κάθε πολίτη.

Μερικά από τα χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι η επιβολή ενός ενιαίου τρόπου οργάνωσης των νοσοκομείων, μέσω τριών κοινών υπηρεσιών, δηλαδή της ιατρικής, της νοσηλευτικής και της διοικητικής, του προσδιορισμού της ανάπτυξης των κέντρων υγείας, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και σε σύνδεση με τα νοσοκομεία, στα οποία υπάγονται επιστημονικά και διοικητικά και η καθιέρωση του θεσμού των ιατρών εργασίας Ε.Σ.Υ. πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Τέλος, μεταξύ άλλων, το Εθνικό Σύστημα Υγείας προήγαγε μια σαφή διάκριση των βαθμίδων περίθαλψης σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια.

1.1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Άλμα – Άτα το 1978, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζεται ως «...η ουσιαστική υγειονομική περίθαλψη που βασίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά σωστές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία που προσφέρεται σε όλα τα άτομα και όλες τις οικογένειες μιας κοινότητας με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που ανταποκρίνεται στις οικονομικές δυνατότητες της κοινότητας και της χώρας σε κάθε στάδιο ανάπτυξης, σύμφωνα με πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης» [4].

Σύμφωνα με τη διακήρυξη αυτή και τον νόμο που εισήχθη στη χώρα μας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν ασχολείται μόνο με την περίθαλψη, δηλαδή τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση απλών νοσημάτων σε τοπικό επίπεδο, αλλά είναι κυρίως επιφορτισμένη με την πρόληψη, την προαγωγή της υγείας και την κοινωνική φροντίδα. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ασκείται στα Κέντρα Υγείας, που είναι ο κύριος φορέας παροχής υπηρεσιών υγείας σε αυτό το επίπεδο, στα προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας, στα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων, στα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων, τα Γηροκομεία και τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από το βασικό φορέα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, τα Κέντρα Υγείας σκοπό έχουν να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού σε πρωτοβάθμια πρόληψη και κοινωνική φροντίδα. Μεταξύ των υπηρεσιών αυτών συμπεριλαμβάνονται ιατρικές υπηρεσίες, όπως η πρόληψη, η διάγνωση και η πρωτοβάθμια περίθαλψη, οι Α΄ Βοήθειες, η Αποκατάσταση και η Εκπαίδευση Ιατρών και Λοιπού Προσωπικού, οι νοσηλευτικές υπηρεσίες, όπως η παροχή βραχείας νοσηλείας για ολιγόωρη παραμονή του ασθενούς, οι κοινωνικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες, όπως η κοινωνική φροντίδα των νέων, οι ιατροκοινωνικές υπηρεσίες, όπως η παροχή φαρμάκων ή η οργάνωση τράπεζας αίματος, καθώς και οι διοικητικές υπηρεσίες.

Οι παραπάνω δομές αλλά και τα όργανα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας οφείλουν επίσης να μεριμνούν για διάφορα άλλα ζητήματα, όπως η προληπτική εξέταση των παιδιών στα σχολεία, η ενημέρωση του πληθυσμού για θέματα υγείας, υγιεινής και ασφάλειας, καθώς και για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, η παρακολούθηση χρόνιων προβλημάτων και ο εμβολιασμός για τις κυριότερες μεταδοτικές ασθένειες. Επιπλέον, οι ανωτέρω οφείλουν να συνεργάζονται με άλλους λειτουργούς υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε τοπικό επίπεδο, καθώς και να εμπλέκει

όλους τους τομείς ανάπτυξης, τόσο σε εθνικό όσο και σε τοπικό επίπεδο, με κύριο στόχο της συντονισμένο δράση των τομέων και την παροχή της βέλτιστης ποιότητας υπηρεσιών υγείας [5].

1.2. Δευτεροβάθμια – Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Με τον όρο Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζονται όλες οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται μέσα στα εσωτερικά τμήματα των νοσοκομείων, των συμβεβλημένων ιδιωτικών κλινικών και των μονάδων υγείας. «Η Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει τη νοσηλεία του πάσχοντα, την ενδιαίτησή του, την οποιασδήποτε φύσεως ιατρική, νοσηλευτική και φαρμακευτική προς αυτόν συνδρομή και ειδικότερα τη δέουσα αγωγή και θεραπεία για αποκατάσταση σωματικών και ψυχικών αναπηριών ή νοσηρών εν γένει καταστάσεων, καθώς και τις αναγκαίες θεραπείες, παρακλινικές εξετάσεις, κάθε αναγκαία φαρμακευτική αγωγή, ειδικά θεραπευτικά μέσα και προθέσεις.» [6].

Ουσιαστικά, η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας αφορά το επόμενο επίπεδο φροντίδας των ασθενών που χρειάζονται επιπλέον υπηρεσίες υγείας σε νοσοκομεία ή κλινικές, συμπεριλαμβανομένης της εξειδικευμένης αγωγής και παρακολούθησης ή περαιτέρω υπηρεσιών, όπως η εγχείρηση [7]. Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας στη χώρα μας, σύμφωνα πάντα και με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, χαρακτηρίζεται από νοσοκομειακοκεντρικό χαρακτήρα, κυρίως προερχόμενο από την έλλειψη διάκρισης των μονάδων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας [7].

Η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συνδέεται στενά με τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, διαφέρει όμως με αυτή ως προς την απαίτηση εξειδικευμένων γνώσεων και εξοπλισμού και παρέχεται κυρίως σε πανεπιστημιακές κλινικές, για την παροχή υψηλής τεχνογνωσίας υπηρεσιών υγείας [7]. Σε γενικές γραμμές, παρατηρείται μια σύνδεση των βαθμίδων παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίες προσπαθούν να παρέχουν στους πολίτες ένα ενιαίο και ολοκληρωμένο σύστημα.

2. Ο ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΥΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

2.1. Ορισμός και περιγραφή της έννοιας του πόνου

Ο πόνος είναι ένα δυσάρεστο αίσθημα, το οποίο βιώνει ο καθένας υποκειμενικά μέσω των προσωπικών του εμπειριών. Σύμφωνα με τη Διεθνή Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου, ο πόνος ορίζεται ως η δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με εγκατεστημένη ή επαπειλούμενη ιστική βλάβη ή περιγράφεται σε σχέση με μια τέτοια βλάβη. Σε κάθε περίπτωση, ο πόνος αποτελεί προστατευτικό μηχανισμό του σώματος όταν προκαλείται κάποια βλάβη στους ιστούς και αποτελεί αντίδραση για την απομάκρυνση του ερεθίσματος αυτού.

Η ένταση και η διάρκεια του πόνου διαφοροποιείται ανάλογα με την περιοχή του σώματος στην οποία εκδηλώνεται, αλλά και από την προηγούμενη εμπειρία και τη συγκινησιακή κατάσταση του οργανισμού, καθώς και από εγγενείς ατομικές διαφορές ως προς την αντίληψη του πόνου [8].

Η εντόπιση και η κατανομή του πόνου είναι απαραίτητα στοιχεία για την κατανόηση της παθοφυσιολογίας του πόνου και την εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης του αρρώστου. Εξετάζεται, αν ο πόνος είναι *εντοπισμένος*, περιορίζεται δηλαδή στην περιοχή της βλάβης και δε μεταναστεύει, αν είναι αναφερόμενος – προέρχεται από εν τω βάθει περιοχές και αντανακλά και σε άλλες περιοχές του σώματος, αν είναι *επιφανειακός* και εντοπίζεται εύκολα ή *σπλαχνικός*, προέρχεται από εσωτερικά όργανα τα οποία έχουν λίγους υποδοχείς πόνου. Αφού εντοπιστεί ο πόνος ξεκινάει ο προσανατολισμός της αιτίας του πόνου μέσα από τη διερεύνηση και αναζήτηση των συμπτωμάτων και την πραγματοποίηση ειδικών εξετάσεων.

Στη βιβλιογραφία εντοπίζεται συχνά η διάκριση του πόνου σε διάφορα είδη, τον ταχύ πόνο, τον βραδύ πόνο, τον οξύ και το χρόνιο πόνο. Ο *ταχύς* πόνος περιγράφεται ως οξύς πόνος, εμφανίζεται σε 0,1 sec μετά το ερέθισμα, το οποίο συνήθως προκαλείται από την εισαγωγή βελόνας, κατά την τομή του δέρματος με μαχαίρι, από οξύ έγκαυμα στο δέρμα και από την επίδραση ηλεκτρικού ρεύματος. Ο *βραδύς* πόνος περιγράφεται ως καυστικός, βαθύς πόνος, ο οποίος συνήθως σχετίζεται με καταστροφή των ιστών και μπορεί να οδηγήσει σε μακροχρόνιο πόνο. Ο *οξύς* πόνος περιγράφεται ως πόνος μικρής διάρκειας με ξεκάθαρη συνήθως αιτία. Ο οξύς πόνος χαρακτηρίζεται ως η φυσιολογική αντίδραση σε ένα επιβλαβές ερέθισμα, τα οποία μπορεί να ποικίλλει από μηχανικό (για παράδειγμα οστικό κάταγμα), θερμικό (για παράδειγμα ένα έγκαυμα) ή χημικό (για παράδειγμα μυαλγίες). Τέλος, ο *χρόνιος* πόνος συχνά διαφοροποιείται

από το αρχικό του αίτιο και συνήθως οφείλεται στην ευαισθησία που έχει αποκτήσει το νευρικό σύστημα του ασθενή εξαιτίας του αρχικού αιτίου [9].

2.2. Φυσιοπαθολογία του πόνου

Σύμφωνα με τον ορισμό του πόνου που διατυπώθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, ο πόνος είναι ο προστατευτικός μηχανισμός του οργανισμού σε κάποιο δυσάρεστο συναίσθημα. Αυτό συμβαίνει καθώς στο σώμα του ατόμου βρίσκονται ειδικά διαμορφωμένα κύτταρα, υποδοχείς πόνου, τα οποία διεγείρονται με το αντίστοιχο ερέθισμα και με τη σειρά τους, μεταφέρουν το αντίστοιχο ερέθισμα στον εγκέφαλο, μέσω πολύπλοκων διεργασιών του νευρικού συστήματος. Στον εγκέφαλο πραγματοποιείται η αναγνώριση της εστίας του πόνου και επιλέγεται το καταλληλότερο «σχέδιο δράσης» για την αντιμετώπιση του πόνου. Παράλληλα, από τον πόνο προκαλούνται και άλλες αντιδράσεις του οργανισμού, όπως για παράδειγμα η εφίδρωση ή η ταχυπαλμία.

Η διαδικασία που περιγράφηκε παραπάνω πραγματοποιείται μόνο στις περιπτώσεις που τα ερεθίσματα χαρακτηρίζονται από έναν αρκετά βλαπτικό χαρακτήρα για να γίνουν αντιληπτά από τους υποδοχείς του πόνου. Θα πρέπει, δηλαδή, τα ερεθίσματα να είναι ικανά να περάσουν τον ουδό (κατώφλι) του πόνου των υποδοχέων, προκειμένου το ερέθισμα να μεταφερθεί στον εγκέφαλο. Ο ουδός του πόνου διαφοροποιείται από άτομο σε άτομο και ανάλογα με τις συνθήκες, αποτελεί, ωστόσο, ένα αντικειμενικά μετρήσιμο νευροφυσιολογικό μέγεθος για το κάθε άτομο ξεχωριστά [10].

Η υποκειμενικότητα του πόνου είναι μια ακόμα παράμετρος που χρήζει αναφοράς κατά τη μελέτη του φαινομένου. Ήδη αναφέρθηκε πως ο πόνος στο κάθε άτομο ακολουθεί διαφοροποιημένη διαβάθμιση ανάλογα με τον ουδό του πόνου του καθενός, με τις συνθήκες, με τον τύπο του πόνου και άλλα χαρακτηριστικά. Η τελική, ωστόσο, αξιολόγηση του πόνου σχετίζεται με την επικέντρωση της προσοχής μας στο εκάστοτε ερέθισμα, αλλά και την ιεράρχηση των αναγκών του οργανισμού κατά την επίδραση του ερεθίσματος σε αυτόν. Επιπλέον, για την υποκειμενική αξιολόγηση του πόνου θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και άλλοι παράγοντες, όπως η ηλικία, οι προηγούμενες εμπειρίες στον πόνο και άλλοι πολιτισμικοί και κοινωνικοί παράγοντες [10]. Τέλος, ένας παράγοντας που βρέθηκε να επηρεάζει τον πόνο, κυρίως όταν αφορά χρόνιους πόνους είναι η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου και διάφορες διαταραχές που μπορεί να εμφανιστούν, όπως για παράδειγμα το άγχος και η κατάθλιψη.

2.3. Μετεγχειρητικός ασθηνής και πόνος

Ο μετεγχειρητικός πόνος ορίζεται ως ο πόνος που εμφανίζεται σε χειρουργικό ασθενή, εξαιτίας μιας προϋπάρχουσας νόσου, μιας χειρουργικής επέμβασης ή ενός συνδυασμού από πηγές σχετικές με τη νόσο ή τη χειρουργική επέμβαση [11]. Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι ο σημαντικότερος μηχανισμός άμυνας του οργανισμού, γι' αυτό το λόγο, η παρουσία του πόνου έπειτα από κάθε εγχείρηση είναι σχεδόν δεδομένη και οι επιπτώσεις του πόνου πολλαπλές και σε πολλά επίπεδα (ψυχολογικό, κοινωνικό – οικονομικό και φυσιολογικό). Η αντιμετώπιση του πόνου στον μετεγχειρητικό ασθενή είναι επιβεβλημένη, για ανθρωπιστικούς λόγους αλλά και για την αποφυγή πρόκλησης δευτερογενών εκδηλώσεων πόνου ή μετεξέλιξης του σε χρόνια πόνο.

Οι δευτερογενείς αυτές εκδηλώσεις του μετεγχειρητικού πόνου συνεπιφέρουν με τη σειρά τους μεγαλύτερη συχνότητα των μετεγχειρητικών επιπλοκών και καθυστέρηση της βελτίωσης της κατάστασης υγείας των ασθενών και συνεπακόλουθη έξοδό τους από το νοσοκομείο [12].

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η ανεπαρκής ή η μη αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου μπορεί να έχει ποικίλες επιδράσεις στην υγεία του ασθενή. Το χειρουργικό τραύμα εκτός του ότι μεταβάλλει το μικροπεριβάλλον των κυττάρων και προκαλεί υπεραλγησία, αναπτύσσει τα νωτιαία και υπερνωτιαία αντανακλαστικά. Τα νωτιαία αντανακλαστικά είναι υπεύθυνα για την εμφάνιση ταχυπαλμίας, υπέρτασης, αύξησης του κατά λεπτό αερισμού, των μεταβολών της κινητικότητας του γαστρεντερικού και ουροποιητικού συστήματος καθώς και της αύξησης του μυϊκού τόνου. Τα υπερνωτιαία αντανακλαστικά, από την άλλη, επηρεάζουν μια σειρά ορμονών και δημιουργείται μια κατάσταση γνωστή και ως απάντηση στο στρες (αύξηση της γλυκόζης, του μεταβολισμού, της κατανάλωσης οξυγόνου). Πολύ σοβαρές επίσης είναι οι ψυχολογικές επιπτώσεις του μετεγχειρητικού πόνου στον ασθενή, ειδικά όταν υπάρχουν προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες πόνου. Ο μετεγχειρητικός πόνος προκαλεί στον ασθενή άγχος και αϋπνία, συμπτώματα τα οποία επιδεινώνουν τον πόνο. Ο φαύλος αυτός κύκλος μπορεί εύκολα να οδηγήσει τον ασθενή σε επιθετική συμπεριφορά, κατάθλιψη και έντονο άγχος.

Η εκτίμηση της έντασης του πόνου είναι ένα ακόμα ζήτημα που απασχόλησε την ερευνητική κοινότητα. Αυτό συνέβη καθώς η εκτίμηση της έντασης του πόνου είναι βασική για την αποτελεσματική αντιμετώπισή του σε μετεγχειρητικό επίπεδο. Δεδομένου ότι η ένταση του πόνου είναι υποκειμενική για κάθε ασθενή, κατασκευάστηκαν διάφορες κλίμακες μέτρησης της έντασης του πόνου, με απώτερο σκοπό την αποτελεσματική θεραπεία του.

Στη βιβλιογραφία παρουσιάζονται διάφορες κλίμακες για την εκτίμηση του πόνου, εδώ, ωστόσο, θα αναφερθούν οι πιο διαδεδομένες:

1. Αριθμητική κλίμακα (Numerical Rating Scale – NRS). Πρόκειται για μια απλή και εύχρηστη κλίμακα, από το 0 έως το 10, όπου το μηδέν αντιστοιχεί σε ανύπαρκτο πόνο και το 10 στο χειρότερο δυνατό πόνο [13].
2. Περιγραφική κλίμακα (Verbal Rating Scale – VRS). Η κλίμακα αυτή αποτελείται από περιγραφικά επίθετα σχετικά με την ένταση του πόνου, με κατάταξη *καθόλου – ήπιος – μέτριος – έντονος* πόνος. Πρόκειται για μια απλή κλίμακα που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλες τις ηλικιακές ομάδες και καλύπτει καθόλα το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών [14].
3. Οπτική Αναλογική Κλίμακα (Visual Analogue Scale – VAS). Η κλίμακα αποτελείται από μια ευθεία γραμμή δέκα εκατοστών, με το ένα άκρο να αποτελεί την πλήρη έλλειψη πόνου και το άλλο άκρο να αντιστοιχεί την χειρίστη αίσθηση πόνου. Το σημείο που θα σημειώσει ο ασθενής πάνω σε αυτό το συνεχές αποτελεί την αίσθηση του πόνου. Η συγκεκριμένη κλίμακα, αν και φαίνεται πολύ απλή, διέπεται από διάφορους περιορισμούς, όπως οι πρακτικές δυσκολίες, η αφηρημένη αντίληψη της γραμμής και η συνθετότητα [15].

Πέρα από τις κλίμακες που αναφέρθηκαν παραπάνω, υπάρχει μια πληθώρα ερωτηματολογίων αξιολόγησης του πόνου που χρησιμοποιούνται από διάφορους ερευνητές, όπως για παράδειγμα το Ερωτηματολόγιο Πόνου του McGill, αλλά και διάφορες άλλες τεχνικές που βασίζονται στη συμπεριφορά. Οι κλίμακες που αναφέρθηκαν παραπάνω είναι οι πιο απλές και εύχρηστες για τους ασθενείς κάθε ηλικίας και κάθε μορφωτικού επιπέδου και χρησιμοποιούνται συχνότερα για την αξιολόγηση της έντασης του πόνου, λόγω της απλότητας της διαδικασίας ανάλυσης τους.

Σε κάθε περίπτωση, κατά την μετεγχειρητική περίοδο, όπου ο ασθενής αντιμετωπίζει συνήθως οξύ πόνο, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό είναι σε θέση να εντοπίσει την ένταση του πόνου του ασθενή από ορισμένες φυσιολογικές μεταβολές. Η μεταβολή της φυσιολογίας ορισμένων ενδείξεων, όπως της καρδιακής και αναπνευστικής συχνότητας, της αρτηριακής πίεσης, η μεταβολή της τιμής του οξυγόνου στο αίμα και η εφίδρωση. Η υποκειμενικότητα, ωστόσο, της έντασης του πόνου σε κάθε ασθενή, η φαρμακευτική του αγωγή και η κατάσταση της υγείας του επιβάλλουν τη σφαιρική επισκόπηση της κατάστασης του ασθενή για την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή για τη μείωση του πόνου.

Είναι γεγονός πως ο μετεγχειρητικός πόνος είναι πολύ σημαντικός για τον ασθενή και θα πρέπει να ελέγχεται πλήρως για να μην έχει τις αρνητικές επιπτώσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω.

Για το λόγο αυτό, η μετεγχειρητική αναλγησία πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας ενός ασθενή, ειδικά όταν αυτός αντιμετωπίζει έντονους πόνους στη μετεγχειρητική περίοδο. Η ανάγκη δραστικής αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου οδήγησε στη έκδοση Κατευθυντήριων Οδηγιών από διάφορους φορείς όπως η Παγκόσμια Εταιρία για τη μελέτη του πόνου (IASP), η Αμερικανική Εταιρεία Αναισθησιολογίας (ASA), η Εταιρεία Αναισθησιολόγων της Μεγάλης Βρετανίας και το Κολέγιο Αναισθησιολόγων της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας. Η μετεγχειρητική αναλγησία έχει ως στόχο την ανακούφιση του ασθενούς και την καταστολή του πόνου, με πολλαπλά οφέλη, όπως η μειωμένη νοσηρότητα, η σύντομη κινητοποίηση, η μείωση της παραμονής στο νοσοκομείο και η ικανοποίηση του ασθενούς και του προσωπικού.

Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι οξύς πόνος και διαρκεί συνήθως έως και 2 ημέρες, με κορύφωση του πόνου στο πρώτο 24ώρο μετά την εγχείρηση. Η μετεγχειρητική αναλγησία διακρίνεται συνήθως σε δύο τρόπους, την συστηματική φαρμακευτική αναλγησία και την περιοχική αναλγησία. Η *συστηματική φαρμακευτική αναλγησία* χορηγείται μέσω διαφόρων μεθόδων, όπως τη συνεχή ενδοφλέβια χορήγηση με συσκευή σταθερούς ροής έγχυσης, την κατά βούληση ελεγχόμενη από τον ασθενή ενδοφλέβια έγχυση αναλγητικού φαρμάκου μέσω ειδικά ρυθμισμένης συσκευής και την από του στόματος λήψη αναλγητικού φαρμάκου. Η *περιοχική αναλγησία*, από την άλλη, παρέχει συνεχή μετεγχειρητική αναλγησία, με έλλειψη σοβαρών καρδιαγγειακών μεταβολών και πρόκληση υπνηλίας, εμφανίζει, όμως, κάποιες τεχνικές επιπλοκές οι οποίες διακρίνονται σε σπάνιες αλλά σοβαρές, όπως κάκωση νεύρων, αιμορραγία ή λοίμωξη και συνήθεις αλλά με ήπιες επιπτώσεις όπως κεφαλαλγία μετά από τρώση της μήνιγγας.

Ο ρόλος του προσωπικού του νοσοκομείου ή της κλινικής είναι ιδιαίτερα σημαντικός στις περιπτώσεις του μετεγχειρητικού πόνου και της αναλγησίας. Η ερευνητική δραστηριότητα, κυρίως στο εξωτερικό, έχει δείξει πως παρά τις έρευνες και τις εξελίξεις πάνω στο ζήτημα αυτό, από τη δεκαετία του 1950 έως και σήμερα, η αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου είναι ανεπαρκής [16]. Στις έρευνες αυτές, πάνω από το μέσο όρο των ασθενών αναφέρουν σοβαρούς πόνους και ανεπαρκή αντιμετώπισή τους μετά από μια χειρουργική επέμβαση. Οι ίδιες έρευνες έδειξαν πως ο μετεγχειρητικός πόνος υποεκτιμάται από τους επαγγελματίες υγείας, ενώ παρουσιάζονται και άλλα προβλήματα, όπως η έλλειψη πόρων, η ελλιπής εκπαίδευση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση του πόνου, η υπέρβαση των πάγιων νοσηλευτικών καθηκόντων.

Ο πόνος, λοιπόν, συγκεκριμένα στις περιπτώσεις μετεγχειρητικού σταδίου, αποτελεί ένα ζήτημα που πρέπει να αντιμετωπισθεί άμεσα, καθώς οι επιπτώσεις στον ασθενή είναι αρνητικές. Στην παρούσα εργασία αναφέρθηκαν οι επιπτώσεις που έχει ο μετεγχειρητικός πόνος σε ατομικό επίπεδο, ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί πως οι επιπτώσεις της μη αντιμετώπισης του μετεγχειρητικού πόνου επεκτείνονται και σε άλλα επίπεδα, όπως το οικονομικό, καθώς αυξάνονται τα έξοδα που προκύπτουν από την μακροχρόνια παραμονή των ασθενών στα νοσοκομεία και την επιπλέον φαρμακευτική αγωγή.

3. ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΟΥΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

3.1. Ορισμός και περιγραφή της έννοιας του άγχους

Το άγχος είναι ένα φαινόμενο που κυριαρχεί στο σύγχρονο κόσμο, καθώς πλήττει πληθώρα ατόμων σε διάφορους τομείς της ζωής τους (π.χ. εργασιακό άγχος). Η προσπάθεια να οριστεί η συγκεκριμένη έννοια είναι ιδιαίτερα δύσκολη, παρόλο που στη βιβλιογραφία έχουν βρεθεί πάρα πολλές έρευνες που μελετούν το φαινόμενο.

Ετυμολογικά, η λέξη άγχος φαίνεται να προέρχεται από το αρχαιοελληνικό ρήμα ἄγχω, που σημαίνει πως σφίγγω δυνατά το λαιμό, πνίγω. Η ξενόγλωσση λέξη stress φαίνεται να προέρχεται από τη λατινική λέξη stringere, που σημαίνει σφίγγω δυνατά, ενώ σύμφωνα με άλλους ερευνητές, ο όρος προέρχεται από τη γαλλική λέξη destresse, που σημαίνει βρίσκομαι σε στενότητα, καταπιέζομαι. Παρατηρείται πως σε όλες τις περιπτώσεις ο όρος συνδέεται με το σφίξιμο, την καταπίεση.

Ιστορικά, έγιναν πολλές απόπειρες ακριβούς περιγραφής και ορισμού της έννοιας του άγχους. Από την αρχαία Ελλάδα ακόμα, ο Ιπποκράτης, ο Πλάτων και ο Αριστοτέλης προσπάθησαν να εξηγήσουν τι σημαίνει άγχος, μέσα από το πρίσμα των ψυχικών διαταραχών. Στη συνέχεια, πολλοί γνωστοί ψυχολόγοι και ψυχίατροι ασχολήθηκαν με το εν λόγω θέμα, άλλοτε διαχωρίζοντάς το από τον φόβο, όπως ο Freud, άλλοτε διαχωρίζοντας το «καλό» από το «κακό» άγχος (Selye), ενώ κατά τις δεκαετίες '80 και '90, το άγχος αποτελεί ένα από τα βασικότερα υπό μελέτη ζητήματα, καθώς οι ειδικοί διαπιστώνουν πως προκαλεί πολλά οικονομικό – κοινωνικά προβλήματα.

Μια από τις πιο πλήρεις θεωρίες για το άγχος είναι η θεωρία για τη «διατήρηση των πόρων» [17], σύμφωνα με την οποία το κάθε άτομο προσπαθεί να αποκτήσει, να διατηρήσει και να προστατεύσει τους διαθέσιμους πόρους ή αυτά που θεωρούν μέσο για την απόκτηση των διαθέσιμων πόρων. Αν οι πόροι αυτοί απειληθούν ή χαθούν ή δεν αυξηθούν, τότε παράγεται το άγχος.

Ανεξάρτητα από τον ορισμό του όρου, το άγχος δημιουργεί μια πληθώρα συμπτωμάτων στο άτομο που το αντιμετωπίζει. Τα συμπτώματα αυτά μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες, στα σωματικά, τα ψυχολογικά και τα συμπεριφορικά συμπτώματα. Μεταξύ των *σωματικών συμπτωμάτων* παρατηρούνται πονοκέφαλοι, ξηροστομία, υπέρταση, πόνοι στο στήθος, αίσθημα κόπωσης, διάρροια ή δυσπεψία, αλλά και πιο σοβαρά προβλήματα υγείας, όπως καρδιαγγειακά

νοσήματα που μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και σε έμφραγμα. Ανάμεσα στα *ψυχολογικά συμπτώματα* συγκαταλέγονται η ευερεθιστότητα, η αρρωστοφοβία, δυσκολίες στη συγκέντρωση, αίσθημα αποτυχίας, κ.α. επίσης, το έντονο αίσθημα άγχους έχει συνδεθεί συχνά στη βιβλιογραφία με την κατάθλιψη. Τέλος, στα *συμπεριφορικά συμπτώματα* περιλαμβάνονται η επιθετικότητα, η ροπή προς τα ατυχήματα, η κατανάλωση τοξικών ουσιών, η υπερβολική κατανάλωση τροφής ή το αντίθετο, κ.α.

3.2. Τρόποι αντιμετώπισης του άγχους

Στη βιβλιογραφία, έχουν μελετηθεί συχνά διάφοροι τρόποι και τεχνικές για να μπορέσει κάποιος να διαχειριστεί και τελικά να αποβάλλει το άγχος του. Αυτό συνέβη καθώς, όπως αναφέρθηκε, οι επιπτώσεις από το άγχος είναι ποικίλες και πολυεπίπεδες (σε ατομικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο), συχνά με πολύ μεγάλο κόστος. Στις περιπτώσεις που το άγχος προέρχεται από ζητήματα υγείας, και ιδιαίτερα όταν πρόκειται για χειρουργικές επεμβάσεις, οι ασθενείς θα πρέπει να χρησιμοποιούν τις τεχνικές αυτές, προκειμένου να μπορέσουν ευκολότερα να διαχειριστούν το άγχος τους. Παρακάτω, θα αναφερθούν οι πιο διαδεδομένοι τρόποι αντιμετώπισης ή διαχείρισης των αγχογόνων καταστάσεων στις οποίες υποβάλλεται ένας ασθενής.

3.2.1. Κοινωνική Στήριξη

Η κοινωνική στήριξη είναι πολύ σημαντική σε όλες τις περιστάσεις στη ζωή του ατόμου και ιδιαίτερα στις πιο δύσκολες. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν πολλά άρθρα που αναφέρουν τα θετικά της κοινωνικής στήριξης για τον άνθρωπο, που μπορεί να κυμαίνονται από μια απλή αλλαγή της διάθεσης έως την πρόληψη και την προστασία από καρδιαγγειακά προβλήματα [18].

Οι πηγές κοινωνικής στήριξης είναι ποικίλες και διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και από κοινωνία σε κοινωνία. Ως κυριότερες πηγές κοινωνικής στήριξης αναφέρονται η οικογένεια, το στενό φιλικό περιβάλλον, οι γείτονες, οι συνάδελφοι και συνεργάτες από τη δουλειά ή και άλλα μέλη της κοινότητας, συμπεριλαμβανομένων και διάφορων εθελοντών. Όλες οι προαναφερόμενες ομάδες είναι εξίσου σημαντικές για την υποβοήθηση στη διαχείριση του άγχους του ασθενή. Στην ελληνική κοινωνία, και βάση της δομής της, η οικογένεια θεωρείται ως η σημαντικότερη πηγή κοινωνικής στήριξης, προκειμένου να μπορέσει ένας ασθενής να διαχειριστεί το άγχος που προκαλείται από τη χειρουργική επέμβαση.

Στη βιβλιογραφία, έχουν αναφερθεί διάφορες ταξινομήσεις που αφορούν την κοινωνική στήριξη. Η πιο διαδεδομένη ταξινόμηση αφορά τέσσερις τύπους κοινωνικής στήριξης, τον συναισθηματικό, τον ενημερωτικό, τον συντελεστικό και τον υποστηρικτικό [19]. Ο *συναισθηματικός* τύπος περιλαμβάνει ενσυναίσθηση, ενδιαφέρον, αγάπη και εμπιστοσύνη και φαίνεται να είναι ο πιο σημαντικός τύπος. Ο *ενημερωτικός* τύπος αφορά την παροχή πληροφοριών, τις οποίες μπορεί να χρησιμοποιήσει ένα άτομο προκειμένου να διαχειριστεί το άγχος του, αλλά και άλλα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει. Ο συγκεκριμένος τύπος γίνεται πράξη μέσω της συμβουλευτικής, των πληροφοριών, των προτάσεων και των εναλλακτικών. Ο *συντελεστικός* τύπος περιλαμβάνει ενεργείς δράσεις για την βοήθεια του ατόμου που αντιμετωπίζει προβλήματα, όπως βοήθεια σε είδος, οικονομική βοήθεια, εργασία και άλλες απευθείας δράσεις. Τέλος, ο *υποστηρικτικός* τύπος είναι ανάμεσα στο συναισθηματικό και τον ενημερωτικό τύπο, καθώς μεταφέρει πληροφορίες στο άτομο που δέχεται την κοινωνική στήριξη, με ενσυναίσθηση, αλλά χωρίς να εμπλέκεται συναισθηματικά. Αυτό πραγματοποιείται συνήθως μέσω της επιβεβαίωσης και της ανατροφοδότησης.

Οι ειδικοί συμφωνούν πως ο συναισθηματικός τύπος κοινωνικής στήριξης είναι ο πιο σημαντικός, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που αφορά την υγεία κάποιου, συμπεριλαμβανομένης και της διαχείρισης του άγχους. Έτσι, στις περιπτώσεις των ατόμων που έχουν υποστεί ή πρόκειται να υποστούν χειρουργική επέμβαση, η συναισθηματική στήριξη από κοντινά πρόσωπά, κατά προτίμηση από άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος, μπορεί να βοηθήσει στη μείωση των επιπέδων του άγχους που προκαλεί η εγχείρηση καθεαυτή και ίσως και ο πόνος που τη συνοδεύει.

3.2.2. Θρησκεία

Συχνά, όταν ένα άτομο αντιμετωπίζει μια δύσκολη κατάσταση, στρέφεται στη θρησκεία προκειμένου να μπορέσει να διαχειριστεί τα συναισθήματα που συνοδεύουν την κατάσταση αυτή. Η στροφή αυτή στη θρησκεία πραγματοποιείται ακόμα συχνότερα όταν η δύσκολη κατάσταση αφορά πρόβλημα υγείας. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε διάφορες χώρες, με δείγμα άτομα διαφόρων θρησκειών έχουν δείξει πως τα άτομα που αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας θεωρούν πως ο Θεός (ή η ανώτερη δύναμη, αντίστοιχα σε κάθε θρησκεία) μπορεί να παρέμβει προκειμένου να θεραπεύσει την πάθησή τους [20]. Στις περιπτώσεις αυτές, η ελπίδα και η πίστη μπορεί να αποτελέσει παράγοντα για καλύτερη ψυχική υγεία και, συνεπακόλουθα, ταχύτερη και αποτελεσματικότερη ανάρρωση.

Για κάποιους ασθενείς, η πίστη στη θρησκεία τους είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για τη διαχείριση και μείωση του άγχους τους. Έρευνα σε καρδιοπαθείς έχει δείξει πως η προσευχή προκαλεί σωματικές αντιδράσεις, όπως για παράδειγμα μειωμένη αρτηριακή πίεση ή βελτίωση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος, αντιδράσεις οι οποίες με τη σειρά τους φαίνεται να οδηγούν στη μείωση του άγχους που αντιμετωπίζουν [21]. Η θρησκευτική εμπλοκή, επίσης, φαίνεται πως σχετίζεται με συντομότερη σε αριθμό ή σε ημέρες νοσηλεία. Από τα παραπάνω ευρήματα, φαίνεται πως η θρησκεία μπορεί να αποτελέσει στρατηγική αντιμετώπισης του άγχους, ειδικά σε καταστάσεις όπου υπάρχει κάποια ασθένεια ή κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας.

3.2.3. Αισιοδοξία

Η αισιοδοξία έχει περιγραφεί ως ένα σταθερό χαρακτηριστικό της διάθεσης [22]. Οι αισιόδοξοι άνθρωποι έχουν θετικές προσδοκίες για τη ζωή τους, για διάφορους λόγους, μεταξύ των οποίων οι προσωπικές τους ικανότητες, η θετική τους αντιμετώπιση από τους άλλους ή η τύχη. Τα άτομα που δεν είναι αισιόδοξα, σε αντίθεση με τα άτομα που διέπονται από αισιοδοξία, δεν περιμένουν ποτέ θετικά αποτελέσματα, με απόρροια την συχνή παραίτηση από οποιαδήποτε δραστηριότητα.

Παρόλο που, από τους περισσότερους θεωρητικούς, η αισιοδοξία θεωρείται ως ένα σταθερό χαρακτηριστικό, άλλοι αντιμετωπίζουν την έννοια ως μια ελαστική και σύνθετη ψυχολογική στρατηγική, που χρησιμοποιείται όταν είναι απαραίτητο, για να διαχειριστεί κανείς τις αγχογόνες καταστάσεις που του συμβαίνουν. Έτσι, λοιπόν, η αισιοδοξία μπορεί να χρησιμοποιηθεί όχι μόνο ως στρατηγική για την μεταβολή του στρεσογόνου γεγονότος, αλλά και για την αποδοχή του και την περαιτέρω διαχείρισή του.

Κατά την παραμονή του ασθενή στο νοσοκομειακό χώρο, όπου το άγχος είναι ιδιαίτερα έντονο, τόσο για τη διαδικασία που πρόκειται να ακολουθήσει, αλλά και λόγω του πόνου που ακολουθεί τη χειρουργική επέμβαση, η αισιοδοξία μπορεί να είναι πολύ βοηθητική. Η αισιοδοξία, ως στρατηγική διαχείρισης του άγχους, μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να διαχειριστεί καλύτερα το άγχος και να ξεπεράσει ευκολότερα τόσο την στρεσογόνα κατάσταση όσο και να βοηθήσει στη μείωση του πόνου και στην συνεπακόλουθη ελαχιστοποίηση της παραμονής στο νοσοκομείο.

3.2.4. Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχωγόνων Καταστάσεων

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η προσπάθεια να διαχειριστεί κάποιος το άγχος του είναι πάρα πολύ σημαντική και επιβεβλημένη, ειδικά όταν πρόκειται για ασθενή, για την ομαλότερη διεξαγωγή της θεραπείας του. Κάποιες από τις μεθόδους που χρησιμοποιούν τα άτομα για την αποφυγή ή τη μείωση του άγχους ονομάστηκαν Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχωγόνων Καταστάσεων (Σ.Α.Α.Κ.).

Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για την περιγραφή και τον ορισμό των Σ.Α.Α.Κ., ξεκινώντας ακόμα από τον Freud. Ο πιο κοινά αποδεκτός ορισμός δόθηκε το 1984, οπότε και οι Σ.Α.Α.Κ. ορίζονται ως «...οι γνωστικές και σε επίπεδο συμπεριφοράς προσπάθειες που χρησιμοποιούνται από ένα άτομο για να μειώσουν την επίδραση του στρες» [23]. Οι Σ.Α.Α.Κ., λοιπόν, αποτελούν προϊόντα της γνωστικής αξιολόγησης των συνθηκών και αποτελούν γενικότερα τον τρόπο αντίδρασης του ατόμου σε ό,τι αρνητικό ή δύσκολο του συμβαίνει.

Σύμφωνα με τους Lazarus και Folkman, τους δημιουργούς της κλίμακας “Ways of coping” (Τρόποι αντιμετώπισης αγχωγόνων καταστάσεων) [24], διακρίνονται πέντε Σ.Α.Α.Κ., η θετική προσέγγιση, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, η ευχολογία /ονειροπόληση, η αποφυγή / διαφυγή και η διεκδικητική επίλυση του προβλήματος. Διαπιστώνει κανείς πως στο θεωρητικό αυτό μοντέλο γίνεται προσπάθεια να συγκεντρωθούν οι πιο διαδεδομένες μέθοδοι αντιμετώπισης του άγχους, προκειμένου να μπορούν να αξιολογηθούν ανάλογα.

3.3. Το άγχος σε μετεγχειρητικούς ασθενείς

Από τα παραπάνω, καθίσταται σαφές πως το άγχος αποτελεί ένα πολύ σημαντικό ζήτημα που μπορεί να προκαλέσει προβλήματα σε όποιον το αντιμετωπίζει σε υψηλά επίπεδα. Τα προαναφερόμενα συμπτώματα είναι ένα μέρος μόνο από το σύνολο των συμπτωμάτων που εμφανίζονται σε άτομα με υψηλά επίπεδα άγχους και αφορούν συνήθως άτομα υγιή, που δεν πάσχουν ταυτόχρονα από άλλα προβλήματα υγείας. Στην περίπτωση που το άγχος παρουσιάζεται σε ήδη πάσχοντες από κάποια ασθένεια, τα προβλήματα είναι ακόμα μεγαλύτερα. Στις περιπτώσεις αυτές συνήθως, το άγχος αλληλεπιδρά με την εκάστοτε πάθηση και οδηγεί σε ένα φαύλο κύκλο επιδείνωσης της κατάστασης υγείας του ασθενή.

Πολλές έρευνες έχουν δείξει πως τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο, καρδιαγγειακά προβλήματα, αρθρίτιδα, υπέρταση, διαβήτη και νευρολογικά προβλήματα εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν προβλήματα άγχους. Μάλιστα, το άγχος αυτό

συχνά επιδεινώνει το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν, οδηγώντας πολλές φορές, στις περιπτώσεις σοβαρών παθήσεων, σε οδυνηρά αποτελέσματα, όπως έμφραγμα, επιδείνωση της κατάστασης ή ακόμα και θάνατο.

Διάφοροι δημογραφικοί παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν το άγχος κατά την παραμονή του ασθενή στο νοσοκομείο μετά την χειρουργική επέμβαση . Ανάμεσα σε αυτούς συγκαταλέγονται το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο, που φαίνεται να επιδρούν στο άγχος που εμφανίζουν τα άτομα που πρόκειται ή έχουν υποστεί χειρουργική επέμβαση. Έτσι, οι γυναίκες, τα άτομα που βρίσκονται σε ακραίες ηλικίες (παιδιά και ηλικιωμένοι), οι ανύπαντροι και τα άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να είναι πιο επιρρεπείς στο άγχος από τις υπόλοιπες ομάδες [18].

Πολλοί είναι οι λόγοι που μπορεί να προκαλέσουν άγχος στα άτομα που πρόκειται να υποστούν ή έχουν υποστεί μια χειρουργική επέμβαση. Για παράδειγμα, το ξένο περιβάλλον, οι συγκαταίκοι στο δωμάτιο του νοσοκομείου, αλλά και το γεγονός πως οι ασθενείς θα πρέπει να συμμορφωθούν με τις οδηγίες του προσωπικού αποτελούν μερικούς μόνο από τους εξωγενείς παράγοντες που δημιουργούν αγχώδη συναισθήματα στον ασθενή [24]. Ανάμεσα στους ενδογενείς παράγοντες που δημιουργούν άγχος στον ασθενή συγκαταλέγονται ο φόβος για τον πόνο, για την απώλεια της φυσιολογικής λειτουργίας του υπό επέμβαση σημείου, καθώς και της αλλοίωσης της εξωτερικής μορφής του σώματος, αλλά και η προσαρμογή στην καθημερινότητα και την εργασία [18].

Ένας από τους σημαντικότερους, ωστόσο, παράγοντες άγχους κατά τη μετεγχειρητική περίοδο είναι ο πόνος που αναμένουν να νιώσουν οι ασθενείς μετά την επέμβαση. Μάλιστα, σε πολλές έρευνες έχει προκύψει θετική συσχέτιση μεταξύ του άγχους κατά την προεγχειρητική περίοδο και του δηλωθέντος πόνου μετά την χειρουργική επέμβαση [25]. Το άγχος για τον πόνο είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την ομαλή λειτουργία της επέμβασης και η απουσία του μπορεί να οδηγήσει σε βέλτιστα αποτελέσματα για τον ασθενή μετά την εκάστοτε εγχείρηση.

4. Ο ΦΟΒΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΥΣ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

4.1. Ορισμός και περιγραφή του φόβου του πόνου

Ο φόβος είναι ένα συναίσθημα, προσανατολισμένο στο παρόν (σε αντίθεση με το άγχος, που είναι προσανατολισμένο στο μέλλον) και προκαλείται για την προστασία του ατόμου από κάποια ήδη πραγματοποιηθείσα «απειλή». Πρόκειται για μια πολύπλοκη έννοια, καθώς εκφράζεται μέσω τριών διαστάσεων, της γνωστικής, της σωματικής και της συμπεριφορικής, οι οποίες είναι ανεξάρτητα διαφοροποιήσιμες ανάλογα με το κάθε ερέθισμα [26].

Η *γνωστική* πτυχή του φόβου αποτελείται από ανάπτυξη της αίσθησης του κινδύνου, της απειλής και του θανάτου. Η ανάπτυξη της αίσθησης αυτής συμβαίνει αυτόματα και εξυπηρετεί δύο λειτουργίες, την επικέντρωση της προσοχής του ατόμου στην εκάστοτε «απειλή» και στην ενεργοποίηση δράσης εναντίον της «απειλής» αυτής.

Η *σωματική* πτυχή του φόβου χαρακτηρίζεται από την ενεργοποίηση του νευρικού συστήματος, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε μια σειρά από σωματικές αντιδράσεις. Η δράση του ήπατος επιταχύνεται για την παραγωγή περισσότερης ενέργειας, αυξάνεται ο ρυθμός της αναπνοής, αυξάνοντας την προσλαμβανομένη ποσότητα οξυγόνου και, κατ' επέκταση, την καρδιακή δραστηριότητα. Οι παραπάνω δραστηριότητες του οργανισμού τον οδηγούν στην ενεργοποίηση λειτουργιών που είναι απαραίτητες προκειμένου ο οργανισμός να μπορέσει να ανταπεξέλθει στην υφιστάμενη «απειλή».

Τέλος, η *συμπεριφορική* πτυχή αφορά την αμυντική συμπεριφορά του ατόμου ως προς το φόβο. Η αμυντική αυτή συμπεριφορά προκύπτει ως αντίδραση στην ενεργοποίηση του φόβου, για την προστασία του ατόμου από τη συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Η συμπεριφορική πτυχή δρα διαφορετικά από τη σωματική πτυχή, η οποία συνήθως οδηγεί είτε σε άμεση αντίδραση είτε σε φυγή.

Όλες οι παραπάνω πτυχές ενεργοποιούνται όταν το άτομο αναγνωρίζει έναν κίνδυνο τον οποίο και θέλει να καταπολεμήσει. Στις περιπτώσεις των ατόμων που πάσχουν από κάποια ασθένεια ή υφίστανται κάποιο τραυματισμό, ο οργανισμός αντιδρά με τον ίδιο ακριβώς τρόπο, θεωρώντας τον πόνο ως «απειλή» και προσπαθεί να τον καταπολεμήσει. Οι ενέργειες αυτές του οργανισμού συχνά συνοδεύονται από άγχος για τον πόνο.

Σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν βρέθηκε πως ο φόβος του πόνου ευθύνεται για τους μακροχρόνιους πόνους σε ασθενείς, όταν δεν υπάρχει κάποιο άλλο οργανικό αίτιο και πως ο φόβος του πόνου είναι πιο έντονος από τον ίδιο τον πόνο[27].

4.2. Ο φόβος του πόνου στους μετεγχειρητικούς ασθενείς

Οι περισσότεροι ασθενείς που πρόκειται να υποστούν μια χειρουργική επέμβαση είναι σχεδόν βέβαιο πως αισθάνονται άγχος και φόβο για τον πόνο που θα επακολουθήσει. Οι έρευνες μάλιστα επιβεβαιώνουν τον φόβο των ασθενών, καθώς έχει βρεθεί πως ο μετεγχειρητικός πόνος δε θεραπεύεται σε ικανοποιητικό βαθμό στο 30- 80 % των ασθενών [28].

Πληθώρα ερευνών έχουν πραγματοποιηθεί, προκειμένου να μελετηθούν αφενός τα επίπεδα του φόβου του πόνου σε ασθενείς που έχουν υποστεί ή πρόκειται να υποστούν μια χειρουργική επέμβαση και αφετέρου, η σχέση του φόβου του πόνου και του άγχους του πόνου με τη μετεγχειρητική πορεία και ανάρρωση του ασθενή. Οι περισσότερες έρευνες έχουν δείξει πως όσο μεγαλύτερα είναι τα επίπεδα του φόβου και του άγχους του πόνου στον ασθενή, τόσο δυσκολότερη και πιο μακροχρόνια θα είναι η ανάρρωσή του [29].

Από τη σύνδεση αυτή, μεταξύ του φόβου του πόνου και της μετεγχειρητικής εξέλιξης του ασθενή, διαπιστώνεται πως τόσο το ζήτημα του φόβου του πόνου όσο και αυτό του άγχους για τον πόνο αποτελούν πολύ σοβαρά ζητήματα κατά τη διαμονή, στο νοσοκομείο, του ασθενή που έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Έτσι, η βιβλιογραφία προτείνει πως το θεραπευτικό προσωπικό θα πρέπει να έχει την ευθύνη για τον εντοπισμό και την καταπολέμηση, κατά το δυνατόν, των αισθημάτων φόβου και άγχους για τον πόνο, προκειμένου ο ασθενής να οδηγηθεί στη βέλτιστη πορεία αποθεραπείας [28].

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. ΣΚΟΠΟΣ

Κεντρικός σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση των ψυχολογικών προβλημάτων που συνοδεύουν τον πόνο σε ασθενείς που έχουν υποστεί μια χειρουργική επέμβαση. Πιο συγκεκριμένα, βασικός σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας ήταν η αποτύπωση του άγχους για τον πόνο και του φόβου του πόνου σε μετεγχειρητικούς ασθενείς.

Πρωταρχικό στόχο της έρευνας αποτέλεσε η διερεύνηση της παραγοντικής δομής των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα, προκειμένου να εξευρεθούν οι παράγοντες που θα εξεταστούν στην παρούσα έρευνα.

Δεύτερο στόχο της έρευνας αποτελεί η διερεύνηση των επιπέδων των υπό μελέτη μεταβλητών, με κυρίαρχες μεταβλητές το άγχος και το φόβο του πόνου και συμπληρωματικές τις υπόλοιπες μεταβλητές που προκύπτουν από την ανάλυση του ερωτηματολογίου που έχει διανεμηθεί στο δείγμα.

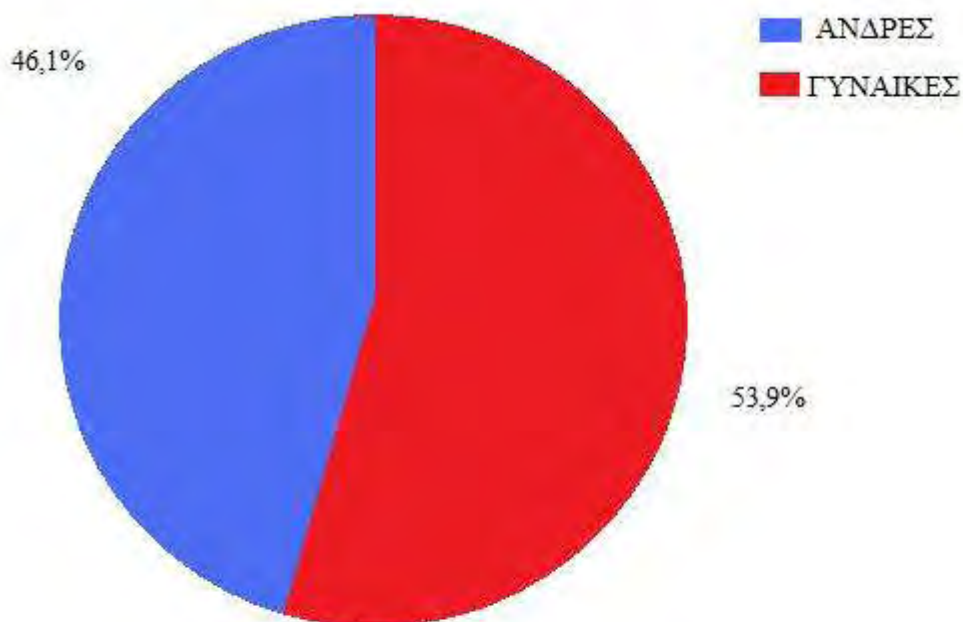
Τρίτος στόχος της έρευνας ήταν η διερεύνηση των ατομικών διαφορών των μετεγχειρητικών ασθενών ως προς τις υπό μελέτη μεταβλητές, με έμφαση στο άγχος και στο φόβο του πόνου. Οι ατομικές διαφορές των συμμετεχόντων στην έρευνα μελετήθηκαν ως προς το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών.

6. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

6.1. Περιγραφή του δείγματος

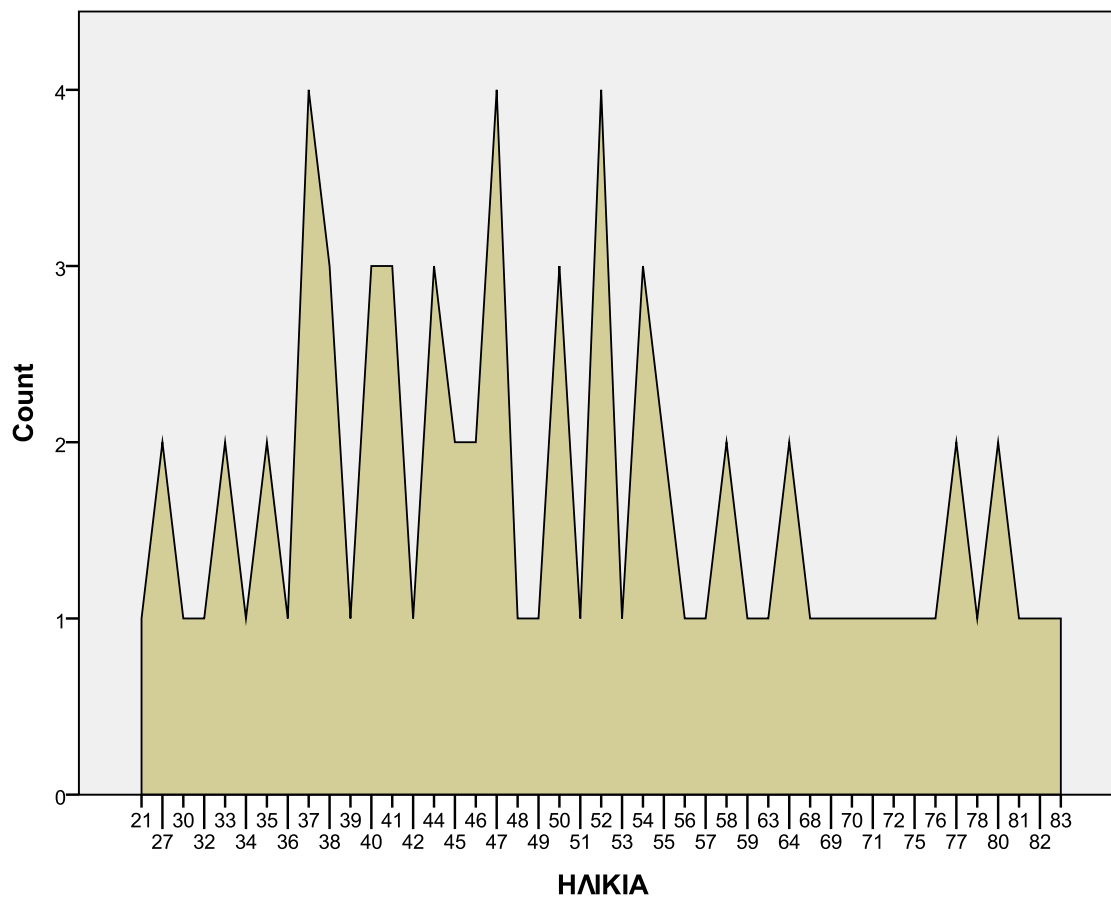
Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 76 ασθενείς που είχαν υποστεί κάποια χειρουργική επέμβαση στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος». Μελετώντας τα δημογραφικά στοιχεία, διαπιστώνεται πως ως προς το *φύλο*, το δείγμα μας αποτελείται από 35 άνδρες (46,1%) και 41 γυναίκες (53,9%).

Γράφημα 6.1. Γραφική απεικόνιση της κατανομής του φύλου



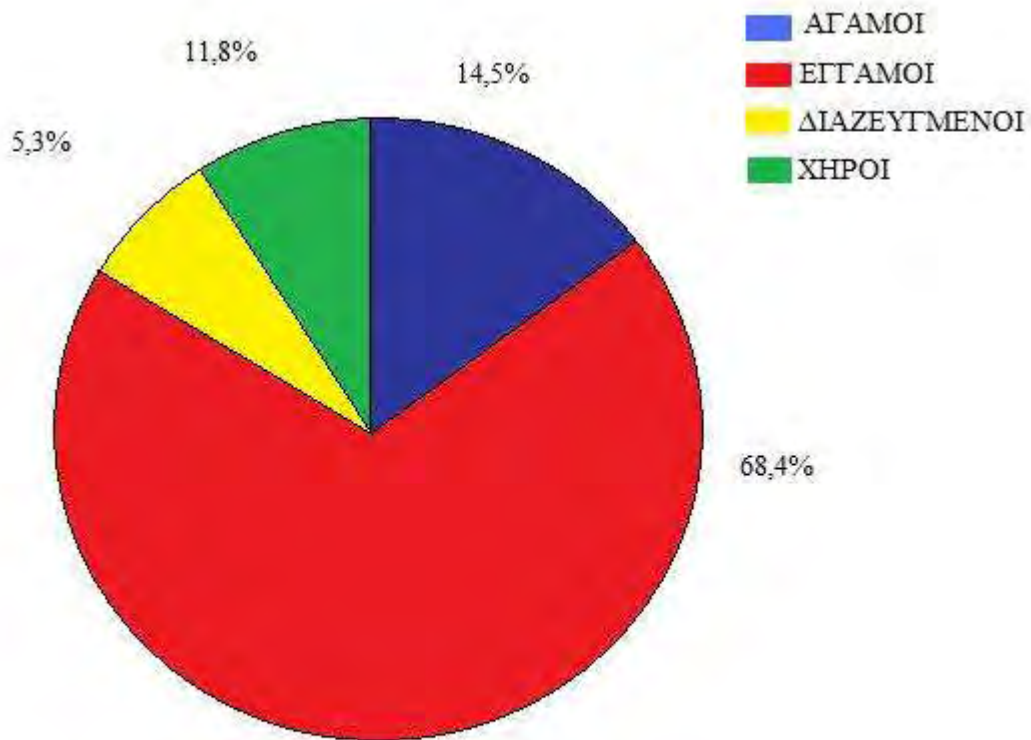
Ο μέσος όρος *ηλικίας* ήταν τα 51,05 χρόνια και η τυπική απόκλιση 15,3 χρόνια, με εύρος από 21 έως 83 χρόνια.

Γράφημα 6.2. Γραφική απεικόνιση της κατανομής της ηλικίας



Σε ότι αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, 11 συμμετέχοντες (14,5%) ήταν άγαμοι, 52 συμμετέχοντες (68,4%) ήταν έγγαμοι, 9 συμμετέχοντες ήταν χήροι (11,8%) και 4 συμμετέχοντες ήταν διαζευγμένοι (5,3%).

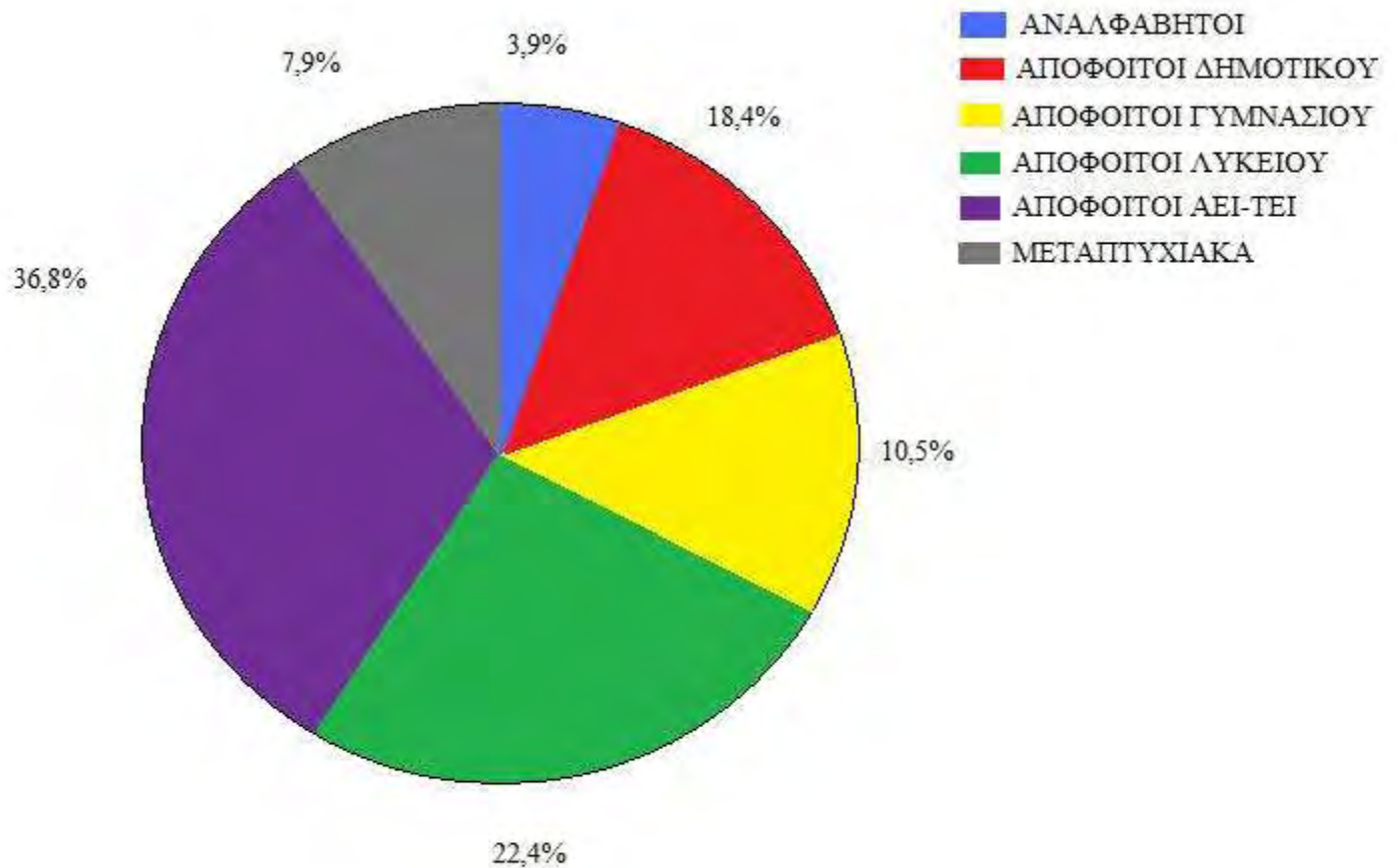
Γράφημα 6.3. Γραφική απεικόνιση της κατανομής της οικογενειακής κατάστασης



Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στην έρευνα, 3 ασθενείς απάντησαν πως ήταν αναλφάβητοι (3,9 %), 14 ασθενείς απάντησαν πως ήταν απόφοιτοι δημοτικού (18,4%), 8 ασθενείς απάντησαν πως ήταν απόφοιτοι γυμνασίου (10,5%), 7 ασθενείς απάντησαν πως ήταν

απόφοιτοι λυκείου (22,4 %), 28 ασθενείς απάντησαν πως ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ – ΤΕΙ (36,8 %) και τέλος, 6 ασθενείς απάντησαν πως κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο(7,9%).

Γράφημα 6.4. Γραφική απεικόνιση της κατανομής του επιπέδου εκπαίδευσης



6.2. Ερευνητικά εργαλεία

Για τη διερεύνηση των παραπάνω μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν διάφορα ψυχομετρικά εργαλεία – 8 ερωτηματολόγια, προκειμένου να μελετηθεί το ζήτημα του άγχους και του φόβου του πόνου σε μετεγχειρητικούς ασθενείς.

6.2.1. SCL – 90 – R

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977) [30], αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό από τους Ντώνια και συν. (1991) παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI [30α].

6.2.2. FAMILY CRISIS ORIENTED PERSONAL EVALUATION SCALES (F-COPES)

Η κλίμακα F-Copes είναι ένα εργαλείο που σχεδιάστηκε για να μετράει την κρίση στην οικογένεια και τους τρόπους αντιμετώπισής της και δημιουργήθηκε από τον McCubbin et al. (2001). Η κλίμακα αποτελείται από 30 ερωτήσεις αυτοαναφοράς, οι οποίες συνίστανται σε φράσεις όπως: «Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (1=διαφωνώ πολύ έως 5=συμφωνώ πολύ). Η κλίμακα περιλαμβάνει 5 παράγοντες αντιμετώπισης της κρίσης στην οικογένεια. Πιο συγκεκριμένα:

1. Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)
2. Επανασχεδιασμός (Reframing)
3. Αναζήτωντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)
4. Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)
5. Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)

Η ερώτηση 18 δεν περιλαμβάνεται σε κανέναν παράγοντα παρά μόνο στη συνολική βαθμολόγηση, λόγω της χαμηλής φόρτωσής της στους παράγοντες. Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν 0,869 [31].

6.2.3. SPIRITUAL AND RELIGIOUS ATTITUDES IN DEALING WITH ILLNESS (SpREUK)

Η πνευματικότητα και θρησκευτικότητα μετρήθηκε με το τεστ SpREUK-sf-10 του Bussing από το Πανεπιστήμιο Witten/Herdecke. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει το βαθμό πνευματικότητας και θρησκευτικότητας και είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 15 ερωτήσεων. Οι ερωτήσεις συνίστανται σε φράσεις όπως: «Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (1=δεν ισχύει καθόλου έως 5=ισχύει απόλυτα. Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν 0,816, [31α].

Η κλίμακα περιλαμβάνει 3 διαστάσεις :

1. Αναζήτηση {για υποστήριξη} (Search {for Support /Access}): αφορά την πρόθεση να βρουν ή να έχουν πρόσβαση σε πνευματικές/θρησκευτικές πηγές οι οποίες μπορεί να είναι ευεργετικές. Αφορά το ενδιαφέρον για πνευματικά/θρησκευτικά θέματα.
2. Εμπιστοσύνη {σε έναν ανώτερο προσανατολισμό}(Trust {in Higher Guidance / Source}): μετράει την εγγενή θρησκευτικότητα, την πεποίθηση ότι τα άτομα θα πρέπει να συνδέονται με μια ανώτερη δύναμη για να προστατεύονται και να καθοδηγούνται από αυτή τη δύναμη.
3. Αντανάκλαση {θετική ερμηνεία της ασθένειας}(Reflection {Positive Interpretation of Disease}): αφορά στη γνωστική επανεκτίμηση με αφορμή ένα γεγονός κρίσης καθώς και στις μελλοντικές προσπάθειες για πνευματική/θρησκευτική αλλαγή, με στόχο την εσωτερική εξέλιξη και τη νοηματοδότηση του γεγονότος.

6.2.4. LIFE ORIENTATON TEST – REVISED (LOT-R)

Η αισιοδοξία μετρήθηκε με το τεστ προσανατολισμού της ζωής, LOT, των Scheier & Carver [32] στην ελληνική εκδοχή του [32α]. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει το βαθμό αισιοδοξίας σαν ένα στοιχείο της προσωπικότητας στην αρχική του μορφή, ενώ δίνεται περαιτέρω έμφαση στην αναμονή θετικών αποτελεσμάτων και γεγονότων στην αναθεωρημένη του μορφή. Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 10 ερωτήσεων που αφορούν τις γενικευμένες θετικές προσδοκίες έκβασης για κάθε άνθρωπο. Τρία από τα δέκα στοιχεία διατυπώνονται σαν θετικά για την ύπαρξη αισιοδοξίας, τρία σαν αρνητικά και τα υπόλοιπα

τέσσερα είναι στοιχεία που χρησιμοποιούνται για να καλύψουν το βασικό αντικείμενο της μέτρησης του ερωτηματολογίου (fillers) και δεν συμβάλλουν στο συνολικό αποτέλεσμα της διάθεσης της αισιοδοξίας [32α].

Οι ερωτήσεις συνίστανται σε φράσεις όπως: «Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα παρά κακά.» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (0=συμφωνώ απόλυτα έως 4=διαφωνώ απόλυτα). Η βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου γίνεται με τον εξής τρόπο. Αρχικά αντιστρέφουμε τις βαθμολογίες για τα ερωτήματα 3,7 και 9 και τα μετατρέπουμε σε (0=4), (1=3), (2=2), (3=1), (4=0). Στην συνέχεια προσθέτουμε τις βαθμολογίες των απαντήσεων και βρίσκουμε ένα βαθμό που δείχνει τον βαθμό αισιοδοξίας του κάθε υποκειμένου [32]. Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν 0,716 [32α].

6.2.5. CARDIAC ANXIETY QUESTIONNAIRE (CAQ)

Η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ), η οποία αναπτύχθηκε από τον Eifert και τους συνεργάτες τους το 2000 [33], αποτελεί τη διευρυμένη μορφή του ερωτηματολογίου, που στην αρχική του εκδοχή περιλάμβανε 16 προτάσεις. Το CAQ σχεδιάστηκε με σκοπό να μετρήσει το άγχος των σωματικών αισθήσεων σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία και θεωρητικά εκπορεύεται από το μοντέλο των Reiss et al., για το φόβο του άγχους και της υπερευαισθησίας των σωματικών αισθήσεων, όπως το αίσθημα παλμών, της δυσφορίας και της ναυτίας, εξαιτίας των πεποιθήσεων που αναπτύσσουν τα άτομα, ότι αυτές οι αισθήσεις οδηγούν σε επιβλαβείς ή επικίνδυνες συνέπειες. Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 18 προτάσεις, που περιγράφουν διαστάσεις σχετικές με τις σωματικές αισθήσεις της καρδιακής λειτουργίας σε μια πεντάβαθμη κλίμακα – Likert που εκτείνεται από "ποτέ" (0) έως " πάντα" (5). Το CAQ παρέχει ένα συνολικό αποτέλεσμα καθώς και τρία αποτελέσματα των υποκλιμάκων του σχετικά με (1) φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (8 προτάσεις), (2) αποφυγή δραστηριοτήτων (5 προτάσεις) και (3) επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (5 προτάσεις).

Ένα συνολικό αποτέλεσμα του CAQ υπολογίζεται ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας για κάθε ένα από τα 18 θέματα, (δηλαδή με το άθροισμα όλων των βαθμών που αντιστοιχούν σε κάθε πρόταση και που διαιρείται δια του 18, το συνολικό αριθμό των θεμάτων της κλίμακας) [33]. Τα αποτελέσματα της κάθε υποκλίμακας υπολογίζονται, ομοίως ως μέσος όρος των σχετικών εκτιμήσεων συχνότητας, για κάθε μια από τις προτάσεις που αντιστοιχούν σε κάθε υποκλίμακα. Κατά συνέπεια το άθροισμα της υποκλίμακας του φόβου διαιρείται δια του 8

και το άθροισμα των υπόλοιπων δυο υποκλίμακων διαιρείται δια του 5 (ο αριθμός των δηλώσεων σε αυτές τις υποκλίμακες). Η χρησιμοποίηση των μέσων όρων εξασφαλίζει ότι το συνολικό αποτέλεσμα του CAQ καθώς και τα αποτελέσματα από τις υποκλίμακες, με τους διαφορετικούς αριθμούς των θεμάτων που αντιστοιχούν σε αυτές, μπορούν να είναι κατά αυτόν τον τρόπο αμεσότερα και ευκολότερα συγκρίσιμα, επειδή η σειρά του συνολικού σκορ αλλά και όλων των αποτελεσμάτων της κάθε υποκλίμακας είναι η ίδια, δηλαδή παίρνει τιμές από το 0 έως το 4. (0–4). Το CAQ παρουσιάζει συνέπεια εσωτερικής κατασκευής (e.g., total score alpha coefficient: 0.83). Επίσης, χαρακτηρίζεται από καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα, όπως αποδεικνύεται από συσχετίσεις με καθορισμένα ψυχιατρικά εργαλεία [33] και εμφανίζει να κατέχει μια παρόμοια γνωστική διαδικασία σε κλινικό και μη κλινικό δείγμα. Όσο υψηλότερα είναι τα αποτελέσματα στο CAQ, τόσο μεγαλύτερο είναι και το άγχος σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία. Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται στη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα τόσο σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις όσο και σε υγιείς πληθυσμούς για τη διερεύνηση του φόβου της ασθένειας εν γένει. Το ερωτηματολόγιο CAQ, το 2011, προσαρμόστηκε και σταθμίστηκε σε δείγμα Ελληνικού υγιούς πληθυσμού από τους Dragioti et al. [33a] με αποτέλεσμα το ερωτηματολόγιο να αποτελείται από 10 ερωτήσεις και δείκτη Cronbach's alpha 0,825.

6.2.6. STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI)

Για την αξιολόγηση του άγχους, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) που κατασκευάστηκε από τον Spielberger το 1970 [34]. Αποτελείται από 40 διαπιστώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε 2 υποκλίμακες: α) τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (δηλαδή παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης), και β) τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα (δηλαδή 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 [34a], 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 [34α & 34β].

6.2.7. FEAR OF PAIN QUESTIONNAIRE (FPQ – III)

Το FPQ – III είναι ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο σχεδιάστηκε για την αξιολόγηση της αντίδρασης του ατόμου σε διάφορα ερεθίσματα που προκαλούν πόνο [35]. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 30 ερωτήσεις και οι απαντήσεις δίνονται σε 5 – βαθμη κλίμακα Likert, από το 0 έως το 4 όπου 0=Καθόλου και 4=Υπερβολικά. Ποικίλες έρευνες υποστήριξαν τη μονοδιάστατη δομή του ερωτηματολογίου, ενώ άλλες εξήγαγαν τρεις (3) παράγοντες που αφορούν την αξιολόγηση του έντονου πόνου, την αξιολόγηση του μέτριου πόνου και την αξιολόγηση του πόνου που προκαλείται από ιατρικές ενέργειες.

Το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου (FPQ-III) δημιουργήθηκε από τους McNeil & Rainwater το 1998 [35] και αντανακλά το βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση. Η κατασκευή του βασίστηκε στο συμπεριφορικό-αναλυτικό μοντέλο των Goldfried & D’Zurilla’s (1969) με έμφαση στην ανάλυση μιας περιστασιακής κατάστασης (situational analysis). Πρόκειται για την τρίτη έκδοση μιας αυτοσυμπληρούμενης κλίμακας, η οποία αποτελείται από 30 προτάσεις που περιγράφουν επώδυνες καταστάσεις του τύπου φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το... «να πάθω τροχαίο ατύχημα» ή ...«να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού» και κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (τύπου Likert) βασισμένη στο επίπεδο του φόβου του πόνου που κυμαίνεται από "καθόλου" (1) ως "υπερβολικά" (5). Το FPQ-III παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και αξιοπιστία. Οι McNeil and Rainwater (1998) [35] διαπίστωσαν, για παράδειγμα, ότι τα άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου αποφεύγουν περισσότερο τα επώδυνα ερεθίσματα, από ότι τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο φόβου όπως μετρήθηκαν με το FPQ-III.

Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με το άθροισμα των εκτιμήσεων για κάθε επίπονη εμπειρία. Το συνολικό αποτέλεσμα παίρνει τιμές από 30 μέχρι 150. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερος κρίνεται ο φόβος. Η κλίμακα της μέτρησης του φόβου του πόνου απαρτίζεται και από τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα περιλαμβάνει το φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale), η δεύτερη υποκλίμακα μετράει το επίπεδο του φόβου που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) και η τρίτη υποκλίμακα δηλώνει το βαθμό του φόβου σε σχέση με τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical

Pain subscale). Κάθε υποκλίμακα περιέχει 10 προτάσεις. Επίσης, το συνολικό σκορ μπορεί να ληφθεί και με το άθροισμα των επιμέρους υποκλιμάκων. Ο δείκτης Cronbach's alpha του FPQ-III στο ελληνικό δείγμα είναι 0,845 [35α]. Το FPQ-III έχει, διεθνώς, χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα του φόβου του πόνου, που καταδεικνύουν την διαμεσολάβηση του φόβου στην ένταση και στην ποιότητα των επώδυνων ερεθισμάτων τόσο σε άτομα με χρόνια πόνο όσο και σε άτομα που δεν έχουν βιώσει άμεσα την εμπειρία του πόνου [35β].

6.2.8. PAIN ANXIETY SYMPTOMS (PASS-20)

Η κλίμακα μέτρησης των συμπτωμάτων άγχους του πόνου (PASS-20) κατασκευάστηκε από τους McCracken & Dhingra το 2002 [36] και αποτελεί τη σύντομη μορφή του αρχικού ερωτηματολογίου, το οποίο περιλάμβανε στην κανονική εκδοχή του 40 ερωτήσεις. Όπως και στην αρχική του μορφή το PASS-20 αφορά το φόβο και τις αγχώδεις αντιδράσεις που αναπτύσσουν τα άτομα απέναντι στον πόνο [36]. Το PASS-20 πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυταναφοράς, το οποίο αποτελείται από 20 διαπιστώσεις, όπου περιγράφουν την υποκειμενική εμπειρία αντίδρασης απέναντι στον πόνο και τα άτομα, χρησιμοποιώντας μια πεντάβαθμη κλίμακα Likert (από το 0= ποτέ έως 4= πάντα), δηλώνουν το βαθμό στον οποίο οι προτάσεις τους αντιπροσωπεύουν. Το ερωτηματολόγιο αυτό μετρά δηλώσεις που αφορούν περισσότερο γενικευμένες καταστάσεις που σχετίζονται με τον πόνο, (όπως π.χ. όταν πονάω νομίζω ότι μπορεί να είμαι σοβαρά άρρωστος) παρά με αυτές που συνδέονται άμεσα με την επώδυνη περιστασιακή εμπειρία (όπως, π.χ. να σπάσω το πόδι μου). Πρόκειται για ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο, διεθνώς, εργαλείο, το οποίο μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμο όπου εμφανίζεται ανησυχία για το χρόνο και την ποσότητα της απαιτούμενης ατομικής σωματικής προσπάθειας.

Η συνολική βαθμολογία εξάγεται με την άθροιση των βαθμών όλων των προτάσεων. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερο άγχος παρουσιάζουν τα άτομα. Το εύρος του συνολικού αποτελέσματος του τεστ λαμβάνει τιμές από 0-80. Η κλίμακα μέτρησης των συμπτωμάτων άγχους του πόνου περιλαμβάνει, επίσης τέσσερις, ευδιάκριτους και ειδικούς παράγοντες που σχετίζονται με το άγχος του πόνου, που απαρτίζουν και αντιστοίχως, τις τέσσερις υποκλίμακες του εργαλείου : (1) φοβικές σκέψεις, (2) γνωστικό άγχος, (3) συμπεριφορά αποφυγής και (4) σωματικές αντιδράσεις άγχους. Κάθε υποκλίμακα περιλαμβάνει 5 διαπιστώσεις - προτάσεις. Οι μετρήσεις των διαστάσεων αυτών είναι πολύ σημαντικές, επειδή το άγχος του πόνου έχει προβλεπτική αξία στον προσδιορισμό της κατάθλιψης και της ανικανότητας στους

ασθενείς με χρόνιο πόνο και αποτελεί, επίσης, ένα εργαλείο κεντρικής σπουδαιότητας, για την διερεύνηση της αποφυγής του πόνου. Το PASS-20 παρουσιάζει ισχυρή εσωτερική συνέπεια, αξιοπιστία και καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και προβλεπτικής ικανότητας. Ο δείκτης Cronbach's alpha του PASS-20 για το ελληνικό δείγμα είναι 0,833 [36α].

6.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 76 ασθενείς οι οποίοι υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Δημήτριος». Η παρούσα ερευνητική μελέτη ανταποκρίθηκε στις θεμελιώδεις δεοντολογικές αρχές, οι οποίες διέπουν τη διεξαγωγή ψυχολογικής έρευνας. Ειδικότερα: Τηρήθηκε πλήρης εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες που αφορούν τους εξεταζόμενους και διαφυλάχτηκε η ασφάλεια του σχετικού υλικού. Κατοχυρώθηκε η ανωνυμία των εξεταζόμενων. Διασφαλίστηκε πως τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνον για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας και αποκλειστικά και μόνον από τη συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν κατά το χρονικό διάστημα Μάιος – Ιούλιος, 2013. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο ατομικά ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις που η συμπλήρωση ήταν δύσκολη (προβλήματα όρασης, δυσκολία κατανόησης, κτλ) υπήρχε βοήθεια από τον διεξάγοντα την έρευνα, χωρίς να δοθούν επιπλέον διευκρινίσεις οι οποίες να δίνουν την πιθανότητα αλλοίωσης των απαντήσεων. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κυμάνθηκε από 15 έως 25 λεπτά.

Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Για το κάθε άτομο δημιουργήθηκε ένας απόρρητος, ατομικός κωδικός, και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία τη διεκπεραίωσαν τα ίδια άτομα, οπότε μειώθηκαν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίστηκε πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα.

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS 19.0.

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

7.1. Διερεύνηση παραγοντικής δομής ερωτηματολογίων της έρευνας

Ο πρώτος στόχος της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της παραγοντικής δομής των υπό μελέτη ερωτηματολογίων, προκειμένου να εξαχθούν οι παράγοντες που θα μελετηθούν στη συνέχεια της ερευνητικής αυτής εργασίας. Επιπλέον, θα ελεγχθεί η αξιοπιστία του κάθε ερωτηματολογίου ξεχωριστά, αλλά και των επιμέρους διαστάσεων που θα προκύψουν από την ανάλυση των ερωτηματολογίων αυτών.

7.1.1. SCL – 90 – R

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, το συγκεκριμένο εργαλείο εξάγει 9 διαστάσεις - σύμφωνα με τη θεωρία του: τα *ψυχοσωματικά συμπτώματα* (Somatization), περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις και παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία, καθώς ο δείκτης Cronbach «α» ανέρχεται στο 0.855, τον *ψυχαναγκασμό* (Obsessive – compulsive), περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις με μέτρια προς υψηλή αξιοπιστία ($\alpha = 0.790$), τη *διαπροσωπική ευαισθησία* (Interpersonal sensitivity), περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις με χαμηλή αξιοπιστία ($\alpha = 0.494$), την *κατάθλιψη* (depression), περιλαμβάνει 13 ερωτήσεις με σχετικά υψηλή αξιοπιστία ($\alpha = 0.816$), το *άγχος*, περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις με υψηλή αξιοπιστία ($\alpha = 0.872$), την *επιθετικότητα*, περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις και υψηλή αξιοπιστία ($\alpha = 0.895$), το *φοβικό άγχος*, περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις και σε αποδεκτό βαθμό αξιοπιστία ($\alpha = 0.594$), τον *παρανοϊκό ιδεασμό*, με 6 ερωτήσεις και μέτρια αξιοπιστία ($\alpha = 0.714$) και τέλος, τον *ψυχωτισμό*, με 10 ερωτήσεις και μέτρια προς χαμηλή αξιοπιστία ($\alpha = 0.644$). Η αξιοπιστία του συνολικού ερωτηματολογίου ήταν πολύ υψηλή, καθώς ο δείκτης Cronbach «α»

ανήλθε στο 0.951. Όπως εφαρμόζεται και στο θεωρητικό υπόβαθρο του συγκεκριμένου εργαλείου, από τις αναλύσεις αφαιρέθηκαν 7 ερωτήσεις που δεν φόρτωναν σε κανέναν παράγοντα, ενώ αφαιρέθηκαν 8 ερωτήσεις που φόρτωναν σε 2 παράγοντες ταυτόχρονα. Οι παράγοντες που εξήχθησαν από το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο καθώς και οι μετρήσεις της αξιοπιστίας του κάθε παράγοντα φαίνονται στον Πίνακα 7.1.

Πίνακας 7.1. Παραγοντική ανάλυση και αξιοπιστία ερωτηματολογίου SCL – R.

A/A	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ
1.	Ψυχοσωματικά συμπτώματα	0.855
2.	Ψυχαναγκασμός	0.790
3.	Διαπροσωπική ευαισθησία	0.494
4.	Κατάθλιψη	0.816
5.	Άγχος	0.872
6.	Επιθετικότητα	0.895
7.	Φοβικό άγχος	0.594
8.	Παρανοϊκός Ιδεασμός	0.714
9.	Ψυχωτισμός	0.644
	Συνολικό ερωτηματολόγιο SCL – R – 90	0.951

7.1.2. FAMILY CRISIS ORIENTED PERSONAL EVALUATION SCALES (F-COPES)

Προκειμένου να εξευρεθεί η παραγοντική δομή του ερωτηματολογίου, πραγματοποιήθηκε διερευνητική ανάλυση παραγόντων (Exploratory Factor Analysis) με ορθογώνια περιστροφή αξόνων. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα δεδομένα ομαδοποιούνται σε 5 παράγοντες, οι οποίοι εξηγούν το 53,26% της συνολικής διακύμανσης. Οι ερωτήσεις 3, 6, 7 και 16 αφαιρέθηκαν, καθώς είτε δεν φόρτωναν σε κανέναν παράγοντα είτε φόρτωναν σε δύο παράγοντες. Οι παράγοντες που εντοπίστηκαν είναι οι εξής: *Επαναπροσδιορισμός του προβλήματος στην οικογένεια* (Reformulating or redefining the problem in terms of the meaning it has for the family) (9 ερωτήσεις) και *Παθητική εκτίμηση* (Passive Appreciation) (5 ερωτήσεις), που αποτελούν πρακτικές διαχείρισης κρίσεων εσωτερικές στην οικογένεια και *Χρήση της κοινωνικής στήριξης* (Use of Social Support) (3 ερωτήσεις), *Αναζήτηση Θρησκευτικής Στήριξης* (Search for religious support) (4 ερωτήσεις) και *Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας* (Mobilization of the family to get and accept help) (6 ερωτήσεις), οι οποίοι αποτελούν πρακτικές διαχείρισης

κρίσεων έξω από την οικογένεια. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α για τον πρώτο παράγοντα ήταν 0.705, για το δεύτερο παράγοντα 0.648, για τον τρίτο παράγοντα 0.640, για τον τέταρτο παράγοντα 0.899 και για τον πέμπτο παράγοντα 0.816 ενώ ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α για το συνολικό ερωτηματολόγιο ήταν 0.859. Οι εξαχθέντες από το ερωτηματολόγιο παράγοντες, καθώς και οι δείκτες αξιοπιστίας φαίνονται στον Πίνακα 7.2.

Πίνακας 7.2. Παραγοντική ανάλυση και αξιοπιστία ερωτηματολογίου F - COPEs

A/A	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ
1.	Επαναπροσδιορισμός του προβλήματος στην οικογένεια	0.705
2.	Παθητική εκτίμηση	0.648
3.	Χρήση της κοινωνικής στήριξης	0.640
4.	Αναζήτηση Θρησκευτικής Στήριξης	0.899
5.	Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας	0.816
	Συνολικό ερωτηματολόγιο F – COPEs	0.859

7.1.3. SPIRITUAL AND RELIGIOUS ATTITUDES IN DEALING WITH ILLNESS (SpREUK)

Ο ίδιος τρόπος χρησιμοποιήθηκε για την εξεύρεση των επιμέρους διαστάσεων που παράγει το ερωτηματολόγιο SpREUK. Αντίστοιχα, πραγματοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση, σύμφωνα με την οποία προέκυψε πως η καλύτερη λύση ήταν αυτή των τριών παραγόντων με συνολική εξηγούμενη διακύμανση 62,00%. Οι τρεις παράγοντες που εξήχθησαν είναι οι εξής: *Αναζήτηση θρησκευτικής στήριξης / πρόσβασης* (Search for support / access to spirituality / religiosity) (6 ερωτήσεις), *Πίστη στη θεϊκή ύπαρξη / παρέμβαση* (Trust in higher guidance / source) (3 ερωτήσεις) και *Θετική ερμηνεία της νόσου* (Positive interpretation of disease) (5 ερωτήσεις). Κατά την ανάλυση παραγόντων αφαιρέθηκε μια ερώτηση, καθώς βρέθηκε να φορτώνει σε δύο παράγοντες. Η αξιοπιστία Cronbach α για τον πρώτο παράγοντα ήταν 0.828, για τον δεύτερο παράγοντα 0.796 και για τον τρίτο παράγοντα 0.837, ενώ η αξιοπιστία του συνολικού ερωτηματολογίου ήταν 0.867. Οι επιμέρους παράγοντες του ερωτηματολογίου και η αξιοπιστία τους διαφαίνονται στον Πίνακα 7.3

Πίνακας 7.3. Παραγοντική ανάλυση και αξιοπιστία ερωτηματολογίου SpREUK

A/A	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ
1.	Αναζήτηση θρησκευτικής στήριξης / πρόσβασης	0.828

2.	Πίστη στη θεϊκή ύπαρξη / παρέμβαση	0.796
3.	Θετική ερμηνεία της νόσου	0.837
	Συνολικό ερωτηματολόγιο SpREUK	0.867

7.1.4. LIFE ORIENTATON TEST – REVISED (LOT-R)

Για την εξεύρεση των επιμέρους παραγόντων του LOT-R πραγματοποιήθηκε επίσης ανάλυση παραγόντων με ορθογώνια περιστροφή αξόνων, αφού πρώτα πραγματοποιήθηκε η αντιστροφή των ερωτήσεων 3, 7 και 9. Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε πως οι ερωτήσεις ομαδοποιούνται σε 2 παράγοντες, την *Αισιοδοξία* (Optimism) (6 ερωτήσεις) και την *Απαισιοδοξία* (Pessimism) (4 ερωτήσεις) οι οποίες εξηγούν το 50,24 % της συνολικής διακύμανσης. Ο δείκτης Cronbach α έδειξε πως τόσο οι επιμέρους παράγοντες όσο και το συνολικό ερωτηματολόγιο διακατέχονταν από μέτρια αξιοπιστία, καθώς η αξιοπιστία για τον παράγοντα Αισιοδοξία ήταν 0.724, η αξιοπιστία για τον παράγοντα Απαισιοδοξία ήταν 0.665 και η αξιοπιστία για το συνολικό ερωτηματολόγιο ήταν 0.758. Τα παραπάνω αποτελέσματα αποτυπώνονται στον Πίνακα 7.4.

Πίνακας 7.4. Παραγοντική ανάλυση και αξιοπιστία ερωτηματολογίου LOT-R

A/A	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ
1.	Αισιοδοξία	0.724
2.	Απαισιοδοξία	0.665
	Συνολικό ερωτηματολόγιο LOT-R	0.758

7.1.5. CARDIAC ANXIETY QUESTIONNAIRE (CAQ)

Διερευνητική παραγοντική ανάλυση με ορθογώνια περιστροφή αξόνων πραγματοποιήθηκε επίσης και για το ερωτηματολόγιο CAQ, με σκοπό να εξαχθούν οι ενδεδειγμένοι παράγοντες προς περαιτέρω διερεύνηση. Η παραπάνω ανάλυση έδειξε πως τα δεδομένα ομαδοποιούνται σε 3 παράγοντες, οι οποίοι εξηγούν το 69,78 % της συνολικής διακύμανσης. Οι παράγοντες που εξήχθησαν είναι οι εξής: Ανησυχία για καρδιακές ενοχλήσεις (Fear / Worry for chest and cardiac disturbances) (3 ερωτήσεις), Αποφυγή σωματικής άσκησης (Avoidance of activities) (3 ερωτήσεις) και Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (Focus on heart function) (3 ερωτήσεις). Κατά την ανάλυση αφαιρέθηκε μια ερώτηση, η οποία φόρτωνε σε δύο παράγοντες. Η αξιοπιστία για τον πρώτο παράγοντα ήταν 0.849, για τον δεύτερο παράγοντα ήταν 0.750 και για τον τρίτο

παράγοντα 0.674 ενώ για το συνολικό ερωτηματολόγιο ήταν 0.910. Τα σχετικά αποτελέσματα με την παραγοντοποίηση και την αξιοπιστία του εν λόγω ερωτηματολογίου φαίνονται στον Πίνακα 7.5.

Πίνακας 7.5. Παραγοντική ανάλυση και αξιοπιστία ερωτηματολογίου CAQ

A/A	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ
1.	Ανησυχία για καρδιακές ενοχλήσεις	0.849
2.	Αποφυγή σωματικής άσκησης	0.750
3.	Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία	0.674
	Συνολικό ερωτηματολόγιο CAQ	0.910

7.1.6. STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI)

Όπως αναφέρθηκε και στο αντίστοιχο κεφάλαιο για την περιγραφή του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, το εργαλείο αυτό χωρίζεται σε δύο επιμέρους εργαλεία που μετρούν αφενός το άγχος που διακατέχει το δείγμα στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή που συμπληρώνεται το ερωτηματολόγιο αφετέρου δε το άγχος που διακατέχει το δείγμα γενικά. Τα δύο αυτά επιμέρους εργαλεία χωρίζονται διακριτά και χαρακτηρίζονται ως State Anxiety Inventory για την πρώτη περίπτωση που διερευνά το άγχος ως κατάσταση και Trait Anxiety Inventory για τη δεύτερη περίπτωση που μελετά το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας.

Έτσι, για το πρώτο επιμέρους εργαλείο που περιλαμβάνει τις πρώτες 20 ερωτήσεις πραγματοποιήθηκε διερευνητική ανάλυση παραγόντων με ορθογώνια περιστροφή αξόνων, αφού πρώτα πραγματοποιήθηκε αντιστροφή στις ερωτήσεις που είχαν θετική χροιά. Η παραπάνω ανάλυση έδειξε πως τα δεδομένα φορτώνουν σε δύο παράγοντες, στο *Άγχος ως κατάσταση* (State Anxiety) (10 ερωτήσεις) και στην *Απουσία του Άγχους* (Absence of Anxiety) (10 ερωτήσεις) και εξηγούν το 51,98% της συνολικής διακύμανσης. Η αξιοπιστία τόσο για τους επιμέρους παράγοντες όσο και για το συνολικό ερωτηματολόγιο ήταν πολύ υψηλή, καθώς ο δείκτης Cronbach α ανήλθε στο 0.887 για τον πρώτο παράγοντα, στο 0.880 για το δεύτερο παράγοντα και στο 0.921 για το συνολικό ερωτηματολόγιο.

Η ίδια διαδικασία πραγματοποιήθηκε και για το δεύτερο επιμέρους εργαλείο το οποίο αποτελείται από 20 ερωτήσεις που αξιολογούν το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Αφού αντιστράφηκαν, και σε αυτή την περίπτωση, κάποιες ερωτήσεις (ερωτήσεις 21, 26, 27, 33, 36 και 39), προκειμένου το σύνολο του ερωτηματολογίου να έχει την ίδια χροιά, πραγματοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση η οποία έδειξε πως τα δεδομένα ομαδοποιούνται σε δύο παράγοντες, το *Άγχος ως γνώρισμα* (Trait Anxiety) (12 ερωτήσεις) και το *Αρνητικό θυμικό* (Negative Affect) (7 ερωτήσεις). Μια ερώτηση αφαιρέθηκε καθώς δεν φόρτωνε σε κανέναν από τους δύο παράγοντες. Οι δύο παραπάνω παράγοντες αποτέλεσαν το 47,44% της συνολικής εξηγούμενης διακύμανσης και η αξιοπιστία για τους επιμέρους παράγοντες και για το σύνολο του ερωτηματολογίου ήταν από καλή έως και πολύ υψηλή, καθώς ο δείκτης Cronbach α για τον πρώτο παράγοντα ήταν 0.910, για το δεύτερο παράγοντα 0.765, ενώ για το συνολικό ερωτηματολόγιο ήταν 0.894. Οι επιμέρους παράγοντες των δύο ερωτηματολογίων και οι αξιοπιστίες αυτών φαίνονται στον Πίνακα 7.6.

Πίνακας 7.6. Παραγοντική ανάλυση και αξιοπιστία ερωτηματολογίου STAI

A/A	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ
1.	Άγχος ως κατάσταση	0.887
2.	Απουσία του Άγχους	0.880
	Συνολικό ερωτηματολόγιο State Anxiety Inventory	0.921
1.	Άγχος ως γνώρισμα	0.910
2.	Αρνητικό θυμικό	0.765
	Συνολικό ερωτηματολόγιο Trait Anxiety Inventory	0.894

7.1.7. FEAR OF PAIN QUESTIONNAIRE (FPQ – III)

Ακολούθως, πραγματοποιήθηκαν οι ίδιες αναλύσεις όπως και στα παραπάνω ερωτηματολόγια, προκειμένου να εξευρεθούν τυχόν επιμέρους παράγοντες και στο ερωτηματολόγιο FPQ – III. Από τις αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν, διαπιστώθηκε πως η επιλογή της μονοδιάστατης δομής του ερωτηματολογίου ήταν η καλύτερη λύση, καθώς στις περιπτώσεις που η ανάλυση έδινε περισσότερους του ενός παράγοντες, ήταν απαραίτητη η αφαίρεση μιας πληθώρας ερωτήσεων, οι οποίες φόρτωναν σε περισσότερους του ενός παράγοντες, η οποία με τη σειρά της αλλοίωνε τη συνολική εξηγούμενη διακύμανση, αλλά και οδηγούσε στην αισθητή μείωση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου. Για το λόγο αυτό, και συμφωνώντας με τους δημιουργούς του

εν λόγω ερωτηματολογίου, εξήχθη ένας παράγοντας, ο *Φόβος του πόνου* (Fear of pain), ο οποίος είχε πολύ υψηλή αξιοπιστία, καθώς ο δείκτης Cronbach α ανέρχεται στο 0.951.

7.1.8. PAIN ANXIETY SYMPTOMS (PASS-20)

Στο ίδιο πλαίσιο κινήθηκαν και οι αναλύσεις που αφορούσαν το ερωτηματολόγιο PASS-20, καθώς στις περιπτώσεις που τα δεδομένα ομαδοποιούνταν σε περισσότερους από έναν παράγοντες, η πλειοψηφία των ερωτήσεων έπρεπε να αφαιρεθεί, γιατί φόρτωναν σε περισσότερους του ενός παράγοντες. Για τον λόγο αυτό, καθώς και για την αποφυγή μείωσης της συνολικής εξηγούμενης διακύμανσης και της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου, επιλέχθηκε η μονοδιάστατη δομή του και εξήχθη ένα μοναδικός παράγοντας, το *Άγχος του Πόνου* (Anxiety of pain). Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach α για το συνολικό ερωτηματολόγιο είναι πολύ υψηλός και ανέρχεται στο 0.905.

7.2. Διερεύνηση του επιπέδου των υπό μελέτη παραγόντων

Από τις παραπάνω αναλύσεις προκύπτει πως οι παράγοντες που εξήχθησαν από το σύνολο των ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα ανέρχονται σε 28. Ο επόμενος στόχος της εν λόγω έρευνας ήταν η διερεύνηση των επιπέδων των υπό μελέτη παραγόντων, προκειμένου να διαπιστωθεί αν οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα αυτή είχαν υψηλά επίπεδα φόβου και άγχους για τον πόνο μετεγχειρητικά, αλλά και πως ανταποκρίθηκαν στους υπόλοιπους, υπό μελέτη, παράγοντες.

Για το σκοπό αυτό, πραγματοποιήθηκε μια σειρά αναλύσεων προκειμένου να υπολογιστούν οι μέσοι όροι για κάθε παράγοντα. Από τις αναλύσεις αυτές προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα: Όλοι οι παράγοντες του ερωτηματολογίου SCL-R, το οποίο μελετούσε την ψυχοπαθολογία του δείγματος ήταν σε χαμηλά επίπεδα. Πιο συγκεκριμένα, οι μετεγχειρητικοί ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα αυτή παρουσίασαν χαμηλά επίπεδα Ψυχοσωματικών συμπτωμάτων (M.O.=0.89, T.A.=0.66), Ψυχαναγκασμού (M.O.=1.04, T.A.=0.65), Διαπροσωπικής Ευαισθησίας (M.O.=0.89, T.A.=0.70), Κατάθλιψης (M.O.=1.09, T.A.=0.61), Άγχους (M.O.=0.69, T.A.=0.65), Επιθετικότητας (M.O.=0.91, T.A.=0.91), Φοβικού Άγχους (M.O.=0.40, T.A.=0.45), Παρανοϊκού Ιδεασμού (M.O.=1.17, T.A.=0.70) και Ψυχωτισμού (M.O.=0.45, T.A.=0.38).

Διαφοροποίηση παρατηρείται στα επίπεδα των επιμέρους παραγόντων του δεύτερου ερωτηματολογίου της έρευνας αυτής, που αφορά στη διαχείριση κρίσεων μέσα στην οικογένεια. Ο παράγοντας «επαναπροσδιορισμός του προβλήματος» κινήθηκε σε υψηλά επίπεδα για το συγκεκριμένο δείγμα (M.O.=3.64, T.A.=0.61), η «παθητική εκτίμηση» σε μέτρια επίπεδα (M.O.=2.44, T.A.=0.78), η «χρήση κοινωνικής στήριξης» κινήθηκε επίσης σε υψηλά επίπεδα (M.O.=3.74, T.A.=0.91), ενώ οι παράγοντες «αναζήτηση θρησκευτικής στήριξης» και «κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας» κινήθηκαν σε σχετικά υψηλά επίπεδα (M.O.=3.14, T.A.=1.28 και M.O.=2.38, T.A.=0.95 αντίστοιχα).

Σε μέτρια επίπεδα κινήθηκαν οι παράγοντες που εξήχθησαν από το ερωτηματολόγιο που αφορούσε τη στάση των ασθενών απέναντι στην θρησκευτικότητα/πνευματικότητα για το συγκεκριμένο δείγμα. Ο παράγοντας Αναζήτηση θρησκευτικής στήριξης/πρόσβασης και ο παράγοντας Πίστη στη θεϊκή ύπαρξη/παρέμβαση κινήθηκαν σε μέτρια επίπεδα (M.O.=2.38, T.A.=0.97 και M.O.=2.82, T.A.=1.17 αντίστοιχα) ενώ ο παράγοντας Θετική ερμηνεία της νόσου κινήθηκε σε σχετικά υψηλά επίπεδα (M.O.=3.31, T.A.=0.99). Σε μέτρια επίπεδα κινήθηκαν, επίσης, οι απαντήσεις του δείγματος στις ερωτήσεις σχετικά με τη στάση τους απέναντι στη ζωή. Πιο συγκεκριμένα, σημείωσαν μέτρια επίπεδα Αισιοδοξίας (M.O.=2.77, T.A.=0.67) και Απαισιοδοξίας (M.O.=2.07, T.A.=0.88).

Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο που αφορούσε στο άγχος για την καρδιακή λειτουργία, οι απαντήσεις που δόθηκαν έδειξαν πως το δείγμα της παρούσας έρευνας δεν παρουσίασε υψηλά επίπεδα άγχους για καρδιακά προβλήματα. Τόσο ο παράγοντας Ανησυχία για καρδιακές ενοχλήσεις όσο και ο παράγοντας Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία παρουσίασαν χαμηλούς μέσους όρους (M.O.=1.38, T.A.=1.16 και M.O.=0.93, T.A.=0.71 αντίστοιχα), ενώ ο παράγοντας Αποφυγή Σωματικής Άσκησης παρουσίασε χαμηλό προς μέτριο μέσο όρο (M.O.=1.52, T.A.=0.94).

Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου, που αφορά στο άγχος ως κατάσταση και ως γνώρισμα της προσωπικότητας, έδειξαν πως οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα σημείωσαν μέτρια επίπεδα άγχους και σε αυτή την περίπτωση. Πιο συγκεκριμένα, όλοι οι παράγοντες και των δύο επιμέρους ερωτηματολογίων κινήθηκαν σε μέτρια επίπεδα, καθώς το Άγχος ως κατάσταση (M.O.=1.85, 0.66), η Απουσία του άγχους (M.O.=2.11, T.A.=0.63), το Άγχος ως γνώρισμα (M.O.=1.99, T.A.=0.56) και το Αρνητικό θυμικό (M.O.=1.90, T.A.=0.50) είχαν μέτριους μέσους όρους. Τέλος, τα δύο τελευταία ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα αυτή

παρήγαγαν από έναν παράγοντα το καθένα, το Φόβο του Πόνου (Μ.Ο.=1.46, Τ.Α.=0.71) και το Άγχος του Πόνου (Μ.Ο.=1.76, Τ.Α.=0.81). Και οι δύο αυτοί παράγοντες παρουσίασαν χαμηλά προς μέτρια επίπεδα, δηλαδή οι μετεγχειρητικοί ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα δεν επέδειξαν σχετικά καθόλου τόσο φόβο όσο και άγχος για τον πιθανό πόνο που μπορεί να τους διακατέχει εξαιτίας της επέμβασης στην οποία υποβλήθηκαν. Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των υπό μελέτη παραγόντων αποτυπώνονται στον Πίνακα 7.7.

Πίνακας 7.7. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των υπό μελέτη παραγόντων

A/A	ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ	Μ.Ο.	Τ.Α.
1.	Ψυχοσωματικά συμπτώματα	0.89	0.66
2.	Ψυχαναγκασμός	1.04	0.65
3.	Διαπροσωπική Ευαισθησία	0.89	0.70
4.	Κατάθλιψη	1.03	0.61
5.	Άγχος	0.69	0.65
6.	Επιθετικότητα	0.91	0.91
7.	Φοβικό Άγχος	0.40	0.45
8.	Παρανοϊκός Ιδεασμός	1.17	0.70
9.	Ψυχωτισμός	0.44	0.38
10.	Επαναπροσδιορισμός του προβλήματος στην οικογένεια	3.64	0.61
11.	Παθητική Εκτίμηση	2.44	0.78
12.	Χρήση της Κοινωνικής Στήριξης	3.74	0.91
13.	Αναζήτηση Θρησκευτικής Στήριξης	3.14	1.28
14.	Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας	3.25	0.95
15.	Αναζήτηση θρησκευτικής στήριξης / παρέμβασης	2.38	0.97
16.	Πίστη στη θεϊκή ύπαρξη / παρέμβαση	2.82	1.17
17.	Θετική Ερμηνεία της νόσου	3.31	0.99
18.	Αισιοδοξία	2.77	0.67
19.	Απαισιοδοξία	2.07	0.88
20.	Ανησυχία για καρδιακές ενοχλήσεις	1.38	1.16
21.	Αποφυγή Σωματικής Άσκησης	1.52	0.94
22.	Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία	0.93	0.71

23.	Άγχος ως κατάσταση	1.85	0.66
24.	Απουσία του άγχους	2.16	0.63
25.	Άγχος ως χαρακτηριστικό	1.99	0.56
26.	Αρνητικό θυμικό	1.90	0.50
27.	Φόβος του πόνου	1.46	0.71
28.	Άγχος του πόνου	1.76	0.81

Σημείωση: Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις που διαμόρφωσαν τους παράγοντες 1-9, 18-22 και 27-28 δόθηκαν σε 5-βαθμη κλίμακα Likert από 0 έως 4, τους παράγοντες 10-17 δόθηκαν σε 5 – βαθμη κλίμακα Likert από 1 έως 5 και τους παράγοντες 23 – 26 δόθηκαν σε 4 – βαθμη κλίμακα Likert από 1 έως 4.

7.3. Ατομικές διαφορές του δείγματος ως προς τους υπό μελέτη παράγοντες

Επόμενος στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να εξετάσει πως οι δημογραφικοί παράγοντες που μελετήθηκαν επηρέασαν τους υπό μελέτη παράγοντες που προέκυψαν από τα επιμέρους ερωτηματολόγια που αναλύθηκαν παραπάνω. Για το λόγο αυτό έγινε διερεύνηση των σχέσεων ανάμεσα στις δημογραφικές μεταβλητές (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και επίπεδο εκπαίδευσης) και στους υπόλοιπους υπό μελέτη παράγοντες.

Για να διερευνηθεί η σχέση της ηλικίας με τους υπόλοιπους παράγοντες του ερωτηματολογίου, πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχέτισης. Από την ανάλυση αυτή προέκυψε πως η ηλικία σχετίζεται αρνητικά σε μέτριο βαθμό με τον παράγοντα *Επιθετικότητα* ($p=0.016$) και τον παράγοντα *Θετική ερμηνεία της νόσου* ($p=0.030$). Αυτό σημαίνει πως όσο μεγαλύτερος σε ηλικία είναι κάποιος τόσο μικρότερα επίπεδα επιθετικότητας παρουσιάζει, αλλά και λιγότερο συχνά καταφεύγει στη θετική ερμηνεία της νόσου που αντιμετωπίζει. Δεν εντοπίστηκαν άλλες συσχετίσεις ως προς την ηλικία και τους υπόλοιπους παράγοντες του ερωτηματολογίου. Οι συσχετίσεις της ηλικίας με τους υπόλοιπους παράγοντες της ηλικίας αποτυπώνονται στον Πίνακα 7.8.

Πίνακας 7.8. Δείκτες συνάφειας (Pearson r) μεταξύ της ηλικίας και των υπό μελέτη παραγόντων

ΗΛΙΚΙΑ	Συσχέτιση κατά Pearson	$p > z $
Ψυχοσωματικά συμπτώματα	-.087	.460
Ψυχαναγκασμός	-.043	.714
Διαπροσωπική Ευαισθησία	.120	.306
Κατάθλιψη	.133	.263
Άγχος	-.114	.331
Επιθετικότητα	-.278*	.016
Φοβικό Άγχος	.198	.091
Παρανοϊκός Ιδεασμός	-.102	.382
Ψυχωτισμός	-.205	.078
Επαναπροσδιορισμός του προβλήματος στην οικογένεια	-.153	.190
Παθητική Εκτίμηση	.135	.248
Χρήση της Κοινωνικής Στήριξης	-.035	.763
Αναζήτηση Θρησκευτικής Στήριξης	.074	.527
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας	.059	.616
Αναζήτηση θρησκευτικής στήριξης / παρέμβασης	.112	.338
Πίστη στη θεϊκή ύπαρξη / παρέμβαση	-.098	.403
Θετική Ερμηνεία της νόσου	-.250*	.012
Αισιοδοξία	.012	.918
Απαισιοδοξία	.124	.290
Ανησυχία για καρδιακές ενοχλήσεις	.053	.654
Αποφυγή Σωματικής Άσκησης	.194	.095

Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία	.144	.217
Άγχος ως κατάσταση	-.105	.372
Απουσία του άγχους	-.153	.190
Άγχος ως χαρακτηριστικό	-.091	.440
Αρνητικό θυμικό	-.031	.789
Φόβος του πόνου	.044	.710
Άγχος του πόνου	.205	.080

Σημείωση: Οι συσχετίσεις που αναφέρονται με **είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο $p < .001$
 Οι συσχετίσεις που αναφέρονται με *είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο $p < .005$

Ακολούθως, πραγματοποιήθηκε ανάλυση T-Test για Ανεξάρτητα Δείγματα (Independent – Samples T- test) προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους υπό μελέτη παράγοντες ως προς το φύλο. Από την ανάλυση αυτή, διαπιστώθηκε πως το φύλο παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά στους παράγοντες Άγχος ($F(1,73)=4.99, p=.028$), Επιθετικότητα ($F(1,72)=4.12, p=.046$), Φοβικό Άγχος ($F(1,73)=4.31, p=.041$) και Άγχος ως κατάσταση ($F(1,73)=4.62, p=.035$). Πιο συγκεκριμένα, από τις αναλύσεις φάνηκε πως οι γυναίκες εμφάνισαν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους (M.O.=0.77, T.A.=0.11) από τους άνδρες (M.O.=0.59, T.A.=0.09), οι άνδρες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα επιθετικότητας (M.O.=1.11, T.A.=0.17) από τις γυναίκες (M.O.=0.73, T.A.=0.12), οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα φοβικού άγχους (M.O.=0.52, T.A.=0.07) από τους άνδρες (M.O.=0.25, T.A.=0.05) και τέλος, οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα άγχους ως κατάσταση (M.O.=1.87, T.A.=0.11) από τους άνδρες (M.O.=1.83, T.A.=0.09). Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα αποτελέσματα του T-Test για το φύλο.

Πίνακας 7.9. Αποτελέσματα ανάλυσης T-Test για Ανεξάρτητα Δείγματα (Independent Samples T-Test) ως προς το φύλο

ΦΥΛΟ	M.O. ΑΝΔΡΩΝ	M.O. ΓΥΝΑΙΚΩΝ	p > z
Ψυχοσωματικά συμπτώματα	0.72	1.04	.164
Ψυχαναγκασμός	0.99	1.08	.326
Διαπροσωπική Ευαισθησία	0.75	1.00	.146
Κατάθλιψη	0.95	1.10	.202
Άγχος	0.59	0.77	.028
Επιθετικότητα	1.11	0.73	.046
Φοβικό Άγχος	0.25	0.52	.041
Παρανοϊκός Ιδεασμός	1.34	1.03	.419
Ψυχωτισμός	0.38	0.50	.353
Επαναπροσδιορισμός του προβλήματος στην οικογένεια	3.82	3.49	.870
Παθητική Εκτίμηση	2.40	2.47	.573
Χρήση της Κοινωνικής Στήριξης	3.70	3.77	.987
Αναζήτηση Θρησκευτικής Στήριξης	2.63	3.56	.094
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας	3.03	3.44	.097
Αναζήτηση θρησκευτικής στήριξης / παρέμβασης	2.63	3.56	.828
Πίστη στη θεϊκή ύπαρξη / παρέμβαση	2.54	3.04	.122
Θετική Ερμηνεία της νόσου	3.14	3.45	.170
Αισιοδοξία	2.68	2.84	.291
Απαισιοδοξία	1.99	2.14	.258
Ανησυχία για καρδιακές ενοχλήσεις	1.26	1.48	.234
Αποφυγή Σωματικής Άσκησης	1.38	1.63	.857

Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία	0.85	1.00	.778
Άγχος ως κατάσταση	1.83	1.86	.035
Απουσία του άγχους	2.20	2.13	.288
Άγχος ως χαρακτηριστικό	1.96	2.01	.299
Αρνητικό Θυμικό	1.83	1.95	.370
Φόβος του πόνου	1.28	1.60	.589
Άγχος του πόνου	1.59	1.91	.374

Σημείωση: Οι ατομικές διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο $p < .005$

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε ανάλυση ANOVA (Analysis of Variance) με σκοπό να εντοπιστούν πιθανές στατιστικά σημαντικές διαφορές των μετεγχειρητικών ασθενών που συμμετέχουν στην έρευνα για τους υπό μελέτη παράγοντες ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση. Από τις παραπάνω αναλύσεις προέκυψε πως οι ασθενείς παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τον ψυχαναγκασμό ($F(3,71)=2.95, p=.038$), καθώς οι διαζευγμένοι παρουσίασαν τα υψηλότερα επίπεδα ψυχαναγκασμού (M.O.=1.67, T.A.=1.21), έπονται οι χήροι (M.O.=1.40, T.A.=0.54), ακολουθούν οι έγγαμοι (M.O.=0.97, T.A.=0.59) και τελευταίοι έρχονται οι άγαμοι (M.O.=0.82, T.A.=0.59).

Επιπλέον, παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά του δείγματος ως προς την κατάθλιψη ($F(3,69)=4.18, p=.009$). Από την ανάλυση αυτή φάνηκε πως οι χήροι εμφάνισαν τα μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης (M.O.=1.61, T.A.=0.65) σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες. Ακολουθούν οι διαζευγμένοι (M.O.=1.36, T.A.=0.88) και οι άγαμοι (M.O.=0.96, T.A.=0.46). Τέλος, οι έγγαμοι παρουσιάζουν τα χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες (M.O.=0.92, T.A.=0.55).

Ο τελευταίος παράγοντας που παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά στο συγκεκριμένο δείγμα είναι το φοβικό άγχος ($F(3,70)=3.61, p=.017$). Στην ομάδα των χήρων εντοπίστηκαν τα υψηλότερα επίπεδα φοβικού άγχους (M.O.=0.82, T.A.=0.50), ακολουθεί η ομάδα των έγγαμων (M.O.=0.37, T.A.=0.43), έπεται η ομάδα των διαζευγμένων (M.O.=0.35, T.A.=0.42). Τα χαμηλότερα επίπεδα φοβικού άγχους εντοπίζονται στους άγαμους (M.O.=0.23, T.A.=0.28). Δεν εντοπίστηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές στο συγκεκριμένο δείγμα ως προς τους υπόλοιπους υπό μελέτη παράγοντες.

Πίνακας 7.10. Αποτελέσματα ανάλυσης ANOVA ως προς την οικογενειακή κατάσταση

ΦΥΛΟ	Μ.Ο. ΑΓΑΜΩΝ	Μ.Ο. ΕΓΓΑΜΩΝ	Μ.Ο. ΔΙΑΖ/ΝΩΝ	Μ.Ο. ΧΗΡΩΝ	p > z
Ψυχοσωματικά συμπτώματα	0.71	0.90	1.02	1.03	.711
Ψυχαναγκασμός	0.82	0.97	1.65	1.40	.038
Διαπροσωπική Ευαισθησία	0.68	0.88	0.77	1.20	.419
Κατάθλιψη	0.96	0.92	1.36	1.61	.009
Άγχος	0.50	0.69	1.00	0.75	.613
Επιθετικότητα	1.13	0.92	1.16	0.46	.386
Φοβικό Άγχος	0.23	0.36	0.35	0.82	.017
Παρανοϊκός Ιδεασμός	1.13	0.92	1.16	0.46	.556
Ψυχωτισμός	0.36	0.41	0.77	0.61	.140
Επαναπροσδιορισμός του προβλήματος στην οικογένεια	3.47	3.72	3.77	3.28	.159
Παθητική Εκτίμηση	2.23	2.48	2.05	2.62	.512
Χρήση της Κοινωνικής Στήριξης	3.75	3.77	3.75	3.51	.896
Αναζήτηση Θρησκευτικής Στήριξης	3.13	3.04	2.87	3.80	.422
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας	3.27	3.23	3.20	3.42	.958
Αναζήτηση θρησκευτικής στήριξης / παρέμβασης	2.13	2.35	2.41	2.85	.421
Πίστη στη θεϊκή ύπαρξη / παρέμβαση	2.39	2.84	3.16	3.07	.533
Θετική Ερμηνεία της νόσου	3.14	3.44	2.95	2.97	.444
Αισιοδοξία	2.51	2.80	2.79	2.87	.597
Απαισιοδοξία	1.84	2.09	1.75	2.38	.488
Ανησυχία για καρδιακές ενοχλήσεις	0.75	1.47	1.33	1.66	.262

Αποφυγή Σωματικής Άσκησης	1.30	1.49	1.08	2.11	.175
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία	0.81	0.94	0.58	1.18	.505
Άγχος ως κατάσταση	1.92	1.84	1.77	1.81	.975
Απουσία του άγχους	2.33	2.15	1.90	2.16	.683
Άγχος ως χαρακτηριστικό	2.06	1.95	2.18	2.06	.798
Αρνητικό Θυμικό	1.90	1.88	1.85	2.01	.912
Φόβος του πόνου	1.29	1.48	1.27	1.62	.709
Άγχος του πόνου	1.48	1.78	1.62	2.11	.412

Σημείωση: Οι ατομικές διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο $p < .005$

Τέλος, η ίδια ανάλυση πραγματοποιήθηκε και για τον εντοπισμό τυχόν στατιστικά σημαντικών διαφορών στους υπό μελέτη παράγοντες ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης στο συγκεκριμένο δείγμα. Από την ανάλυση ANOVA προέκυψε πως το επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος παρουσίασε διαφορά στους παράγοντες φοβικό άγχος ($F(5,68)=3.99, p=.003$) και ανησυχία για καρδιακές ενοχλήσεις ($F(5,69)=2.79, p=.023$). Στον πρώτο παράγοντα του φοβικού άγχους τα μεγαλύτερα επίπεδα παρουσίασαν οι αναλφάβητοι (M.O.=1.00, T.A.=0.93), ακολουθούν οι απόφοιτοι δημοτικού (M.O.=0.65, T.A.=0.48), οι απόφοιτοι λυκείου (M.O.=0.48, T.A.=0.44), οι απόφοιτοι γυμνασίου (M.O.=0.36, T.A.=0.41), οι απόφοιτοι ΑΕΙ – ΤΕΙ (M.O.=0.25, T.A.=0.30) και τελευταίοι έρχονται οι κάτοχοι μεταπτυχιακού (M.O.=0.07, T.A.=0.11). Ως προς τον παράγοντα της ανησυχίας για τις καρδιακές ενοχλήσεις, οι αναλφάβητοι παρουσίασαν και σε αυτή την περίπτωση τα υψηλότερα επίπεδα (M.O.=2.11, T.A.=0.19), ακολουθούν οι απόφοιτοι λυκείου (M.O.=2.01, T.A.=0.90), έπονται οι απόφοιτοι δημοτικού (M.O.=1.71, T.A.=1.12), οι απόφοιτοι ΑΕΙ-ΤΕΙ (M.O.=1.01, T.A.=0.90), οι κάτοχοι μεταπτυχιακού (M.O.=0.94, T.A.=0.74) και τελευταίοι έρχονται οι απόφοιτοι γυμνασίου (M.O.=0.87, T.A.=1.08). Τα αποτελέσματα αυτά φαίνονται στον Πίνακα 7.11.

Πίνακας 7.11. Αποτελέσματα ανάλυσης ANOVA ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

ΦΥΛΟ	Μ.Ο. ΑΝΑΛ/ΤΟΙ	Μ.Ο. ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	Μ.Ο. ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	Μ.Ο. ΛΥΚΕΙΟΥ	Μ.Ο. Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	Μ.Ο. ΜΕΤ/ΚΑ	p > Izi
Ψυχοσωματικά συμπτώματα	0.91	1.17	0.71	0.96	0.75	0.98	.494
Ψυχαναγκασμός	1.36	1.30	0.98	1.06	0.92	0.85	.516
Διαπροσωπική Ευαισθησία	1.29	1.17	0.72	0.95	0.78	0.64	.422
Κατάθλιψη	1.51	1.35	1.00	1.12	0.88	0.67	.115
Άγχος	0.86	0.91	0.60	0.94	0.52	0.30	.125
Επιθετικότητα	0.88	0.98	0.78	1.01	0.91	0.61	.957
Φοβικό Άγχος	1.00	0.65	0.36	0.48	0.25	0.07	.003
Παρανοϊκός Ιδεασμός	1.38	1.38	1.00	1.35	1.10	0.72	.331
Ψυχωτισμός	0.43	0.42	0.51	0.61	0.38	0.26	.370
Επαναπροσδιορισμός του προβλήματος στην οικογένεια	3.92	3.47	4.11	3.69	3.55	3.50	.194
Παθητική Εκτίμηση	2.53	2.47	2.75	2.35	2.47	2.00	.646
Χρήση της Κοινωνικής Στήριξης	3.66	3.61	3.66	3.76	3.71	4.22	.857
Αναζήτηση Θρησκευτικής Στήριξης	3.83	3.40	3.15	3.00	3.06	3.00	.884
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας	4.20	3.18	3.15	3.15	3.29	3.23	.662
Αναζήτηση θρησκευτικής στήριξης / παρέμβασης	2.11	2.43	2.62	2.33	2.27	2.72	.877
Πίστη στη θεϊκή ύπαρξη / παρέμβαση	1.88	3.07	3.33	2.76	2.78	2.38	.436
Θετική Ερμηνεία της νόσου	2.13	2.92	3.12	3.56	3.45	3.70	.105
Αισιοδοξία	2.44	2.74	2.97	2.78	2.80	2.50	.781
Απαισιοδοξία	1.58	1.98	1.90	2.05	2.11	2.58	.648
Ανησυχία για καρδιακές ενοχλήσεις	2.11	1.71	0.87	2.01	1.01	0.94	.023

Αποφυγή Σωματικής Άσκησης	1.88	1.97	1.45	1.58	1.23	1.55	.305
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία	1.00	1.41	0.66	0.98	0.80	0.66	.115
Άγχος ως κατάσταση	2.29	2.10	1.56	1.83	1.74	2.03	.338
Απουσία του άγχους	2.63	2.30	1.85	2.10	2.16	2.23	.499
Άγχος ως χαρακτηριστικό	2.36	2.21	1.91	1.99	1.91	1.83	.496
Αρνητικό Θυμικό	2.04	2.04	1.82	2.07	1.77	1.76	.328
Φόβος του πόνου	1.64	1.48	1.24	1.54	1.56	0.95	.450
Άγχος του πόνου	1.50	2.23	1.67	1.81	1.64	1.39	.263

Σημείωση: Οι ατομικές διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο $p < .005$

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο προηγούμενο κεφάλαιο πραγματοποιήθηκε η ανάλυση των δεδομένων και βρέθηκαν τα επίπεδα των υπό μελέτη παραγόντων, καθώς και η επίδραση των ατομικών διαφορών του δείγματος στους παράγοντες αυτούς. Σύμφωνα με τις αναλύσεις αυτές, φάνηκε πως οι μετεγχειρητικοί ασθενείς που συμμετείχαν στη συγκεκριμένη έρευνα παρουσίασαν χαμηλά επίπεδα στοιχείων ψυχοπαθολογίας, όπως ψυχοσωματικά συμπτώματα, ψυχαναγκασμό, διαπροσωπική ευαισθησία, κατάθλιψη, άγχος, επιθετικότητα, φοβικό άγχος, παρανοϊκό ιδεασμό και ψυχωτισμό. Εξίσου χαμηλά είναι τα επίπεδα που σχετίζονται με το άγχος για την καρδιακή λειτουργία και πιο συγκεκριμένα για την ανησυχία για τις καρδιακές ενοχλήσεις και την επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία, ενώ μέτρια επίπεδα παρουσιάζονται στον παράγοντα «αποφυγή σωματικής άσκησης». Υψηλότερα σε σχέση με τους προηγούμενους παράγοντες, αλλά σε μέτριο βαθμό εντοπίζονται τα επίπεδα του άγχους του δείγματος, τόσο κατά την μετεγχειρητική περίοδο, όσο και γενικά, ως γνώρισμα της προσωπικότητάς τους, αλλά και το αρνητικό θυμικό τους. Μέτρια επίπεδα, επίσης, παρουσίασαν οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα στα επίπεδα του άγχους και του φόβου για τον πόνο.

Επιπλέον, από την ανάλυση των αποτελεσμάτων φάνηκε πως οι μετεγχειρητικοί ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα στρέφονται στην οικογένεια, αλλά και στη θρησκεία για την αντιμετώπιση των αρνητικών συναισθημάτων που τους διακατέχουν μετά από μια χειρουργική επέμβαση. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς φάνηκαν να επαναπροσδιορίζουν το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν μέσα στο οικογενειακό τους περιβάλλον, προκειμένου να το ξεπεράσουν αλλά και να κάνουν χρήση της κοινωνικής στήριξης που τους προσφέρεται και μάλιστα σε υψηλό βαθμό. Στρέφονται επίσης στην αναζήτηση θρησκευτικής στήριξης και στην κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας. Σε χαμηλότερα αλλά όχι χαμηλά επίπεδα οι ασθενείς στρέφονται στην παθητική εκτίμηση της κατάστασης τους αλλά και στην αναζήτηση και πίστη της θρησκευτικής παρέμβασης. Τέλος, οι ασθενείς φάνηκαν να ερμηνεύουν συχνά θετικά την πορεία της ασθένειάς τους ενώ φάνηκε πως η αισιοδοξία τους κινήθηκε σε μέτρια επίπεδα.

Ως προς τις ατομικές διαφορές του δείγματος σε σχέση με τους υπό μελέτη παράγοντες, από τις αναλύσεις φάνηκε πως οι νεότεροι ασθενείς εμφανίζουν υψηλή επιθετικότητα, αλλά και καταφεύγουν πιο συχνά στη θετική ερμηνεία της νόσου που αντιμετωπίζουν. Επίσης, οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, ως στοιχείο ψυχοπαθολογίας, χαμηλότερα επίπεδα επιθετικότητας, υψηλότερα επίπεδα φοβικού άγχους και υψηλότερα επίπεδα άγχους ως κατάσταση απ' ότι οι άνδρες. Από τα αποτελέσματα αυτά επίσης φάνηκε πως οι διαζευγμένοι και

οι χήροι ήταν οι ομάδες που παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα ψυχαναγκασμού και κατάθλιψης, αλλά και φοβικού άγχους σε σχέση με τους έγγαμους και τους άγαμους ασθενείς. Τέλος, τα άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο φάνηκαν να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα φοβικού άγχους και ανησυχίας για καρδιακές ενοχλήσεις από τις ομάδες υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου.

Σε διάφορες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε ασθενείς διαπιστώθηκε πως η ψυχική τους κατάσταση κατά τη συγκεκριμένη περίοδο είναι ιδιαίτερα επιβαρυσμένη, με έντονα στοιχεία άγχους και φόβου για τον πόνο. Τα στοιχεία ψυχοπαθολογίας που διερευνώνται στην παρούσα εργασία αφορούν πιο μόνιμες στάσεις του ατόμου, οι οποίες δεν επηρεάζονται τόσο άμεσα από ένα δυσάρεστο γεγονός, όπως μια χειρουργική επέμβαση. Για τον λόγο λοιπόν αυτό, είναι πολύ πιθανό χαρακτηριστικά ψυχοπαθολογίας, όπως επιθετικότητα, φοβικό άγχος, κτλ, να μην μπόρεσαν να αποτυπωθούν στο δείγμα, λόγω του χρόνου συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, που συνέβη αμέσως μετά τη χειρουργική επέμβαση και ως εκ τούτου να μην πρόλαβε η εμπειρία αυτή να αποτυπωθεί και να καταγραφεί κατά τη διάρκεια της έρευνας.

Άλλωστε, υπάρχουν διάφορες έρευνες οι οποίες έχουν βρει χαμηλά επίπεδα στοιχείων ψυχοπαθολογίας σε μετεγχειρητικούς ασθενείς στις περιπτώσεις που τα επίπεδα των στοιχείων αυτών ήταν χαμηλά και πριν την χειρουργική επέμβαση [37]. Από τις έρευνες αυτές φαίνεται πως το γεγονός της χειρουργικής επέμβασης δεν επηρεάζει την ψυχολογία των ασθενών, ενδεχομένως όχι τόσο άμεσα.

Τα στοιχεία άγχους που σχετίζονται με την καρδιακή λειτουργία βρέθηκαν να είναι σε χαμηλά επίπεδα για τους μετεγχειρητικούς ασθενείς που συμμετείχαν στην εν λόγω έρευνα. Στη βιβλιογραφία έχουν ανευρεθεί έρευνες οι οποίες δείχνουν πως ασθενείς που έχουν υποστεί χειρουργική επέμβαση έχουν μια ιδιαίτερη ανησυχία για την καρδιακή τους λειτουργία, συμπεριλαμβανομένης της ανησυχίας για τις καρδιακές ενοχλήσεις, την επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία και την αποφυγή της σωματικής άσκησης για καρδιολογικούς λόγους [38]. Οι περισσότερες από τις έρευνες αυτές αφορούν περιπτώσεις εγχείρισης καρδιάς και ως εκ τούτου τα υψηλά επίπεδα άγχους και ανησυχίας είναι εύλογα. Στην περίπτωση της παρούσας έρευνας οι ασθενείς έχουν υποστεί χειρουργικές επεμβάσεις διαφόρων ειδών καθώς δεν εστιάζεται σε ασθενείς που έχουν υποστεί καρδιακή επέμβαση.

Ένας επιμέρους στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να ελεγχθεί η παρουσία άγχους στους μετεγχειρητικούς ασθενείς που συμπλήρωσαν το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο τόσο ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας γενικά όσο και ως στοιχείο της συγκεκριμένης μετεγχειρητικής περιόδου. Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε πως τα επίπεδα του άγχους των ασθενών που έχουν υποστεί χειρουργική επέμβαση ήταν μέτρια τόσο ως χαρακτηριστικό γνώρισμα όσο και ως κατάσταση. Όπως και παραπάνω, στην περίπτωση των στοιχείων της ψυχοπαθολογίας έτσι και στην περίπτωση του άγχους, ως στοιχείο της προσωπικότητας, τυχόν επίδραση της χειρουργικής επέμβασης στο στοιχείο αυτό δε θα ήταν αισθητή, τουλάχιστον όχι σε τόσο σύντομο χρόνο μετά από την επέμβαση αυτή. Ως κατάσταση προσωρινή αλλά και ως προς τα μέτρια επίπεδα του αρνητικού θυμικού, τα ευρήματα της έρευνας αυτής συμφωνούν και με άλλες έρευνες, οι οποίες παρουσιάζουν επίσης μέτρια επίπεδα άγχους σε μετεγχειρητικούς ασθενείς [39].

Μέτρια, επίσης, βρέθηκαν και τα επίπεδα που αφορούν στο άγχος για τον πόνο και στο φόβο του πόνου στο δείγμα της παρούσας έρευνας. Υψηλότερα επίπεδα για το άγχος και το φόβο του πόνου είναι πιθανό να ήταν αναμενόμενα, ωστόσο, τα ευρήματα της έρευνας αυτής πιθανότατα αντικατοπτρίζουν την πραγματική κατάσταση, καθώς μετά τη χειρουργική επέμβαση το άγχος και ο φόβος του πόνου έχουν μειωθεί, ο ασθενής έχει υποστεί τη χειρουργική επέμβαση, έχει βιώσει τον πόνο και έχει δει τη θετική έκβαση της εγχείρισης που υφίσταται, άρα τα επίπεδα μειώνονται σε σχέση με την προεγχειρητική περίοδο. Άλλωστε, όπως φάνηκε και στο Θεωρητικό μέρος, πιθανοί πόνοι που ακολουθούν τη χειρουργική επέμβαση μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά με αναλγησία και έτσι οι ασθενείς δεν βιώνουν τόσο αρνητικά συναισθήματα για τον πόνο που ενδεχόμενα να αντιμετωπίσουν.

Η στήριξη από την οικογένεια σε περιόδους κρίσης είναι ένα συχνό φαινόμενο, ειδικά στην ελληνική κοινωνία. Τα υψηλά επίπεδα σε όλους τους παράγοντες που αφορούν τη στήριξη της οικογένειας και του ευρύτερου κοινωνικού περιγύρου σε καταστάσεις δύσκολες, όπως είναι μια χειρουργική επέμβαση, φάνηκαν λογικά και αναμενόμενα. Άλλωστε, ο επαναπροσδιορισμός του προβλήματος μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, η παθητική εκτίμηση του προβλήματος από το οικογενειακό περιβάλλον, η χρήση της κοινωνικής στήριξης, η αναζήτηση θρησκευτικής στήριξης και η κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας από το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον του ασθενή επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες, οι οποίες βρήκαν υψηλά επίπεδα στους παραπάνω παράγοντες, σχετικούς με την οικογενειακή στήριξη σε ασθενείς που είχαν υποστεί κάποια χειρουργική επέμβαση [40].

Η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα είναι μια ακόμα από τις μεθόδους που χρησιμοποιούν οι ασθενείς προκειμένου να ξεπεράσουν το άγχος και το φόβο του πόνου, αλλά και τα υπόλοιπα αρνητικά στοιχεία της ψυχολογίας τους που συνοδεύουν μια χειρουργική επέμβαση. Τα μέτρια προς υψηλά επίπεδα των ασθενών ως προς την αναζήτηση της θρησκευτικότητας / πνευματικότητας, την πίστη στη θεϊκή παρέμβαση και τη θετική ερμηνεία της ασθένειας και απόδοσή της στη θεϊκή παρέμβαση αποτυπώνουν την ανάγκη των ασθενών να στηριχθούν κάπου κατά τη διάρκεια ενός σοβαρού προβλήματος. Η εικόνα αυτή των αποτελεσμάτων συμφωνεί με την ελληνική κοινωνία και την πατροπαράδοτη πίστη στη θρησκεία, αλλά συμφωνεί επίσης και με αποτελέσματα άλλων ερευνών, που βρίσκουν μέτρια και υψηλά επίπεδα στροφής προς τη θρησκευτικότητα /πνευματικότητα σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα και ασθενείς που έχουν υποστεί χειρουργικές επεμβάσεις [41].

Τέλος, μια ακόμα στρατηγική που μπορεί να χρησιμοποιηθεί προκειμένου να ξεπεραστούν κάποιες αρνητικές καταστάσεις είναι η αισιοδοξία. Στην παρούσα έρευνα τα επίπεδα αισιοδοξίας, αλλά και τα επίπεδα απαισιοδοξίας των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση ήταν μέτρια. Είναι γεγονός πως όταν κάποιος έχει υποβληθεί σε μια τόσο αρνητική, επώδυνη και έντονη διαδικασία, συχνά χάνει τα θετικά του συναισθήματα και τις θετικές του σκέψεις και γίνεται πιο απαισιόδοξος και πιο αρνητικός. Έτσι, το δείγμα παρουσίασε χαμηλά προς μέτρια επίπεδα αισιοδοξίας, εύρημα που συμφωνεί και με άλλες έρευνες που έχουν διεξαχθεί με το ίδιο θέμα [42].

Εξετάζοντας την επίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών του δείγματος, διαπιστώθηκε πως οι νεότεροι ασθενείς παρουσίαζαν αυξημένα επίπεδα επιθετικότητας σε σχέση με τους πιο ηλικιωμένους ασθενείς. Σε γενικές γραμμές, τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας σε πιο νεαρή ηλικία συχνά φαίνονται να είναι πιο δύσθυμα και να αντιμετωπίζουν δυσκολότερα την κατάσταση της υγείας τους σε σχέση με τα γηραιότερα άτομα, πιθανότατα γιατί αφενός, η ασθένεια σε μεγαλύτερες ηλικίες είναι πιο αναμενόμενη και αφετέρου, επειδή συνήθως δυσκολεύονται να προσαρμοστούν σε καταστάσεις οι οποίες τους αποκλείουν από μια φυσιολογική ζωή, οικογενειακή ή επαγγελματική, έστω και αν αυτές διαρκούν λίγο. Η κοινωνική στήριξη ενδείκνυται στις περιπτώσεις αυτές, προκειμένου να ξεπεραστούν ομαλότερα τα προβλήματα ψυχολογικής φύσεως που προκαλούνται στον ασθενή, συμπεριλαμβανομένης και της επιθετικότητας [43].

Ο πόνος έπειτα από μια χειρουργική επέμβαση είναι πολύ πιθανό να αυξησει τα επίπεδα του άγχους στο άτομο. Στην παρούσα έρευνα, οι γυναίκες του δείγματος έδειξαν να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους από τους άνδρες τόσο ως στοιχείο ψυχοπαθολογίας όσο και ως κατάσταση, αλλά και υψηλότερα επίπεδα φοβικού άγχους από τους άνδρες. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στο εξωτερικό σχετικά με τη διαφοροποίηση του φύλου στην εκτίμηση του πόνου μετά από χειρουργική επέμβαση και στη συνεπακόλουθη αύξηση των επιπέδων του άγχους έδειξαν πως συμφωνούν με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας και πως πράγματι, οι γυναίκες είναι πιο αγχώδεις από τους άνδρες σε περιόδους που ακολουθούν μια χειρουργική επέμβαση [44].

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε επίσης πως οι διαζευγμένοι και οι χήροι παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα σε συγκεκριμένα στοιχεία ψυχοπαθολογίας, όπως ο ψυχαναγκασμός, η κατάθλιψη και το φοβικό άγχος από τις υπόλοιπες ομάδες. Η μοναχικότητα των ατόμων αυτών, που ήδη βίωσαν μια απώλεια στη ζωή τους μπορεί να εξηγεί τα υψηλότερα επίπεδα των στοιχείων της ψυχοπαθολογίας. Ενδεχομένως δε, η κατάθλιψη και τα υπόλοιπα στοιχεία να είναι ανεξάρτητα από την χειρουργική επέμβαση στην οποία υποβλήθηκαν και να διακατέχουν ήδη τα άτομα αυτά και πριν το χειρουργείο. Σε κάθε περίπτωση, δεν μπορούμε να οδηγηθούμε σε ασφαλή αποτελέσματα στο σημείο αυτό, καθώς ο άνισος αριθμός του δείγματος μπορεί να οδηγήσει σε εσφαλμένα αποτελέσματα (11 συμμετέχοντες άγαμοι, 52 συμμετέχοντες έγγαμοι, 9 συμμετέχοντες χήροι και 4 συμμετέχοντες διαζευγμένοι).

Το τελευταίο εύρημα της παρούσας ερευνητικής εργασίας αφορά την επίδραση του μορφωτικού επιπέδου του δείγματος στους υπό μελέτη παράγοντες του ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα αυτά έδειξαν πως τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και ανησυχίας από τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Συχνά συμβαίνει τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο να έχουν ελλιπή πληροφόρηση σχετικά με διαδικασίες ιατρικής φύσεως, ως εκ τούτου είναι πολύ πιθανό να αναπτύσσουν μια εντονότερη ανησυχία και άγχος σε περιπτώσεις που υφίστανται διαδικασίες που δε γνωρίζουν ή δεν καταλαβαίνουν. Αντίθετα, τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο λαμβάνουν κάθε απαραίτητη πληροφόρηση πριν από οποιοδήποτε σημαντικό συμβάν της ζωής τους και έτσι είναι προετοιμασμένοι για το τι πρόκειται να αντιμετωπίσουν, καθώς είναι σε θέση να αντιληφθούν πολλά από αυτά που τους συμβαίνουν ή τους εξηγεί το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Ωστόσο, όπως και στην παραπάνω περίπτωση, δεν μπορούμε να οδηγηθούμε σε σίγουρα συμπεράσματα, καθώς είναι άνισος ο αριθμός του δείγματος ως προς το μορφωτικό του επίπεδο, (3 συμμετέχοντες

αναλφάβητοι, 14 συμμετέχοντες απόφοιτοι δημοτικού, 8 συμμετέχοντες απόφοιτοι γυμνασίου, 7 συμμετέχοντες απόφοιτοι λυκείου, 28 συμμετέχοντες απόφοιτοι ΑΕΙ – ΤΕΙ και 6 συμμετέχοντες με μεταπτυχιακές σπουδές).

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της ερευνητικής αυτής εργασίας, διαπιστώνει κανείς πως σε γενικές γραμμές οι ασθενείς που έχουν υποστεί μια χειρουργική επέμβαση δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερα στοιχεία άγχους και φόβου για τον πόνο, αλλά και άλλα στοιχεία ψυχοπαθολογίας, καθώς μάλλον θεωρούν πως ο κίνδυνος έχει ξεπεραστεί και πως το ανησυχητικό στάδιο της εγχείρησής τους έχει ήδη περάσει επιτυχώς. Επιπλέον, φαίνονται να χρησιμοποιούν αρκετά συχνά πρακτικές αντιμετώπισης του άγχους τους, μέσω της οικογενειακής, κοινωνικής και πνευματικής στήριξης, πρακτικές οι οποίες ενδεχομένως να είναι επιτυχείς, αν κρίνει κανείς από τα επίπεδα του άγχους τους.

Σε κάθε περίπτωση, η διασύνδεση της πρωτοβάθμιας με τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας της χώρας μας είναι ελλιπής. Τα επίπεδα άγχους και φόβου για τον πόνο θα μπορούσαν να είναι ακόμα πιο μειωμένα εάν υπήρχε η διασύνδεση αυτή, η οποία θα βοηθούσε στη σωστή ενημέρωση των πολιτών, προληπτικά, από τα Κέντρα Υγείας και τις υπόλοιπες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας με αποτέλεσμα μια πιο ψύχραιμη αντιμετώπιση της χειρουργικής επέμβασης όταν αυτή θα κρίνονταν απαραίτητη.

Ανάμεσα στις προτάσεις για μελλοντική έρευνα μπορούμε να συμπεριλάβουμε τη διερεύνηση των συγκεκριμένων παραγόντων που μελετήθηκαν στην παρούσα εργασία, σε συσχέτιση με τα επίπεδα στα οποία βρίσκονταν οι παράγοντες αυτοί πριν από τη χειρουργική επέμβαση των ασθενών. Μια ακόμα πρόταση θα μπορούσε να είναι η διαχρονική διερεύνηση των συγκεκριμένων παραγόντων σε μια άλλη φάση, ενδεχομένως 3 ή 6 μήνες μετά από την χειρουργική επέμβαση, ούτως ώστε να εντοπιστεί αν η χειρουργική επέμβαση διαδραμάτισε ρόλο στην ψυχοπαθολογία των ασθενών και πιο μακροπρόθεσμα.

Στους περιορισμούς της εν λόγω έρευνας μπορούμε να εστιάσουμε σε δύο σημεία. Πρώτο περιορισμό της έρευνας αποτελεί το γεγονός πως το δείγμα της έρευνας αυτής ήταν σχετικά μικρό και κάποιες ομάδες από το συγκεκριμένο δείγμα ήταν άνισα κατανομημένες (π.χ. οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο), με αποτέλεσμα να μη μπορούμε να οδηγηθούμε σε ασφαλή αποτελέσματα ως προς τα ατομικά αυτά χαρακτηριστικά. Δεύτερο περιορισμό της

έρευνας αποτελεί η χρήση του ερωτηματολογίου αυτοαναφορών το οποίο έχει αδυναμία ως προς την υποκειμενικότητα των απαντήσεων που δίνουν οι ερωτηθέντες.

Παρά τους όποιους περιορισμούς και αδυναμίες, η έρευνα αυτή αποτελεί την αφετηρία για περαιτέρω μελέτη των στοιχείων αυτών εμβαθύνοντας ενδεχομένως στις μεταξύ τους σχέσεις. Η μετεγχειρητική περίοδος αποτελεί ένα πολύ δύσκολο στάδιο για τον ασθενή και ευθύνη του συστήματος υγείας είναι να μπορέσει να του παρέχει τη βέλτιστη ποιότητα υπηρεσιών, προκειμένου όλα αυτά τα αρνητικά στοιχεία της ψυχολογίας του να εξαλειφθούν. Η παρούσα εργασία στο επίπεδο αυτό μπορεί να αποτελέσει τη βάση για τη βελτίωση των υπηρεσιών που προσφέρονται από τις μονάδες υγείας, μέσω της δυνατότητας βαθύτερης και τεκμηριωμένης κατανόησης από τη μεριά του προσωπικού των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς σε τέτοιες περιόδους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- [1] 10/10/25 Ν.Δ. Περί ιδρύσεως νοσοκομείων
[2] Πομόνη Δ. Υγειονομική Νομοθεσία 1833–1930. Τόμοι Α και Β. Εθνικό Τυπογραφείο, 1925, 1932
[3] Παπαδάκη Α. Το υγειονομικό έργο του Ελευθερίου Βενιζέλου. Θεσσαλονίκη. Ελλην Ιατρ 1965, 34:7
[4] Μπένος Α. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Θεσσαλονίκη, 1996
[5] Κούτης Α., Αλλαγή παραδείγματος στην Ιατρική: Η εισαγωγή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Αθήνα, 1992
[6] www.ggka.gr/latest/ggka/26-9-2011%20%20ekpy_NEW.doc
[7] Οικονόμου, Χ. Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες. Αθήνα: Διόνικος, 2004
[8] Smokovitis A. Physiology. 4th ed, Kyriakidis Bros., Thessaloniki (in Greek), 2004
[9] Guyton H. Πόνος κεφαλαλγία και αίσθηση του θερμού. Στο G. & Hall, Φυσιολογία του ανθρώπου και μηχανισμοί των νόσων, 1997
[10] Μόντη. (2008). Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.archive.gr/modules.php?name=News&file=article&sid=76>.
[11] American Society of Anesthesiologist Task Force on Acute Pain Management. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Management. Anesthesiology. 2004;100(6):1573-1581
[12] Cashman J. & Dolin S. Respiratory and haemodynamic effects of acute postoperative management: evidence from published data. British journal of Anaesthesia 2004; 93(2): 212-223
[13] Auburn F. Paraqueron X, Langeron O, Cariat P. Riou B. What pain scales do nurses use in the postanesthesia care unit? EJA .2003;20(9):745-749
[14] Skovlurd E, Bretthauer M, Grotmol T, Larsen IK, Hoff G. Sensitivity of pain rating scales in an endoscopy trial. Clin. J Pain. 2005;21(4):292-296.
[15] Williamson A, Hoggart B. Pain: a review or 3 commonly used pain rate scales. J Clin. Nurs.2005;14(7):798-804.
[16] White PF, Kehlet H. Improving Postoperative Pain Management What Are the Unresolved Issues? Anesthesiology. 2010;112(1):220–5.
[17] Hobfoll, S.E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. American Psychologist, 1989; 44, 513-524
[18] Dimatteo M. R. & Hays R. Social support and serious illness. In Social Networks and Social Support (Edited by Gottlieb B.), 1981; 117-148. Sage, Beverly Hills
[19] House J. Work Stress and Social Support. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J. 1981
[20] Kaplan M. Ambushed by spirituality.

Task Force on Acute Pain

- [21] Meisenhelder JB & Chandler EN. Prayer and health outcomes in church members. *Altern Ther Health Med.* 2000; 6:56–60
- [22] Scheier, M.F., & Carver, C.S. Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 1985; 4, 219–247
- [23] Καραδήμας, Ε. Η προσαρμογή στα Ελληνικά μιας κλίμακας μέτρησης των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων. *Ψυχολογία*, 1998; 5 (3), 260–273
- [24] Duits, AA, Duivenvoorden, HJ, Boeke, S, Taam, MA, Mochtar, B, Krauss, XH, Passchier, J, Erdman, RAM. A structural modeling analysis of anxiety and depression in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: a model generating approach. *J Psychosom Res*, 1999; 46, 187–200
- [25] Jelacic, M, Bonke, B. Preoperative anxiety and motives for surgery. *Psychol Rep*, 1991; 68, 849–850
- [26] Lang, P.J. Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In J.M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy* (Vol. 3). Washington, DC: American Psychological Association, 1968.
- [27] Waddell, G, Newton, M, Henderson, I, Somerville, D & Main, C. A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 1993; 52, 157–168
- Time Magazine. 1996; 24:62
- [28] Sjöling, M, Nordahl, G, Olofsson, N, Asplund, K. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Educ Cons*, 2003; 41, 169–176
- [29] Vaughn, F., Wichowski, H., & Bosworth, G. Does Preoperative Anxiety Level Predict Postoperative Pain? *AORN Journal*, 2007; 85, 3, 589 – 594, 597 – 604
- [30] Derogatis, L.R. *The SCL-90 Manual I. Scoring, Administration and Procedures for the SL-90.* Baltimore, MD:John Hopkins University School of Medicine, Cincial Psychometrics Unit, 1977
- [30α] Ντόνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν. Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, vol. 2, 1991, 42-48.
- [31] Gouva M., Konstanti, Z., Paschou, A., Dragioti, E., Kotrotsiou, E. & Koulouras V. Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the F-COPES, *Interscientific health care*, 2012 (accepted).
- [31α] Gouva M., Zagorgianakou R., Dragioti, E., Paschou, A. & Kotrotsiou, E. Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the SpREUK, *Interscientific health care*, 2012 (accepted).
- [32] Scheier, M.R., Carver, C.S., and Bridges, M.W. Distinguishing optimism from neuroticism: A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and*

- questionnaire). Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 1970
- [32^α] Lyrakos, G.N., Damigos, D., Mavreas, V., Kostopanagiotou G., Dimoliatis, I. A translation and validation study of the Life Orientation Test Revised in the Greek speaking population of nurses among three hospitals in Athens and Ioannina. *Soc Indic Res*, 95 (1), 2010, p 129-142
- [33] Eifert, G.H., Thompson, R.N., Zvolensky, M.J., Edwards, K., Frazer, N.L., Haddad, J.W., & Davig, J. The cardiac anxiety questionnaire: development and preliminary validity. *Behavior Research and Therapy*, 2000; 38, 1039-1053
- [33^α] Dragioti, E., Vitoratou, S., Kaltsouda, A., Tsartsalis, D. & Gouva M. Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ), *Psychological reports*, 109, (1), 2011, 77-92
- [34] Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-evaluation questionnaire)*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 1970
- [34α] Αναγνωστοπούλου, Τ. Ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberger. Σε Σταλίκας, Α. Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα. 2002. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- [34β] Λιάκος, Α. & Γιαννίτση Σ. Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής *Social Psychology*, 1994; 5, 1063-1078
- 21, 1984, 71-76
- [35] McNeil D.W. & Brunetti G.D. Pain and fear: A bioinformational perspective on responsivity to imagery, *Behaviour Research and Therapy*, 30, 5, 1992, 513-520
- [35^α] McNeil W.D. & Rainwater J.A. Development of the Fear of Pain Questionnaire—III. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 4, 1998, 389-410.
- [35β] Gouva M., Dragioti, E., Paschou, A. Psychometric properties and factor structure of
- [36] McCracken, L.M., Zayfert, C., Gross, R.T. The Pain Anxiety Symptoms Scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, 1992; 50(1), 67-73
- [37] Maddi S. R., Fox S. R., Harvey, R. H., Lu, J. L., Khoshaba, D. M., & Persico, M. Reduction in Psychopathology following bariatric surgery for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 2001, 11, 6, 680 - 685
- [38] Hoyer J., Eifert G. H., Einsle, F., Zimmermann K., Krauss S., Knaut M., Matschke K. & Kollner V. Heart – focused anxiety before and after cardiac surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 2008, 64, 3, 291 – 297
- [39] Tully P.J., Bennetts J.S., Baker R. A., McGavigan A. D., Turnbull D. A. & Winefield H. R. Anxiety, depression, and stress as risk factors for atrial fibrillation after cardiac surgery. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 2011, 40, 1, 4 -11
- [40] Dougherty C. M. Psychological reactions

κλίμακας άγχους του Spielberger. Εγκέφαλος and family adjustment in shock versus no shock after implantation of internal cardioverter defibrillator. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 1995, 24, 4, 281 – 291

[41] Miller J. F., McConnell, T. R. & Klinger T.A. Religiosity and Spirituality: Influence on Quality of Life and Perceived Patient Self – Efficacy among Cardiac Patients and Their Spouses. *Journal of Religion and Health*, 2007, 46, 2, 299 – 313

[42] Chamberlain K., Petrie K. & Azariah R. The role of optimism and sense of coherence in predicting recovery following surgery. *Psychology & Health*, 1992, 7, 301 – 310

[43] Brummett B.H., Banyak M.A., Barefoot J. C., Bosworth H. B., Clapp – Channing N. E. Siegler I. C., Williams R. B. & Mark D. B. Social Support And Hostility as Predictors of Depressive Symptoms in Cardiac Patients One Month After Hospitalization: A Prospective Study. *Psychosomatic Medicine*, 1998, 60, 707 – 713

[44] Logan D. E. & Rose J. B. Gender Differences in Post – Operative Pain and Patient Controlled Analgesia Use Among Adolescent Surgical Patients. *Pain*, 2004, 109, 3, 481 - 487