



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Διπλωματική Εργασία
της **Χρυσούλα Λάμπρου**

**Προεγχειρητικό Άγχος ασθενών και η διασύνδεσή του με την
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Μαίρη Γκούβα
Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας
Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

Σεπτέμβριος 2013



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Προεγχειρητικό Άγχος ασθενών και η διασύνδεσή του με την
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Χρυσούλα Λάμπρου
ΤΕ Νοσηλεύτρια
Γενικού Νοσοκομείου Βόλου

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Μαίρη Γκούβα
Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας
ΤΕΙ Ηπείρου

Χρύσα Χατζόγλου
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Ιατρικής
Παν/μίου Θεσσαλίας

Ευαγγελία Κοτρώτσιου
Ph.D Νοσηλευτικής, Msc Κοινωνικής Ψυχιατρικής
Καθηγήτρια
Διευθύντρια ΣΕΥΠ, ΤΕΙ Λάρισας

ΛΑΡΙΣΑ 2013



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**Preoperative anxiety of patients and
the interconnection to Primary Health**

LARISA 2013

Copyright © Χρυσούλα Λάμπρου, 2013

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Ιατρικής (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας). Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους της Ιατρικής Σχολής.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου εργασίας και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία αφορά στην διερεύνηση του προεγχειρητικού άγχους και τη συμβολή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε αυτό. Μέσα από την προσωπική έρευνα επιτυγχάνεται η εκτίμηση της κατάστασης των ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, το επίπεδο άγχους τους, η στάση τους απέναντι στο πρόβλημα και η σχέση τους με το οικογενειακό τους περιβάλλον.

Στα πλαίσια ολοκλήρωσης των σπουδών μου θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου και την ευχαρίστηση προς τους Καθηγητές μου, για όλες τις γνώσεις που μου προσέφεραν. Επίσης ευχαριστώ θερμά στην οικογένειά μου, τον σύζυγό μου Σωτήρη και το γιό μου Ηλία, για την ηθική και οικονομική στήριξη που μου παρείχαν όλα αυτά τα χρόνια. Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα Γκούβα για την κατανόηση και σημαντική βοήθεια που μου προσέφερε για να πραγματοποιήσω την εν λόγω μελέτη και έρευνα.

Πίνακας Περιεχομένων

<i>Περίληψη</i>	9
Summary in English	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	14
ΜΕΡΟΣ Ι	16
ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	17
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ	29
ΜΕΡΟΣ ΙΙ	32
1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης	33
2. Υλικό και Μέθοδος	34
2.1 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία	35
2.2. Στατιστική επεξεργασία	41
3. Αποτελέσματα της μελέτης	42
3.1 Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος	42
3.2 Κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος	44
4. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης	48
4.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων	48
5. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων	49
5.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν	49
5.2 Διαφοροποιήσεις μεταξύ Προεγχειρητικών Ασθενών ως προς το Φύλο	54
5.3 Διαφοροποιήσεις μεταξύ των προεγχειρητικών ασθενών ως προς προεγχειρητικό άγχος	58
5.4 Διαφοροποιήσεις μεταξύ των προεγχειρητικών ασθενών ως προς το αν έχουν υποβληθεί σε άλλη χειρουργική επέμβαση	62

5.5 Διαφοροποιήσεις μεταξύ των προεγχειρητικών ασθενών ως προς την πρόγνωση της νόσου	63
5.6. Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ προεγχειρητικών ασθενών ως προς τη διαμονή	67
5.7 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ προεγχειρητικών ασθενών ως προς την οικογένεια	68
5.8 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ προεγχειρητικών ασθενών ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο	70
5.9 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ προεγχειρητικών ασθενών ως προς την επαγγελματική κατάσταση	73
6. Διμεταβλητές Συσχετίσεις	75
6.1. Συσχετίσεις του παροδικού άγχους	75
7. Συζήτηση	76
7.1. Οριοθετήσεις	76
7.2. Παροδικό άγχος στους προεγχειρητικούς ασθενείς (STAI)	76
7.3. Μόνιμο άγχος στους προεγχειρητικούς ασθενείς (STAI)	77
7.4. Διαφοροποιήσεις Ασθενών ως προς τα επίπεδα του προεγχειρητικού άγχους	78
7.5 Διαφοροποιήσεις Ασθενών ως προς τα επίπεδα του προεγχειρητικού άγχους	78
7.6 Διαφοροποιήσεις του Προεγχειρητικού άγχους των Ασθενών ως προς τη Βιωμένη Χειρουργική Εμπειρία	79
8. Συμπεράσματα	80
Βιβλιογραφία	82

Αν και το προεγχειρητικό άγχος θεωρείται ότι είναι μία φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού ως προς την χειρουργική επέμβαση, είναι διαδεδομένο ότι δρα αρνητικά ως προς την αποκατάσταση της υγείας. Οι υπάρχουσες μελέτες για το προεγχειρητικό άγχος αν και είναι αρκετές δεν αποσαφηνίζουν τα χαρακτηριστικά του παροδικού άγχους και τη σχέση του με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Ο σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων με το προεγχειρητικό άγχος των ασθενών (συγκεκριμένα των οικογενειακών σχέσεων, της προσωπικής ανάπτυξης και ωρίμανσης, της συντήρησης του οικογενειακού συστήματος, της εχθρότητας, του άγχους για την καρδιακή λειτουργία, της διαχείρισης της οικογενειακής κρίσης και της πνευματικότητας). Πιο συγκεκριμένα επιχειρήθηκε: Σύγκριση της ομάδας των γυναικών προεγχειρητικών ασθενών και της ομάδας των ανδρών προεγχειρητικών ασθενών, σύγκριση της ομάδας των ασθενών με προγενέστερη προεγχειρητική εμπειρία και της ομάδας των ασθενών χωρίς προγενέστερη προεγχειρητική εμπειρία, σύγκριση της ομάδας των ασθενών με υψηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους και της ομάδας των ασθενών με χαμηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους, σύγκριση της ομάδας των ασθενών με χειρουργικές επεμβάσεις εξαιτίας όσων με κακή πρόγνωση και της ομάδας των ασθενών με χειρουργικές επεμβάσεις εξαιτίας νόσων με καλή πρόγνωση και τέλος συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, από τον Ιούνιο του 2013 έως το Σεπτέμβριο του 2013. Συνολικά δόθηκαν 91 ερωτηματολόγια σε προεγχειρητικούς ασθενείς που νοσηλεύονταν στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου.

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: α) η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FamilyEnvironmentScale, FormR-FES), β) το Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (HostilityandDirectionofHostilityQuestionnaire - HDHQ), γ) η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (Symptom Checklist 90-R -SCL-90), και δ) η Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Άγχους του Spielberger (State - TraitAnxietyInventory - STAI), ε) το Τεστ προσανατολισμού της ζωής (LOT-R), στ) η Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK), η) η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (Cardiac Anxiety Questionnaire-CAQ), θ) η Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES), ι) η κλίμακα μέτρησης του Αλτρουισμού και ακόμη ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-

δημογραφικών στοιχείων και ερωτήσεων στάσης και αυτοαναφερόμενων στοιχείων για την επίδραση του προεγχειρητικού άγχους των ασθενών.

Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση εφαρμόστηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, από την οποία προέκυψε, ότι η μέση τιμή του παροδικού άγχους για την ομάδα των προεγχειρητικών ασθενών ήταν αντίστοιχα, $40,68 \pm 11,75$ για τους άνδρες και $42,90 \pm 14,55$ για τις γυναίκες. Η μέση τιμή του μόνιμου άγχους πριν το χειρουργείο (trait -anxiety) για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών των προεγχειρητικών ασθενών κατά την προεγχειρητική φάση ήταν αντίστοιχα $39,00 \pm 10,09$ και $44,76 \pm 10,69$. Οι ασθενείς που είχαν πολύ υψηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους ήταν οι ασθενείς που και το μόνιμο άγχος της ζωής τους βρίσκεται σε πολύ υψηλά επίπεδα ($48,23 \pm 8,73$) και ακόμη εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα άγχους για την καρδιακή τους λειτουργία ($p=0,000$), έχουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης ($p=0,001$), φοβικού άγχους ($p=0,017$), ψυχωτισμού ($p=0,003$), σκέψεις θανάτου ($p=0,000$), παρορμητική επιθετικότητα ($p=0,016$), κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας ($p=0,004$), και παθητική αντιμετώπιση ($p=0,019$). Όσοι προεγχειρητικοί ασθενείς είχαν προγενέστερη χειρουργική εμπειρία, εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους, χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p=0,155$) με τους ασθενείς δεν είχαν προγενέστερη χειρουργική εμπειρία.

Ο στατιστικός έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ του παροδικού άγχους και κάθε μιας ξεχωριστά από τις άλλες μεταβλητές έδειξε **πάρα πολύ σημαντική συσχέτιση** ($P < 0,001$) μεταξύ του παροδικού άγχους και του εκπαιδευτικού επιπέδου ($p=0,000$), και **στατιστικά σημαντική συσχέτιση** μεταξύ του παροδικού άγχους και της επαγγελματικής κατάστασης ($p=0,035$), και της ύπαρξης αδελφών ($p=0,042$).

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης οδηγούν στα συμπεράσματα: τόσο οι άνδρες ασθενείς όσο και οι γυναίκες προεγχειρητικοί ασθενείς δεν έχουν υψηλά επίπεδα παροδικού άγχους πριν το χειρουργείο και αυτό το άγχος δεν επηρεάζεται από την πρόγνωση της νόσου για την οποία πρόκειται να χειρουργηθούν. Απεναντίας σχετίζεται με το εκπαιδευτικό επίπεδο, την επαγγελματική κατάσταση και την ύπαρξη αδελφών. Οι ασθενείς με πολύ υψηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους είναι οι άνθρωποι των οποίων και το μόνιμο άγχος της ζωής τους βρίσκεται σε πολύ υψηλά επίπεδα. Οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους εμφανίζουν και υψηλά επίπεδα άγχους για την καρδιακή τους λειτουργία, κατάθλιψη, φοβικού άγχους, ψυχωτισμού, σκέψεις θανάτου, παρορμητικής εχθρότητας, κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας, παθητική αντιμετώπιση.

Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, παρά τους εύλογους περιορισμούς τους, οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με το προεγχειρητικό άγχος των ασθενών, καθώς και τις ανάγκες που δημιουργούνται και πρέπει να απαντηθούν.

Κρίνεται σκόπιμο οι επαγγελματίες υγείας να εντρυφήσουν περισσότερο στο ρόλο του παροδικού άγχους των προεγχειρητικών ασθενών. Οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργεία θα πρέπει να ενθαρρύνονται κυρίως από ένα πρωτοβάθμιο σύστημα φροντίδας υγείας, να υιοθετούν μια

θετική προσέγγιση με αισιοδοξία, μέσα από συμβουλευτικές τεχνικές διότι αυτό θα τους βοηθήσει στην σωματική και ψυχική τους υγεία, άρα και στην ποιότητα της ζωής τους.

Λέξεις Ευρετηριασμού: Προεγχειρητικό Άγχος, Μόνιμο Άγχος, Άγχος, Ασθενείς, Ψυχολογία

Although preoperative anxiety is considered to be a normal reaction of the body to surgery, it is common that it has a negative impact on the restoration of health. Existing studies for preoperative anxiety although are enough they don't clarify the characteristics of the state anxiety and its relationship with the psychological characteristics of the patients. The purpose of this research study was to investigate the association between certain psychological parameters with preoperative anxiety of patients (particularly family relationships, personal development and maturation, maintenance of the family system, hostility, anxiety on cardiac function , management family crisis and spirituality). More specifically was attempted: Comparison of the women's group of preoperative patients and the group of men preoperative patients, comparing the group of patients with preoperative prior experience and the group of patients without preoperative prior experience, comparing the group of patients with high levels of preoperative anxiety and the group of patients with low preoperative anxiety comparison of the group of patients with surgeries because of diseases with bad prognosis and the group of patients with surgeries because of diseases with good prognosis and finally correlation of the individual subscales of each variable for the entire sample as and for each group separately.

This research was conducted as part of the postgraduate program "Primary Health Care", Medical School, University of Thessaly, from June 2013 to September 2013. We gave questionnaires to 91 preoperative patients hospitalized at the General Hospital of Volos.

The research tools which was used were: a) the Family Environment Scale (Family Environment Scale, Form R-FES), b) Aggression Questionnaire and Direction of Aggression (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ), c) Scale of Psychopathology (Symptom Checklist 90-R - SCL-90), and d) Self-Esteem Scale's anxiety Spielberger (State - Trait Anxiety Inventory - STAI), e) Test orientation of life (LOT-R), f) Scale and Spirituality religiosity (SpREUK), h) scale for measuring stress on cardiac function (Cardiac Anxiety Questionnaire-CAQ), i) scale measuring Crisis in the Family (F-COPES), j) the measurement scale of altruism and even a questionnaire socio - demographic information and questions attitudes and self-reported data on the effect of preoperative anxiety of patients.

Univariate and multivariate analysis was applied for the statistical processing of the data, which showed that the average price of state anxiety for the group of preoperative patients was respectively, $40,68 \pm 11,75$ for men and $42,90 \pm 14,55$ for women. The average price of trait-anxiety before surgery for the group of men and women of preoperative patients during the preoperative phase was respectively

39,00 ± 10,09 and 44,76 ± 10,69. Patients which had very high levels of preoperative anxiety were the patients which and the trait anxiety of their life is very high (48,23 ± 8,73) and even had high levels of stress for cardiac function (p = 0,000), they have higher levels of depression (p= 0,001), fearful anxiety (p= 0,017), psychotism (p=0,003), thoughts of death (p= 0,000), impulsive aggression (p=0,016), mobilizing the family to accept help (p=0.004), and passive treatment (p=0,019). Those pre-operative patients had prior surgical experience, showed higher levels of anxiety, without statistically significant differences (p=0,155) with the patients which had not prior surgical experience.

The statistical test for the existence of correlations between state anxiety and each one separated from the other variables showed a very significant correlation (P <0,001) between the state anxiety and the educational level (p=0,000), and statistically significant correlation between the state anxiety and the occupational status (p=0,035), and the existence of siblings (p=0,042).

The results of this study lead to the conclusions: So the men patients as the women pre-operative patients have high levels of state anxiety before surgery, and this stress is not affected by the prognosis of disease for which is to be operated. Instead, it is associated with educational level, occupational status and the existence of siblings. Patients with very high levels of preoperative anxiety are the people whose the permanent stress of life is very high. Patients with high levels of preoperative anxiety and show high levels of stress on cardiac function, depression, fearful anxiety psychotism, thoughts of death, compulsive hostility, mobilizing the family to accept assistance, passive approach.

We could argue that the results of this study, despite of reasonable restrictions, lead to redefinition of certain aspects regarding the preoperative anxiety of patients and the needs which are created and must be answered.

It is important for healthcare professionals to examine more closely the role of state anxiety of preoperative patients. Patients who are going for surgery should be encouraged mainly by a primary health care system, they must adopt a positive approach with optimism, through counseling techniques because this will help them in their physical and mental health and therefore on the quality of their life.

Keywords: State Anxiety, Trait Anxiety, Anxiety, Patients Psychology

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σημερινή εποχή, συχνό είναι το φαινόμενο πολλοί άνθρωποι να υποβάλλονται σε μία ή περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις κατά την διάρκεια της ζωής τους. Οι χειρουργικές αυτές επεμβάσεις πραγματοποιούνται είτε για πολύ σοβαρές ή όχι καταστάσεις. Ωστόσο, μικρό είναι το ποσοστό όπου οι άνθρωποι βλέπουν θετικά το χειρουργείο, καθώς καταβάλλονται από υπερβολικό άγχος και φόβο για το τι θα προκύψει. Γι' αυτό το λόγο προχωρούν στην αναζήτηση κάποιας άλλης μεθόδου, προκειμένου να γίνουν καλά και για αποφύγουν την επέμβαση (Αγγελόπουλος, 2009).

Οι κυριότεροι φόβοι ενός ασθενούς που υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση είναι κατά βάση το άγχος της αναισθησίας, της ακεραιότητας του, ο φόβος του πόνου, του είδους της ασθένειας του βαθμού που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υπόλοιπη ζωή του. Οι εν λόγω φόβοι είναι διαφορετικοί σε κάθε περίπτωση, καθώς εξαρτώνται από τη προσωπικότητα του ασθενούς, τις σχέσεις του με το οικείο περιβάλλον και πως του συμπεραστέκονται και από τους μηχανισμούς άμυνας που διαθέτει (Gramkeetal., 2009). Επομένως, καταλήγουμε στο γεγονός ότι για ορισμένους ασθενείς η υποβολή σε χειρουργική επέμβαση φέρει θετικά αποτελέσματα, καθώς θεωρούν ότι θα απαλλαγούν από το πρόβλημα που τους βασανίζει, ενώ άλλοι δεν διατίθενται να την δουν με καλό μάτι. Επιπροσθέτως, παρατηρείται ότι η κατάσταση άγχους του ασθενούς πριν από την χειρουργική επέμβαση μπορεί να λειτουργήσει αρνητικά και μετά το πέρας του χειρουργείου (Pritchard, 2009).

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως αντικείμενο έρευνας το προεγχειρητικό άγχος των ασθενών και κατά πόσο συμβάλει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Συγκεκριμένα, παρουσιάζονται τα φυσιολογικά χαρακτηριστικά του άγχους και πραγματοποιείται διεξοδική παρουσίαση των παραγόντων που κρύβουν κινδύνους κατά την προεγχειρητική διαδικασία. Επιπλέον, πραγματοποιείται έρευνα ως προς τους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την νοσηλεία των ερωτηθέντων, ποια είναι η στάση του οικογενειακού τους περιβάλλοντος απέναντι σε μία χειρουργική επέμβαση. Επίσης γίνεται έρευνα, ως προς το βαθμό ενόχλησης των ερωτηθέντων για συγκεκριμένα προβλήματα υγείας και ποιες είναι οι σκέψεις τους ως προς την καρδιακή τους λειτουργία.

Αυτό που μας ενδιαφέρει να εξετάσουμε είναι αν τα άτομα που έχουν λάβει μέρος στην έρευνα και έχουν επέλθει σε μία έστω χειρουργική επέμβαση αν υπήρξαν στιγμές άγχους, πως το καταπολέμησαν και ποια ήταν η στάση των οικείων του. Επιπλέον, μέσω της προσωπικής έρευνας στοχεύουμε στο να παρουσιάσουμε την προσωπικότητα των ερωτηθέντων και στην εκτίμηση της συμπεριφοράς τους κατά την προεγχειρητική περίοδο.

Οι λέξεις – κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να συγκεντρωθούν οι κατάλληλες πληροφορίες είναι: προεγχειρητικό άγχος, ασθενής, χειρουργική επέμβαση, ψυχολογία. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την προσέγγιση του θέματος της εργασίας είναι η εξής:

- Καθορισμός του στόχου και του σκοπού της μελέτης
- Έρευνα μέσω του διαδικτύου και της υπάρχουσας έντυπης βιβλιογραφίας.
- Κατάρτιση του σχετικού ερωτηματολογίου
- Προσέγγιση των ατόμων που θα έπαιρναν μέρος στην έρευνα.
- Έγγραφη έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γενικού Νοσοκομείου του Βόλου για την πραγματοποίηση της έρευνας
- Διεξαγωγή έρευνας.
- Ανάλυση του υλικού και των πληροφοριών που συγκεντρώθηκε.
- Εξαγωγή συμπερασμάτων – Διατύπωση προτάσεων.

Η δομή της εργασίας έχει ως ακολούθως:

Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφονται τα γενικά χαρακτηριστικά του προεγχειρητικού άγχους, όσον αφορά τη φυσιολογία και τις επιπρόσθετες διαταραχές που μπορεί να περιλαμβάνει. Επίσης, περιγράφεται αναλυτικά ο όρος του άγχους των προεγχειρητικών επεμβάσεων και οι παράγοντες κινδύνου ως προς την εκτέλεση του χειρουργείου. Ακόμη, καταγράφονται όλες οι ενδεχόμενες επιπτώσεις που μπορεί να δημιουργηθούν από το προεγχειρητικό άγχος.

Στη συνέχεια προχωράμε στην εξέταση των επιπτώσεων του άγχους μέσα από έρευνες και μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν. Αναλυτικότερα, παρουσιάζονται τα θετικά αποτελέσματα που μπορεί να επιφέρει η προεγχειρητική ενημέρωση στους ασθενείς, ως προς την καταπολέμηση του άγχους. Επίσης, περιγράφεται διεξοδικά τι ακριβώς περιλαμβάνει η προεγχειρητική φροντίδα των του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και σε τι βαθμό κυμαίνεται το άγχος των παιδιών που υπόκεινται σε χειρουργική επέμβαση. Τέλος, παρουσιάζονται τα σημαντικότερα ευρήματα μέσα από μελέτες, της ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας, ως προς το προεγχειρητικό και μετεγχειρητικό άγχος.

Ακολουθεί η παρουσίαση της μεθόδου που χρησιμοποιήθηκε, προκειμένου να προκύψει προσωπική εκτίμηση του επιπέδου του άγχους των ασθενών που πρόκειται να εγχειριστούν. Αναλύονται τα υλικά και οι μέθοδοι ανάλυσης των αποτελεσμάτων και παρουσιάζονται ορισμένα χαρακτηριστικά από την στατιστική ανάλυση που πραγματοποιείται.

Το επόμενο κεφάλαιο αφορά την περιγραφή των αποτελεσμάτων καθώς και τη συζήτησή τους με τα αποτελέσματα άλλων παρόμοιων μελετών από τη διεθνή βιβλιογραφία.

ΜΕΡΟΣ Ι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Φυσιολογία του άγχους

Ως προς την φυσιολογία του άγχους, κατά καιρούς έχουν διενεργηθεί πολλές έρευνες μέσα από τις οποίες προέκυψε ότι το άγχος μπορεί να προκαλέσει διαταραχές οι οποίες αφορούν κυρίως την λειτουργία της καρδιάς, το αίσθημα κόπωσης και αδυναμίας, να προκύψουν έντονοι πόνοι στον θώρακα και στη καρδιά και πονοκέφαλοι (Smith, 2008). Επιπρόσθετα, το άγχος μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις ως προς την αρτηριακή πίεση και τον καρδιακό σφυγμό, καθώς υπάρχουν περιπτώσεις όπου μπορεί να αυξηθούν σε συνδυασμό με την ροή του αίματος.

Πέρα όμως από τα παραπάνω, επιπρόσθετες διαταραχές δύναται να δημιουργηθούν στο ανοσοποιητικό και στο πεπτικό σύστημα του οργανισμού. Ωστόσο, το άτομο που καταβάλλεται από πλήρη άγχος και στρες μπορεί να έρθει αντιμέτωπο με εξωτερικές αντιδράσεις του οργανισμού, οι οποίες είναι το τρέμουλο, η εφίδρωση και το χλόμιασμα. Σχετικές μελέτες υποστηρίζουν ότι από βιολογικής απόψεως, το άγχος επηρεάζεται από τον ιππόκαμπο και την αμυγδαλή (Rosen & Schulkin, 1998).

Γενικότερα, τα βασικότερα αίτια εμφάνισης του άγχους είναι η θλίψη, που καταβάλλει τους ασθενείς ως προς τις αναμενόμενες εξελίξεις. Η θλίψη του ατόμου μεταλλάσσεται ανάλογα με την πιθανότητα απώλειας κάποιου μέλους του σώματος. Ειδικότερα, το προεγχειρητικό άγχος είναι δυνατό να διογκώνεται κατά τη διάρκεια αποχωρισμού από οικεία πρόσωπα, από τον κίνδυνο μετάδοσης της ασθένειας με τη μετάγγιση αίματος, από την μετεγχειρητική πορεία, από τη μη κατανόηση των διαγνωστικών εξετάσεων, από την νάρκωση και τα αποτελέσματα της, από τα εγχειρητικά ευρήματα και από την πιθανότητα θανάτου.

Προ-εγχειρητικό και μετεγχειρητικό άγχος

Στη σημερινή εποχή, το άγχος είναι μία ανθρώπινη αντίδραση, η οποία κρίνεται ως η μεγαλύτερη αιτία των περισσότερων ασθενειών. Ωστόσο, παρατηρείται ότι το άγχος μεγιστοποιείται δραματικά κατά την υποβολή των ατόμων σε χειρουργική επέμβαση. Αν και το προεγχειρητικό άγχος θεωρείται ότι είναι μία φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού ως προς την χειρουργική επέμβαση, είναι διαδεδομένο ότι δρα αρνητικά ως προς την αποκατάσταση της υγείας. Ανησυχητικό είναι επίσης το γεγονός ότι μέσα από το άγχος ενεργοποιείται η φυσιολογική αντίδραση του στρες, το οποίο μπορεί να αυξήσει την ανάγκη για αναισθησία, η οποία αυξάνει προεγχειρητικό ρίσκο (Huppe, 2000).

Από τα πλέον αγχογόνα ερεθίσματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος ο άνθρωπος στη ζωή του αποτελεί η επικείμενη χειρουργική επέμβαση, η οποία δημιουργεί αβεβαιότητα για την υγεία και τη ζωή.

Κατά τη χειρουργική περίοδο το άγχος βιώνεται ως φόβος, πανικός, οργή, θυμός, απελπισία. Η επικείμενη εμπειρία μιας χειρουργικής επέμβασης εκλαμβάνεται ως απειλή από τον ασθενή και το επακόλουθο άγχος θεωρείται φυσιολογικό έως έναν βαθμό. Οι υψηλές τιμές του αποδίδονται στο άγνωστο περιβάλλον, στην απώλεια της ανεξαρτησίας και στην απειλή σοβαρής ασθένειας (Hurre et al., 2000).

Έχει υπολογιστεί από μελέτες ότι η επίπτωση του προεγχειρητικού άγχους ποικίλει από 11-80% στους ενήλικες (MaranetsandKain, 1999). Το προεγχειρητικό άγχος είναι μία πρόκληση στην προεγχειρητική φροντίδα του αρρώστου. Οι περισσότεροι ασθενείς που ετοιμάζονται για επεμβάσεις ρουτίνας αισθάνονται άγχος και αυτή είναι μία ευρέως αποδεκτή και αναμενόμενη αντίδραση (Badneretal. 1990). Το άγχος περιγράφεται ως μία δυσάρεστη κατάσταση ανησυχίας και έντασης, που μπορεί να συσχετισθεί με μη φυσιολογικά αιμοδυναμικά, ως αποτέλεσμα ενεργοποίησης του συμπαθητικού, παρασυμπαθητικού και ενδοκρινούς συστήματος. Αρχίζει με το κλείσιμο του ραντεβού για το χειρουργείο και αυξάνει μέχρι την μέγιστη ένταση την στιγμή που μπαίνει στο νοσοκομείο(Klopfensteinetal. 2000).

Επιπλέον, το άγχος έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τους μετεγχειρητικούς πόνους, τις απαιτήσεις για φαρμακευτική αγωγή, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την μετεγχειρητική ανάκτηση του οργανισμού. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, ότι μεγιστοποιεί τους πνευμονικούς κινδύνους, τον κίνδυνο θρόμβωσης και τον κίνδυνο δυσλειτουργίας του εντέρου. Το άγχος θεωρείται γενικότερα ως μία δυσάρεστη κατάσταση ανησυχίας και έντασης, η οποία αρχίζει με το κλείσιμο του ραντεβού για το χειρουργείο και μεγιστοποιείται δραματικά κατά την είσοδο του ασθενούς στο νοσοκομείο (Klopfensteinetal. 2000).

Το προεγχειρητικό άγχος, επιπρόσθετα, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αύξηση του κινδύνου μόλυνσης, μειώνοντας τις δράσεις του ανοσοποιητικού συστήμα. Σε διάφορες μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση της σπονδυλικής στήλης παρουσίασαν υψηλά επίπεδα άγχους, ανεξάρτητα από την έκταση της χειρουργικής επέμβασης. Η αυξημένα του στρες και του άγχους σχετίζονται με τη μειωμένη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Επίσης άλλες έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι υψηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους είναι δυνατό να δημιουργήσουν αυξημένες ανάγκες μετεγχειρητικής αναλγησίας, των ημερών νοσηλείας, των επιπλοκών μετά το πέρας το χειρουργείου και τη μη ικανοποίηση του ασθενούς (Αγγελόπουλος, 2001).

Η πλειοψηφία των ασθενών που πρόκειται να χειρουργηθούν, θεωρούν ότι η μέρα του χειρουργείου είναι η κρίσιμότερη στιγμή για τη ζωής τους. Ως προς την εκτίμηση του άγχους του ασθενούς, γίνεται εμφανής μέσω διάφορων καταστάσεων, όπως είναι η ηλικία, το φύλο, ο τύπος και η έκταση της προτεινόμενης επέμβασης. Έχει παρατηρηθεί ακόμη, ότι η υποκειμενική εκτίμηση του προεγχειρητικού άγχους πολλές φορές δεν γίνεται με απόλυτη ακρίβεια, εφόσον οι περισσότεροι χειρουργοί αναισθησιολόγοι φτάνουν στο σημείο να υπερεκτιμούν το άγχος των ασθενών τους (Hobsonetal. 2006).

Μελέτες έχουν δείξει ότι υψηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους μπορούν να οδηγήσουν σε αυξημένες ανάγκες μετεγχειρητικής αναλγησίας, παράταση νοσηλείας, σημαντική επίδραση σε

περιεγχειρητικές επιπλοκές και χαμηλή ικανοποίηση του ασθενούς. Η υποκειμενική εκτίμηση του προεγχειρητικού άγχους έχει βρεθεί ότι δεν είναι ακριβής, καθώς οι αναισθησιολόγοι και οι χειρουργοί υπερεκτιμούν το άγχος των ασθενών τους (Hobson et al. 2006; Jawaid et al. 2007).

Το προεγχειρητικό άγχος αποτελεί δευτερογενές άγχος αφού προέρχεται από το συνδυασμό περιβαλλοντολογικού, σωματικού και ψυχολογικού stress. Το παθολογικό άγχος σε αυτή την περίπτωση είναι μία απρόσφορη, ανεπαρκής αντίδραση όπου διαταράσσει την αρμονική λειτουργία του ατόμου και κυριαρχούν αρνητικές σκέψεις και αντιδράσεις, αδυναμία ανταπόκρισης στις καθημερινές δραστηριότητες, αυξημένο τόνο του συμπαθητικού νευρικού συστήματος που εμποδίζει τόσο την προετοιμασία για την επέμβαση όσο και την μετεγχειρητική ανάρρωση (Αλεβίζος, 2008).

Παράγοντες κινδύνου άγχους για το χειρουργείο

Πολλοί είναι οι παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στην αύξηση του άγχους πριν από την χειρουργική επέμβαση του ασθενούς. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να έχουν ένα σωρευτικό αποτέλεσμα. Συχνά, η χειρουργική επέμβαση σχετίζεται με την απώλεια του ελέγχου, με το φόβο του μετεγχειρητικού πόνου και το ενδεχόμενο μετάλλαξης του σώματος. Η ανάγκη για χειρουργική επέμβαση και μόνο αυξάνει το άγχος των ασθενών, άσχετα από την έκταση του χειρουργείου, του είδους της ασθένειας και των αποτελεσμάτων που θα έχει.

Σε μια μελέτη, αναφέρετε ότι κατά την περιπατητική χειρουργική επέμβαση οι ασθενείς ένιωσαν ότι είναι εγκαταλελειμμένοι κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής περιόδου, πράγμα που αύξησε το επίπεδο του άγχους τους. Μερικοί ασθενείς εξέφρασαν πολλά παράπονα για τη φροντίδα που δεν τους παρείχαν, την μη πληροφόρησή τους, τον ανεπαρκή σεβασμό και την κατανόηση. Οι παράγοντες αυτοί λειτούργησαν αρνητικά και οδήγησαν σε μεγιστοποίηση του άγχους του ασθενή και της οικογένειας τους, μειώνοντας δε την εμπιστοσύνη τους προς το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Επιπρόσθετα, ο βαθμός του άγχους μετριάζεται ανάλογα με το φύλο του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα, έχει αποδειχθεί ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε θωρακοτομία παρουσίασαν μεγαλύτερο βαθμό προεγχειρητικού άγχους (Málek et al. 2004). Επιπρόσθετα, άτομα του γυναικείου φύλου που υποβλήθηκαν σε νευροχειρουργικές επεμβάσεις, παρουσίασαν κι αυτά με τη σειρά τους υψηλό δείκτη άγχους. Εκτιμάται ότι το ύψος του άγχους ήταν πολύ μεγαλύτερο κατά την διάρκεια αναμονής παρά της αναισθησίας, καθώς τους απασχολούσε το αποτέλεσμα της εγχείρησης και η εξέλιξη της υγείας τους μετά από την επέμβαση (Perks et al., 2009).

Το περιβάλλον μέσα στο χειρουργείο επιδρά επίσης στην κατάσταση άγχους του ασθενούς. Παράγοντες, όπως ο ήχος των συναγερμών των μηχανημάτων και ο θόρυβος από τα χειρουργικά εργαλεία επιφέρουν αρνητικά αποτελέσματα στην ψυχολογία του ασθενούς. Ως προς τη ρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης σήμερα, οι ασθενείς είναι λιγότερο πιθανό να λάβουν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Προκειμένου να βοηθηθούν οι ασθενείς και να επιτύχουν το καλύτερο αποτέλεσμα είναι απαραίτητη η άμεση ανάρρωσή τους και η ασφαλής επιστροφή στο σπίτι. Οι χειρουργικοί νοσηλευτές

ωθούνται να είναι αποτελεσματικοί τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μεταξύ των διαδικασιών, και να επικεντρώνονται στις ψυχολογικές ανάγκες του παθόντα. Ως προς την καταπολέμηση του άγχους των ασθενών, προτείνεται μέσω της σύμφωνης γνώμης των ιατρών, φαρμακευτική αγωγή, όπως χορήγηση καταπραϋντικών και χαλαρωτικών χαπιών.

Γενικότερα, οι χειρουργικοί νοσηλευτές έχουν ειδικές γνώσεις όχι μόνο ως προς τις χειρουργικές διαδικασίες, αλλά και ως προς την αντιμετώπιση του χειρουργικού περιβάλλοντος και των ασθενών κατά τη διάρκεια του παραμονής τους στο νοσοκομείο και στο προθάλαμο του χειρουργείου. Ωστόσο, δεδομένου του περιορισμένου χρόνου, οι περισσότεροι χειρουργικοί νοσηλευτές πρέπει να περάσουν από τους ασθενείς τους πριν χειρουργική επέμβαση, ανεξάρτητα από την επικοινωνία που έχουν αποκτήσει, και καλούνται να παρέχουν κάθε πληροφορία στον ασθενή.

Πέρα από τα παραπάνω, ο μεγαλύτερος βαθμός άγχους παρατηρείται σε ασθενείς που παρουσιάζουν κακοήγη καρκινώματα (Özalp etal. 2003). Μέσα από μία έρευνα, 103 ασθενών που θα υποβάλλονταν σε επέμβαση του πνεύμονα για μη-μικροκυτταρικό καρκίνο εξετάστηκαν όλες οι πληροφορίες σχετικά με την αντιμετώπιση του χειρουργείου από τη μεριά τους, με τον πόνο που ένιωθαν, τον ακρωτηριασμό, την πιθανότητα και το χρονικό περιθώριο αύξησης του όγκου και την συμβολή του οικείου περιβάλλοντος. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ήταν ότι το μέγεθος του προεγχειρητικού άγχους ήταν δεδομένο ανεξάρτητα από την εκάστοτε διάγνωση. Παρατηρήθηκε μάλιστα ότι επηρεαζόταν από την ενδεχόμενη υποτροπή της υγείας και από την στάση των συγγενικών και μη προσώπων.

Το βασικότερο σφάλμα των ασθενών που αντιμετωπίζουν κάποιο είδους καρκίνου είναι ότι δεν ενδιαφέρονται να ενημερωθούν πλήρως για την σημαντικότητα ή μη του προβλήματός τους, καθώς θεωρούν ότι η εμφάνιση αυτής της νόσου αποβαίνει μοιραία. Έτσι μέσα από την αβεβαιότητα και την ελάχιστη πληροφόρηση αυξάνεται ο βαθμός του άγχους τους. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς αυτοί βρίσκονται σε μία φάση ανησυχίας ως προς το αν θα έχουν την συμπαράσταση που απαιτείται από τους δικούς τους ανθρώπους και πως θα αντιμετωπίσουν το ενδεχόμενο μεγιστοποίησης του προβλήματος (Hollaus etal. 2003).

Οι ασθενείς με καρκίνο έχουν υψηλότερα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους από άλλους ασθενείς (Özalp etal. 2003). Σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής –τραχήλου διαπιστώθηκαν υψηλότερα επίπεδα άγχους στους ασθενείς με χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοί ήταν η ομάδα που χρειαζόταν προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές παρεμβάσεις (Kobayashi etal. 2008).

Ο Hollaus και οι συνεργάτες του μελέτησαν 103 ασθενείς που επρόκειται να υποστούν επέμβαση πνεύμονα για μη-μικροκυτταρικό καρκίνο πνεύμονα. Εξέτασαν τις προεγχειρητικές πληροφορίες των ασθενών για την ασθένειά τους και την επικείμενη επέμβαση, την αντιμετώπιση και τα αισθήματα ως προς την επέμβαση, το άγχος που αφορά την έκταση, τις μεταστάσεις, τον πόνο, τον μετεγχειρητικό θάνατο, τον ακρωτηριασμό, την επιτάχυνση της αύξησης του όγκου, τις χειρουργικές επιπλοκές, τις μετεγχειρητικές προσδοκίες και την υποστήριξη της οικογένειας. Η ύπαρξη προεγχειρητικού άγχους ήταν σχεδόν γενικό φαινόμενο ανεξάρτητο από τη διάγνωση και επηρεαζόταν αβέβαια από την επικείμενη πορεία της υγείας, από προηγούμενες εμπειρίες από χειρουργικές επεμβάσεις και αναισθητικές τεχνικές

και από απόψεις συγγενών, φίλων και άλλων ασθενών και αντικειμενικά μετρήθηκε με την απελευθέρωση των κατεχολαμινών.

Σπάνια οι ασθενείς ήταν ενημερωμένοι πλήρως για τη διάγνωση του καρκίνου ενώ συνήθως συγκρατούσαν πολύ λίγες πληροφορίες και έτσι μεγιστοποιούσαν το άγχος και την αβεβαιότητά τους. Η λεπτομερής εξήγηση δεν φαίνεται να μειώνει το άγχος περισσότερο από μια σχετικά σύντομη ενημέρωση. Οι φόβοι της υποτροπής και της γενικής υγείας είναι μεγάλοι. Επίσης υπάρχει μεγάλο άγχος για την προσαρμογή των οικογενειακών σχέσεων στις νέες συνθήκες και ανησυχία για το πως η οικογένεια και κυρίως οι σύζυγοι θα χειριστούν τη νέα κατάσταση (Hollaus et al. 2003).

Ιδιαίτερα αυξημένα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους βρέθηκαν σε ασθενείς με κακοήθεια του πεπτικού συστήματος όπου είχαν υποβληθεί σε χημειοθεραπεία, ήταν μέσης ηλικίας και είχαν μακρά παραμονή στο νοσοκομείο (Matsushita et al. 2005).

Τα άτομα νεαρότερης ηλικίας (Özalp et al. 2003), αυτά με δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά (Granot et al. 2005) καθώς και τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση έχουν υψηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους (Kobayashi et al. 2008).

Η προσωπικότητα κάθε ατόμου προσδιορίζει τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά κάτω από την επίδραση στρεσογόνων καταστάσεων. Έτσι η απειλή μιας χειρουργικής επέμβασης μπορεί για κάποιον να αποτελεί δυσάρεστη κατάσταση ενώ για κάποιον άλλον μπορεί να λειτουργήσει θετικά λόγω της απαλλαγής από κάποιο πρόβλημα. Άτομα απόμακρα, ανασφαλή, ανήσυχα, ευερέθιστα, νευρικά, με χαμηλή αυτοπεποίθηση μπορούν να αναπτύξουν υψηλά επίπεδα άγχους κάτω από την πίεση ιδιαίτερα αγχωτικών καταστάσεων (Βάρβογλη, 2006).

Το θετικό ιστορικό πόνου, τα αγχώδη χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και οι προηγούμενες εμπειρίες επίσης αυξάνουν τα επίπεδα του άγχους (Muglal & Komerik, 2008).

Ο Caumo και οι συνεργάτες του μελέτησαν το προεγχειρητικό άγχος σε 592 ενήλικους ασθενείς και βρήκαν ως ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου το ιστορικό καρκίνου, καπνίσματος, ψυχιατρικών ανωμαλιών, αρνητικών μελλοντικών προσδοκιών, μέτριων έως ισχυρών καταθληπτικών συμπτωμάτων, αγχώδους προσωπικότητας, μετρίου έως ισχυρού πόνου, μέτριας επέμβασης, γυναικείου φύλου, ASA III, 12 ή περισσότερα έτη σπουδών (Caumo et al. 2001).

Παράγοντας κινδύνου για προεγχειρητικό άγχος είναι η ελάχιστη πληροφόρηση (Rose'n et al. 2008; Garipa et al. 2004; Nishimori et al. 2002) η οποία προδιαθέτει σε αβέβαια μετεγχειρητικά αποτελέσματα και προσδοκίες (Palmer, 2007), οι προηγούμενες δυσάρεστες χειρουργικές εμπειρίες (Rose'n et al. 2008; Garipa et al 2004) και οι αρνητικές προσδοκίες από την επέμβαση (Rose'n et al. 2008).

Η ποιότητα της κοινωνικής συναναστροφής σχετίζεται αρνητικά με το άγχος. Η έλλειψη υποστήριξης, πληροφόρησης και έκφρασης θετικών συναισθημάτων από συγγενείς, φίλους και άλλους ασθενείς αυξάνουν το προεγχειρητικό άγχος (Panagoroulou et al. 2006; Eberhardt et al. 2006).

Γενικά το άγχος είναι υψηλότερο πριν από υψίστης βαρύτητας χειρουργικές επεμβάσεις (Grabow et al. 1990). Σε μελέτη που έγινε από τους So'nmez και τους συνεργάτες έδειξε ότι τα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους των ασθενών που υποβάλλονταν σε επεμβάσεις για αισθητικούς λόγους ήταν

μεγαλύτερα από αυτά των ασθενών που υποβάλλονταν σε αποκαταστάσεις για ιατρικούς λόγους εξαιρουμένων των καρκινοπαθών. Τα υψηλότερα επίπεδα άγχους σχετίζονται με το γεγονός ότι υγιείς άνθρωποι υποβάλλονται σε επεμβάσεις για τη βελτίωση της εικόνας τους (Soñmez et al. 2005).

Οι χρόνιοι αλκοολικοί έχουν αυξημένα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους όπως έδειξε μελέτη των Kudoh και συνεργατών σε ηλικιωμένους πότες αφού το αλκοόλ επιδρά στον άξονα υποθάλαμος – υπόφυση – επινεφρίδια (Kudoh et al. 2007).

Το εγχειρητικό άγχος συνίσταται στο άγχος για το άγνωστο, στο ενδεχόμενο πόνου, ναυτίας και εμετού, στο άγχος για τη συνέχιση της ζωής μετεγχειρητικά, στην αναισθησία και την ανάνηψη (Rose'n et al. 2008), στην ύπαρξη μεταστάσεων, στην αφαίρεση τμήματος ή ολοκλήρου οργάνου, στην εξάπλωση πιθανού καρκίνου, στην αύξηση της ανάπτυξης του όγκου, στις χειρουργικές επιπλοκές και στις αλλαγές του τρόπου ζωής (Hollaus et al. 2003).

Επίσης συνδέεται με σκέψεις που αφορούν τα αποτελέσματα της επέμβασης, τη φυσική και πνευματική βλάβη, την αναμονή της επέμβασης, τη μη επίγνωση της διαδικασίας και της κατάστασης, την ανησυχία μη ανάνηψης από την αναισθησία, την ανάγκη μετεγχειρητικής παρακολούθησης σε μονάδα εντατικής θεραπείας, τη δυσφορία από τα τρυπήματα με βελόνες (Perks et al. 2009).

Ο αποχωρισμός από την οικογένεια, η έλλειψη ανεξαρτησίας, το άγχος της παραμονής στο νοσοκομείο (Kalkhoran et al. 2007), η αναμονή προεγχειρητικά αποτελεσμάτων διαγνωστικών εξετάσεων, η ατελής πληροφόρηση, τα μη αναμενόμενα γεγονότα, οι επιπλοκές (Carr et al. 2006) οι επικείμενες αλλαγές στην ενδυμασία, στη διαίτα, η ύπαρξη παροχετεύσεων συμβάλλουν στα αυξημένα επίπεδα άγχους προεγχειρητικά (Málek et al. 2004).

Η μεταφορά στην αίθουσα του χειρουργείου και η διαδικασία της παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών μέχρι την εισαγωγή στην αναισθησία αυξάνουν το προεγχειρητικό άγχος πυροδοτώντας την αύξηση της καρδιακής συχνότητας (Demirtas et al. 2005).

Το προεγχειρητικό άγχος κάποιες φορές μπορεί να πυροδοτείται από την προσπάθεια ενημέρωσης από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όπως έδειξε μελέτη της Deyirmenjian και των συνεργατών σε ασθενείς όπου επρόκειτο να υποβληθούν σε επέμβαση ανοικτής καρδιάς στο Λίβανο. Το γεγονός αυτό πιθανόν να οφείλεται στην άρνηση από τους ασθενείς για ενημέρωση την προηγούμενη ημέρα της επέμβασης, στα ήδη αυξημένα επίπεδα άγχους, στην ανεργία, στα οικονομικά προβλήματα και στη χορήγηση πληροφοριών σε άτομα από τα οποία δεν έχει ζητηθεί (Deyirmenjian et al. 2006).

Επιπτώσεις του άγχους για το επικείμενο χειρουργείο

Προχωρώντας παρακάτω, αξίζει να σημειωθεί ότι η αύξηση του βαθμού του προεγχειρητικού άγχους είναι δυνατόν να μεγιστοποιήσει τον ενδεχόμενο του κίνδυνου υποτροπιασμού και κατ' επέκταση του

θανάτου (Perks et al., 2009). Έχει παρατηρηθεί άλλωστε ότι μετά από επεμβάσεις αγγειοπλαστικής στεφανιαίων αρτηριών, η αύξηση του επιπέδου του άγχους επέφερε αρνητικά αποτελέσματα και μεγιστοποίηση των θανάτων.

Σύμφωνα με τον παθοβιολογικό μηχανισμό του οργανισμού ισχύει ότι το αίσθημα κατάθλιψης και άγχους αυξάνει σημαντικά τη συσσώρευση αιμοπεταλίων, μειώνει σε μεγάλο βαθμό τη μεταβλητότητα της καρδιακής συχνότητας και απορυθμίζει τον άξονα υποθάλαμο-υπόφυση-επινεφρίδια. Ως επί το πλείστον τα καταθλιπτικά και αγχώδη άτομα ακολουθούν συμπεριφορές που μεγιστοποιούν τους κίνδυνους θνητότητας, καθώς δεν συμμορφώνονται στις υποδείξεις της θεραπείας και της αποκατάστασης μέσα από την μη εκγύμναση του σώματος και την συνέχιση του καπνίσματος (Tully et al., 2008).

Σε σχετικές έρευνες που έχουν λάβει χώρα στις ΗΠΑ, προέκυψε ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν το χειρουργικό αποτέλεσμα και την έγκαιρη πρόσβαση στο χειρουργείο είναι το αίσθημα του φόβου και του άγχους ως προς τον προεγχειρητικό ή μετεγχειρητικό πόνο (Lavernia et al., 2010). Έτσι οι θεράποντες ιατροί (χειρουργοί και αναισθησιολόγοι), θα πρέπει να προχωρούν στην μέτρηση του βαθμού του άγχους των ασθενών, καθώς η χορήγηση του αναισθητικού διαφέρει ανάλογα με τους πολύ αγχωμένους και μη ασθενείς. Με άλλα λόγια, τα άτομα που διακατέχονται από υψηλό δείκτη άγχους λαμβάνουν μεγαλύτερες δοσολογίες αναισθητικών και μετεγχειρητικών αναλγητικών.

Σε πρόσφατη μελέτη στις Η.Π.Α. φαίνεται ότι ο φόβος και το άγχος που σχετίζεται με τον προεγχειρητικό ή μετεγχειρητικό πόνο θα μπορούσε να είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει το χειρουργικό αποτέλεσμα και την έγκαιρη πρόσβαση στο χειρουργείο (Lavernia et al. 2010).

Η εκτίμηση του άγχους είναι σημαντική σε ασθενείς που θα χειρουργηθούν γιατί αγχωμένοι ασθενείς αντιδρούν διαφορετικά στην αναισθησία από μη αγχωμένους ασθενείς. Οι αγχωμένοι ασθενείς χρειάζονται υψηλότερες δόσεις αναισθητικού και μετεγχειρητικών αναλγητικών. Η βιβλιογραφία εκτιμά το ποσοστό των αγχωμένων ασθενών σε 60-80% στον δυτικό κόσμο (Shevde et al. 1991).

Το άγχος προκαλεί αλλαγές στην φυσιολογία του οργανισμού και συμπεριφορά που μοιάζει με αυτή που προκαλεί το αίσθημα του φόβου. Τα επίπεδα αδρεναλίνης προεγχειρητικά και διεγχειρητικά είναι αυξημένα και αυτό μπορεί να προξενήσει ανεπιθύμητες φαρμακοκινητικές αλληλεπιδράσεις με τους παράγοντες εισαγωγής στην αναισθησία. Καρδιακές αρρυθμίες έχουν επίσης σημειωθεί (Coble et al. 1991). Επίσης παρατηρούνται αυξήσεις στην καρδιακή συχνότητα, το ρυθμό της αναπνοής, την αρτηριακή πίεση, μειωμένη λειτουργία του πεπτικού συστήματος, αυξημένα επίπεδα γλυκόζης του αίματος, αγγειοσύσπασση στο δέρμα, εφίδρωση, ακαμψία μυών, ανησυχία (Moline et al. 2000).

Σε μελέτη που έγινε σε ασθενείς που επρόκειτο να υποβληθούν σε ρινοπλαστική διαπιστώθηκε ότι η συμπαθητική δραστηριότητα ήταν υπεύθυνη για την έντονη ταχυκαρδία πριν από την εισαγωγή στην αναισθησία η οποία αποδίδεται στο προεγχειρητικό άγχος ενώ δε σημειώθηκε αξιοσημείωτη αύξηση της αρτηριακής πίεσης που να αποδίδεται στο προεγχειρητικό άγχος. Ο μέσος όρος της βασικής αναλογίας χαμηλή συχνότητα/υψηλή συχνότητα της μεταβλητότητας της καρδιακής συχνότητας αναγνωρίστηκε ως δείκτης της συμπαθητικής δραστηριότητας (Demirtas et al. 2005).

Ακόμη, υπάρχει συσχέτιση του προεγχειρητικού άγχους με τις αναισθητικές ανάγκες, με το μετεγχειρητικό άλγος και τις αναλγητικές απαιτήσεις (Rose'n et al. 2008, Garipa et al. 2004). Σε μελέτη που έγινε από τον Hong και τους συνεργάτες του διαπιστώθηκε ότι το αυξημένο προεγχειρητικό άγχος έχει ως αποτέλεσμα αυξημένες ανάγκες σε προποφόλη για την εισαγωγή στην αναισθησία και μεγαλύτερη συνολική δόση για διατήρηση της καταστολής όπως επίσης και σημαντική συσχέτιση του πόνου από το χειρουργικό τραύμα (Hong et al. 2005).

Το προεγχειρητικό άγχος έχει τον κύριο λόγο στην αλυσίδα των γεγονότων τα οποία ελέγχουν τον πόνο τόσο στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο στο θάλαμο νοσηλείας όσο και κατά την επιστροφή στο σπίτι καθώς επίσης και το άμεσο και έμμεσο μετεγχειρητικό άγχος (Zeev et al. 2000). Ο βαθμός δυσαρέσκειας με τη μετεγχειρητική αναλγησία με τη μορφή PCA ήταν σημαντικά σχετικός με το βαθμό του προεγχειρητικού άγχους (Özalp et al. 2003). Επίσης διαπιστώθηκαν αυξημένες απαιτήσεις σε μετεγχειρητική ενδοφλέβια χορήγηση μορφίνης με μορφή PCA σε ασθενείς με αυξημένο προεγχειρητικό άγχος που υποβλήθηκαν σε μείζονες γυναικολογικές επεμβάσεις (Katz et al. 2008).

Τα αυξημένα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους και μη ελεγχόμενου μετεγχειρητικού πόνου αυξάνουν την απάντηση στο διεγχειρητικό νευροενδοκρινικό stress. Ευαισθητοποιούν την συμπαθητική αγγειοσυσπασση και αυξάνουν τον κίνδυνο μετεγχειρητικής μόλυνσης του τραύματος με αποτέλεσμα παράταση της νοσηλείας και περαιτέρω αύξηση του οικονομικού κόστους. Η δράση της βενζοδιαζεπίνης στους βενζοδιαζεπινικούς υποδοχείς (κεντρικούς και περιφερικούς) παρεμβαίνει στις επιδράσεις του stress και του άγχους στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος μετριάζοντας την απάντηση στο stress που προκαλεί η ορμόνη απελευθέρωσης της κορτικοτροπίνης υπεύθυνη για την ανοσοκαταστολή και ελαττώνοντας το ποσοστό μετεγχειρητικής μόλυνσης μέχρι 30 ημέρες από την επέμβαση σε μελέτη που έγινε σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε υστερεκτομή (Levandovski et al. 2008, Zeev et al. 2000).

Το προεγχειρητικό άγχος μπορεί να αποτελέσει πιθανό παράγοντα κινδύνου μετεγχειρητικής ναυτίας και εμετού (Gan, 2006). Προδιαθέτει σε δυσκολία μετεγχειρητικής ψυχολογικής προσαρμογής και μειωμένη κινητική λειτουργία όπως έδειξε μελέτη που έγινε σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε off-pump αγγειοπλαστική στεφανιαίων αρτηριών (Sendelbach et al. 2006).

Οι επιπτώσεις του εγχειρητικού άγχους αφορούν επίσης αλλαγή στις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις λειτουργίες του οργανισμού και γνωστικές και συμπεριφορικές αλλαγές (Rose'n et al. 2008). Έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη μετεγχειρητική ποιότητα ζωής σε ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο όπως έδειξε μελέτη των Hawighorst και των συνεργατών ιδιαίτερα σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο και πόνο. Η επιθετικότητα προς το εξειδικευμένο προσωπικό μπορεί να είναι ένας μηχανισμός άμυνας μείωσης του άγχους. Εκνευρισμός προς την οικογένεια και τους συζύγους καθώς και κοινωνική και αισθηματική ευαισθησία μπορεί να τις διακατέχει (Hawighorst et al. 2004). Αυξάνεται η συχνότητα της μετεγχειρητικής κεφαλαλγίας (Carr et al. 2006). Το κλάμα, η φλυαρία, η ταραχή (Demirtas et al. 2005) και η επιθετικότητα προς το ιατρικό προσωπικό αποτελούν άλλους μηχανισμούς άμυνας των αγχωμένων ασθενών (Lin, 2005).

Τα υψηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους έχουν ως αποτέλεσμα φτωχή μετεγχειρητική ποιότητα αποκατάστασης σε ασθενείς μετά από αρθροπλαστική του ισχίου ή του γόνατος (Brull et al. 2002).

Επίσης, μετά από μια χειρουργική επέμβαση μπορεί να διαταραχτεί ο κύκλος «ύπνος – εγρήγορση». Η στέρηση ύπνου μπορεί να μειώσει τη διανοητική απόδοση του ατόμου, να δυσκολεύει το άτομο να εστιάσει την προσοχή του, να αυξήσει την επιθετικότητα, να το οδηγήσει σε καταθλιπτική ή αρνητική διάθεση. Ενδέχεται το άγχος να διακόπτει τους φυσιολογικούς ρυθμούς του νευρικού συστήματος κατά τη διάρκεια των σταδίων του ύπνου (Βάρβογλη, 2006).

Η ανθρώπινη νευροφυσιολογική αντίδραση στο στρες έχει περιγραφεί με ακρίβεια (Guyton & Hall, 2000) και περιλαμβάνει αλλαγές στο αυτόνομο νευρικό σύστημα, όπως αυξημένο καρδιακό ρυθμό, πίεση, εφίδρωση, αναπνοή και μυϊκή τάση. Η επίδραση του στρες σε διάφορες ασθένειες γίνεται ολοένα και πιο φανερά τα τελευταία χρόνια (Dantzer, 1991; Lehrer, Isenberg, & Hochron, 1993; Niaura & Goldstein, 1992) και γι' αυτό το λόγο η χρησιμότητα της εκπαίδευσης σε τεχνικές διαχείρισης του στρες θεωρείται πλέον δεδομένη (Antoni, et al.2000; Han, 2002).

Η εκπαίδευση στη διαχείριση του στρες περιλαμβάνει διάφορες μεθόδους. Οι πιο συνηθισμένες είναι η προοδευτική μυϊκή χαλάρωση, η βιοανατροφοδότηση, η αυτογενής εκπαίδευση και διάφορες γνωστικές μέθοδοι (Lehrer et al.1994). Οι Jones & Johnston (2000) πρότειναν ότι όλα τα προγράμματα διαχείρισης του στρες θα έπρεπε να περιλαμβάνουν ενημέρωση για το στρες και τη μορφή που μπορεί να έχει η αντίδραση του στρες σε κάθε άτομο ξεχωριστά. Σημαντικό κομμάτι του προγράμματος θεωρούνται και οι τεχνικές διαχείρισης του στρες, όπως η χαλάρωση, η εκπαίδευση στη διεκδικητικότητα, η διαχείριση του χρόνου και η γνωστική αναδόμηση (Ivanisevich et al. 1990). Ουσιαστικά, οι διάφορες τεχνικές που περιλαμβάνονται στην εκπαίδευση στη διαχείριση του στρες (όπως η διαφραγματική αναπνοή, η ενεργητική και παθητική νευρομυϊκή χαλάρωση) έχουν ως στόχο να αυξήσουν την αντίληψη της ικανότητας ελέγχου στο άτομο και να μειώσουν τη συμπαθητική διέγερση (Penzien et al. 2005) και φαίνεται πως επιδρούν θετικά σε άτομα με κεφαλαλγίες, καθώς έχουν άμεση επίδραση μειώνοντας τη μυϊκή τάση και αυξάνοντας την αντίληψη αυτεπάρκειας και ελέγχου που έχει το άτομο για τον εαυτό του (Turk & Okifuji, 2002).

Διαχείριση του άγχους για το χειρουργείο

Ο μηχανισμός διαχείρισης του άγχους εξαρτάται από την ποιότητα ζωής, η οποία περιλαμβάνει την υγεία, την ενέργεια, τα πιστεύω, τις υποχρεώσεις, την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, τις κοινωνικές δεξιότητες, την κοινωνική υποστήριξη και τους υλικούς πόρους.

Το προεγχειρητικό άγχος σπάνια έχει μελετηθεί σε σχέση με την ποιότητα ζωής. Σε μελέτη που έγινε σε ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο αποδείχτηκε μια ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στο προεγχειρητικό άγχος και την ποιότητα ζωής. Η ψυχοκοινωνική κλίμακα η οποία περιελάμβανε θέματα που αφορούσαν το άγχος, τις ανησυχίες και τη νευρικότητα έδειξε ισχυρή συσχέτιση με το άγχος. Η ιατρική επίδραση και τα φυσικά προβλήματα συσχετιζόνταν επίσης ισχυρά. Η μικρότερη πληροφόρηση,

η μεγαλύτερη δυσκολία κατανόησης ιατρικών πληροφοριών και υποβολής ερωτήσεων και το αίσθημα αδυναμίας στο ιατρικό περιβάλλον διακατείχε τις ασθενείς με υψηλό άγχος (Hawighorst et al. 2004).

Υπάρχει σύνδεση ανάμεσα στην ποιότητα της κοινωνικής επαφής και της εξωτερίκευσης των συναισθημάτων, της ψυχολογικής ευεξίας και του προεγχειρητικού άγχους (Panagoroulou et al. 2006).

Ο περιορισμός λόγω συναισθηματικών προβλημάτων και της κοινωνικής λειτουργικότητας είναι λιγότερο ελαττωμένος προεγχειρητικά από τη φυσική δραστηριότητα σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε αγγειοπλαστική. Επίσης στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι αλλαγές στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης αντανakλούν αλλαγές στην πνευματική υγεία και στο συναίσθημα μόνο εν μέρει (Thornton et al. 2005).

Πολλές γυναίκες με διάγνωση καρκίνου του μαστού που υποβάλλονται σε σύγχρονη μαστεκτομή και αποκατάσταση εκφράζουν σημαντικό προεγχειρητικό άγχος το οποίο περιλαμβάνει προβλήματα που σχετίζονται με τη συναισθηματική ευεξία λόγω της διάγνωσης του καρκίνου, σοβαρό άγχος και διαταραχή της πνευματικής λειτουργικότητας, αναστάτωση στην εργασία τους και στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Επίσης εμφανίζουν μεγαλύτερες φυσικές και λειτουργικές διαταραχές, κατάθλιψη και ιδεοληπτικές (Roth et al. 2005).

Ιατρικές και ψυχολογικές έρευνες δείχνουν ότι το άγχος συχνά πυροδοτεί ανωμαλίες στη διατροφή. Άτομα που αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις καταφεύγουν στη λήψη τροφής προκειμένου να λάβουν ευχαρίστηση (Sassaroli et al. 2005). Η διατροφή έχει σχέση με το επίπεδο της αυτοεκτίμησης (Johansen et al. 1998), με τη φυσική κατάσταση, τη συναισθηματική και διανοητική υγεία ενώ συνδέεται με νόσους του καρδιαγγειακού συστήματος, σακχαρώδη διαβήτη, πόνους στις αρθρώσεις και τη σπονδυλική στήλη κ.α. Οι διαταραχές του συναισθήματος και η παχυσαρκία σχετίζονται όπως έδειξε μελέτη της (McElroy et al. 2005). Μελέτες σε γυναίκες που έκριναν μεγαλύτερη ποσότητα κορτιζόλης σε καταστάσεις άγχους έδειξαν ότι είχαν τάση να τρώνε περισσότερο και είχαν υψηλότερα επίπεδα stress στην καθημερινή ζωή (Βάρβογλη, 2006).

Τα άτομα τα οποία ζουν κάτω από συνθήκες χρόνιου άγχους επιδεικνύουν ανθυγιεινές συμπεριφορές. Η ποσότητα της κατανάλωσης αλκοόλ ως απάντηση στο άγχος σχετίζεται με το πόσο σοβαρό είναι το άγχος στην καθημερινότητα και την έλλειψη κοινωνικών υποστηρικτικών δομών. Το αλκοόλ αυξάνει την αντίδραση στο άγχος αφού η κατανάλωσή του έχει ως αποτέλεσμα την απελευθέρωση των ίδιων ορμονών της αντίδρασης στο stress (Βάρβογλη, 2006).

Η κατάχρηση των ψυχοτρόπων ουσιών είτε είναι κοινωνικά αποδεκτές, είτε φαρμάκων που συνταγογραφούνται είτε απαγορευμένες ουσίες είναι συχνή. Σε αυτό τον τύπο συμπεριφοράς οδηγούν γενετικοί, περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Οι ασθενείς που κάνουν χρόνια χρήση αναπτύσσουν ανοχή στην ουσία και ποικίλω βαθμό φυσικής και ψυχολογικής εξάρτησης. Η φυσική εξάρτηση αναπτύσσεται σε ουσίες όπως τα οπιοειδή, τα βαρβιτουρικά, το αλκοόλ και οι βενζοδιαζεπίνες. Κατά τη διάρκεια της αποχής όπως συμβαίνει κατά την προεγχειρητική περίοδο μπορεί να αναπτυχθεί υπερδραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και σύνδρομο στέρησης (Morgan et al. 2006).

Φαρμακευτική υποστήριξη του προεγχειρητικού άγχους

Η χορήγηση προεγχειρητικής καταστολής μειώνει τα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους και επίσης μειώνει την απελευθέρωση της κορτιζόλης ως αποτέλεσμα της επέμβασης και του stress (Pekcan etal. 2005).

Η χορήγηση διαζεπάμης τη νύχτα προ του χειρουργείου και μια ώρα προ της επέμβασης σε ασθενείς με προεγχειρητικό άγχος είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση και του μετεγχειρητικού άγχους καθώς και τη μείωση του ποσοστού μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος μέχρι και 30 ημέρες μετά το χειρουργείο (Rose'n etal. 2008).

Αντί για τη χορήγηση από του στόματος διαζεπάμης προεγχειρητικά για την αντιμετώπιση του προεγχειρητικού άγχους μπορεί να δοθεί από το στόμα ταντοσπιδόνη, ένας 5-υδροξυτρυπταμίνη 1Α αγωνιστής (10mg-30mg)(Pekcan etal. 2005).

Η μιδαζολάμη είναι ευεργετική στην καταστολή και την αγχόλυση σε δόση 0,02mg/kg με μηδαμινές επιδράσεις στην καρδιοαναπνευστική λειτουργία και τον κορεσμό της αιμοσφαιρίνης σε οξυγόνο (Oshima etal. 2001). Επίσης προσφέρει καλύτερη μετεγχειρητική ψυχολογία και ανακούφιση από τον μετεγχειρητικό πόνο (Zeev etal. 2000).

Η χορήγηση πρεγκαμπαλίνης (75-300mg p.o.) αύξησε την περιεγχειρητική καταστολή με δοσοεξαρτώμενο τρόπο αλλά απέτυχε να μειώσει το προεγχειρητικό άγχος, τον μετεγχειρητικό πόνο και να βελτιώσει την ανάρρωση (White etal. 2009). Η χορήγηση 1200mg γκαμπαμπετίνης 1-2 ώρες πριν την έναρξη της επέμβασης μειώνει τα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους και τις μετεγχειρητικές απαιτήσεις σε αναλγητικά (Me'nigaux etal. 2005).

Η μιτραζαπίνη σε δόση 30 mg δυο ώρες πριν την επέμβαση μειώνει το προεγχειρητικό άγχος και τη μετεγχειρητική ναυτία και έμετο σε γυναίκες ασθενείς υψηλού κινδύνου. Είναι ένας ισχυρός αγωνιστής των α_2 -αυτοποδοχέων και ανταγωνιστής των 5-HT₂ και 5-HT₃ υποδοχέων (Chen etal. 2008).

Ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη

Με ένα πρόγραμμα πολυμέσων οι ασθενείς μπορούν να ενημερωθούν για την ασθένειά τους, την επικείμενη επέμβαση, τις επιπλοκές και τις εναλλακτικές θεραπείες σωστά και έγκυρα, αλλά αυτού του είδους η ενημέρωση δε φαίνεται να μειώνει τα επίπεδα του προεγχειρητικού άγχους όπως έδειξε η μελέτη των Bollschweiler και συνεργατών (Bollschweiler etal. 2008).

Το προεγχειρητικό άγχος όμως μειώνεται με τη έγκαιρη αναισθησιολογική επίσκεψη και εκτίμηση. Η προεγχειρητική αναισθησιολογική επίσκεψη η οποία γίνεται μια ή δύο εβδομάδες πριν την επέμβαση στα πλαίσια εξωτερικού ιατρείου μειώνει τα επίπεδα άγχους σε σχέση με την αναισθησιολογική επίσκεψη που γίνεται το βράδυ πριν την επέμβαση (Klopfenstein etal. 2000). Η ενημέρωση από το χειρουργό και αναισθησιολόγο, η διανομή ενημερωτικών φυλλαδίων, το βίντεο και τα πολυμέσα και η

διαδραστική συζήτηση μείωσαν τα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους σε ασθενείς που επρόκειτο να υποβληθούν σε επέμβαση στο ισχύο (Giraudet et al. 2003).

Στρατηγικές που αναπτύσσουν ένα περιεκτικό πρόγραμμα εκπαίδευσης των ασθενών που στηρίζεται στις γνώσεις των ασθενών και δίνει πληροφορίες, καθοδήγηση και πλήρη εξήγηση βοηθούν στη συγκράτηση των πληροφοριών όσον αφορά την επεμβατική πορεία με αποτέλεσμα μείωσης του προεγχειρητικού άγχους και του άγχους της μετεγχειρητικής περιόδου και αύξησης της αυτοπεποίθησης. Έτσι οι ασθενείς με μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση γίνονται ικανοί να λάβουν αποφάσεις για τη διαχείριση της υγείας τους και έχουν θετική συμπεριφορά μετεγχειρητικά (Palmer, 2007).

Σε μελέτη που έγινε σε ομάδα ασθενών που επρόκειτο να υποβληθούν σε αγγειοπλαστική των στεφανιαίων αρτηριών η πληροφόρηση, με τη μορφή video συνδυασμένη με συνεδρίες εξατομικευμένων πληροφοριών, έδωσε τη δυνατότητα στους ασθενείς να εκφράσουν τις ερωτήσεις και τις ανησυχίες τους και να λάβουν την ανάλογη πληροφόρηση και υποστήριξη με αποτέλεσμα να είναι λιγότερο αγχωμένοι και με καλύτερη άποψη για την υγεία τους. Τους χορηγήθηκε ένα video 12min το οποίο το είδαν δυο φορές, μια στο σπίτι τους πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο και μια κατά τη διάρκεια της πρώτης συνεδρίας πληροφόρησης με την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Επίσης έγιναν δυο συνεδρίες πληροφόρησης διάρκειας 40min η κάθε μια από εξειδικευμένους νοσηλευτές με την πρώτη να γίνεται με την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Οι συνεδρίες επικεντρώνονταν στα σημαντικότερα γεγονότα κατά τη διάρκεια της θεραπείας και παρουσιάζονταν με τη μορφή συζήτησης ανάμεσα σε ασθενή που πήρε εξιτήριο και έναν φίλο του αλλά περιλαμβάνει και σκηνές από τη νοσοκομειακή φροντίδα όπως παρουσιάζεται στο διάλογο. Με αυτή τη μορφή αυξάνεται η αυτοεκτίμηση του ασθενούς και η συνεργασία με το προσωπικό είναι καλύτερη (Sørli et al. 2007).

Η προεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση στην αντιμετώπιση του πόνου εξηγώντας τους παράγοντες πρόκλησης του πόνου, διδάσκοντας πως μπορούν να μειώσουν τον πόνο με μη φαρμακευτικές μεθόδους, εξηγώντας πόσο σημαντικό είναι παρά τον πόνο να σηκωθούν από το κρεβάτι, διδάσκοντας τους να ζητούν αναλγητικά όταν αισθάνονται πόνο και ενθαρρύνοντας τους να εκφράζουν τα συναισθήματά τους και να υποβάλλουν ερωτήσεις, μείωσε στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα του προεγχειρητικού άγχους, βελτίωσε τη συμπεριφορά και εμπλούτισε τις γνώσεις των ασθενών στους οποίους εφαρμόστηκε (Lin, 2005).

Η χρήση λοιπόν της λογοτεχνίας, του διαδικτύου, των CD-ROM, video, των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων μπορούν να μειώσουν το άγχος και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής (Hawighorst et al. 2004). Η χρήση του video για την ενημέρωση των ασθενών είναι όμως δύσχρηστη όπως έδειξε μελέτη της Lee διότι τυχόν δυσνοησίες δεν μπορούν να ξεκαθαριστούν εκτός αν υπάρχει δυνατότητα των ασθενών να συζητήσουν με το υπεύθυνο προσωπικό. Συνεδρίες πληροφόρησης σε μικρές ομάδες ασθενών για διαδραστική συζήτηση είναι ακριβή μέθοδος και δύσκολα επιχειρείται (Lee, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ

Προεγχειρητική Ενημέρωση και Μείωση του Άγχους των Ασθενών

Με βάση τη βιβλιογραφική επισκόπηση, έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες γύρω από την επίδραση της προεγχειρητικής ενημέρωσης και του κατά πόσο συμβάλλει στην μείωση του άγχους των ασθενών. Μέσα από τις έρευνες αυτές, οι κυριότεροι τρόποι μείωσης του άγχους περιλαμβάνουν ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και η χαλάρωση του μέσα από μουσικοκινητικές δραστηριότητες. Έχει αποδειχθεί ότι μέσα από την ενημέρωση του ασθενούς, επιτυγχάνεται σημαντική μείωση του άγχους και ο ασθενής αισθάνεται πιο έτοιμος να αντιμετωπίσει το επικείμενο χειρουργείο. Πιο αναλυτικά, μέσα από την προεγχειρητική ενημέρωση, ο ασθενής μπορεί να συμμορφωθεί ευκολότερα απέναντι στις ιατρικές-νοσηλευτικές υποδείξεις, να παραμείνει ήρεμος και χαλαρός καθ' όλη τη διάρκεια παραμονής του στο νοσοκομείο (Στεργιοπούλου & Βλάχος, 2009).

Άξια θεωρούνται τα αποτελέσματα από μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε σχετικά με ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε υστερεκτομή και είχαν προεγχειρητική ενημέρωση. Σύμφωνα με αυτά, η πλειοψηφία των ασθενών που έλαβαν μέρος στην προεγχειρητική ενημέρωση, παρέμειναν λιγότερο διάστημα στο νοσοκομείο. Επιπρόσθετα, μεγάλη μερίδα των ασθενών που είχαν υποβληθεί σε εγχείρηση κήλης και είχαν λάβει μέρος στην προεγχειρητική ενημέρωση, ήταν πολύ ικανοποιημένοι απ' όλη τη διαδικασία και εξέφραζαν μεγαλύτερη εμπιστοσύνη προς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Σε κάποιες άλλες έρευνες εντοπίστηκαν άτομα με στεφανιαία νόσο, τα οποία δεν έδειχναν σημάδια προεγχειρητικού άγχους, καθώς είχαν ενημερωθεί προεγχειρητικά (Mahler et al). Σε γενικές γραμμές, μπορούμε να πούμε ότι η συμβολή της προεγχειρητικής πληροφόρησης δύναται να μειώσει το άγχος και τις αρνητικές επιδράσεις (Levental και Johnson). Οι ασθενείς έχουν κάθε δικαίωμα για μία σωστή προεγχειρητική ενημέρωση, πράγμα που προέρχεται από την ίδια την νομοθεσία. Επιπλέον, μερικοί μελετητές υποστηρίζουν ότι η δημιουργία του άγχους οφείλεται στην ανεπαρκή ενημέρωση, στην έκβαση αρνητικών πληροφοριών, στην αρνητική εκτίμηση χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν στο παρελθόν και στη στάση του ίδιου του ασθενούς.

Προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα

Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε, ως προς την προεγχειρητική φροντίδα των ασθενών που υπόκεινται σε χειρουργική επέμβαση προέκυψε ότι το σχέδιο φροντίδας επικεντρώνεται στον παθόντα και διαμορφώνεται ανάλογα με την ψυχολογική κατάσταση, στην οποία έχει επέλθει. Η προεγχειρητική φροντίδα των ασθενών αποσκοπεί στη σωστή προετοιμασία του παθόντα, ως προς την σωματική και ψυχολογική του υπόσταση κατά τη διάρκεια της προεγχειρητικής και μετεγχειρητικής περιόδου. Μέσα από μία ιδιαίτερα προσεκτική προεγχειρητική προετοιμασία μειώνεται σε πολύ μεγάλο βαθμό ο

προεγχειρητικός φόβος και το άγχος του ασθενούς και οι πιθανότητες για μετεγχειρητικές επιπλοκές. Προκειμένου να διαμορφωθεί σωστά αυτό το σχέδιο φροντίδας, λαμβάνονται επίσης υπ' όψιν η προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση και το είδος και η δοσολογία του αναισθητικού που πρόκειται να χορηγηθεί στον ασθενή(Σουμίλας, 1990).

Πιο αναλυτικά, η προεγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς λαμβάνει χώρα λίγες ημέρες πριν από την επικείμενη χειρουργική επέμβαση και ολοκληρώνεται 12 ώρες πριν εισέλθει ο ασθενής στον προθάλαμο του χειρουργείου. Ωστόσο, ως προς την πραγματοποίηση του χειρουργείου, θα πρέπει αρχικά να υπάρχει έγγραφη συγκατάθεση είτε του ασθενούς είτε ενός μέλους του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Επίσης προτού γίνει η εγχείρηση, ο ασθενής θα πρέπει μέσα από γενικές ερωτήσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να παρέχει κάθε πληροφορία έτσι ώστε να οριστούν οι προβληματικοί ασθενείς. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν κυρίως(Jones MJ et al, 2001):

- Την ηλικία του ασθενή. Διευκρινίζεται προκειμένου να υπάρξει σχετική αντιμετώπιση των ηλικιωμένων ατόμων.
- Το βάρος του ασθενή. Παίζει σημαντικό ρόλο, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις παχυσαρκίας καθώς αυξάνονται οι τεχνικές δυσκολίες κατά την εγχείρηση και τη νάρκωση και δύναται να προκληθούν λοιμώξεις και φλεγμονές ή θρομβοεμβολικά επεισόδια.
- Η υδατοηλεκτρολυτική ισορροπία. Αφορά τη διαίτα που πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με τον εκάστοτε ασθενή.
- Φάρμακα. Ο ιατρός θα πρέπει να έχει πλήρη εικόνα για τα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής, καθώς θα πρέπει να αποφασίσει για την συνέχεια τους ή όχι.

Στη συνέχεια πραγματοποιούνται ορισμένες διαγνωστικές εξετάσεις, οι οποίες θα πρέπει να είναι σε σχετικό βαθμό προκειμένου να εκτελεστεί η χειρουργική επέμβαση. Οι εξετάσεις αυτές αφορούν τη γενική ούρων και αίματος, το ηλεκτροκαρδιογράφημα, την ακτινογραφία θώρακα, την ομάδα RHESUS, την προθρομβίνη (APTT), το αυστραλιανό αντιγόνο (Ηπατίτιδα Β), τα αφροδίσια (AIDS) και το Σάκχαρο (GarrudP et al, 2001).

Το επίπεδο άγχους των παιδιών που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση

Είναι γενικά αποδεκτό, ότι το ενδεχόμενο χειρουργικής επέμβασης σε μικρά παιδιά, προκαλεί διαταραχές στην ψυχολογική υγεία, τόσο του ίδιου του παιδιού όσο και των γονέων του. Το επίπεδο άγχους ενός παιδιού πριν από την χειρουργική επέμβαση, όπως υποστηρίζεται μέσα από σχετικές έρευνες μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στη συμπεριφορά του, ανεξήγητα κλάματα και συχνή διούρηση.

Μέσα από τις έρευνες αυτές προέκυψε ότι, τα παιδιά που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση παρουσίασαν αύξηση του βαθμού άγχους κατά 10%. Το αποτέλεσμα αυτό ήταν αναμενόμενο, καθώς οι μεγαλύτερες ηλικίες παρουσιάζουν αύξηση του προεγχειρητικού άγχους, πόσο μάλλον οι

μικρότερες ηλικίες. Επίσης, το αίσθημα ότι αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας, δρα αρνητικά ως προς την εξέλιξη της προσωπικότητας του παιδιού, καθώς το απομακρύνει για κάποιο διάστημα από τις καθημερινές του δραστηριότητες (σχολείο, παιχνίδι, ψυχαγωγία) (Στεργιοπούλου & Βλάχος, 2009).

Στην διατήρηση της ψυχικής ηρεμίας των παιδιών τον κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζει η ίδια η οικογένεια, η οποία καλείται να είναι στο πλευρό του και να παρέχει κάθε φροντίδα. Ακόμη, το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον μπορεί να συμβάλει κι αυτό στην εξάλειψη του άγχους των παιδιών και στην άμεση αποκατάσταση της υγείας τους. Επίσης, από την πλευρά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού θα πρέπει να παρέχεται κάθε ενημέρωση για το πρόβλημα και την διαδικασία της εγχείρησης, προς τους γονείς κυρίως και να προχωρά σε μία βαθύτερη σχέση με το εκάστοτε παιδί, μιλώντας για άλλα θέματα (Vernon, 1974).

Έρευνες σχετικά με το προεγχειρητικό και μεταεγχειρητικό άγχος

Ειδικότερα αν προχωρήσουμε στην διερεύνηση των αποτελεσμάτων διαφόρων ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί γύρω από το προεγχειρητικό και μεταεγχειρητικό άγχος, θα δούμε ότι το αυξημένο προεγχειρητικό άγχος μεγιστοποιεί την δοσολογία σε προποφόλη για την πραγματοποίηση της αναισθησίας (Hong et al. 2005). Οι επιπτώσεις του εγχειρητικού άγχους επιφέρουν διαταραχές ως προς στις σκέψεις και τη συμπεριφορά των ασθενών, την συναισθηματική τους κατάσταση και τη λειτουργία του οργανισμού τους (Rose 'n et al. 2008).

Παρατηρείται ότι σε ασθενείς του γυναικείου φύλου που παρουσίασαν κάποια μορφή καρκίνου στα γεννητικά όργανα, η διατήρηση του άγχους έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη μεταεγχειρητική ποιότητα ζωής του γυναικών αυτών (Hawighorst). Επιπρόσθετα, οι ασθενείς που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα άγχους θεωρούν ότι μέσω της επιθετικότητας και του εκνευρισμού τους μπορούν να το εξαλείψουν (Hawighorst et al. 2004). Παρατηρείται άλλωστε από πολλούς ασθενείς πριν από το χειρουργείο να ακολουθούν μία ανάρμοστη συμπεριφορά προς το ιατροθεραπευτικό προσωπικό (Lin, 2005).

Ο Brull μέσα από μία έρευνα που πραγματοποίησε το 2002, κατέληξε ότι ως προς τη μη αποκατάσταση των ασθενών που υποβλήθηκαν σε αρθροπλαστική του ισχίου ή του γόνατος φέρουν τα υψηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους (Brull et al. 2002). Οι Jones & Johnston (2000) με την σειρά τους προχώρησαν στη διαμόρφωση προτάσεων ως προς την διαχείριση του στρες μέσω προγραμμάτων, τα οποία θα παρείχαν κάθε πληροφόρηση για τα χαρακτηριστικά του στρες και τις συνέπειες που μπορεί να έχει στην εξέλιξη της υγείας του ατόμου.

Από άλλους ερευνητές έχει προταθεί ότι οι πιο σημαντικές τεχνικές διαχείρισης του στρες και του άγχους, είναι η χαλάρωση, η εκπαίδευση στη διεκδικητικότητα, η διαχείριση του χρόνου και η γνωστική αναδόμηση (Ivanisevich et al. 1990). Με άλλα λόγια, οι συγκεκριμένες τεχνικές, αποσκοπούν στη μεγιστοποίηση της αντιλήψεως των ατόμων να ελέγξουν την ψυχική τους κατάσταση και να συρρικνώσουν τη συμπαθητική διέγερση (Penzien et al. 2005)

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων με το προεγχειρητικό άγχος των ασθενών (συγκεκριμένα των οικογενειακών σχέσεων, της προσωπικής ανάπτυξης και ωρίμανσης, της συντήρησης του οικογενειακού συστήματος, της εχθρότητας, του άγχους για την καρδιακή λειτουργία, της διαχείρισης της οικογενειακής κρίσης και της πνευματικότητας). Πιο συγκεκριμένα:

- Σύγκριση της ομάδας των γυναικών προεγχειρητικών ασθενών και της ομάδας των ανδρών προεγχειρητικών ασθενών.
- Σύγκριση της ομάδας των ασθενών με προγενέστερη προεγχειρητική εμπειρία και της ομάδας των ασθενών χωρίς προγενέστερη προεγχειρητική εμπειρία.
- Σύγκριση της ομάδας των ασθενών με υψηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους και της ομάδας των ασθενών με χαμηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους.
- Σύγκριση της ομάδας των ασθενών με χειρουργικές επεμβάσεις λόγω νόσων με κακή πρόγνωση και της ομάδας των ασθενών με χειρουργικές επεμβάσεις λόγω νόσων με καλή πρόγνωση
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

1.1. Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης ήταν:

- Το άγχος είναι γενικά μια διαδικασία που οργανώνεται και προκύπτει από τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος. Η αντίληψη για το άγχος εξαρτάται από το αντιλαμβανόμενο νόημα που έχει αυτή η «συναλλαγή» για το κάθε άτομο (Robson, 1999). Οι προσδοκίες που αφορούν την έκβαση μιας κατάστασης έχουν συνδεθεί επίσης, εκτός από το άγχος, και με τα αντικειμενικά κριτήρια μέτρησης της ποιότητας της ζωής, όπως είναι η καλή υγεία (Scheier, Matthews, et al. 1999) και η θνησιμότητα (Schulz, et al. 1996). Ως προς το μόνιμο και παροδικό άγχος η υπόθεσή μας είναι ότι οι προεγχειρητικοί ασθενείς θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα μόνιμου και παροδικού άγχους. Ακόμη, ότι οι άνδρες προεγχειρητικοί ασθενείς θα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα παροδικού και μόνιμου προεγχειρητικού άγχους σε σχέση με τις γυναίκες.
- Σύμφωνα και με τα ανωτέρω ερευνητικά δεδομένα υποθέτουμε ότι θα υπάρχει σημαντική συσχέτιση και μάλιστα αρνητικής κατεύθυνσης μεταξύ του παροδικού άγχους και του εκπαιδευτικού επιπέδου, επαγγελματικής κατάστασης και της ύπαρξης αδελφών.

- Μια επικείμενη χειρουργική επέμβαση δημιουργεί υψηλά επίπεδα άγχους λόγω της αβεβαιότητας, μια και εκλαμβάνεται ως απειλή από τον ασθενή λόγω του άγνωστου περιβάλλοντος και της απώλεια της ανεξαρτησίας. Υπόθεσή μας, λοιπόν, ως προς την προγενέστερη χειρουργική εμπειρία, είναι ότι οι ασθενείς με προγενέστερη χειρουργική εμπειρία θα παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους από τους ασθενείς που θα υποβάλλονταν σε χειρουργική επέμβαση για πρώτη φορά στη ζωή τους.

2. Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας, από τον Ιούνιο του 2013 έως τον Σεπτέμβριο του 2013.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν ασθενείς προερχόμενοι από Χειρουργικές κλινικές που θα υποβάλλονταν σε χειρουργική επέμβαση στα χειρουργεία του Γ.Ν. Βόλου, κατόπιν γραπτής έγκρισης, από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου και την ενυπόγραφη συγκατάθεση των ασθενών.

Οι περαιτέρω προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να ήταν ενήλικα (άνω των 18 ετών) και να πρέπει να υποβάλλονταν σε χειρουργική επέμβαση προγραμματισμένη ή μη.
2. Μορφωτικό επίπεδο κατάλληλο ώστε να γινόταν αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων.
3. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετάσχουν στην παρούσα μελέτη.
4. Την απόφαση για το αν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα την έπαιρναν οι ερευνητές της παρούσας εργασίας.

Ο σχεδιασμός της μελέτης περιελάμβανε τη συμπλήρωση από τους προεγχειρητικά ασθενείς μιας κλίμακας που μετρά τον θρησκευτικό προσανατολισμό, τα επίπεδα άγχους, τον φόβο, το άγχος για τον σωματικό πόνο, την εχθρότητα και την ψυχοπαθολογία.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από το ίδιο το άτομο που συμμετείχε στην έρευνα, σε πλαίσιο και ώρα της επιλογής τους. Τα άτομα που θα συμμετείχαν στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Επίσης, υπέγραψαν δελτίο συγκατάθεσης προκειμένου να τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που προβλέπονται. Το κάθε άτομο, άλλωστε δημιουργούσε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία τη διεκπεραίωσε

το ίδιο άτομο, οπότε μειώθηκαν στο ελάχιστο οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίστηκε πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ του ερευνητή και των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα.

2.1 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

2.1.1 Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R (SCL-90; Derogatis, 1977)

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), 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 παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

2.1.2. Κλίμακα αυτό-αξιολόγησης του άγχους - State-TraitAnxietyInventory (STAI; Spielberger, 1970)

Για την αξιολόγηση του άγχους, θα χρησιμοποιηθεί η κλίμακα *State-TraitAnxietyInventory* (STAI) που κατασκευάστηκε από τον Spielberger το 1970. Αποτελείται από 40 διαπιστώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε 2 υποκλίμακες: α) τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (δηλ. παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης), και β) τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα (δηλ. μόνιμο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο, στη βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert (1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτει ένας γενικός δείκτης εκτίμησης του άγχους με την άθροιση όλων των προτάσεων. Η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα ήταν 43,21, για τη δεύτερη υποκλίμακα 42,79 και για τη συνολική κλίμακα 86,01. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται και θα χρησιμοποιηθούν στην παρούσα μελέτη προέρχονται από τη δεύτερη στάθμιση της κλίμακας

(Αναγνωστοπούλου, 2002), η οποία παρουσιάζει μικρότερη χρονική απόσταση από τον καιρό διεξαγωγής της παρούσας μελέτης. Κάτι τέτοιο κρίθηκε αναγκαίο, δεδομένων των ταχύτατων ρυθμών αύξησης του άγχους κατά τα τελευταία χρόνια στον φυσιολογικό πληθυσμό. Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Λιάκος & Γιαννίτση, 1984; Αναγνωστοπούλου, 2002).

2.1.3. Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-10; Bussingetal. 2010)

Η πνευματικότητα και θρησκευτικότητα θα μετρηθεί με το τεστ SpREUK-sf-10 του Bussing από το Πανεπιστήμιο Witten/Herdecke (Bussing, 2010). 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 είναι 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, Cronbach α=0,816, (Gouvaetal., 2013).

Η κλίμακα περιλαμβάνει 3 διαστάσεις:

- Αναζήτηση {για υποστήριξη} (Search {forSupport /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.
- Εμπιστοσύνη {σε έναν ανώτερο προσανατολισμό}(Trust {inHigherGuidance / 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.
- Αντανάκλαση {θετική ερμηνεία της ασθένειας}(Reflection {PositiveInterpretationofDisease}): 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.

2.1.4 ΚλίμακαΟικογενειακούΠεριβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος των MoosandMoos (1987) μετρά την οικογενειακή ατμόσφαιρα, διερευνώντας τρεις διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος σε όλους τους τύπους των οικογενειών. Συγκεκριμένα μετρά τις διαστάσεις των διαπροσωπικών σχέσεων, το βαθμό ενθάρρυνσης

της προσωπικής ανάπτυξης και τη βασική οργανωτική δομή της οικογένειας. Είναι μια έγκυρη και αξιόπιστη Κλίμακα με ευρεία εφαρμογή κι ο ίδιος ο Moos έχει παρουσιάσει λεπτομερείς περιγραφές της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και των αλληλοσυσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της. Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες που αφορούσαν ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος αποτελείται από 90 ερωτήσεις, και είναι οργανωμένη σε τρεις τομείς, καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει 3, 5 και 2 αντίστοιχα υποκλίμακες ως εξής:

- *Σχέσεις (Relationship Dimensions)*
 - Συνοχή (Cohesion)
 - Εκφραστικότητα (Expressiveness)
 - Σύγκρουση (Conflict)
- *Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)*
 - Ανεξαρτησία (Independence)
 - Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)
 - Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)
 - Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)
 - Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)
- *Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)*
 - Οργάνωση (Organization)
 - Έλεγχος (Control)

Η βαθμολόγηση της Κλίμακας γίνεται με βάση τον πίνακα που παρέχεται από τους κατασκευαστές της. Σε κάθε στήλη του πίνακα αθροίζεται ο αριθμός των κύκλων, που περιέχουν ένα (X). Το άθροισμα κάθε στήλης γράφεται στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο στο κάτω μέρος της Κλίμακας. Η κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα και προσαρμόστηκε από την Κ. Μάτσα. Χρησιμοποιήθηκε στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό, σε τοξικομανείς, ασθενείς με οξεία λευχαιμία και σε μέλη της οικογένειάς τους.

2.1.5. Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία -Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ; Eifert et al., 2000)

Η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ) η οποία, αναπτύχθηκε από τον Eifert και τους συνεργάτες τους το 2000, αποτελεί τη διευρυμένη μορφή του ερωτηματολογίου, που στην αρχική του έκδοση περιελάμβανε 16 προτάσεις (Zvolensky et al., 2003). Το CAQ σχεδιάστηκε με σκοπό να μετρήσει το άγχος των σωματικών αισθήσεων σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Eifert,

Thompsonetal., 2000) και θεωρητικά εκπορεύεται από το μοντέλο του Reiss (1985), 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 (Reiss, 1985). Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 18 προτάσεις, που περιγράφουν διαστάσεις σχετικές με τις σωματικές αισθήσεις της καρδιακής λειτουργίας σε μια πενταβάθμια κλίμακα – Likert που εκτείνεται από "ποτέ" (0) ως " 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, (δηλ., με το άθροισμα όλων των βαθμών που αντιστοιχούν σε κάθε πρόταση και που διαιρείται δια του 18, τον συνολικό αριθμό των θεμάτων της κλίμακας) (Eifert, Thompsonetal., 2000; Zvolenskyetal., 2003). 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 υποκλιμάκων 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)(Eifert, Thompsonetal., 2000). Το CAQ παρουσιάζει συνέπεια εσωτερικής κατασκευής (e.g., totalscorealphacoefficient:.83). Επίσης, χαρακτηρίζεται από καλή συγκλίνουσα εγκυρότητα, όπως αποδεικνύεται από συσχετίσεις με καθορισμένα ψυχιατρικά εργαλεία (Eifertetal., 2000) και εμφανίζει να κατέχει μια παρόμοια γνωστική διαδικασία σε κλινικό και μη κλινικό δείγμα (Eifert, Thompsonetal., 2000). Όσο υψηλότερα είναι τα αποτελέσματα στο CAQ, τόσο μεγαλύτερο είναι και το άγχος σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία (Zvolenskyetal., 2003). Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιείται στη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα τόσο σε ασθενείς με καρδιακές παθήσεις (Hoyer, etal, 2008), όσο και σε υγιείς πληθυσμούς για τη διερεύνηση του φόβου της ασθένειας εν γένει (Eifert&Forsyth, 1996). Το ερωτηματολόγιο CAQ έχει προσαρμοστεί και σταθμιστεί σε δείγμα Ελληνικού υγιούς πληθυσμού με αποτέλεσμα το ερωτηματολόγιο να αποτελείται από 10 ερωτήσεις και δείκτη Cronbach'salpha 0,825 (Dragiotietal., 2011).

2.1.6 Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ) (Caine και συν, 1967)

Το HDHQ είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την επιθετικότητα ως στάση (attitude). Αφορά σ' έναν τρόπο μέτρησης ενός ευρέος φάσματος από πιθανές εκδηλώσεις της επιθετικότητας. Αντανακλά την ετοιμότητα για απάντηση με εχθρική συμπεριφορά και μια τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η επιθετικότητα όπως μετρείται με το HDHQ δεν έχει καθόλου σχέση με σωματική επιθετικότητα και σωματική βιαιότητα. Το HDHQ αποτελείται από 5 υποκλίμακες στα 52 είδη του Καταλόγου Πολυφασικής Προσωπικότητας του Πανεπιστημίου της Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI). Τρεις υποκλίμακες, η παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (AH), η επίκριση των άλλων (criticism of others) (CO), και παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) (PH) αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας. Δύο υποκλίμακες, η αυτο-επίκριση (self-criticism) (SC) και παραληρηματική ενοχή (Guilt) (G) αφορούν την ενδοστρεφή επιθετικότητα και αφορούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αντανακλά τη συνολική επιθετικότητα. Τα αποδεκτά πρότυπα (Caine et al., 1967) για τη συνολική επιθετικότητα σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι ανάμεσα σε 12 έως 14, αλλά υψηλότερα όρια έχουν επίσης προταθεί (McPherson, 1988). Μελέτες για την εγκυρότητα σε κλινικά δείγματα έχουν οδηγήσει σε σημαντικούς συσχετισμούς ανάμεσα στο HDHQ και στους παρατηρούμενους ρυθμούς θυμού των νοσηλευτών (Blackburn et al., 1979). Η εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Το HDHQ έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό (Economou & Angelopoulos, 1989; Αγγελόπουλος και συν., 1987; Αγγελόπουλος, 1984) σε ψυχιατρικούς (Lyketsos et al., 1978) και άτομα που ντράπηκαν (Sifneos, 1986; Drosos et al., 1989).

2.1.7. Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) (McCubbin, Thompson & McCubbin, 2001)

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, τους:

1. Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)
2. Επανασχεδιασμός (Reframing)

3. Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (SeekingSpiritualSupport)
4. Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (MobilizingFamilytoAcquireandAcceptHelp)
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. (Gouna et al., 2013).

2.1.8 Τεστ Προσανατολισμού για την Ζωή (LOT-R)

Η αισιοδοξία μετρήθηκε με το τεστ προσανατολισμού της ζωής LOT (Scheier & Carver 1985) στην ελληνική εκδοχή του (Lygkos et al., 2009). 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 (Scheier et al. 1994). Είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 10 ερωτήσεων που αφορούν τις γενικευμένες θετικές προσδοκίες έκβασης για κάθε άνθρωπο. Τρία από τα δέκα στοιχεία διατυπώνονται σαν θετικά για την ύπαρξη αισιοδοξίας, 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 (Lygkos et al., 2009).

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 (Scheier et al. 1994). Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν, Cronbach α =0,716. (Lygkos et al., 2009).

2.1.9 Κλίμακα Αλτρουισμού – AltruismScale (Ahmed και Jackson, 1979)

Για την μέτρηση της διάστασης του Αλτρουισμού χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο των (Ahmed και Jackson, 1979) οι οποίοι ανέπτυξαν την κλίμακα “αποδοχής της πρόνοιας”. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από επτά δηλώσεις τύπου Likert (Διαφωνώ απολύτως 1 – 5 Συμφωνώ Απολύτως), που περιγράφουν την αλτρουιστική συμπεριφορά (προσαρμοσμένη στα ελληνικά, με βάση την υποκλίμακα του αλτρουισμού, όπως αυτή αποτυπώνεται

στο ερωτηματολόγιο των Ahmed και Jackson, 1979) και ζητά από τους ερωτώμενους να δηλώσουν τον βαθμό στο οποίο συμφωνούν ή διαφωνούν. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των βαθμών των απαντήσεων των ατόμων στις επτά ερωτήσεις, με τις υψηλότερες τιμές να αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα αλτρουισμού (Ahmed & Jackson, 1979). Ο δείκτης Cronbach's του ερωτηματολογίου στο ελληνικό δείγμα είναι 0,70.

2.1.10 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος δόθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά τους (οικογενειακή κατάσταση, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης και επαγγελματική κατάσταση) και την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία). Επίσης, τους ζητήθηκε να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικές με το είδος και τον τύπο της επέμβασης στην οποία θα υποβάλλονταν, το ιστορικό προηγούμενων επεμβάσεών τους και ποιος συγγενής ήταν κοντά τους.

2.2. Στατιστική επεξεργασία

Κατά την ανάλυση για την περιγραφή των κοινωνικο-δημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση (SD) ως προς τις απαντήσεις τους σε κάθε Κλίμακα καθώς και σε κάθε υποκλίμακα.

Κατόπιν έγινε σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στις ομάδες. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ttest αν οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω των test των Kolmogorov- Smirnov και των Shapiro- Wilk, αλλά και μέσω των διαγραμμάτων κανονικότητας (θηκογράμματα, φυλλογραφήματα, normalQ-Qplot, detendednormalQ-Qplot), πιστοποίησαν ότι η υπόθεση της κανονικότητας για τις περισσότερες μεταβλητές ήταν αποδεκτή (Γναρδέλλης, 2006).

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία χ^2 Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν (Δαφέρμος, 2005; Κατσουγιαννόπουλος, 1990; Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000).

- το χ^2 του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι <5, καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι <1 και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι >24 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το χ^2 του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι >10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)

- το χ^2 του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι <1 ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του χ^2 θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών (Ahlbom & Norell, 1992) μεταξύ των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r) (Ιωαννίδης, 2000; Δαφέρμος, 2005) μια και η κατανομή συχνοτήτων των τιμών τους ήταν κανονική.

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ($p < 0,05$).

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και SPSS (Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και τις συσχέτισεις των μεταβλητών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS (Γναρδέλλης, 2006).

3. Αποτελέσματα της μελέτης

3.1 Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των προεγχειρητικών ασθενών και των δύο ομάδων (ανδρών - γυναικών), στις ερωτήσεις που τους τέθηκαν στο ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων καθώς και τα κλινικά χαρακτηριστικά τους από τον ιατρικό τους φάκελο, παρουσιάζεται αναλυτικά στους πίνακες 1, 2 και 3.

Η μέση ηλικία των ανδρών προεγχειρητικών ασθενών του δείγματος ήταν $59,36 \pm 13,46$, με εύρος 28-83 και διέφερε στατιστικά πάρα πολύ σημαντικά από τη μέση ηλικία γυναικών προεγχειρητικών ασθενών, η οποία ήταν $44,83 \pm 12,41$, με εύρος 20-82 ($P=0,000$, t -Test=5,307) (πίνακας 1).

Όσον αφορά την *οικογενειακή τους κατάσταση*, το μεγαλύτερο ποσοστό των προ-εγχειρητικών ασθενών ήταν έγγαμοι (ποσοστό 76,9%). Από το υπόλοιπο δείγμα οι 9 ήταν άγαμοι (9,9%), οι 4 ήταν

διαζευγμένοι (4,4%) και οι 8 ήταν χήροι (8,8%). Η σύγκριση με το FisherExactTest δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,261). Ακόμη, 80 προεγχειρητικοί ασθενείς (ποσοστό 87,9%) είχαν παιδιά, σε αντίθεση με τους 11 προεγχειρητικούς ασθενείς (ποσοστό 12,1%) ο οποίοι δεν είχαν, χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων (P=0,333) στη σύγκρισή τους με το Fisher'sExactTest (πίνακας 1).

Από το δείγμα των προεγχειρητικών ασθενών της έρευνας περίπου οι 3 στους δέκα κατάγονται από χωριό/κωμόπολη, οι 4 στους δέκα από πόλεις μικρότερες των 150.000 κατοίκων και οι 3 στους δέκα περίπου από πόλεις μεγαλύτερες των 150.000 κατοίκων, με στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων (p=0,037) (πίνακας 1).

Παρατηρήθηκε στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο μεταξύ των δύο ομάδων, όπως εκτιμήθηκε με τη σύγκριση με το FisherExactTest (P=0,003). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών προεγχειρητικών ασθενών ήταν απόφοιτοι Δημοτικού (ποσοστό 36,0%), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών προεγχειρητικών ασθενών ήταν απόφοιτοι Λυκείου (ποσοστό 39,0%). Συνολικά τα μεγαλύτερα ποσοστά και των δύο ομάδων ανήκαν στους απόφοιτους δημοτικού, στους απόφοιτους Λυκείου και στους απόφοιτους ΑΕΙ/ΤΕΙ με ποσοστά 23,1% , 30,7% και 26,4% αντίστοιχα (πίνακας 1).

Πίνακας 1. Κατανομή 91 προεγχειρητικών ασθενών ως προς την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, την εκπαίδευση, τη διαμονή και το επάγγελμα.

	Προεγχειρητικοί Ασθενείς			Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	
Σύνολο	50 (54,9)	41 (45,1)	91 (100,0)	
Ηλικία				
Ελαχίστη - μεγίστη	28-83	20-82	20-83	
Μέση τιμή (x ± SD)	59,36 ± 13,46	44,83 ± 12,41	52,81 ± 14,83	t=5,307 P=0,000
Οικογενειακή κατάσταση				
Άγαμος	6 (12,0)	3 (7,3)	9 (9,9)	Fisher'sExactTest=3,942 P=0,261
Έγγαμος	36 (72,0)	34 (82,9)	70 (76,9)	
Διαζευγμένοι	4 (8,0)	0 (0,0)	4 (4,4)	
Χήρος	4 (8,0)	4 (9,8)	8 (8,8)	

Παιδιά				
Ναι	42 (84,0)	38 (92,7)	80 (87,9)	Fisher'sExactTest=1,667
Όχι	8 (16,0)	3 (7,3)	11 (12,1)	P=0,333

Διαμονή				
Χωριό/Κωμόπολη	21 (42,0)	7 (17,1)	28 (30,8)	
Πόλη<150.000 κατοίκους	15 (30,0)	18 (43,9)	33 (36,2)	$\chi^2_p=6,580$
Πόλη>150.000 κατοίκους	14 (28,0)	16 (39,0)	30 (33,0)	P=0,037

Επίπεδο εκπαίδευσης (Μορφωτική κατάσταση)				
Αναλφάβητος	0 (0,0)	2 (4,9)	2 (2,2)	
Απόφοιτος Δημοτικού	18 (36,0)	3 (7,3)	21 (23,1)	
Απόφοιτος Γυ/σίου	9 (18,0)	4 (9,8)	13 (14,3)	Fisher'sExactTest=16,337
Απόφοιτος Λυκείου	12 (24,0)	16 (39,0)	28 (30,8)	
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	9 (18,0)	15 (36,6)	24 (26,4)	P=0,003
Μεταπτυχιακό	2 (4,0)	1 (2,4)	3 (3,3)	

Επαγγελματική κατάσταση				
Άνεργος	2 (4,0)	9 (22,0)	11 (12,1)	
Οικιακά	0 (0,0)	8 (19,5)	8 (8,8)	
Αυτοαπασχολούμενος	14 (28,0)	4 (9,8)	18 (19,8)	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	6 (12,0)	9 (22,0)	15 (16,5)	Fisher'sExactTest=41,423
Δημόσιος Υπάλληλος	9 (18,0)	11 (26,8)	20 (22,0)	P=0,000
Συνταξιούχος	19 (38,0)	0 (0,0)	19 (20,9)	

=====

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standarddeviation), $\chi^2_p=\chi^2$ του Pearson, t=T –Test, Fisher'sExactTest =πρόκειται για την τιμή του Fisher'sExactTest, όπως δίδεται από το SPSS.

=====

Τέλος, οι δύο ομάδες των προεγχειρητικών ασθενών συγκρίθηκαν και ως προς την *επαγγελματική κατάσταση* τους. Η σύγκριση με το FisherExactTest ανέδειξε στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά (P=0,000) μεταξύ τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών προεγχειρητικών ασθενών ήταν συνταξιούχοι ενώ των γυναικών προεγχειρητικών ασθενών ήταν δημόσιοι υπάλληλοι με ποσοστά 38,0% και 26,8 αντίστοιχα (πίνακας 1).

3.2 Κλινικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Στο παρόν υποκεφάλαιο παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των ανδρών και γυναικών προεγχειρητικών ασθενών ως προς το φόβο τους απέναντι στο χειρουργείο και ως προς το ποιος συγγενής ήταν κοντά τους (πίνακας, 2).

Σχετικά με το φόβο της επέμβασης η σύγκριση με το FisherExactTest δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά (P=0,103) μεταξύ των δύο φύλων προεγχειρητικών ασθενών.

Τα μεγαλύτερα ποσοστά των προεγχειρητικών ασθενών και στις δύο ομάδες (ποσοστό 38% και 39% αντίστοιχα) απαντούν πως δεν φοβούνται καθόλου για την χειρουργική επέμβαση. Από τους υπόλοιπους, το 10% των ανδρών προεγχειρητικών ασθενών και το 7,3% των γυναικών προεγχειρητικών ασθενών αισθάνονται λίγο φόβο, ενώ το 36% των ανδρών προεγχειρητικών ασθενών και το 19,5% των γυναικών προεγχειρητικών ασθενών απαντούν ότι αισθάνονται μέτρια. Επίσης πολύ φόβο αισθάνεται ένας στους 10 άντρες προεγχειρητικούς ασθενείς ποσοστό ίδιο με των γυναικών προεγχειρητικών ασθενών. Τέλος περίπου ένας στους δέκα άνδρες προεγχειρητικούς ασθενείς (ποσοστό 6%) αισθάνεται πλαρα πολύ φόβο απέναντι στην επερχόμενη χειρουργική επέμβαση ποσοστό το οποίο στις γυναίκες αγγίζει το 24,4% δηλαδή περίπου τρεις στις δέκα.

Πίνακας 2. Κατανομή 91 προεγχειρητικών ασθενών ως προς το φόβο απέναντι στο χειρουργείο και το ποιος συγγενής ήταν κοντά τους.

	Προεγχειρητικοί Ασθενείς			Διαφορά Ανδρών - Γυναικών
	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	
Σύνολο	50 (54,9)	41 (45,1)	91 (100,0)	

Φοβάστε για την χειρουργική επέμβαση

Όχι καθόλου	19 (38,0)	16 (39,0)	35 (38,5)	Fisher's Exact Test=7,584 P=0,103
Λίγο	5 (10,0)	3 (7,3)	8 (8,8)	
Μέτρια	18 (36,0)	8 (19,5)	26 (28,6)	
Πολύ	5 (10,0)	4 (9,8)	9 (9,1)	
Πάρα πολύ	3 (6,0)	10 (24,4)	13 (14,3)	

Ποιοι συγγενείς είναι κοντά σας

Σύντροφος	37 (74,0)	22 (53,7)	59 (64,8)	Fisher's Exact Test=5,984 P=0,093
Παιδί	5 (10,0)	7 (17,1)	12 (13,2)	
Γονιός	8 (8,0)	9 (22,0)	17 (18,7)	
Άλλος συγγενής	0 (0,0)	3 (7,3)	3 (3,3)	

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), Fisher's Exact Test =πρόκειται για τη τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS.

Στη συντριπτική πλειοψηφία (ποσοστό 64,8%) των προεγχειρητικών ασθενών αισθάνονται δίπλα τους το σύντροφό τους, με τους 12 (ποσοστό 13,2%) να έχουν δίπλα τους το παιδί τους, τους 17 (ποσοστό 18,7%) να έχουν τον γονιό τους και τους 3 (ποσοστό 3,3%) να έχουν κοντά τους άλλο συγγενή.

Στη συνέχεια στον πίνακα 3, παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των προεγχειρητικών ασθενών ως προς ως προς την αιτία χειρουργείου και την εμπειρία σε προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις.

Σχετικά με το είδος της επέμβασης η σύγκριση με το FisherExactTest ανέδειξε στατιστικά πολύ σημαντική διαφορά (P=0,000) μεταξύ των δύο ομάδων.

Περίπου τέσσερις στους δέκα θα υποβάλλονταν σε επέμβαση χολολιθίασης (ποσοστό 42,9%) και δύο στους δέκα προεγχειρητικούς ασθενείς επρόκειτο να υποβληθούν σε χειρουργείο βουβωνοκήλης (ποσοστό 22,0%). Οι υπόλοιπες αιτίες χειρουργείων αφορούσαν πολύποδες εντέρου (3 ασθενείς), καρκίνο εντέρου (6 ασθενείς), καρκίνο στομάχου (2 ασθενείς), κιρσούς (4 ασθενείς), ακρωτηριασμό άκρου (6 ασθενείς), σκωλικοειδεκτομή (2 ασθενείς), καρκίνο θυροειδούς (2 ασθενείς), καρκίνο παγκρέατος (2 ασθενείς), ογκίδιο μαστού (5 ασθενείς).

Πίνακας 3. Κατανομή 91 προεγχειρητικών ασθενών ως προς την αιτία χειρουργείου και την εμπειρία σε προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις.

	Προεγχειρητικοί Ασθενείς			Διαφορά Ανδρών - Γυναϊκών
	Άνδρες N(%)	Γυναίκες N(%)	Σύνολο N(%)	
Σύνολο	50 (54,9)	41 (45,1)	91 (100,0)	
Αιτία χειρουργείου				
Χολολιθίαση	15 (30,0)	24 (58,5)	39 (42,9)	
Πολύποδες εντέρου	2 (4,0)	1 (2,4)	3 (3,3)	
Καρκίνος εντέρου	5 (10,0)	1 (2,4)	6 (6,6)	
Καρκίνος στομάχου	2 (4,0)	0 (0,0)	2 (2,2)	
Βουβωνοκήλη	17 (34,0)	3 (7,3)	20 (22,0)	
Κιρσοί	1 (2,0)	3 (4,4)	4 (4,4)	
Ακρωτηριασμός άκρου	6 (12,0)	0 (0,0)	6 (6,6)	
Σκωλικοειδεκτομή	0 (0,0)	2 (4,9)	2 (2,2)	Fisher'sExactTest=32,760
Καρκίνος θυροειδούς	0 (0,0)	2 (4,9)	2 (2,2)	P=0,000
Καρκίνος παγκρέατος	2 (4,0)	0 (0,0)	2 (2,2)	
Ογκίδιο μαστού	0 (0,0)	5 (12,2)	5 (5,5)	
Προηγούμενες Χειρουργικές Επεμβάσεις				
Ναι	42 (84,0)	25 (61,0)	67 (73,6)	$\chi^2_p=6,150$
Όχι	8 (16,0)	16 (39,0)	24 (26,4)	P=0,013

x= μέση τιμή (Mean), SD=σταθερή απόκλιση (Standard deviation), $\chi^2_p=$ χ^2 του Pearson, Fisher's Exact Test =πρόκειται για τη τιμή του Fisher's Exact Test, όπως δίδεται από το SPSS.

Στη συντριπτική τους πλειοψηφία (ποσοστό 73,6%) οι προεγχειρητικά ασθενείς του δείγματός μας έχουν υποβληθεί ξανά σε χειρουργική επέμβαση, ενώ το υπόλοιποι προεγχειρητικοί ασθενείς δεν έχουν παρόμοια εμπειρία (ποσοστό 26,4%) με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους ($p=0,013$) (πίνακας 3).

4. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

4.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

Η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνά μας επαληθεύτηκε με τον υπολογισμό του α του Cronbach.

Ερωτηματολόγιο	Συντελεστής α του Cronbach
SCL - 90	0,955
HDHQ	0,785
CAQ	0,794
F-COPES	0,785
STAI	0,803
FES	0,612
ALTRUISM	0,493
LOTR	0,521
SpREUK	0,837

Όπως φαίνεται από τον προηγούμενο πίνακα, τα περισσότερα ερωτηματολόγια μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα, μια και ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μεγαλύτερος από το 0,7. Πιο συγκεκριμένα, οι δείκτες αξιοπιστίας των SCL-90, CAQ, STAI, FES, F-Copes, SpREUK και HDHQ θεωρούνται ικανοποιητικοί και συμφωνούν με προηγούμενες εκτιμήσεις σε άλλες έρευνες (Ντόνιας και συν, 1991 – Derogatis, 1977 - Λιάκος & Γιαννίτση, 1984 - Αναγνωστοπούλου, 2002 - Gouvaetal, 2013 - MoosandMoos, 1987 - Dragiotietal, 2011). Ως εξαίρεση σημειώνονται τα ερωτηματολόγια Altruism και LOTR (Lyraeos et al., 2009) στα οποία ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μικρότερος από το 0,7.

5. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της εργασίας μας, που αφορούν συγκρίσεις μεταξύ των προεγχειρητικών ασθενών ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά στα οποία μελετήθηκαν. Για το λόγο αυτό και πριν παραθέσουμε τα αποτελέσματα θα ξεκινήσουμε με το να παρουσιάσουμε τις υποκλίμακες στις οποίες συγκρίθηκαν και ο τρόπος βαθμολόγησής τους.

5.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν

Κάθε ένας ερωτώμενος συμπλήρωσε εννέα ερωτηματολόγια. Από αυτά υπολογίστηκαν οι κλίμακες και υποκλίμακες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνάς μας. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται το σύνολο των κλιμάκων που υπολογίστηκαν για κάθε ένα ερωτηματολόγιο. Για κάθε μία κλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίο βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)	
Παροδικό Άγχος (StateAnxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 17, 18 και 19 συν το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 15, 16 και 20 κατόπιν αντιστροφής τους.
Μόνιμο Άγχος (TraitAnxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 37, 38 και 40 συν το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 21, 26, 27, 33, 36 και 39 κατόπιν αντιστροφής τους.
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-CardiacAnxietyQuestionnaire (CAQ)	
Συνολική Τιμή CAQ	Συνολική μέση τιμή από τη μέση τιμή των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας.
Φόβος και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (Fear)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 8, 9 και 10.
Αποφυγή δραστηριοτήτων (Avoidance)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4 και 6.
Επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (HeartFocusedAttention)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 3 και 5.

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R(SCL-90)	
Σωματοποίηση (Somatization)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 και 58.
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 και 65.
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 και 73.
Κατάθλιψη (Depression)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 και 79.
Άγχος (Anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 και 86.
Επιθετικότητα (Hostility)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 11, 24, 63, 67, 74 και 81
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 25, 47, 50, 70, 75 και 82.
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 43, 68, 76 και 83.
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 και 90.
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 44, 64, 66, 19, 60, 59 και 89.
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	το άθροισμα όλων των δεικτών προς το 90 που είναι το πλήθος όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	ορίζεται να είναι η επόμενη ακέραια μονάδα του λόγου του αθροίσματος όλων των δεικτών προς το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων.
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	ορίζεται να είναι το άθροισμα όλων των αποκρίσεων του ερωτώμενου οι οποίες έχουν θετικό πρόσημο.
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας- Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)	
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 39, 42, 45, 46 και 49, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν

	η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 39, 42, 45, 46, 49 και “ Λάθος ” στην ερώτηση 40.
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 6, 10, 11, 13, 18, 19, 29, 32, 36, 41 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 1, 2, 6, 10, 11, 18, 19, 29, 32, 36, 41 και “ Λάθος ” στην ερώτηση 13.
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 9, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 50 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 9, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 50 και “ Λάθος ” στην ερώτηση 4.
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 8, 14, 23, 26, 27, 28, 30, 34, 40, 51 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 8, 14, 27, 28, 30, 34, 40, 51 και “ Λάθος ” στις ερωτήσεις 3, 23 και 26.
Παραληρηματική ενοχή (guilt)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 12, 16, 21, 33, 43, 48 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” σε όλες τις ερωτήσεις.
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitive)	από το άθροισμα των κλιμάκων της παρορμητικής επιθετικότητας, της παρανοειδής επιθετικότητας και της επίκρισης των άλλων.
Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitive)	από το άθροισμα των κλιμάκων της αυτο-επίκρισης και της παραληρηματικής ενοχής.
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	από το άθροισμα των κλιμάκων του συνόλου εξωστρέφειας και του συνόλου ενδοστρέφειας.
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)	
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, συν το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 7 και 9 κατόπιν αντιστροφής τους.
Στάση απέναντι στη ζωή	
Στάση απέναντι στη ζωή	από το βαθμό που σημείωσε στην ανοικτή κλίμακα

	το άτομο.
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - FamilyEnvironmentScale (FormR-FES)	
Σχέσεις (Relationship Dimensions)	
Συνοχή (Cohesion)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 1, 21, 31, 51, 71, 81 και “ Λάθος ” στις ερωτήσεις 11, 41, 61
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 12, 32, 42, 62, 82 και “ Λάθος ” στις ερωτήσεις 2, 22, 52, 72.
Σύγκρουση (Conflict)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 3, 23, 43, 53, 73 και “ Λάθος ” στις ερωτήσεις 13, 33, 63, 83.
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (PersonalGrowthDimensions)	
Ανεξαρτησία (Independence)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 14, 24, 34, 54, 64 και “ Λάθος ” στις ερωτήσεις 4, 44, 74, 84.
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (AchievementOrientation)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 5, 15, 35, 45, 75, 85 και “ Λάθος ” στις ερωτήσεις 25, 55, 65.
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - CulturalOrientation)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “ Σωστό ” στις ερωτήσεις 6, 26, 56, 66, 86 και “ Λάθος ” στις ερωτήσεις 16, 36, 46, 76.
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87, στις

RecreationalOrientation)	οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Σωστό”στις ερωτήσεις 17, 37, 47, 67, 77 και “Λάθος”στις ερωτήσεις 7, 27, 57, 87.
Ηθικήκαιθρησκευτικήέμφαση (Moral-Religious Emphasis)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Σωστό”στις ερωτήσεις 8, 28, 48, 58, 78, 88 και “Λάθος”στις ερωτήσεις 18, 38, 68.
Συντήρησητουσυστήματος (System Maintenance Dimensions)	
Οργάνωση (Organization)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Σωστό”στις ερωτήσεις 9, 19, 39, 59, 69, 89 και “Λάθος”στις ερωτήσεις 29, 49, 79.
Έλεγχος (Control)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η “Σωστό”στις ερωτήσεις 30, 40, 50, 80, 90 και “Λάθος”στις ερωτήσεις 10, 20, 60, 70.
Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος	
Γενικό Σύνολο	από το άθροισμα του συνόλου των υποκλιμάκων.
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)	
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (AcquiringSocialSupport)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10,16, 20, 25 και 29.
Επανασχεδιασμός(Reframing)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 7, 11, 13, 15, 19, 22 και 24.
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (SeekingSpiritualSupport)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 14,23,27 και 30.
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (MobilizingFamilytoAcquireandAcceptHelp)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις αποτελείται από τις ερωτήσεις 4, 6, 9 και 21.
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 12, 17, 26 και 28.
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	από το άθροισμα του συνόλου των υποκλιμάκων συν την ερώτηση 18.

Κλίμακα Αλτρουισμού (AltruismScale)	
Συνολική Βαθμολογία	από το άθροισμα του συνόλου των ερωτήσεων.
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)	
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	από το άθροισμα του συνόλου των υποκλιμάκων.
Αναζήτησηγιαυποστήριξη (Search For Support/Access)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 3, 4, 5 και 6.
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (TrustinHigherGuidance/Source)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 7, 13, 14 και 15.
Αντανάκλαση (Reflection)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 9, 10, 11 και 12.
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)	
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, συν το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 7 και 9 κατόπιν αντιστροφής τους.
Στάση απέναντι στη ζωή	
Στάση απέναντι στη ζωή	από το βαθμό που σημείωσε στην ανοικτή κλίμακα το άτομο.
Scale of Altruism	από το άθροισμα των απαντήσεων όλων των ερωτήσεων

5.2 Διαφοροποιήσεις μεταξύ Προεγχειρητικών Ασθενών ως προς το Φύλο

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των 91 προεγχειρητικών ασθενών, πιο συγκεκριμένα των ανδρών και γυναικών. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση: Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας των ανδρών προεγχειρητικών ασθενών και της ομάδας των γυναικών προεγχειρητικών ασθενών.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του $T - Test$ δίνει τον πίνακα 4. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 5: Διαφοροποιήσεις μεταξύ των προεγχειρητικών ασθενών ως προς το φύλο					
	Προεγχειρητικοί Ασθενείς		T-Test		
	Ανδρες	Γυναίκες	t	df	P
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)					
Παροδικό Άγχος (StateAnxiety)	40,68±11,75	42,90±14,55	-,806	89	,422
Μόνιμο Άγχος (TraitAnxiety)	39,00±10,09	44,76±10,69	- 2,646	89	,010
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-CardiacAnxietyQuestionnaire(CAQ)					
Total CAQ	1,02 ±,63	1,32±,77	- 2,002	89	,048
Fear	1,15±1,07	1,50±1,03	- 1,576	89	,119
Avoidance	1,18±,92	1,65±1,01	- 2,358	89	,021
Heart FocusedAttention	,70±,69	,73±,87	- 0,242	89	,809
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - SymptomChecklist 90-R(SCL-90)					
Σωματοποίηση (Somatization)	6,92±634	11,76±7,69	- 3,290	89	,001
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	7,36±5,81	11,20±8,02	- 2,642	89	,010
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter.Sensitivity)	6,94±5,86	8,32±5,74	- 1,125	89	,263
Κατάθλιψη (Depression)	9,80±6,85	12,90±8,26	- 1,959	89	,053
Άγχος (Anxiety)	5,00±4,67	6,56±8,46	- 1,114	89	,268
Επιθετικότητα (Hostility)	4,46±4,15	4,56±4,50	- 0,111	89	,912
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	2,72±3,80	2,39±3,76	0,414	89	,680
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	6,10±4,43	5,10±2,67	1,271	89	,207

Ψυχωτισμός (Psychoticism)	4,16±2,92	5,00±4,26	- 1,112	89	,269
Διάφορες αιτιάσεις (σκέψεις θανάτου)	0,28±0,61	0,83±1,40	- 2,512	89	,014
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων ΓΔΣ)	0,65±0,43	0,84±0,51	- 1,833	89	,070
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	1,79±0,35	1,82±0,50	- 0,198	89	,843
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	31,88±15,83	39,93±18,20	- 2,255	89	,027
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας- Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)					
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	3,46±1,98	2,68±1,67	1,998	89	,049
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	6,48±2,35	6,73±1,94	- 0,550	89	,584
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	2,52±1,73	1,54±1,14	3,124	89	,002
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	3,92±1,75	4,10±2,18	- 0,432	89	,667
Παραληρηματική ενοχή (guilt)	2,14±1,41	2,05±1,43	0,305	89	,761
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitiveness)	12,46±4,87	10,95±3,58	1,652	89	,102
Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitiveness)	6,06±2,82	6,15±3,40	- 0,132	89	,895
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	18,52±6,78	17,10±6,31	1,028	89	,307
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)					
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	26,10±5,32	24,71±3,49	1,442	89	,153
Στάση απέναντι στη ζωή					
Στάση απέναντι στη ζωή	7,48±1,68	7,20±2,08	0,723	89	,471
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)					
Σχέσεις (Relationship Dimensions)					
Συνοχή (Cohesion)	7,10±1,40	7,07±1,90	0,077	89	,939
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	6,24±1,24	5,63±0,89	2,627	89	,010
Σύγκρουση (Conflict)	2,44±2,21	3,00±2,53	1,128	89	,262
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)					
Ανεξαρτησία (Independence)	5,78±1,50	6,34±1,06	- 2,014	89	,047
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	6,46±1,50	5,83±2,02	1,705	89	,092
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	5,06±1,75	5,39±2,02	- 0,834	89	,407
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)	5,14±1,89	5,05±2,07	0,219	89	,827
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	5,12±1,48	4,29±1,70	2,476	89	,015
Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)					

Οργάνωση (Organization)	6,12±1,61	5,41±1,68	2,034	89	,045
Έλεγχος (Control)	5,30±1,28	4,39±1,04	3,654	89	,000
Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος					
Γενικό Σύνολο	54,76±5,98	52,41±4,70	2,044	89	,044
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)					
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (AcquiringSocialSupport)	27,92±7,61	29,15±7,47	- 0,771	89	,443
Επανασχεδιασμός(Reframing)	33,12±5,99	32,20±3,66	0,864	89	,390
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (SeekingSpiritualSupport)	14,06±3,38	13,29±5,16	0,853	89	,396
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (MobilizingFamilytoAcquireandAcceptHelp)	14,70±4,10	14,71±3,09	- 0,009	89	,992
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	12,36±3,82	11,73±2,54	0,902	89	,370
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	105,38±17,92	103,76±13,46	0,480	89	,633
Κλίμακα Αλτρουισμού (AltruismScale)					
Συνολική Βαθμολογία	22,82±5,25	24,68±2,81	- 2,045	89	,044
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)					
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	42,24±10,43	42,41±11,57	- 0,076	89	,940
Αναζήτησηγιαυποστήριξη (Search For Support/Access)	11,28±4,46	11,83±4,40	- 0,588	89	,558
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (TrustinHigherGuidance/Source)	15,46±4,04	14,63±4,25	0,948	89	,346
Αντανάκλαση (Reflection)	15,50±4,67	15,95±4,53	- 0,464	89	,643

Στον πίνακα 5, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι γυναίκες προεγχειρητικοί ασθενείς εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους άνδρες προεγχειρητικούς ασθενείς στις κλίμακες :

1. Μόνιμο Άγχος (TraitAnxiety) (STAI)
2. Συνολική Τιμή για το άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία (TotalCAQ)
3. Αποφυγή δραστηριοτήτων για την Καρδιακή Λειτουργία Avoidance(CAQ)
4. Σωματοποίηση (Somatization) (SCL – 90)
5. Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive) (SCL – 90)
6. Διάφορες αιτιάσεις (σκέψεις θανάτου) (SCL – 90)
7. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ) (SCL – 90)
8. Ανεξαρτησία στο οικογενειακό περιβάλλον (Independence) (FES)
9. Συνολική Βαθμολογία (AltruismScale)

Επίσης στον ίδιο πίνακα 5 μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι άνδρες προεγχειρητικοί ασθενείς εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους γυναίκες προεγχειρητικοί ασθενείς στις κλίμακες :

1. Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (HDHQ)
2. Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) (HDHQ)
3. Εκφραστικότητα (Expressiveness) (FES)
4. Ηθική και θρησκευτική έμφαση στο οικογενειακό περιβάλλον (Moral-Religious Emphasis) (FES)
5. Οργάνωση Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Organization) (FES)
6. Έλεγχος Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Control) (FES)
7. Γενικό Σύνολο Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES)

5.3 Διαφοροποιήσεις μεταξύ των προεγχειρητικών ασθενών ως προς προεγχειρητικό άγχος

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων ως προς το προεγχειρητικό άγχος των προεγχειρητικών ασθενών. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση: Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των αγχωμένων και των μη αγχωμένων προεγχειρητικών ασθενών, δηλαδή μεταξύ αυτών που το άγχος τους είναι από 0 έως και 43 και αυτών όπου το άγχος τους είναι από 43 έως 80 της κλίμακας του άγχους του Spielberger. Για να επιτευχθεί η συγκεκριμένη σύγκριση προηγήθηκε κατάταξη της κατανομής σε δύο κλάσεις. Η μία κλάση περιελάμβανε τους προεγχειρητικούς ασθενείς των οποίων το άγχος ήταν έως και 43 και η δεύτερη κλάση εκείνους των οποίων το άγχος ήταν πάνω από 43. Επιλέχθηκε το 43, σύμφωνα με την τελευταία στάθμιση της Αναγνωστοπούλου, στην οποία διαπιστώθηκε ότι η μέση τιμή του άγχους του υγιούς πληθυσμού είναι 43, σε αντίθεση με την παλαιότερη στάθμιση της κλίμακας του άγχους του Spielberger, από τους Λιάκο & Γιαννίτση (1977), σύμφωνα με την οποία η μέση τιμή του άγχους του υγιούς πληθυσμού ήταν πολύ χαμηλότερο του 43, πιο συγκεκριμένα κυμαινόταν 34,54 για τους άνδρες και 37,47 για τις γυναίκες.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 6. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 6: Διαφοροποιήσεις μεταξύ των προεγχειρητικών ασθενών ως προς το προεγχειρητικό άγχος					
	Προεγχειρητικό Άγχος		T-Test		
	>0-≤43	>43-≤80	T	df	P
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)					
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	35,65±8,55	48,23±8,73	- 6,940	89	,000
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)					
Total CAQ	0,83 ±0,46	1,53±0,77	- 5,327	89	,000
Fear	0,93±0,91	1,74±1,07	- 3,870	89	,000
Avoidance	1,08±0,83	1,75±1,03	- 3,365	89	,001
Heart Focused Attention	0,44±0,53	1,03±0,89	- 3,913	89	,000
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)					
Σωματοποίηση (Somatization)	8,19±5,97	10,12±8,59	- 1,254	89	,213
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	8,06±6,24	10,23±7,90	- 1,462	89	,147
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	6,94±5,80	8,26±5,82	- 1,081	89	,283
Κατάθλιψη (Depression)	8,69±6,04	14,00±8,30	- 3,517	89	,001
Άγχος (Anxiety)	3,35±4,31	8,33±7,80	- 3,815	89	,000
Επιθετικότητα (Hostility)	4,21±4,25	4,84±4,35	- -,697	89	,488
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	1,69±3,48	3,56±3,87	- 2,429	89	,017
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	6,08±4,23	5,16±3,13	1,169	89	,245
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	3,50±3,20	5,70±3,70	- 3,046	89	,003
Διάφορες αιτιάσεις (σκέψεις θανάτου)	0,17±0,48	0,93±1,370	- 3,627	89	,000
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων ΓΔΣ)	0,63±0,43	0,84±0,51	- 2,218	89	,029
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	1,82±0,61	1,79±0,50	,227	89	,821
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	30,52±15,63	41,07±17,58	- 3,030	89	,003
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)					
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	2,67±1,77	3,60±1,89	- 2,446	89	,016
Επικριση των άλλων (criticism of others)	6,33±2,01	6,88±2,31	- 1,214	89	,228
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid	2,06±1,76	2,09±1,34	-,092	89	,927

hostility)					
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	3,75±1,96	4,28±1,91	- 1,301	89	,196
Παραληρηματική ενοχή (guilt)	1,83±1,39	2,40±1,40	- 1,920	89	,058
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitiveness)	11,06±4,44	12,58±4,21	- 1,669	89	,099
Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitiveness)	5,58±3,07	6,67±3,03	- 1,705	89	,092
Ολική Εχθρότητα (totalhostility)	16,65±6,71	19,26±6,21	- 1,919	89	,058
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)					
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	26,67±5,15	24,14±3,54	2,699	89	,008
Στάση απέναντι στη ζωή					
Στάση απέναντι στη ζωή	7,79±1,68	6,86±1,96	2,444	89	,017
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - FamilyEnvironmentScale (FormR-FES)					
Σχέσεις (Relationship Dimensions)					
Συνοχή (Cohesion)	7,17±1,55	7,00±1,7467	,483	89	,630
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	5,98±1,19	5,95±1,07	,108	89	,915
Σύγκρουση (Conflict)	2,69±2,45	2,70±2,28	-,020	89	,984
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (PersonalGrowthDimensions)					
Ανεξαρτησία (Independence)	6,21±1,49	5,84±1,15	1,319	89	,191
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (AchievementOrientation)	6,29±1,73	6,05±1,84	,656	89	,513
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - CulturalOrientation)	5,02±1,75	5,42±2,00	- 1,009	89	,315
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-RecreationalOrientation)	5,40±1,69	4,77±2,21	1,533	89	,129
Ηθικήκαιθρησκευτικήέμφαση (Moral-Religious Emphasis)	4,31±1,69	1,69±1,43	- 2,787	89	,007
Συντήρησητουσυστήματος (System Maintenance Dimensions)					
Οργάνωση (Organization)	5,94±1,77	5,65±1,57	,813	89	,419
Έλεγχος (Control)	4,83±1,21	4,95±1,33	-,452	89	,652
Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος					
Γενικό Σύνολο	53,83±5,77	53,56±5,34	,235	89	,815
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)					
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (AcquiringSocialSupport)	27,15±8,559	29,95±5,90	- 1,797	89	,076
Επανασχεδιασμός(Reframing)	32,54±5,94	32,88±3,94	-,320	89	,750
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (SeekingSpiritualSupport)	12,94±4,04	14,58±4,38	- 1,861	89	,066
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (MobilizingFamilytoAcquireandAcceptHelp)	13,69±3,61	15,84±3,39	- 2,920	89	,004

)					
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	11,31±3,43	12,93±2,96	- 2,392	89	,019
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	100,58±18,17	109,19±11,80	- 2,644	89	,010
Κλίμακα Αλτρουισμού (AltruismScale)					
Συνολική Βαθμολογία	23,52±4,65	23,81±4,16	-,316	89	,753
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)					
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	42,71±13,07	41,88±7,93	,359	89	,721
Αναζήτησηγιαυποστήριξη (Search For Support/Access)	11,69±4,42	11,35±4,46	,364	89	,717
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (TrustinHigherGuidance/Source)	15,33±4,60	14,81±3,57	,596	89	,552
Αντανάκλαση (Reflection)	15,69±5,73	15,72±2,91	-,034	89	,973

Στον πίνακα 6, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι αγχωμένοι προεγχειρητικοί ασθενείς εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους μη αγχωμένους προεγχειρητικούς ασθενείς στις κλίμακες :

1. Μόνιμο Άγχος (TraitAnxiety)
2. Συνολική Τιμή για το άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία (TotalCAQ)
3. Φόβος για την Καρδιακή Λειτουργία Avoidance(Fear - CAQ)
4. Αποφυγή δραστηριοτήτων για την Καρδιακή Λειτουργία (Avoidance - CAQ)
5. Προσοχή για την Καρδιακή Λειτουργία (Attention - CAQ)
6. Κατάθλιψη (Depression) (SCL – 90)
7. Άγχος (Anxiety) (SCL – 90)
8. Φοβικόάγχος (Phobic anxiety) (SCL – 90)
9. Ψυχωτισμός (Psychoticism) (SCL – 90)
10. Διάφορες αιτιάσεις (σκέψεις θανάτου) (SCL – 90)
11. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων ΓΔΣ) (SCL – 90)
12. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ) (SCL – 90)
13. Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (HDHQ)
14. Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια
(MobilizingFamilytoAcquireandAcceptHelp) (F-COPES)

15. Παθητική Αντιμετώπιση (PassiveAppraisal) (F-COPES)
16. Συνολική Βαθμολογία (Overall) (F-COPES)

Ακόμη Στον πίνακα 6, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι μη αγγωμένοι προεγχειρητικοί ασθενείς εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους αγγωμένους προεγχειρητικούς ασθενείς στις κλίμακες:

1. Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου (LOT-R)
2. Στάση απέναντι στη ζωή (LOT-R)
3. Ηθικήκαιθρησκευτικήέμφαση (Moral-Religious Emphasis) (R-FES)

5.4 Διαφοροποιήσεις μεταξύ των προεγχειρητικών ασθενών ως προς το αν έχουν υποβληθεί σε άλλη χειρουργική επέμβαση

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των προεγχειρητικών ασθενών οι οποίοι έχουν εμπειρία από άλλη χειρουργική επέμβαση και σε αυτούς οι οποίοι δεν έχουν. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση: Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ των προεγχειρητικών ασθενών με εμπειρία σε άλλη χειρουργική επέμβαση και των προεγχειρητικών ασθενών χωρίς άλλη χειρουργική εμπειρία.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 6. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 7: Διαφοροποιήσεις μεταξύ των προεγχειρητικών ασθενών ως προς την χειρουργική τους εμπειρία					
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ		T-Test		
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	t	df	P
Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Άγχους (STAI)					
State Anxiety	42,79±12,79	38,33±13,68	1,434	88	,155
Trait Anxiety	42,48±10,89	39,25±10,06	1,270	88	,207
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-CardiacAnxietyQuestionnaire (CAQ)					
Avoidance	1,55±1,05	0,94±0,64	2,651	88	,010
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - SymptomChecklist 90-R(SCL-90)					
Διάφορες αιτιάσεις (ανορεξία)	0,14±0,49	0,54±1,22	-2,262	88	,026
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-HostilityandDirectionofHostilityQuestionnaire (HDHQ)					
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)					
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	26,15±4,33	23,63±5,05	2,342	88	,002
Στάση απέναντι στη ζωή					
Στάση απέναντι στη ζωή	7,62±1,63	6,71±2,27	2,101	88	,039

Στον πίνακα 7, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι προεγχειρητικοί ασθενείς με εμπειρία σε χειρουργική επέμβαση εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους προεγχειρητικούς ασθενείς χωρίς χειρουργική εμπειρία στις κλίμακες :

1. Αποφυγή δραστηριοτήτων για την Καρδιακή Λειτουργία (Avoidance - CAQ)
2. Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου (LOT-R)

Επίσης στον ίδιο πίνακα παρατηρούμε ότι προεγχειρητικοί ασθενείς χωρίς χειρουργική εμπειρία εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τους προεγχειρητικούς ασθενείς με εμπειρία

1. Διάφορες αιτιάσεις (ανορεξία) (SCL-90)
2. Στάση απέναντι στη ζωή (LOT-)

5.5 Διαφοροποιήσεις μεταξύ των προεγχειρητικών ασθενών ως προς την πρόγνωση της νόσου

Στο παρόν υποκέφαλαιο ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των προεγχειρητικών ασθενών ως προς την πρόγνωση της νόσου για την οποία επρόκειτο να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση. Επιλέξαμε να χωρίσουμε τους προεγχειρητικούς ασθενείς σε δύο κατηγορίες, σε κείνους των οποίων η νόσος, σύμφωνα με την βιβλιογραφία αλλά και την κλινική εμπειρία έχει καλή πρόγνωση και σε κείνους των οποίων η νόσος, σύμφωνα με την βιβλιογραφία αλλά και την κλινική εμπειρία έχει κακή πρόγνωση. Έτσι, λοιπόν, την πρώτη κατηγορία αποτέλεσαν οι 61 ασθενείς που επρόκειτο να χειρουργηθούν για χολολιθίαση, βουβωνοκήλη και σκωλικοειδεκτομή και τη δεύτερη κατηγορία οι 30 ασθενείς που επρόκειτο να χειρουργηθούν για πολύποδες εντέρου, καρκίνο εντέρου, καρκίνο στομάχου, κισσούς, ακρωτηριασμό άκρου, καρκίνο θυροειδούς, καρκίνο παγκρέατος και ογκίδιο μαστού.

Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση: Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ των προεγχειρητικών ασθενών των οποίων η νόσος έχει σχετικά καλή πρόγνωση και των προεγχειρητικών ασθενών των οποίων η νόσος έχει σχετικά κακή πρόγνωση.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 7. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν $p < 0,05$.

Πίνακας 8: Διαφοροποιήσεις μεταξύ των προεγχειρητικών ασθενών ως προς την πρόγνωση της νόσου για την οποία επρόκειτο να υποβληθούν στη χειρουργική επέμβαση					
	ΠΡΟΓΝΩΣΗ		T-Test		
	ΚΑΛΗ	ΚΑΚΗ	t	df	P
Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Άγχους (STAI)					
State Anxiety	40,21±13,21	44,67±12,43	-1,541	89	0,127
Trait Anxiety	40,82±11,43	43,17±8,88	-0,987	89	0,326
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-CardiacAnxietyQuestionnaire (CAQ)					
Avoidance	1,23±0,97	1,73±0,95	-2,344	89	0,021
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - SymptomChecklist 90-R(SCL-90)					
Σωματοποίηση (Somatization)	8,03±7,160	11,27±7,37	-2,006	89	0,048
Κατάθλιψη (Depression)	10,03±7,28	13,57±7,92	-2,115	89	0,037
Επιθετικότητα (Hostility)	3,66±3,67	6,23±4,96	-2,798	89	0,006
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	1,92±3,59	3,90±3,83	-2,423	89	0,017
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	3,93±3,26	5,77±3,96	-2,345	89	0,021
Διάφορες αιτιάσεις (σκέψεις θανάτου)	0,36±0,93	0,87±1,25	-2,168	89	0,033
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων ΓΔΣ)	0,65±0,45	0,91±0,49	-2,479	89	0,015
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	31,15±15,03	44,37±18,50	-3,650	89	0,000
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-HostilityandDirectionofHostilityQuestionnaire (HDHQ)					
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	2,77±1,72	3,80±2,02	-2,533	89	0,013
Επικρισητωνάλλων (criticism of others)	6,23±2,01	7,33±2,31	-2,342	89	0,021
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitive)	10,93±3,96	13,50±4,73	-2,721	89	0,008
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - FamilyEnvironmentScale (FormR-FES)					
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (PersonalGrowthDimensions)					
Ανεξαρτησία (Independence)	6,25±1,34	5,60±1,28	-2,198	89	0,031

Στον πίνακα 8, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι προεγχειρητικοί ασθενείς των οποίων η νόσος έχει σχετικά κακή πρόγνωση, εμφανίζουν υψηλότερες μέσες τιμές με στατιστικά σημαντική διαφορά στις παρακάτω κλίμακες:

1. Αποφυγή δραστηριοτήτων για την Καρδιακή Λειτουργία (Avoidance - CAQ)

2. Σωματοποίηση (Somatization) (SCL-90)
3. Κατάθλιψη (Depression) (SCL-90)
4. Επιθετικότητα (Hostility) (SCL-90)
5. Φοβικόαγχος (Phobic anxiety) (SCL-90)
6. Ψυχωτισμός (Psychoticism) (SCL-90)
7. Διάφορες αιτιάσεις (σκέψεις θανάτου) (SCL-90)
8. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων ΓΔΣ) (SCL-90)
9. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ) (SCL-90)
10. Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (HDHQ)
11. Επίκριση των άλλων (criticism of others) (HDHQ)
12. Σύνολο εξωστρέφειας (extrapunitive) (HDHQ)

Ακόμη, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι προεγχειρητικοί ασθενείς των οποίων η νόσος έχει σχετικά καλή πρόγνωση, εμφανίζουν υψηλότερη μέση τιμή με στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα της Ανεξαρτησίας του Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Independence) (R-FES).

5.6. Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ προεγχειρητικών ασθενών ως προς τη διαμονή

Στον πίνακα 9, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ προεγχειρητικών ασθενών ως προς τη διαμονή όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

1. Σωματοποίηση (Somatization) (SCL-90)(p=0,044)
2. Επιθετικότητα (Hostility) (SCL-90) (p=0,042)
3. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety) (SCL-90) (p=0,034)
4. Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. σκέψεις θανάτου) (SCL-90) (p=0,002)
5. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων(SCL-90) (p=0,004)
6. Οργάνωση (Organization)R-FES) (p=0,009)
7. Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help) (F-COPES) (p=0,023)
8. Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access) SpREUK (p=0,013)

Πίνακας 9: Διαφοροποιήσεις μεταξύ προεγχειρητικών ασθενών ως προς τη διαμονή

	F	p
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R(SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	3,232	,044
Επιθετικότητα (Hostility)	3,298	,042
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	3,525	,034
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.σκέψεις θανάτου)	6,511	,002
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	5,878	,004
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)		
Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)		
Οργάνωση (Organization)	4,923	,009
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθεια (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	3,942	,023
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)		
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	4,529	,013

5.7 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ προεγχειρητικών ασθενών ως προς την οικογένεια

Στον πίνακα 10, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ των προεγχειρητικών ασθενών ως προς την οικογένεια όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Μόνιμο Άγχος (TraitAnxiety)(STAI) (p=0,047)
2. Συνολική Τιμή για το άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία (TotalCAQ) (p=0,012)
3. Φόβος για την Καρδιακή Λειτουργία (Fear - CAQ) (p=0,005)
4. Σωματοποίηση (Somatization) (SCL-90)(p=0 ,009)
5. Ανεξαρτησία (Independence) (R-FES)(p=0,001)
6. Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-RecreationalOrientation) (R-FES)(p=0,039)
7. Οργάνωση (Organization)(R-FES)(p=0,015)
8. Γενικό Σύνολο (R-FES) (p=0,028)
9. Εμπιστοσύνη σε ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source SpREUK-SF-15)(p=0 ,036)

Πίνακας 10: Διαφοροποιήσεις μεταξύ προεγχειρητικών ασθενών ως προς την οικογένεια

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Μόνιμο Άγχος (TraitAnxiety)	2,752	,047
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-CardiacAnxietyQuestionnaire (CAQ)		
Total CAQ	3,890	,012
Fear	4,557	,005
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - SymptomChecklist 90-R(SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	4,145	,009
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - FamilyEnvironmentScale (FormR-FES)		
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (PersonalGrowthDimensions)		

Ανεξαρτησία (Independence)	6,322	,001
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-RecreationalOrientation)	2,918	,039
Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)		
Οργάνωση (Organization)	3,705	,015
Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος		
Γενικό Σύνολο	3,181	,028
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)		
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher Guidance/Source)	2,982	,036

5.8 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ προεγχειρητικών ασθενών ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο

Στον πίνακα 11, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ των προεγχειρητικών ασθενών ως προς το εκπαιδευτικό του υπόβαθρο, όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Παροδικό Άγχος (StateAnxiety) (STAI) (p=0,003)
2. Μόνιμο Άγχος (TraitAnxiety) (STAI) (p=0,000)
3. Σωματοποίηση (Somatization) (SCL-90) (p=0,001)
4. Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive) (SCL-90) (p=0,000)
5. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity) (SCL-90)(p=0,006)
6. Κατάθλιψη (Depression) (SCL-90)(p=0,000)
7. Άγχος (Anxiety)(SCL-90) (p=0,000)
8. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety) (SCL-90) (p=0,000)
9. Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)(SCL-90) (p=0,005)
10. Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. σκέψεις θανάτου) (SCL-90) (p=0,001)
11. Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. ενοχή) (SCL-90) (p=0,000)
12. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων(SCL-90) (p=0,000)
13. Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων(SCL-90) (p=0,003)
14. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων(SCL-90) (p=0,017)
15. Παρορμητική επιθετικότητα (acting-outhostility) (HDHQ) (p=0,000)
16. Επίκριση των άλλων (criticism of others) (HDHQ) (p=0,000)
17. Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) (HDHQ) (p=0,007)
18. Αυτο-επίκριση (self-criticism) (HDHQ) (p=0,049)
19. Σύνολο εξωστρέφειας(extrapunitiveness) (HDHQ) (p=0,000)
20. Ολική Εχθρότητα(total hostility) (HDHQ) (p=0,000)

21. Σύγκρουση (Conflict) (R-FES) ($p=0,013$)
22. Πνευματικός - πολιτιστικόςπροσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation) (R-FES) ($p=0,000$)
23. Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-RecreationalOrientation)(R-FES) ($p=0,000$)
24. Οργάνωση (Organization)(R-FES) ($p=0,037$)
25. Αναζητώνταςπνευματικήυποστήριξη (SeekingSpiritualSupport) (F-COPES)($p=0,014$)
26. ΠαθητικήΑντιμετώπιση (PassiveAppraisal) (F-COPES) ($p=0,015$)
27. Συνολική Τιμή για το άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία (TotalCAQ) ($p=0,000$)
28. Φόβος για την Καρδιακή Λειτουργία (Fear - CAQ) ($p=0,000$)
29. Αποφυγή δραστηριοτήτων για την Καρδιακή Λειτουργία (Avoidance - CAQ) ($p=0,002$)
30. Προσοχή για την Καρδιακή Λειτουργία (Attention - CAQ) ($p=0,001$)

Πίνακας 11: Διαφοροποιήσεις μεταξύ προεγχειρητικών ασθενών ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο

	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
ΠαροδικόΆγχος (StateAnxiety)	3,992	,003
ΜόνιμοΆγχος (TraitAnxiety)	4,966	,000
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-CardiacAnxietyQuestionnaire (CAQ)		
Total CAQ	8,486	,000
Fear	6,198	,000
Avoidance	4,029	,002
Heart FocusedAttention	4,545	,001
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - SymptomChecklist 90-R(SCL-90)		
Σωματοποίηση (Somatization)	4,709	,001
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	5,673	,000
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	3,522	,006
Κατάθλιψη (Depression)	7,165	,000
Άγχος (Anxiety)	8,900	,000
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	8,477	,000
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	3,603	,005
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. σκέψεις θανάτου)	4,941	,001
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. ενοχή)	7,781	,000

Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	5,756	,000
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	3,937	,003
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	2,942	,017
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας- HostilityandDirectionofHostilityQuestionnaire (HDHQ)		
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	6,082	,000
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	5,791	,000
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	3,440	,007
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	2,332	,049
Σύνολο εξωστρέφειας (extrapuniveness)	6,668	,000
Ολική Εχθρότητα (totalhostility)	5,846	,000
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - FamilyEnvironmentScale (FormR-FES)		
Σχέσεις (Relationship Dimensions)		
Σύγκρουση (Conflict)	3,109	,013
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (PersonalGrowthDimensions)		
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - CulturalOrientation)	5,758	,000
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-RecreationalOrientation)	6,638	,000
Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)		
Οργάνωση (Organization)	2,498	,037
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)		
Αναζήτωντας πνευματική υποστήριξη (SeekingSpiritualSupport)	3,066	,014
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	3,018	,015

5.9 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ προεγχειρητικών ασθενών ως προς την επαγγελματική κατάσταση

Στον πίνακα 12, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ των προεγχειρητικών ασθενών ως προς την επαγγελματική κατάσταση όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Παροδικό Άγχος (State Anxiety) (STAI) ($p=0,000$)
2. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)(STAI) ($p=0,000$)
3. Ιδεοψυχαναγκασμός(SCL-90) (Obsessive-Compulsive) ($p=0,000$)
4. Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity) (SCL-90)($p=0,001$)
5. Κατάθλιψη (Depression) (SCL-90) ($p=0,001$)
6. Άγχος (Anxiety) (SCL-90) ($0,002$)
7. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety) (SCL-90) ($p=0,001$)
8. Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. σκέψεις θανάτου) (SCL-90) ($p=0,008$)
9. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων(SCL-90) ($p=0,002$)
10. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων(SCL-90)($p=0,002$)
11. Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (HDHQ) ($p=0,005$)
12. Αυτο-επίκριση (self-criticism) (HDHQ) ($p=0,173$)
13. Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου (LOT-R)($p=0,006$)
14. Εκφραστικότητα (Expressiveness) (R-FES)($p=0,017$)
15. Ανεξαρτησία (Independence) (R-FES)($p=0,002$)
16. Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation) (R-FES)($p=0,004$)
17. Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis) (R-FES)($p=0,012$)
18. Γενικό Σύνολο (R-FES)($p=0,034$)
19. Συνολική Τιμή για το άγχος για την Καρδιακή Λειτουργία (TotalCAQ) ($p=0,003$)

20. Φόβος για την Καρδιακή Λειτουργία (Fear - CAQ) ($p=0,018$)
21. Αποφυγή δραστηριοτήτων για την Καρδιακή Λειτουργία (Avoidance - CAQ) ($p=0,005$)
22. Προσοχή για την Καρδιακή Λειτουργία (Attention - CAQ) ($p=0,003$)

Πίνακας 12: Διαφοροποιήσεις μεταξύ προεγχειρητικών ασθενών ως προς την επαγγελματική κατάσταση		
	F	p
Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)		
Παροδικό Άγχος (StateAnxiety)	9,085	,000
Μόνιμο Άγχος (TraitAnxiety)	6,195	,000
Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία-CardiacAnxietyQuestionnaire (CAQ)		
Total CAQ	4,016	,003
Fear	2,915	,018
Avoidance	3,596	,005
Heart FocusedAttention	3,910	,003
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - SymptomChecklist 90-R(SCL-90)		
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	5,669	,000
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	4,874	,001
Κατάθλιψη (Depression)	4,660	,001
Άγχος (Anxiety)	4,288	,002
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	4,384	,001
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. σκέψεις θανάτου)	3,335	,008
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	4,232	,002
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	4,128	,002
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-HostilityandDirectionofHostilityQuestionnaire (HDHQ)		
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	3,598	,005
Τεστ προσανατολισμού για την ζωή-Life Orientation Test (LOT-R)		
Βαθμός αισιοδοξίας του υποκειμένου	3,541	,006
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - FamilyEnvironmentScale (FormR-FES)		
Σχέσεις (Relationship Dimensions)		
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	2,942	,017
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (PersonalGrowthDimensions)		
Ανεξαρτησία (Independence)	4,139	,002
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-RecreationalOrientation)	3,774	,004
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	3,114	,012
Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος		
Γενικό Σύνολο	2,538	,034

6. Διμεταβλητές Συσχετίσεις

Έγινε έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων του παροδικού άγχους και των κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών. Στον πίνακα 13 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των σημαντικότερων συσχετίσεων.

6.1. Συσχετίσεις του παροδικού άγχους

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του παροδικού άγχους και των κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών προέκυψαν:

Στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ($P < 0,001$) συσχέτιση μεταξύ του παροδικού άγχους και του εκπαιδευτικού επιπέδου ($P = 0,000$).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ του παροδικού άγχους και της επαγγελματικής κατάστασης ($P = 0,035$), καθώς και του παροδικού άγχους και της ύπαρξης αδελφών ($P = 0,042$).

Πίνακας 13. Συγκριτικός πίνακας σημαντικών συσχετίσεων υποκλιμάκων σε δύο μεταβλητές που αφορούν δείγμα προεγχειρητικών ασθενών με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson.

ΓΡΑΜΜΙΚΗ ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ r του PEARSON	Παροδικό άγχος N=91	Εκπαιδευτικ ό Επίπεδο N=91	Επαγγελματική Κατάσταση N=91
Παροδικό άγχος			
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	-,394***		
Επαγγελματική Κατάσταση	-,221*	-,098	
Ύπαρξη Αδελφών	-,213*	,299**	,162

7. Συζήτηση

Πριν σχολιάσουμε τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και τα σχετίσουμε με αποτελέσματα παρόμοιων μελετών, θεωρούμε σημαντικό να σημειώσουμε: α) ποιοι είναι οι περιορισμοί της, και β) σε τι δεν απαντάει η συγκεκριμένη μελέτη.

7.1. Οριοθετήσεις

Στην παρούσα ερευνητική μελέτη, εξετάστηκαν αποκλειστικά άτομα ηλικίας από 20 - 83 ετών και η συγκεκριμένη μελέτη αφορά μόνο ασθενείς οι οποίοι επρόκειτο να υποβληθούν σε χειρουργικές επεμβάσεις διαφόρων μορφών. Όλες οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν πριν την εισαγωγή των ασθενών στο χειρουργείο. Για τα αποτελέσματα που προέκυψαν συνολικά από τη στατιστική ανάλυση και την ερμηνεία τους οφείλουμε να διατυπώσουμε ορισμένες επιφυλάξεις που αφορούν στην πιθανή διαπλοκή του τύπου αίτιο - αιτιατό μεταξύ της στάσης του προεγχειρητικού άγχους και των μεταβλητών που μελετήθηκαν στην παρούσα μελέτη. Το συνολικό δείγμα των προεγχειρητικών ασθενών ανήρθε σε 91 άτομα συνιστώντας ένα μικρό δείγμα του πληθυσμού. Για να οριστεί με σαφήνεια ο ρόλος του προεγχειρητικού άγχους θα απαιτείτο μεγαλύτερο δείγμα και μεγαλύτερη ποικιλία χειρουργικών επεμβάσεων, ώστε να αποφανθούμε για αιτιότητα.

Σε καμία περίπτωση, λοιπόν, δεν μπορούμε να οδηγηθούμε στη διατύπωση μιας γραμμικής αιτιολογικής υπόθεσης που να υποστηρίζει ότι το προεγχειρητικό άγχος είναι η αιτία της γενικής πορείας του ασθενούς τόσο μετεγχειρητικά όσο και στη συνέχεια της έκβασης της νόσου του. Ωστόσο, από τα αποτελέσματα βγαίνουν κάποια συμπεράσματα για τις διαφορές των προεγχειρητικά αγχωμένων και μη ασθενών καθώς και για τη σχέση ή την επίδραση του άγχους στη γενικότερη ψυχοπαθολογία σε καταστάσεις κρίσης, τα οποία και χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης μέσω πολυπαραγοντικών στατιστικών μοντέλων.

7.2. Παροδικό άγχος στους προεγχειρητικούς ασθενείς (STAI)

Η μέση τιμή του παροδικού άγχους (state -anxiety) για την ομάδα των προεγχειρητικών ασθενών κατά την προεγχειρητική φάση ήταν αντίστοιχα, $40,68 \pm 11,75$ για τους άνδρες και $42,90 \pm 14,55$ για τις γυναίκες. Το παροδικό άγχος των γυναικών προεγχειρητικών ασθενών είναι μεγαλύτερο από αυτό των ανδρών προεγχειρητικών ασθενών αλλά χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,422$). Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι άνδρες προεγχειρητικοί ασθενείς θα παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα παροδικού προεγχειρητικού άγχους σε σχέση με τις γυναίκες. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή του παροδικού άγχους των γυναικών ήταν κατά 2,5 περίπου

μονάδες μεγαλύτερη από τη μέση τιμή των ανδρών αν και δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα του παροδικού άγχους μεταξύ των δύο φύλων κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών με το T-Test. Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, δεν αναδεικνύονται τα χαμηλά επίπεδα του παροδικού άγχους πριν το χειρουργείο, όπως μετράται με το STAI (Spielberger, 1970) ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες προεγχειρητικούς ασθενείς, κάτι το οποίο χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με την αντίληψη ότι η ποιότητα του άγχους εξαρτάται από το αντιλαμβανόμενο νόημα που έχει αυτή η «συναλλαγή» για το κάθε άτομο (Robson, 1999). Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έρχονται σε διαφωνία με τα αποτελέσματα της μελέτης του Αγγελόπουλου (2009), σύμφωνα με τα οποία οι άνθρωποι δεν βλέπουν θετικά το χειρουργείο, καθώς καταβάλλονται από υπερβολικό άγχος και φόβο για το τι θα προκύψει. Βέβαια, οφείλουμε να επισημάνουμε ότι το δείγμα μας αποτελείτο από προεγχειρητικούς ασθενείς ποικίλων χειρουργείων και είναι λογικό κάποιος που χειρουργείται για μια νόσο με καλή πρόγνωση να μην έχει υπερβολικό άγχος στη σύγχρονη εποχή όπου η χειρουργική επιστήμη έχει εξελίξει τις μεθόδους της και έχει μειώσει θεαματικά τις αρνητικές επιπτώσεις και επιπλοκές από τις χειρουργικές επεμβάσεις. Άλλωστε, για το λόγο αυτό και οδηγηθήκαμε στο διαχωρισμό των προεγχειρητικών ασθενών σύμφωνα με την πρόγνωση της νόσου για την οποία και επρόκειτο να χειρουργηθούν, αλλά και από αυτή τη σύγκριση δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p=0,127$) ως προς το παροδικό άγχος των ασθενών που θα υποβάλλονταν σε χειρουργική επέμβαση για νόσο με κακή πρόγνωση αν και οι μέσες τιμές τους βρέθηκαν σε υψηλότερα επίπεδα ($44,67 \pm 12,42$) από το παροδικό άγχος των προεγχειρητικών ασθενών που θα υποβάλλονταν σε χειρουργική επέμβαση για νόσο με καλή πρόγνωση ($40,21 \pm 13,21$). Τα ευρήματά μας υποστηρίζονται και από τη μελέτη του Hollaus και συν., από την οποία διαπιστώθηκε ότι η ύπαρξη προεγχειρητικού άγχους ήταν σχεδόν γενικό φαινόμενο ανεξάρτητο από τη διάγνωση, δεν συμφωνούν όμως με τη μελέτη των Scheier και συν. (1999), σύμφωνα με την οποία οι προσδοκίες που αφορούν την έκβαση μιας κατάστασης έχουν συνδεθεί επίσης με το άγχος.

7.3. Μόνιμο άγχος στους προεγχειρητικούς ασθενείς (STAI)

Η μέση τιμή του μόνιμου άγχους πριν το χειρουργείο (trait -anxiety) για την ομάδα των ανδρών και των γυναικών των προεγχειρητικών ασθενών κατά την προεγχειρητική φάση ήταν αντίστοιχα $39,00 \pm 10,09$ και $44,76 \pm 10,69$. Τα αποτελέσματα αυτά στηρίζουν την αρχική μας υπόθεση, ότι οι γυναίκες έχουν περισσότερο μόνιμο άγχος από τους άνδρες. Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι η μέση τιμή του μόνιμου άγχους των ανδρών ήταν κατά 5,5 περίπου μονάδες μικρότερη από τη μέση τιμή του μόνιμου άγχους των γυναικών κατά τη σύγκριση των μέσων τιμών τους με το T-Test ($P=0,010$). Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, αναδεικνύονται τα χαμηλά επίπεδα του μόνιμου άγχους, όπως μετράται με το STAI (Spielberger, 1970) ανάμεσα στους άνδρες προεγχειρητικούς ασθενείς και τις γυναίκες προεγχειρητικούς ασθενείς. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με προηγούμενες έρευνες που τονίζουν ότι ο βαθμός του

άγχους μετριάζεται ανάλογα με το φύλο του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα, έχει αποδειχθεί ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερο βαθμό προεγχειρητικού άγχους (Málek et al. 2004 - Perks et al., 2009).

7.4. Διαφοροποιήσεις Ασθενών ως προς τα επίπεδα του προεγχειρητικού άγχους

Μελετώντας τους ασθενείς ως προς τα επίπεδα του προεγχειρητικού τους άγχους, δηλαδή, κατόπιν κατάτμησης της κατανομής σε δύο κλάσεις, μία κλάση που περιελάμβανε τους προεγχειρητικούς ασθενείς των οποίων το άγχος ήταν έως και 43 και της άλλης που το άγχος ήταν πάνω από 43, διαπιστώσαμε ότι οι ασθενείς που είχαν πολύ υψηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους ήταν οι ασθενείς που και το μόνιμο άγχος της ζωής τους βρίσκεται σε πολύ υψηλά επίπεδα ($48,23 \pm 8,73$). Ακόμη διαπιστώσαμε ότι αυτοί οι ασθενείς με τα υψηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους εμφανίζουν και υψηλά επίπεδα άγχους για την καρδιακή τους λειτουργία ($p=0,000$), έχουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης ($p=0,001$), φοβικού άγχους ($p=0,017$), ψυχωτισμού ($p=0,003$), σκέψεις θανάτου ($p=0,000$), παρορμητική επιθετικότητα ($p=0,016$), κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας ($p=0,004$), και παθητική αντιμετώπιση ($p=0,019$). Τα συγκεκριμένα ευρήματα ενισχύονται και από τις μελέτες άλλων ερευνητών, όπως αυτή της Panagorouli και συν. (2006), σύμφωνα με την οποία διαπιστώθηκε σύνδεση ανάμεσα στην ποιότητα της κοινωνικής επαφής και της εξωτερίκευσης των συναισθημάτων, της ψυχολογικής ευεξίας και του προεγχειρητικού άγχους, της μελέτης του Thornton και συν. (2005), από την οποία διαπιστώθηκαν ότι οι αλλαγές στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης αντανακλούν αλλαγές και στην πνευματική υγεία των ασθενών και τέλος με τα αποτελέσματα της έρευνας του Roth και συν. (2005) σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς που εκφράζουν σημαντικό προεγχειρητικό άγχος εμφανίζουν εκτός από λειτουργικές διαταραχές και κατάθλιψη.

7.5 Διαφοροποιήσεις Ασθενών ως προς τα επίπεδα του προεγχειρητικού άγχους

Από τα ευρήματα της μελέτης μας, διαπιστώθηκε ότι το παροδικό άγχος των προεγχειρητικών ασθενών δεν εξαρτάται από τη χειρουργική επέμβαση αλλά από το εκπαιδευτικό και επαγγελματικό τους επίπεδο, καθώς και από την ύπαρξη ή όχι αδελφών. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι το παροδικό άγχος συσχετίζεται αρνητικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο ($p=0,000$), δηλαδή όσο πιο μορφωμένος είναι ο προεγχειρητικός ασθενής τόσο λιγότερο άγχος αισθάνεται. Ακόμη, το παροδικό άγχος συσχετίζεται αρνητικά με την επαγγελματική κατάσταση ($p=0,035$), δηλαδή όσο πιο ασφαλής είναι η επαγγελματική κατάσταση του προεγχειρητικού ασθενούς τόσο λιγότερο άγχος αισθάνεται, και τέλος το παροδικό άγχος συσχετίζεται αρνητικά με την ύπαρξη αδελφών ($p=0,042$), δηλαδή στους προεγχειρητικούς ασθενείς που έχουν αδέρφια διαπιστώνεται λιγότερο άγχος. Τα ευρήματά μας υποστηρίζονται και από τη μελέτη του Hollaus και συν., από την οποία παρατηρήθηκε ότι η ύπαρξη προεγχειρητικού άγχους ήταν σχεδόν γενικό φαινόμενο ανεξάρτητο από τη διάγνωση. Ακόμη, τα αποτελέσματά μας ενισχύονται από τη μελέτη του

Deyirmenjian και συν. (2006), σύμφωνα με τους οποίους το προεγχειρητικό άγχος κάποιες φορές μπορεί να πυροδοτείται από τα ήδη αυξημένα επίπεδα άγχους, που έχουν οι άνεργοι ασθενείς καθώς και από τα οικονομικά τους προβλήματα. Τέλος, ενισχύονται και από τα αποτελέσματα της μελέτης του Hawighorst και συν. (2004), σύμφωνα με την οποία το προεγχειρητικό άγχος εξαρτάται από το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών, μια και οι ασθενείς με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο δεν έχουν δυσκολία κατανόησης των ιατρικών πληροφοριών και της δυνατότητας να υποβάλλουν ερωτήσεις με αποτελέσματα να μην αισθάνονται το ίδιο αίσθημα αδυναμίας με κείνους που δεν έχουν αυτή τη δυνατότητα και άρα να αισθάνονται και λιγότερο προεγχειρητικό άγχος.

7.6 Διαφοροποιήσεις του Προεγχειρητικού άγχους των Ασθενών ως προς τη Βιωμένη Χειρουργική Εμπειρία

Από τα ευρήματα της μελέτης μας, διαπιστώθηκε ότι οι προεγχειρητικοί ασθενείς του δείγματός μας οι οποίοι είχαν προγενέστερη χειρουργική εμπειρία, εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους, αν και δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς με προγενέστερη χειρουργική εμπειρία είχαν 42.79 ± 12.79 ενώ οι ασθενείς χωρίς προγενέστερη χειρουργική εμπειρία είχαν $38,33 \pm 13,68$. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα δεν συμφωνεί με την αρχική μας υπόθεση, σύμφωνα με την οποία θεωρούσαμε ότι οι ασθενείς που θα είχαν προγενέστερη χειρουργική εμπειρία θα παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους από τους ασθενείς που θα υποβάλλονταν σε χειρουργική επέμβαση για πρώτη φορά στη ζωή τους. Επίσης, το εύρημά μας δεν συμφωνεί με τη μελέτη του Hurre και συν. (2000), σύμφωνα με την οποία υποστηρίχθηκε ότι μια επικείμενη χειρουργική επέμβαση δημιουργεί υψηλά επίπεδα άγχους λόγω της αβεβαιότητας, μια και εκλαμβάνεται ως απειλή από τον ασθενή λόγω του άγνωστου περιβάλλοντος και της απώλεια της ανεξαρτησίας. Άρα για έναν ασθενή με προγενέστερη χειρουργική εμπειρία θα αναμέναμε να εμφανίζει χαμηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους λόγω του ότι το περιβάλλον δεν του είναι τόσο άγνωστο καθώς και η όλη διαδικασία.

8. Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, σχετικά με το παροδικό άγχος των προεγχειρητικών ασθενών είναι τα εξής:

- Από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, αναδεικνύονται χαμηλά επίπεδα του παροδικού άγχους πριν το χειρουργείο, τόσο για τους άνδρες ασθενείς όσο και για τις γυναίκες.
- Το παροδικό άγχος των γυναικών προεγχειρητικών ασθενών είναι μεγαλύτερο από αυτό των ανδρών προεγχειρητικών ασθενών αλλά χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά.
- Δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το παροδικό άγχος μεταξύ των ασθενών που θα υποβάλλονταν σε χειρουργική επέμβαση για νόσο με κακή πρόγνωση σε σύγκριση με τους ασθενείς που θα υποβάλλονταν σε χειρουργική επέμβαση για νόσο με καλή πρόγνωση.
- Διαπιστώθηκαν χαμηλά επίπεδα μόνιμου άγχους, τόσο στους άνδρες προεγχειρητικούς ασθενείς όσο και στις γυναίκες προεγχειρητικούς ασθενείς.
- Οι ασθενείς με πολύ υψηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους είναι οι άνθρωποι που και το μόνιμο άγχος της ζωής τους βρίσκεται σε πολύ υψηλά επίπεδα.
- Οι ασθενείς με υψηλά επίπεδα προεγχειρητικού άγχους εμφανίζουν και υψηλά επίπεδα άγχους για την καρδιακή τους λειτουργία, κατάθλιψη, φοβικού άγχους, ψυχωτισμού, σκέψεις θανάτου, παρορμητικής εχθρότητας, κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας, παθητική αντιμετώπιση.
- Το παροδικό άγχος των προεγχειρητικών ασθενών δεν εξαρτάται από τη χειρουργική επέμβαση αλλά από το εκπαιδευτικό και επαγγελματικό τους επίπεδο, καθώς και από την ύπαρξη ή όχι αδελφών. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι το παροδικό άγχος συσχετίζεται αρνητικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, δηλαδή όσο πιο μορφωμένος είναι ο προεγχειρητικός ασθενής τόσο λιγότερο άγχος αισθάνεται. Ακόμη, το παροδικό άγχος συσχετίζεται αρνητικά με την επαγγελματική κατάσταση, δηλαδή όσο πιο ασφαλής είναι η επαγγελματική κατάσταση του προεγχειρητικού ασθενούς τόσο λιγότερο άγχος αισθάνεται, και τέλος το παροδικό άγχος συσχετίζεται αρνητικά με την ύπαρξη αδελφών, δηλαδή στους προεγχειρητικούς ασθενείς που έχουν αδέρφια διαπιστώνεται λιγότερο άγχος.

Από τα αποτελέσματα συνολικά της παρούσας έρευνας κρίνεται σκόπιμο οι επαγγελματίες υγείας να εντρυφήσουν περισσότερο στο ρόλο του παροδικού άγχους των προεγχειρητικών ασθενών. Οι ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργεία θα πρέπει να ενθαρρύνονται κυρίως από ένα πρωτοβάθμιο σύστημα φροντίδας υγείας, να υιοθετούν μια θετική προσέγγιση με αισιοδοξία, μέσα από συμβουλευτικές τεχνικές διότι αυτό θα τους βοηθήσει στην σωματική και ψυχική τους υγεία, άρα και στην ποιότητα της ζωής τους.

Στρατηγικές που αναπτύσσουν ένα βραχύχρονο πρόγραμμα εκπαίδευσης των προεγχειρητικών ασθενών που στηρίζεται στις γνώσεις τους στην αναπαράστασή τους για το χειρουργείο αλλά και στην καθοδήγηση και την αναλυτική ερμηνεία της κατάστασης μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του προεγχειρητικού άγχους και του άγχους της μετεγχειρητικής περιόδου.

Βιβλιογραφία

1. **Ahmed, S. A. & Jackson D. N.** (1979). "Psychographics for Social Policy Decisions: Welfare Assistance, *Journal of Consumer research*, 5:229-239.
2. **Antoni, M. H., Cruess, D. G., Cruess, S., Lutgendorf, S., Kumar, M., Ironson, G., Klimas, N., Fletcher, M. A., & Schneiderman, N.** (2000). Cognitive-behavioral stress management intervention effects on anxiety, 24-hr urinary output, and t-cytotoxic/suppressor cells over time among symptomatic HIV infected gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 31-45.
3. **Arborelius L, Owens MJ, Plotsky PM, Nemeroff CB.** The role of corticotropin-releasing factor in depression and anxiety disorders *J Endocrinol.* 1999;160: 1-12.
4. **Arnstein, P.** The mediation of disability by self-efficacy in different samples of chronic pain patients. *Disability and Rehabilitation*, 2000; 22: 794-801.
5. **Asmundson G.J.G., Norton J.P., & Norton R.G.** Beyond pain The role of fear and avoidance in chronicity. *Clinical Psychology Review*, 1999; 19, (1):97-119.
6. **Aston-Jones G, Valentino RJ, van Bockstaele EJ et al.** Locus coeruleus, stress and PTSD. Neurobiological and clinical parallels. In: Murburg MM (ed) *Catecholamine function in posttraumatic stress disorder*. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1994:17-62.
7. **Badner NH, Nielson WR, Munk S, Kwiarkowska C, Gelb AW.** Preoperative anxiety: detection and contributing factors. *Can J Anaesth* 1990; 37: 444-447.
8. **Baldwin HA, Rassnick S, Rivier J, Koob GF, Britton KT.** (1991). CRF antagonist reverses the "anxiogenic" response to ethanol withdrawal in the rat. *Psychopharmacology (Berl)*, 103:227-32.
9. **Barlow H.D.** (1998). Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic. New York, the Guilford Press, 8-10.
10. **Benkelfat C.** (1993). Serotonergic mechanisms in psychiatry disorders: New research tools, new ideas. *Int Clin Psychopharmacol*, 8:53-56.
11. **Bernstein DA, Clrcck-Stewart A, Roy EJ.** (1994). *Psychology*. Boston, Houghton Mifflin Co, 400-449
12. **Blackburn, I.M., Lyketsos, G. & Tsiantis, J.** (1979). The temporal relationship between hostility and depressed mood. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 18: 227-235.
13. **Bollschweiler E, Apitzsch J, Obliers R, Koerfe A, Monig S, Metzger R.** (2008). Hörsche. Improving Informed Consent of Surgical Patients Using a Multimedia-Based Program? Results

- of a Prospective Randomized Multicenter Study of Patients Before Cholecystectomy. *Ann Surg*, 248: 205–211.
14. **Bourke J.** (2003). Fear and Anxiety: Writing about Emotion in Modern History. *History Workshop Journal*,55:111-129.
 15. **Brull R, McCartney C, Chan V.** (2002). Do preoperative anxiety and depression affect quality of recovery and length of stay after hip or knee arthroplasty? *Can J Anaesth.* 49:109.
 16. **BüssingA.** (2010). Spirituality as a Resource to Rely on in Chronic Illness: The SpREUK Questionnaire, *Religions, 1*, 9-17.
 17. **Caine, T.M., Foulds, G.A., Hope, K.** (1967). *Manual of Hostility and Direction of Hostility Questionnaire*. London: University of London Press.
 18. **Carr E, Brockbank K, Allen S, Strike P, Stat C.**(2006). Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. *Journal of Clinical Nursing*;15:341–352.
 19. **Carver, C.& Gaines, J.** (1987). Optimism, pessimism, and postpartum depression. *Cognitive Therapy and Research*, (11): 449-462.
 20. **Caumo W, Schmidt A, Schneider C, Bergmann J, Iwamoto C, Bandeira D,Ferreira M.**(2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults *Acta Anaesthesiol Scand*; 45: 298–307.
 21. **Chang, E.** (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *J Pers Soc Psychol*, (74):1109-1120.
 22. **Chanley DS, Woods SW, Krystal JH.**(1990). Hypotheses relating serotonergic dysfunction to the etiology and treatment of panic and generalized anxiety disorders. In :Coccaro EF, Murphy DL (eds) *Serotonin in major psychiatry disorders* .Wasington, DC, American Psychiatry Press, :128-51.
 23. **Charney DS, Drevets WD.** (2002). Neurobiological basis of anxiety disorders. In: Davis KL, Charney D, Coyle JT (eds) *Neuropsychopharmacology: The fifth generation of progress*. Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins:901-930.
 24. **Chen CC, Lin CS, Ko YP, HungYC, Lao HC, Hsu YW.** (2008). Premedication with Mirtazapine Reduces Preoperative Anxiety and Postoperative Nausea and Vomiting *Anesth Analg*;106:109 –113.
 25. **Cobley M, Dunne J, Sanders L.**(1991). Stressful pre-operative preparation procedures.The routine removal of dentures during pre-operative preparation contributes to pre-operative distress. *Anaesthesia*, 46:1019-1022.
 26. **Cooper A., Perkins, A.M., Corr, P.J.** (2007). A Confirmatory Factor Analytic Study of Anxiety, Fear, and Behavioral Inhibition System Measures. *Journal of Individual Differences*,28 (4): 179-187.

27. **Crombez G., Vlaeyen J. W., & Heuts P. H.** (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself: Evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80: 329- 339.
28. **Curbow, B., Somerfield, M., Baker, F., Wingard, J., & Legro, M.**(1993).Personal changes, dispositional optimism, and psychological adjustment to bone marrow transplantation. *J.Behav Med*, 16: 423-443.
29. **Dantzer, R.** (1991). Stress and disease: A psychobiological perspective. *Annals of Behavioral Medicine*, 13: 205- 210.
30. **David, D., Montgomery, G., & Bovbjerg, D.**(2006). Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Personality and Individual Differences*, 40: 203-213.
31. **Davis M.**(1992). The role of the amygdale in fear-potentiated startle :Implications for animal models of anxiety .*Trends Pharmacol Sci*, 13:35-41
32. **Demirtas Y, Ayhan S, Tulmac M, Findikcioglu F, Ozkose Z, Yalcin R, Atabay K.** (2005). Hemodynamic Effects of Perioperative Stressor Events during Rhinoplasty. *Plast. Reconstr. Surg*, 115: 620-626.
33. **Derogatis, L.R.** (1977). *The SCL-90 Manual I. Scoring, Administration and Procedures for the SL-90*. Baltimore, MD:John Hopkins University School of Medicine, Cincial Psychometrics Unit.
34. **Deyirmenjian M, Karam N, Salameh P.**(2006). Preoperative patient education for open-heart patients: A source of anxiety? *Patient Education and Counseling*,62:111–117.
35. **Dragioti E., Vitoratou S., Kaltsouda A., Tsartsalis D. & Gouva M.** (2011). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Cardiac Anxiety Questionnaire. *Psychological Reports*, 109(1): 77-92.
36. **Drosos, A., Angelopoulos, N.V., Liakos, A. & Moutsopoulos, H.** (1989). Personality structure disturbances and psychiatric manifestations in primary Sjogren's syndrome. *J. Autoimmunity*. 2: 489-493.
37. **Dunn, D.** (1996). Well-being following amputation: Salutory effect of positive mean, optimism and control. *Rehabilitation Psychol.* (41): 285-302.
38. **Eberhardt J,van Wersch A, van Schaik, Cann P.**(2006) Information, social support and anxiety before gastrointestinal endoscopy. *British Journal of Health Psychology*. 11: 551–559.
39. **Eccleston C.** (2001)Role of psychology in pain management. *British Journal of Anaesthesia*,87, (1):144-152.
40. **Eccleston C.& Crombez G.** (2007) Worry and chronic pain: A misdirected problem solving model. *Pain*, 132, (3): 233-236.

41. **Economou, M. & Angelopoulos, N.V.** (1989). Dysthymic symptom, hostility and scholastic achievement in a group of high school students. *Educ. Psychol.* 9(4): 331-337.
42. **Eifert, G. H., & Forsyth, J. F.** (1996). Heart-focused and general illness fears in relation to parental medical history and separation experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 735–739.
43. **Eifert, G. H., Thompson, R. N., Zvolensky, M. J., Edwards, K., Frazer, N. L., Haddad, J. W., & Davig, J.** (2000). The cardiac anxiety questionnaire: development and preliminary validity. *Behavior Research and Therapy*, 38, 1039-1053.
44. **Fleizman N, Marcy M.** (2007). *No Stress Αναπνεύστε βαθιά, διώξτε το άγχος!* Μετάφραση Μαρία Στάθη 1η έκδοση, εκδοτικός οίκος Κριτική, Αθήνα, pp27-30.
45. **Flor H. and Hermann C.,**(2004). Biopsychosocial models of pain. In: R.H. Dworkin and W.S. Breitbart, Editors, *Psychosocial aspects of pain: a handbook for health care providers, Progress in pain research and management*, 27, IASP Press, Seattle, 47–75.
46. **Fontana David.** (1995). *Άγχος και αντιμετώπισή του. Τεχνικές καταπολέμησης του στρες.* Επιμέλεια: Τερεζίδου Μανίνα και Δεγλήρης Νίκος. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα, pp. 16, 17, 28, 53, 56.
47. **Fordyce W.E.,** (1982). **Shelton J.L.** and **Dundore, D.E.** The modification of avoidance learning in pain behaviors. *J Behav Med*, 5: 405–414.
48. **Frank W.A.** (2007). Five Dramas of Illness. *Perspectives in Biology and Medicine*, 50, (3): 379-394.
49. **Gan T.** (1884 –1898). Risk Factors for Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesth Analg* 2006;102:..
50. **Garipa H, Abalic O, G'okerb K, G'okt'urkc U, Garipd Y.**(2004). Anxiety and extraction of third molars in Turkish patients. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 42: 551—555
51. **Garrud P, Wood M, Stainsby L.**(2001). Impact of risk information in a patient education leaflet. *Patient Educ Couns*, 43:301–304
52. **Gatchel R.J., Peng Y.B., Peters M.L., Fuchs P.N., & Turk D. C.**(2007). The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin*, 133, (4): 581-624.
53. **George S.Z., Dannecker E.A. and Robinson M.E.**(2006). Fear of pain, not pain catastrophizing, predicts acute pain intensity, but neither factor predicts tolerance or blood pressure reactivity: An experimental investigation in pain-free individuals. *European Journal of Pain*, 10, (5): 457-465.

54. **Giraudet-Le, Quintrec JS, Cost Je, MD, Vaste L, Pacault V, Jeann L, Lamas JP, Kerboul L, Martine Fougera M, Conseille C, Kahan A, Courpied JP.**(2003). Positive Effect of Patient Education for Hip Surgery *Clinical Orthopaedics AND Related research*,414:112–120.
55. **Goubert L., Crombez G., & Van Damme S.** (2004). The role of neuroticism, pain catastrophizing and pain -related fear in vigilance to pain: a structural equations approach, *Pain*, 107, (3): 234-241.
56. **Gouva M.,Konstanti, Z., Paschou, A., Dragioti, E., Kotrotsiou, E. &Koulouras V.** (2013). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the F-COPES, *Interscientific health care*, (accepted).
57. **Gouva M.,Zagorgianakou R., Dragioti, E., Paschou, A. &Kotrotsiou, E.** (2013). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the SpREUK, *Interscientific health care*, (accepted).
58. **Gouva, M., Kaltsouda, A., Paschou, A., Dragioti, E., Kotrotsiou, S., Mantzoukas S. & Kotrotsiou E.** (2012). Reliability and Validity of the Greek Version of the Experience of Shame Scale (ESS), *Interscientific health care*, (accepted).
59. **Gouva, M., Paschou, A., Kaltsouda, A., Dragioti, E., Paralikas, T., Mantzoukas S. & Kotrotsiou E.** (2013). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Other As Shamer Scale (OAS), *Interscientific health care*, (accepted).
60. **Gouva, M., Paschou, A., Kaltsouda, A., Dragioti, E., Paralikas, T., Mantzoukas S. & Kotrotsiou E.** (2013). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Other As Shamer Scale (OAS), *Interscientific health care*, (accepted).
61. **Graeff FG, Zuardi AW, Giglio JS et al.**(1985). Effect of metegroline on human anxiety. *Psychopharmacol.* 86:334-338.
62. **Gramke HF, de Rijke JM, van Kleef M, Kessels AG, Peters ML, Sommer M, Marcus MA.**(2009). Predictive factors of postoperative pain after day-case surgery. *Clin J Pain*, (6):455-60.
63. **Granot M, Ferbe SG.** (2005). The Roles of Pain Catastrophizing and Anxiety in the Prediction of Postoperative Pain Intensity. *Clin J Pain*, 21:439–445.
64. **Guyton, A. C., & Hall, J. E.** (2000). *Textbook of medical physiology* (10th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
65. **Han, K. S.** (2002). The effect of an integrated stress management program on the psycho -logic and physiologic stress reactions of peptic ulcer in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 539–548.
66. **Hawighorst S, Schoenefuss G, Fusshoeller C, Franz C, Seufert R, Kelleher D, Vaupel P, KnapsteinPG, Koelb H.**(2004). The physician–patient relationship before cancer treatment: a prospective longitudinal study.*Gynecologic Oncology*,94: 93–97.

67. **Hirsh A., George S., Bialosky J. and Robinson M.** (2007). Fear of pain, pain catastrophizing, and acute pain perception: Relative prediction and timing of assessment. *The Journal of Pain*, 8, (4):56.
68. **Hobson JA, Slade P, Wrench IJ, Power L.**(2006). Preoperative anxiety and postoperative satisfaction in women undergoing elective caesarean section. *Int J Obstet Anesth*, 15: 18-23.
69. **Hoer Sarir R, McLeod DR.** (1993). Somatic manifestations of normal and pathological anxiety. In: Hoer Sarir R, McLeod DR(eds) *Biology of anxiety disorders*. Washington, DC, American Psychiatry Press,177-222.
70. **Hoer Sarir R, Noyes R Jr.** (1998). *The anxiety disorders*. Cambridge, Cambridge University Press,1-36.
71. **Hollander J.** (2004). Fear Itself. *Social Research*,71, (4): 865-886.
72. **Hollaus P, Pucher I, Wilfing G, Wurnig G, Pridun N.**(2003). Preoperative attitudes, fears and expectations of non-small cell lung cancer patients. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, 2: 206–209
73. **Hong JY, Jee YS, Frederick W. Luthardt MA.**(2005). Comparison of conscious sedation for oocyte retrieval between low-anxiety and high-anxiety patients. *Journal of Clinical Anesthesia*, 17:549–553.
74. **Hoyer, J., Eifert, G. H., Einsle, F., Zimmermann, K., Krauss, S., Knaut, M., Matschke, K., & Köllner, V.** (2008) Heart-focused anxiety before and after cardiac surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 291-297.
75. **Huppe M, Uhlig T, Heinze J, et al.**(2000). Management and methodological approaches for the assessment of emotional states in anesthesiology. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 35:3-11.
76. **Ivanisevich, J. M., Matteson, M. T., Freedman, S. M., & Phillips, J. S.** (1990). Worksite stress management interventions. *American Psychologist*, 45, 252–261.
77. **Jawaid MA, Musbtaq AS, Mukhtar SA, Kban ZE.**(2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences*, 12(2):145-148.
78. **Johansen SN, Jacobsen H, Rosenvinge JH, Perry JA, Silvera DH.**(1998).Eating pattern and self-esteem in overweight women.*Eat Weight Disord*.3:33-36.
79. **Jones MJ, Nyhof-Young J, Friedman A, Catton P.**(2001). More than just a pamphlet: Development of an innovative computer-based education program for cancer patients. *Patient Educ Couns*, 44:271–281
80. **Jones, M. C., & Johnston, D. W.** (2000). Reducing distress in first level and student nurses: a review of the applied stress management literature. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 66–74.
81. **Kalkhoran MA, Karimollahi M.**(2007). Religiousness and preoperative anxiety: a correlational study. *Annals of General Psychiatry*,6:17.

82. **Katz J, Buis T, Cohen L.**(2008). Locked out and still knocking: predictors of excessive demands for postoperative intravenous patient-controlled analgesia *Can J Anesth*, 55: 88–99.
83. **Katz RJ, Landau PS, Lott M, Bystritsky A, Diamond B, Hoehn-Saric R, Rosenthal M, Weise C.**(1993). Serotonergic (5-HT₂) mediation of anxiety-therapeutic effects of serazepine in generalized anxiety disorder. *Biol Psychiatry*. 34:41-44.
84. **Khoo, S., & Bishop, G.** (1997). Stress and optimism: Relationships to coping and well-being. *Psychol: International Journal Psychoogicall Orientation*,(40): 29-40.
85. **King, K., Rowe, M., Kimble, L., & Zerwic, J.**(1998). Optimism, coping, and long-term recovery from coronary artery bypass in women. *Res Nurs Health*,(21):15-26.
86. **Kirby LG, Rice KC, Valentino RJ.**(2000). Effects of corticotropin-releasing factor on neuronal activity in the serotonergic dorsal raphe nucleus. *Neuropsychopharmacology*.22: 148-162.
87. **Klopfenstein CE, Forster A, Gessel EV.**(2000). Anesthetic assessment in an outpatient consultation clinic reduces preoperative anxiety. *Can J Anesth*,47:511-515.
88. **Kobayashi M, Sugimoto T, Matsuda A, Matsushima E, Kishimoto S.** (2008). Association between self-esteem and depression among patients with head and neck cancer: A pilot study *Head Neck*, 30: 1303–1309.
89. **Kubzensky, L., Sparrow, D., Vokonas, P., & Kawachi, I.**(2001). Is the glass half empty of half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosomatic Medicine*, (63): 910-916.
90. **Kudoh A, Takase H, Matsuno S, Hiroshi Katagai H.**(2007). A history of aggression is a risk factor for postoperative confusion in elderly male drinkers. *J Anesth*, 21:13–18.
91. **Lavernia M, Carlos J, Jose C, Alcerro M.**(2010). Fear in arthroplasty surgery: The role of race. *Clin Orthop Res*, 468:547-554.
92. **LeDoux J.**(1993). Emotional memory systems in brain. *Behav Brain Res*, 20:69-79
93. **LeDoux JE.** (2000). Emotion circuits in the brain. *Annu Rev Neurosci*, 23:155-184.
94. **Lee A, Gin T.** (2005). Educating patients about anaesthesia: effect of various modes on patient's knowledge, anxiety and satisfaction. *Current Opinion in Anaesthesiology*,18:205–208.
95. **Lee A, Simon Chan S.**(2006). Acupuncture and anaesthesia. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*,20:303–314.
96. **Lehrer, P. M., Carr, R., Sargunarah, D., & Woolfolk, R. L.**(1994). Stress Management Techniques: Are They All Equivalent, or Do They Have Specific Effects? *Biofeedback and Self-Regulation*,19(4), 353-401.
97. **Lehrer, P. M., Isenberg, S., Hochron, S. M.**(1993). Asthma and emotion: a review. *Journal of Asthma*, 30, 5-21.

98. **Levandovski R, Ferreira MB, Loayza Hidalgo M, Konrath CA, da Silva DL, Caumo W.**(2008). Impact of preoperative anxiolytic on surgical site infection in patients undergoing abdominal hysterectomy. *Am J Infect Control*,36:718-26.
99. **Levental H, Johnson JE.** (1983). Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In: Wooldridge PJ, Schmitt MH, Schipper JK Jr, Leonard RC (eds) *Behavioral science and nursing theory*. Mosby CV, St Louis,189–262.
100. **Lin LW, Wang.** (2005). Abdominal surgery, pain and anxiety: preoperative nursing intervention *Journal of Advanced Nursing*,51:252–260.
101. **Lyketsos, G., Blackburn, I.M., Tsiantis, J.** (1978). The movement of hostility during recovery from depression. *Psychol. Med.* 8: 145-149.
102. **Lyrakos GN, Damigos D, Mavreas V, Kostopanagiotou GI, Dimoliatis I.** (2009). A translation and validation study of the Life Orientation Test Revised in the Greek speaking population of nurses among three hospitals in Athens and Ioannina. *Soc Indic Res.*95:1:129-142.
103. **Mahler HIM, Kulik JA, Hill MR.**(1993). A preliminary report on the effects of videotape preparations for coronary bypass surgery on anxiety and self-efficacy: A simulation and validation with college students. *Basic and Applied Social Psychology*, 14:437–453
104. **Málek J, Ctrnáctá E, Kurzová A.**(2004). Patients' perioperative worries and experiences *Rozhl Chir.*83:406-410.
105. **Maranets, I., Kain, Z.N.** (1999). Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. *Anesthesia Analgesia*, 89:1346-1351.
106. **Marshall, G. M., & Lang, E. R.** (1990). Optimism, self-mastery, and symptoms of depression in women professionals. *Journal of Personality and Social Psychology*,1 (59): 132-139.
107. **Maruta, T., Colligan, R., Malinchoc, M., & Offord, K.**(2002). Optimism-Pessimism assessed in the 1960's and self-reported health status 30 years later. *Mayo Clinic Proceedings*, (77): 748-753.
108. **Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M.**(2005). Anxiety and depression of patients with digestive cancer. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59:576–583.
109. **McCracken L.M., Zayfert C. and Gross R.T.**(1992). The pain anxiety symptoms scale: Development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*,50: 67–73.
110. **McCracken LM, & Dhingra L.** (2002). A short version of the Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20): preliminary development and validity. *Pain research & management*, 7 (1):45-50.
111. **McCubbin, H., Thompson, A., & McCubbin, M.** (2001) *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation—Inventories for research and practice*. Madison: University of Wisconsin System.

112. **McEwen BS.**(1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med.* 338:171-179.
113. **McNeil D.W., & Brunetti G.D.** (1992). Pain and fear: A bioinformational perspective on responsivity to imagery, *Behaviour Research and Therapy*,30, (5): 513-520.
114. **McNeil W.D., & Rainwater J.A.** (1998). Development of the Fear of Pain Questionnaire—III. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, (4):389-410.
115. McPherson, F.M. (1988). A note on the female norms of the HDHQ. *Br. J. Clin. Psychol.* 27: 263-264.
116. **Menigaux,C, Adam F.MD, Guignard B, Sessler D, Chauvin M.**(2005). Preoperative Gabapentin Decreases Anxiety and Improves Early Functional Recovery from Knee Surgery *Anesth Analg*, 100:1394 –1399.
117. **Merskey H. & Bogduk, N.**(1994). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*, (Merskey and N. Bogduk, Editors), (2nd Ed.), Seattle, US, IASP Press.
118. **Miller R.P., Kori S., Todd D.D.** (1991). The Tampa Scale,Tampa, FL, unpublished report. In: Woby R.S., Urmston M. and Watson J.P. Self-efficacy mediates the relation between pain-related fear and outcome in chronic low back pain patients. *European Journal of Pain*, 2007;11, (7):711-718.
119. **Miller S. J.** (2003). Analytic gains and anxiety tolerance: Punishment Fantasies and the Analysis of Superego Resistance Revisited. *Psychoanalytic Psychology*, 20, (1): 4-17.
120. **Moline L.** (2000). Patient psychologic preparation for invasive procedures: An integrative review. *J Vasc Nurs*, 18:117-122.
121. **Moos, R. & Moos, B.** (1986). *Family environment Scale Manual*. Second Editions. Consulting Psychologists press, Inc.
122. **Moos, R.** (1987). *Family Social Scales. A User's Guide*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc.
123. **Muglal Mi, & Komerik N.** (2008). Factors Related to Patients' Anxiety Before and After Oral Surgery. *J Oral Maxillofac Surg*, 66:870-877.
124. **Muzzarelli L, Force M, Sebold M.** (2006). Aromatherapy and Reducing Preprocedural Anxiety. *Gastroenterol Nurs*. 29:466-471.
125. **Niaura, R., & Goldstein, M. G.** Psychological factors affecting physical condition. Cardiovascular disease literature review. Part II: Coronary artery disease and sudden death. *Psychosomatics*, 1992; 33, 134-145.
126. **Nicassio P.M., Schuman C., Kim J., Cordova A. &Weisman M.H.**(1997). Psychosocial factors associated with complementary treatment use in fibromyalgia, *Journal of Rheumatology*, 24: 2008–2013.

127. **Nishimori M**, Moerman N, Fukuhara S, van Dam F, Muller M, Hanaoka K, Yamada Y. (2002). Translation and validation of the Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) for use in Japan. *Quality of Life Research*, 11: 361–364
128. **Oshima T, Kasuya Y, Terazawa E, Nagase K, Saitoh Y, Dohi S** The anxiolytic effects of the 5-hydroxytryptamine-1A agonist tandospirone before otolaryngologic surgery *Anesth Analg*.
129. **Özalp G., Sarioglu R, Tuncel G, Aslan K, Kadiogullari N.** (2003). Preoperative emotional states in patients with breast cancer and postoperative pain. *Acta Anaesthesiol Scand*, 47: 26–29.
130. **Palmer JA.** (2007). Decreasing Anxiety Through Patient Education *Plastic Surgical Nursing* 27:215-20.
131. **Panagopoulou E, Maes S, Rimé B, Montgomery A.** (2006). Social Sharing of Emotion in Anticipation of Cardiac Surgery Effects on Preoperative Distress. *J Health Psychol* 11; 809-820
132. **Panksepp J.** (1998). The sources of fear and anxiety in the brain. In: *Affective neuroscience: The foundations of human and animals emotions*. Oxford, Oxford University Press, 206-222.
133. **Pekcan M, Celebioglu B, Demir B, Saricaoglu F, Hascelik G, Yukselen MA, Basgul E, Aypar U.**(2005). The effect of premedication on preoperative anxiety. *Middle East J Anesthesiol*. 18:421-433.
134. **Penzien, D. B., Andrasik, F., Freidenberg, B. M., Houle, T. T., Lake III, A. E., Lipchik, G. L., Holroyd, K. A., Lipton, R. B., McCrory, D. C., Nash, J. M., Nicholson, R. A., Powers, S. W., Rains, J. C., & Wittrock, D. A.**(2005). Guidelines for Trials of Behavioral Treatments for Recurrent Headache, First Edition: American Headache Society Behavioral Clinical Trials Workgroup. *Headache*, 45, 2:110-132.
135. **Perks A, Chakravarti S, Manninen P.**(2009). Preoperative Anxiety in Neurosurgical Patients. *J Neurosurg Anesthesiol*, 21:127–130.
136. **Pritchard MJ.** (2009). Managing anxiety in the elective surgical patient. *Br J Nurs*, 18 (7): 416-9.
137. **Reiss, S., & McNally, R.J.** (1985) The expectancy model of fear. In S. Reiss & R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy*. New York: Academic Press, pp. 107-121.
138. **Rhudy L.J. and Williams E.A.** (2005). Gender Differences in Pain: Do Emotions Play a Role? *Gender Medicine*, 2, (4): 208-226.
139. **Richardson BP & Engel G.** (1986). The pharmacology and function of 5-HT₃ receptors. *Trends Neurosci* 9:426-428.
140. **Rickels K, Wiseman K, Norstad N, Singer M, Stoltz D, Brown A, Danton J.** (1982). Buspirone and diazepam in anxiety: A controlled study. *J Clin Psychiatry*, 43:81-86.
141. **Roalfe, W R.** (1999). The psychology of fear. *Journal of Abnormal Psychology*, 24, (1):32-40.

142. **Robson, M.** (1999). Stress and its perception in childhood. *Counseling Psychology Quarterly*, 12, pp. 217-232.
143. **Roelofs, J., Peters, M.L., & Vlaeyen, J.W.S.** (2003)The modified Stroop paradigm as a measure of selective attention towards pain-related information in patients with chronic low back pain. *Psychological Reports*, 92:707-715.
144. **Roland M. and Morris R.** (1983). A study of the natural history of back pain. Part I: development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain, *Spine*, 8: 141–144.
145. **Rose´n S, Svensson M, Nilsson U.**(2008). Calm or Not Calm: The Question of Anxietyin the Perianesthesia Patient. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 23:237-246.
146. **Rosen J.B, & Schulkin J.** (1998). "From normal fear to pathological anxiety". *Psychol Rev* 105 (2): 325–50. doi:10.1037/0033-295X.105.2.325. PMID 9577241.
147. **Rosenstiel A.K. and Keefe F.J.** (1983). The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment, *Pain*, 17:33–44.
148. **Roth R, Lowery J, Ph.D., Davis J, Wilkins E.**(2005). Quality of Life and Affective Distress in Women Seeking Immediate versus Delayed Breast Reconstruction after Mastectomy for Breast Cancer*Plast. Reconstr. Surg.* 116: 993-1002.
149. **Saadat H, Drummond-Lewis J, Maranets I, MD, Kaplan D, Saadat A, Wang SM, Kain Z.**(2006). Hypnosis Reduces Preoperative Anxiety in Adult Patients. *Anesth Analg*, 102:1394 – 1396.
150. **Sassaroli S, Ruggiero GM.** (2005).The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders.*Int J Eat Disord.* 37:135-141.
151. **Sastre Munoz M.T., Albaret M.-C., Raich Escursell R.- M., Mullet E.**(2006). Fear of pain associated with medical procedures and illnesses. *European Journal of Pain*, 10:57–66.
152. **Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W.**(1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
153. **Scheier, M. F., Matthews, K., Owens, J., Magovern, G., Sr., L. R., Abbott, R., et al.** (1989).Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* (57): 1024-1040.
154. **Scheier, M., & Carver, C.**(1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, (4):219-247.
155. **Scheier, M., Carver, C., & Bridges, M.** (2001). *Optimism, Pessimism, and Psychological Well-Being*. (A. P. Association, Ed.) Washington, USA: Chang EC

156. **Scheier, M., Matthews, K., Owens, J., & al.**(1999). Optimism and rehospitalization after coronary artery bypass graft surgery. *Archives International Medicine*(159): 829-835.
157. **Schou, I., Ekeberg, O.& Ruland, C.**(2005). The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psychooncology* , 14 (9): 718-727.
158. **Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J., Scheier, M., & Williamson, G.** (1996). Pessimism, age, and cancer mortality. *Psychol Aging* (11): 304-309.
159. **Seligman, M.** (1998). *Learned Optimism*. Second edition. New York: Pocket Books (Simon and Schuster)
160. **Sendelbach S, Lindquist R, Watanuki S, Savik K.**(2006). Correlates of Neurocognitive Function of Patients After Off-Pump Coronary Artery Bypass Surgery. *Am J Crit Care*. 15: 290-298.
161. **Shevde K, Panagopoulos G.**(1991). A survey of 800 patients Knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. *Anesth Analg* 73:190-198.
162. **Smith N.F. & Lesperance F.** (2008). Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease, *Arch Gen Psychiatry* 65, pp. 62–71.
163. **Sonmez, A,Biskin N, Bayramicli M, Numanoglu A.**(2005).Comparison of Preoperative Anxiety in Reconstructive and Cosmetic Surgery Patients *Ann Plast Surg* 54: 172–175.
164. **Solberg Nes, L., & Segerstrom, S.C.** (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 235-251.
165. **Solberg Nes, L., & Segerstrom, S.C.** (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 235-251.
166. **Solberg Nes, L., Segerstrom, S.C., & Sephton, S.E.**(2005). Engagement and arousal: Optimism's effects during a brief stressor. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 111-120.
167. **Sørli T, Busund R, Sexton J, Sexton H, Sørli D.** (2007). Video information combined with individualized information sessions: Effects upon emotional well-being following coronary artery bypass surgery—A randomized trial *Patient Education and Counseling*, 65:180–188.
168. **Spielberger GD, Gorush RL,Lushene RE.** (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory*.Palo Alto, CA:Consulting Psychologists Press.
169. **Spielberger, C.D., Gorsuch R. & Lushene R.** (1970). *Manual for the State - Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
170. **SPSS** (2005). Inc. SPSS Base 14.0 User's Guide. SPSS Inc.: USA. <http://www.spss.com>.
171. **Steptoe, A., Wright, C., Kunz-Ebrecht, S., & Iliffe, S.**(2006). Dispositional optimism and health behaviour in community-dwelling older people: Associations with healthy ageing. *British Journal of Health Psychology*, (11): 71-84.

172. **Stolorow R D.** (2006). The relevance of Freud's concept of danger-situation for an intersubjective-systems perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 23, (2):417-419.
173. **Sullivan M.J.L., Bishop S., & Pivik J.** (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychol Assess*,7:524-532.
174. **Thornton E,Groom C, Fabri B, MD, Fox M, Hallas C, Jackson M.** (2005). Quality of life outcomes after coronary artery bypass graft surgery: Relationship to neuropsychologic deficit. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 130:1022-1027.
175. **Truchon, M.** (2001). Determinants of chronic disability related to low back pain: Towards an integrative biopsychosocial model, *Disability and Rehabilitation*, 23, (17):758 –769.
176. **Tullya P, Bakera R, Knighta J.** (2008). Anxiety and depression as risk factors for mortality after coronary artery bypass surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 64:285–290.
177. **Turk C.D. & Okifuji A.,** (2002). Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, (3): 678-690.
178. **TyrerS.,** (2006). Psychosomaticpain. *BritishJournalofPsychiatry*. 188:.91-93.
179. **Ulmer J.F.**(1997). An exploratory study of pain, coping and depressed mood following burn injury. *Journal of Pain and Symptom Management*, 13:148-157.
180. **Verhaaka F.M.P., Kerssensa J.J., Dekkera J., Sorbib J.M.,Bensinga M.J.,**(1998). Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain*, 77: 231–239.
181. **Vermetten E, Bremner JD.** (2002). Circuits and systems in stress I. Preclinical studies. *Depress Anxiety*, 15:126-147.
182. **Vermetten E, Bremner JD.**(2002). Circuits and systems in stress II .Applications to neurobiology and treatment in posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety*, 16:14-38.
183. **Vernon DT, Bigelow DA.**(1974). Effect of information about a potentially stressful situation on responses to stress impact. *J PersSoc Psychol*, 29:50–59.
184. **Vlaeyen J. W. S., & Linton S. J.** (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art review. *Pain*, 85:317-332.
185. **Vowles K.E., McNeil D. W., Sorrell J.T., Lawrence S.M.** (2006). Fear and Pain: Investigating the Interaction Between Aversive States. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, (4): 821-833.
186. **Wang SM, Peloquin C, Kain Z.** (2001). The Use of Auricular Acupuncture to ReducePreoperative Anxiety. *Anesth Analg*, 93:1178–1180.
187. **Weisenberg M., Aviram O., Wolf Y., & Raphaeli N.**(1984). Relevant and irrelevant anxiety in the reaction to pain. *Pain*, ; 20: 371-383.
188. **White P,PhD, Tufanogullari B, Taylor J, Klein K.** (2009). The Effect of Pregabalin on Preoperative Anxiety and Sedation Levels: A Dose-Ranging Study. *Anesth Analg*, 108:1140 – 1145.

189. **Woby R.S., Urmston M. and Watson J.P.**(2007). Self-efficacy mediates the relation between pain-related fear and outcome in chronic low back pain patients. *European Journal of Pain*, 11, (7): 711-718.
190. **Wrosch, C., & Scheier, M. F.** (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research, (Suppl.1)*, (12):59-72.
191. **Yerkes R.M. & Donson J.D.**(1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative and Neurological Psychology*, 18:459-482.
192. **Zasler N.D., Martelli M.F. and Nicholson K. Chronic pain. In: J.M. Silver, T.W. McAllister, W. Thomas and S.C. Yudofsky, Editors,**(2005). *Textbook of traumatic brain injury*, American Psychiatric Publishing, Inc, Washington DC, US, 419–436.
193. **Zeev K, Ferne S., Pincu S, Gerianne A, Wagn SM.** (2000). Attenuation of the Preoperative Stress Response with Midazolam. *Anesthesiology*, 93:141-147.
194. **Zeev.K, Ferne S, Gerianne A, Pincusa S, Mayesb L.** (2000). Preoperative anxiety and postoperative pain in women undergoing hysterectomy A repeated-measures design. *Journal of Psychosomatic Research*, 49:417- 422.
195. **Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Feldner, M. T., & Feldner-Leen, E.** (2003) Heart- focused anxiety, smoking, and chest pain in post-angiography medical patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 197-209.
196. **Αγγελόπουλος Ν.Β.,** (2001), «Ψυχιατρικά προβλήματα κατά την περιεγχειρτική περίοδο», Ψυχιατρική κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας.
197. **Αγγελόπουλος, Ν.** (1984). Το επίπεδο και η δομή της επιθετικότητας δύο νεανικών πληθυσμών. *Εγκέφαλος*. 21: 118-123.
198. **Αγγελόπουλος, Ν., Οικονόμου, Μ., Απέργης, Ν. & Δαρδελάκου Ν.** (1987). Άγχος και κατάθλιψη σε μια ομάδα μαθητών του Λυκείου. *Εγκέφαλος*. 24: 16-20.
199. **Αναγνωστοπούλου, Τ. Ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberger. Σε Σταλίκας, Α. Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π.** (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
200. **Γναρδέλλης, Χ.** (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
201. **Δαφέρμος, Β.** (2005). *Κοινωνική Στατιστική με το SPSS*. Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις ΖΗΤΗ.
202. **Ιωαννίδης, Ι. Π.Α.** (2000). *Αρχές Αποδεικτικής Ιατρικής. Επιδημιολογία - Δημόσια Υγιεινή & Μέθοδοι Έρευνας*. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
203. **Κατσουγιαννόπουλος, Β.Χ.** (1990). *Βασική Ιατρική Στατιστική*. Θεσσαλονίκη, Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη.
204. **Λιάκος, Α. & Γιαννίτση Σ.** (1984). Η αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος* 21: 71-76.

205. **Morgan E, Mikhail M, Murray M.** (2006). *Clinical Anesthesiology* 4th end. Lange Medical Books/ McGraw- Hill Medical Publishing Division.
206. **Ντόνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν.** (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας SymptomChecklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, vol. 2, p. 42-48.
207. **Παπαϊωάννου, Τ. & Φερεντίνος, Κ.** (2000). *Ιατρική Στατιστική και Στοιχεία Βιομαθηματικών*. Αθήνα, Εκδόσεις "Αθ. Σταμούλης ΑΕ", σελ., 275.
208. **Σουμίλας Γ.** (1990), «*Χειρουργική. Προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα του χειρουργικού αρρώστου*», 2η έκδοση, Τόμος Α'. εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα
209. **Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π.** (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
210. **Στεργιοπούλου Α. & Βλάχος Γ.** (2009), «*Η Επίδραση της Προεγχειρητικής Ενημέρωσης στη Μείωση του Άγχους των Ασθενών*», Preoperative Education Effect.