

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



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η διασύνδεση του χιούμορ με την ψυχοπαθολογία και την ποιότητα ζωής

Δήμητρα Κοντοχρήστου
Ψυχολόγος - Ψυχοθεραπεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Μαίρη Γκούβα, Καθηγήτρια Ψυχολογίας Παν/μίου Ιωαννίνων, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Παν/μίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Μαρία Μαλλιάρου, Αν. Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Παν/μίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2019



UNIVERSITY OF THESSALY

BACHELOR'S THESIS

**THE INTERCONNECTION BETWEEN HUMOR,
PSYCHOPATHOLOGY AND QUALITY OF LIFE**

Kontochristou Dimitra

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΧΙΟΥΜΟΡ	11
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΧΙΟΥΜΟΡ	11
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΧΙΟΥΜΟΡ	13
1.3 ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΧΙΟΥΜΟΡ	14
1.4 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΧΙΟΥΜΟΡ	17
1.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΧΙΟΥΜΟΡ	20
1.5.1. Θεωρίες διέγερσης – απελευθέρωσης έντασης (Relief Theories).....	21
1.5.2. Θεωρίες της ανωτερότητας (Superiority Theories)	25
1.5.3. Θεωρίες της ασυμφωνίας – ασυμβατότητας (Incongruity theories).....	27
1.5.4. Θεωρία της ανατροπής / θεωρίες του παιχνιδιού (Reversal Theories / Play Theories)	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	31
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	31
2.2 ΧΙΟΥΜΟΡ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	32
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	38
2.1. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ	39
2.2. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ.....	39
2.3. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ	39
2.3.1. Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey) SF- 36 (Ware & Sherbourne, 1992)	39
2.3.2. Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας	40
2.3.3. Humor Styles Questionnaire (HSQ; Martin et al. 2003).....	41
2.3.4. Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων	41
2.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΈΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	43
3.1 ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	44

4.1. Κοινωνικό – δημογραφικό προφίλ του δείγματος	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ.....	48
5.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν	48
5.2. Διαφοροποιήσεις ψυχολογικών εργαλείων των ερωτώμενων ως προς το φύλο τους.....	50
5.3. Διαφοροποιήσεις ψυχολογικών εργαλείων των ερωτώμενων ως προς την ύπαρξη υπέρτασης.....	54
5.4. Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών φροντίδας της Διατροφής	57
5.5. Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών φροντίδας της σωματικής άσκησης .	59
5.6. Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών της προστασίας από τον ήλιο	61
5.7. Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών της αποφυγής του αλκοόλ	62
5.8. Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών της αποφυγής των μικροβίων	64
5.9. Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών της αποφυγής του άγχους.....	65
5.10. Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών της αποφυγής των νοσοκομείων	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ	69
6.1 Συσχετίσεις του χιούμορ με την ποιότητα ζωής των ερωτώμενων	69
6.2 Συσχετίσεις του χιούμορ με τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας των ερωτώμενων	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	73
7.1 Συμπεράσματα - Συζήτηση.....	73
7.2. Περιορισμοί της παρούσας έρευνας και προτάσεις για μελλοντική έρευνα	77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	78
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	83

Σε αυτούς που γελάνε με την ψυχή τους...

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Ψυχική Υγεία» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Προτού ξεκινήσει η παρουσίαση των επιμέρους κεφαλαίων της εργασίας θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε ορισμένα πρόσωπα, τα οποία συνέβαλαν σημαντικά στην εκπόνησή της.

Καταρχάς, οφείλω να εκφράσω ένα θερμό ευχαριστώ στην κ. Μαίρη Γκούβα, Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας εργασίας. Οι πολύτιμες γνώσεις της, η καθοδήγηση, η προθυμία για βοήθεια και υποστήριξη καθ'όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας όπως και η πολύτιμη βοήθειά της και η επιστημονική της γνώση στην στατιστική επεξεργασία των δεδομένων αποτέλεσαν καθοριστικό παράγοντα για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ από καρδιάς στην οικογένειά μου, στους γονείς μου, τις αδερφές μου και στο σύζυγό μου για την πολύτιμη βοήθειά τους στο μοίρασμα των ερωτηματολογίων και που είναι πάντα δίπλα μου, με αγάπη, σεβασμό και εμπιστοσύνη στις ικανότητές μου.

Θα ήταν παράλειψή μου να μην ευχαριστήσω τα άτομα που με προθυμία δέχτηκαν να αφιερώσουν τον χρόνο τους στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν η διερεύνηση της χρήσης του χιούμορ και η διασύνδεσή του με την ποιότητα ζωής, το ψυχολογικό προφίλ και τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας των συμμετεχόντων. Στην έρευνα συμμετείχαν 97 ενήλικες ηλικίας από 18 και άνω και χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία σκοπιμότητας. Για τη διεξαγωγή της έρευνας δόθηκε στους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων, το Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης της Υγείας (Short –Form Health Survey) SF36 (Ware & Sherbourne, 1992), την Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90; Derogatis, 1977) και το Ερωτηματολόγιο Ανάδειξης των Μορφών του Χιούμορ (Humor Styles Questionnaire, HSQ, Martin et al. 2003). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα άτομα που κάνουν χρήση του αυτοενισχυτικού χιούμορ αποδείχθηκε πως έχουν καλύτερη ψυχική υγεία. Επίσης, τα άτομα που κάνουν χρήση του δυσπροσαρμοστικού χιούμορ, δηλαδή, του επιθετικού και του αυτοκαταστροφικού τύπου παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας (ιδεοψυχαναγκασμο, επιθετικότητα, κατάθλιψη, παρανοειδή ιδεασμό, φοβικό άγχος) σε σχέση με όσα άτομα χρησιμοποιούν το υποστηρικτικό και το αυτοενισχυτικό χιούμορ.

Λέξεις Κλειδιά: Χιούμορ, ποιότητα ζωής, ψυχική υγεία, ψυχοπαθολογία,

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the use of humor and to correlate it with the quality of life, the psychological profile and the levels of psychopathology of the participants. The study involved 97 adults, aged 18 and over and was used a purposive sampling. Participants were asked to complete a socio-demographic questionnaire, the Short –Form Health Survey) SF36 (Ware & Sherbourne, 1992), the Symptom Check List, SCL-90 (Derogatis, 1977) and Humor Styles Questionnaire, HSQ (Martin et al. 2003). The results showed that people using self-enhancing type of humor were shown to have better mental health. Also, people who use self-defeating and aggressive type of humor exhibit higher levels of psychopathology (obsessive –compulsive disorder, aggression, depression, phobic anxiety, and paranoid ideation) than those who use self-enhancing and affiliative type of humor.

Keywords: Humor, quality of life, mental health, psychopathology

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ένα έντονο ενδιαφέρον για τη σημασία και τις εφαρμογές που μπορεί να έχει το χιούμορ στη ζωή του ανθρώπου. Το χιούμορ έχει μελετηθεί από διάφορους επιστημονικούς κλάδους, όπως, η ψυχολογία, οι νευροεπιστήμες, η ανθρωπολογία με σκοπό να προάγουν τις γνώσεις γύρω από το θέμα του χιούμορ και να συμβάλουν στην κατανόηση των επιδράσεων που έχει στη ζωή μας.

Το χιούμορ έχει προσδιοριστεί ως μία ιδιαίτερη μορφή επικοινωνίας και κοινωνικής συμπεριφοράς, η οποία συναντάται σε όλες τις ομάδες σε όλη την ανθρώπινη ιστορία. Από την αρχαιότητα ακόμη θεωρούνταν ως το καλύτερο φάρμακο για το σώμα και το πνεύμα και μέχρι και σήμερα οι έρευνες τονίζουν τα οφέλη του και περιγράφουν τον τρόπο με τον οποίο συμβάλει στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση ανέδειξε πως το χιούμορ ωφελεί ποικιλοτρόπως τον άνθρωπο. Ενδυναμώνει το σύστημα άμυνας του οργανισμού, βοηθάει στην αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων, μειώνει το άγχος, επιδρά θετικά στο καρδιαγγειακό και μυοσκελετικό σύστημα, αυξάνει την ανοχή στον σωματικό πόνο (Sultanoff, 2013; Zweyer, Velker & Ruch, 2004; Colom et al. 2011).

Οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί έχουν εστιάσει κυρίως το ενδιαφέρον τους στα οφέλη του χιούμορ στη θεραπευτική πρακτική και στη φροντίδα των ασθενών. Οι έρευνες που ασχολούνται με τη φροντίδα έχουν αναγνωρίσει την αξία που έχει το χιούμορ στην σύγχρονη κλινική πράξη και έχουν στρέψει την προσοχή τους στις παρεμβάσεις που βασίζονται στο χιούμορ με σκοπό την ολιστική φροντίδα των ασθενών και τη βελτίωση τη ποιότητας ζωής τους (Chiang-Hanisko, Adamle & Chiang, 2009; Σταθαρού, Γαλάτου & Κοτρώτσιου, 2012). Ωστόσο, για την χρήση του χιούμορ και την επίδραση που έχουν οι διαφορετικοί τύποι χιούμορ στην ποιότητα της καθημερινής ζωής των ανθρώπων υπάρχουν περιορισμένα αποτελέσματα.

Ο γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση της χρήσης του χιούμορ και η διασύνδεσή του με την ποιότητα ζωής, το ψυχολογικό προφίλ και τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας των συμμετεχόντων.

Το πρώτο μέρος της εργασίας αφορά το θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας. Αποσαφηνίζεται ο όρος χιούμορ και γίνεται μία ιστορική αναδρομή του όρου. Επίσης, περιγράφονται τα είδη του χιούμορ, οι λειτουργίες του και αναλύονται οι ψυχολογικές θεωρίες με βάση τις οποίες ερμηνεύεται το χιούμορ. Στη συνέχεια δίνεται ο ορισμός της έννοιας ποιότητα ζωής και γίνεται μία καταγραφή των ερευνών που έχουν γίνει πάνω στο χιούμορ και την ποιότητα ζωής και τα αποτελέσματά τους.

Στο δεύτερο μέρος περιγράφεται η μέθοδος διεξαγωγής της έρευνας, η διαδικασία που ακολουθήθηκε και τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συγκέντρωση των δεδομένων. Επίσης, καταγράφονται και αναλύονται τα αποτελέσματα της μελέτης και η σημασία τους, οι περιορισμοί της έρευνας όπως και οι προτάσεις για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος.

Τέλος, η παρούσα διπλωματική εργασία ολοκληρώνεται με τις βιβλιογραφικές αναφορές και το παράρτημα με τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για τη συγκέντρωση των δεδομένων.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΧΙΟΥΜΟΡ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΧΙΟΥΜΟΡ

Το χιούμορ είναι ένα ευρύ και πολύπλευρο φαινόμενο, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει ένας ορισμός, ο οποίος να είναι καθολικά αποδεκτός. Η προσέγγιση του χιούμορ φαίνεται πως εξαρτάται από την σκοπιά που θα το μελετήσει ο κάθε ερευνητής και από τις πτυχές εκείνες της έννοιας που θέλει να τονίσει. Για αυτό το λόγο δίνονται περισσότεροι από έναν ορισμοί, έτσι ώστε να αποδοθεί με μεγαλύτερη σαφήνεια ο όρος «χιούμορ».

Ο Μπαμπινιώτης (2005, σσ. 1952 – 53) ορίζει το χιούμορ ως «τη σύλληψη των πραγμάτων και της ζωής από την αστεία και κωμική πλευρά τους, καθώς και την έκφραση αυτής της όψεως τόσο στον προφορικό όσο και τον γραπτό λόγο (κάποιου) με έξυπνο, πνευματώδη τρόπο».

Ως χιούμορ νοείται οτιδήποτε, είτε πράξη είτε λόγια, τα οποία γίνονται αντιληπτά από τους άλλους ως αστεία και προκαλούν γέλιο. Προκειμένου ο ορισμός του χιούμορ, όμως, να θεωρηθεί ολοκληρωμένος δεν πρέπει να παραληφθούν τόσο οι νοητικές διεργασίες που απαιτούνται για τη δημιουργία, την αντίληψη και την κατανόηση ενός αστείου όσο και οι συναισθηματικές αντιδράσεις σε αυτό (π.χ. γέλιο, χαμόγελο) (Martin & Ford., 2018). Σύμφωνα με τα παραπάνω γίνεται, λοιπόν, φανερό πως το χιούμορ ως έννοια εμπεριέχει τόσο συναισθηματικά όσο και γνωστικά χαρακτηριστικά.

Σύμφωνα με την Argyle (2001) το χιούμορ είναι μία θετική κατάσταση του μυαλού όταν το άτομο αντιλαμβάνεται κάτι ως παράλογο, μη συμβατό με την πραγματικότητα ή όταν συμβαίνει κάτι που τον εκπλήσσει, που δεν το περιμένει.

Το χιούμορ έχει προσδιοριστεί ως ένα εγγενές κοινωνικό φαινόμενο που εμφανίζεται σε όλες τις κοινωνικές συναναστροφές σε όλη την ανθρώπινη ιστορία. Όλοι οι άνθρωποι γελάνε καθημερινά και ενώ μπορεί να φαίνεται ως κάτι απλό, το χιούμορ εξυπηρετεί ένα πλήθος γνωστικών, συναισθηματικών και κοινωνικών λειτουργιών. Πρόκειται για μία σημαντική και ενδιαφέρουσα πτυχή της ανθρώπινης εμπειρίας που έχει ως στόχο να προκαλέσει το γέλιο και την ευχάριστη διάθεση.

Η εμπειρία του χιούμορ είναι γνωστή σε όλους τους ανθρώπους και είναι παγκόσμια. Κάθε άνθρωπος στον πλανήτη ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, σε όλους τους πολιτισμούς και τις κουλτούρες έχει βιώσει την εμπειρία του χιούμορ. Μπορεί να παρατηρούνται διαφορές στη χρήση του και στις συνθήκες που θεωρείται κατάλληλο ή μη μεταξύ των διαφόρων πολιτισμών, παρόλα αυτά η αντίδραση στο χιούμορ, το γέλιο δηλαδή είναι κοινό σε όλες τις κουλτούρες (Martin & Ford, 2018).

Το γέλιο, όπως και το κλάμα αποτελούν τους πρώτους κοινωνικούς ήχους που βγάζουν τα βρέφη στην προσπάθειά τους να επικοινωνήσουν με το περιβάλλον (Martin & Ford, 2018). Το γεγονός ότι το γέλιο είναι έμφυτο στην ανθρώπινη λειτουργία αποδεικνύεται από το ότι εκδηλώνεται και σε άτομα τα οποία έχουν γεννηθεί κωφά ή τυφλά και δεν έχουν καμία προηγούμενη εμπειρία του γέλιου από τον κοινωνικό τους περίγυρο (Martin & Ford, 2018). Ωστόσο, δεν σημαίνει πως ως δεξιότητα δεν μπορεί να αναπτυχθεί και να καλλιεργηθεί μέσω της μάθησης και των εμπειριών καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου.

Στη σύγχρονη ψυχολογία συναντάται συχνά ο όρος «αίσθηση του χιούμορ», ο οποίος χρησιμοποιείται για να ορίσει το χιούμορ ως μία ιδιότητα, ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ανθρώπου. Με άλλα λόγια, ο όρος «αίσθηση του χιούμορ» μπορεί να σημαίνει τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρεται συνήθως ένας άνθρωπος (π.χ. τάση να γελάει συχνά, να κάνει αστεία), την ικανότητά του (π.χ. να κάνει τους άλλους να γελούν, να θυμάται ανέκδοτα), το στοιχείο της προσωπικότητάς του που τον διακρίνει, την αισθητική του, ποια είδη χιούμορ, δηλαδή, προτιμά ή γενικότερα την κοσμοθεωρία του, στάση ζωής, δηλαδή και αντιμετώπισης των πραγμάτων και των συνθηκών που βιώνει (Martin, 2003).

Σε αυτό το σημείο είναι χρήσιμο να τονιστεί και η θεραπευτική ιδιότητα του χιούμορ. Το χιούμορ θεραπευτικά χρησιμοποιείται από τον άνθρωπο ως μηχανισμός αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων και επώδυνων εμπειριών. Ο Freud (1972 οπ. αν. Ξηνταροπούλου, 2012) αναφέρει πως το χιούμορ είναι ένας από τους κυριότερους ώριμους αμυντικούς μηχανισμούς του ανθρώπου, ο οποίος βοηθάει το άτομο να διαχειριστεί δυσάρεστα συναισθήματα, όπως το άγχος, και να αντεπεξέλθει στις αντιξοότητες και δυσκολίες της ζωής. Φαίνεται, πως συνδέει το χιούμορ με την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής του ατόμου.

Δεν πρέπει να παραληφθεί και η κοινωνική διάσταση του χιούμορ. Το χιούμορ αποτελεί, αναμφισβήτητα ένα είδος επικοινωνίας μεταξύ των ανθρώπων, το οποίο συναντάται σε όλους τους πολιτισμούς και έχει ως σκοπό την πρόκληση ευχάριστης διάθεσης και ψυχαγωγίας. Η κοινωνιολογία σε αντίθεση με άλλες επιστήμες, τονίζει περισσότερο την αλληλεπίδραση που χρειάζεται η διαδικασία του χιούμορ και την επικοινωνιακή διάστασή του παρά το περιεχόμενό του (Ξηνταροπούλου, 2012).

Η έρευνα γύρω από το χιούμορ θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ελλιπής και περιορισμένη. Αυτό συμβαίνει γιατί, όσοι ερευνητές θέλησαν να ασχοληθούν με το χιούμορ περιόρισαν την έρευνά τους στην ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου μοντέλου. Ένας ακόμη λόγος είναι ότι η μη ύπαρξη ενός καθολικά αποδεκτού ορισμού του χιούμορ, κάνει ανέφικτη την επιστημονική τεκμηρίωση των πειραμάτων που γίνονται πάνω στην έννοια του χιούμορ. Όπως επίσης, και το ότι δεν είναι δυνατό να εξαλειφθεί η υποκειμενικότητα, ακόμη και όταν δοθεί ένας συγκεκριμένος ορισμός για το χιούμορ (Γιακουμάκη & Δερμεντζή, 2005).

Εν κατακλείδι, λαμβάνοντας υπόψη όλους τους παραπάνω ορισμούς για το χιούμορ, γίνεται σαφές πως ο όρος χιούμορ είναι πολύπλευρος και ευρύς με αποτέλεσμα να είναι δύσκολη η υιοθέτηση ενός συγκεκριμένου ορισμού. Παρόλα αυτά, στην παρούσα μελέτη, το χιούμορ θα αποτελεί συνάρτηση της προσωπικότητας του ατόμου, θα είναι συνώνυμο με την εκφραστική ικανότητα του ατόμου και την ψυχολογική διάθεσή του να προκαλεί γέλιο και ευχάριστη ατμόσφαιρα.

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΧΙΟΥΜΟΡ

Το χιούμορ, όπως άλλωστε και το ανθρώπινο είδος εξελίχθηκε και άλλαξε με το πέρασμα των χρόνων. Ετυμολογικά η λέξη «χιούμορ» (humor στα αγγλικά) έχει τις ρίζες της στην λατινική λέξη «humorem» που σημαίνει «χυμός» ή «υγρασία» και συναντάται στην Αρχαία Ελλάδα και πιο συγκεκριμένα στον πατέρα της Ιατρικής τον Ιπποκράτη (4^ο αιώνα π.Χ.), ο οποίος μίλησε για τους «χυμούς του σώματος». Σύμφωνα με τη θεωρία των χυμών, στο ανθρώπινο σώμα υπάρχουν τέσσερις χυμοί (το αίμα, το φλέγμα, η κίτρινη χολή και η μέλανα χολή) που επηρεάζουν την ψυχοσωματική κατάσταση του ανθρώπου και την ιδιοσυγκρασία του. Προκειμένου το άτομο να είναι υγιές και με καλή διάθεση είναι απαραίτητη η ύπαρξη ισορροπίας μεταξύ των χυμών αυτών (Martin, 2003).

Τον 2^ο αιώνα μ.Χ. ο Γαληνός ακολουθώντας τη θεωρία του Ιπποκράτη για τους χυμούς υποστηρίζει πως το ανθρώπινο σώμα και η ψυχή ασθενεί όταν ένας από τους χυμούς επικρατεί περισσότερο έναντι των άλλων, με αποτέλεσμα να διαταρράσσεται η ισορροπία αυτών (Γιακουμάκη & Δερμεντζή, 2005). Με βάση αυτή τη θεωρία έχουν οριστεί τέσσερις τύποι ανθρώπων με συγκεκριμένα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά, οι οποίοι είναι οι παρακάτω:

1. Ο αιματώδης, ο οποίος είναι ιδιαίτερα ευέξαπτος και θέλει στη ζωή του να περνάει ευχάριστα και να διασκεδάσει.
2. Ο φλεγματικός, ο οποίος πιστεύει στην παράδοση, του αρέσει η ρουτίνα και γενικότερα χαρακτηρίζεται από ψυχραιμία και μία στοχαστικότητα στον τρόπο που αντιμετωπίζει τις καταστάσεις.
3. Ο χολερικός, ο οποίος χαρακτηρίζεται από απαισιοδοξία στη ζωή του, είναι εριστικός και πολύ συχνά αναλαμβάνει τον ρόλο του αρχηγού, εμπνέοντας μία σιγουριά για τις ικανότητές του και τον εαυτό του.
4. Ο μελαγχολικός, ο οποίος είναι ιδιαίτερα συναισθηματικός και ο τρόπος που αντιμετωπίζει τις καταστάσεις χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση και απελπισία (Λουπασάκης, 2002).

Στην Αρχαία Ελλάδα το χιούμορ συναντάται στην τέχνη μέσα από τις κωμωδίες, τα σατυρικά δράματα και σε διάφορες μορφές λόγου, όπως τα ποιήματα, τα ανέκδοτα, διάφορα αποφθέγματα και λογοπαίγνια (Τουλουμάκος, 2003).

Στην Αρχαϊκή και κλασσική εποχή (800 π.Χ – 300 π.Χ.) το χιούμορ εμφανίζεται απλοϊκό και η σάτιρα συναντάται στους μύθους του Αισώπου και στις κωμωδίες του Αριστοφάνη. Αργότερα κατά την Ελληνιστική και Ύστερη Αρχαιότητα (300 περίπου π.Χ. έως τον 4^ο αι. μ.Χ.) οι άνθρωποι εμπνέονται από καθημερινά γεγονότα της ζωής και δημιουργούν κωμωδία. Επίσης, φαίνεται πως κυριαρχεί κυρίως η σάτιρα των θεών και των ανθρώπων στην πεζογραφία. Στη Βυζαντινή εποχή, η κατάσταση γύρω από το χιούμορ αλλάζει ριζικά. Παρατηρείται ανάπτυξη της γελοιογραφίας και της παρωδίας στα λογοτεχνικά κυρίως κείμενα (Γιακουμάκη & Δερμεντζή, 2005).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως μέχρι τον 16^ο αιώνα ο όρος χιούμορ χρησιμοποιούνταν για να δηλώσει μία εκκεντρική και παράξενη συμπεριφορά και όχι το γέλιο ή την κωμικότητα. Φαίνεται πως μετά τον 18^ο αιώνα αρχίζει το χιούμορ να συνδέεται με το γέλιο και με οτιδήποτε προκαλεί ευχάριστη διάθεση και διασκέδαση.

1.3 ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΧΙΟΥΜΟΡ

Με βάση την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας παρατηρείται ότι γίνεται λόγος για διάφορα είδη του χιούμορ. Τα είδη του χιούμορ ανήκουν σε διάφορες κατηγορίες, οι οποίες προκύπτουν από το πού επιθυμεί ο καθένας να εστιάσει και από ποια πλευρά του χιούμορ θέλει να τονίσει. Έτσι, λοιπόν, μία κατηγορία του χιούμορ εστιάζει στην τέχνη και στο θέατρο και προκύπτουν τα εξής είδη χιούμορ:

- Η σάτιρα: είναι μία καλλιτεχνική μορφή χιούμορ, η οποία δίνει έμφαση στις αδυναμίες του θεματός της, γελοιοποιώντας το με απώτερο στόχο να το αφυπνίσει και να το ενεργοποιήσει είτε συναισθηματικά είτε γνωστικά είτε πολιτικά κλπ.
- Η παρωδία: είναι η απομίμηση ενός έργου τέχνης εμπλουτισμένο με στοιχεία υπερβολής και σάτιρας με στόχο να το χλευάσει.
- Η ειρωνεία: προκύπτει μέσα από την αντίθεση που παρουσιάζει μία κατάσταση σε σχέση με την πραγματικότητα.
- Το μαύρο χιούμορ: είναι ο τρόπος με τον οποίο προσεγγίζει κανείς μακάβριες καταστάσεις με εύθυμη και αστεία διάθεση.

- Η φάρσα: μοιάζει με την παρωδία με τη διαφορά ότι το χιούμορ προκύπτει από την αποκάλυψη μιας απάτης.
- Το παράλογο / παράδοξο ή σουρεαλιστικό: προκύπτει από το συνδυασμό σκέψεων, λέξεων ή καταστάσεων με τέτοιον τρόπο που δεν ταιριάζουν με την κοινή λογική
- Η κωμωδία: πρόκειται για μία γενική έννοια, η οποία εμπεριέχει όλα τα παραπάνω είδη χιούμορ και έχει ως στόχος της να διασκεδάσει και να ψυχαγωγήσει το κοινό (Γιακουμάκη & Δερμεντζή, 2005).

Μία ακόμη κατηγοριοποίηση του χιούμορ σχετίζεται με τον τρόπο που αυτό χρησιμοποιείται στις κοινωνικές συναναστροφές και αλληλεπιδράσεις των ανθρώπων. Σύμφωνα με αυτήν την κατηγοριοποίηση προκύπτουν τρία είδη χιούμορ.

- Τα ανέκδοτα: τα οποία είναι αστεία γραπτού ή προφορικού λόγου έτοιμα που απομνημονεύουν τα άτομα και τα μεταφέρουν στις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις.
- Το αυθόρμητο χιούμορ: κάνει την εμφάνισή του σκόπιμα στο πλαίσιο της συζήτησης μεταξύ των ατόμων και μπορεί να είναι είτε λεκτικό είτε μη λεκτικό. Το αυθόρμητο χιούμορ περιλαμβάνει 11 υποκατηγορίες, οι οποίες είναι: η ειρωνεία, η σάτιρα, ο σαρκασμός, η υπερβολή και υποεκτίμηση, η αυτο – απαξίωση, το πείραγμα, οι απαντήσεις σε ρητορικές ερωτήσεις, οι έξυπνες απαντήσεις σε σοβαρές δηλώσεις, η διττή σημασία, η μετατροπή σε γνωστές εκφράσεις και το λογοπαίγνιο.
- Το τυχαίο ή ακούσιο χιούμορ: προκύπτει τυχαία στις κοινωνικές συναναστροφές και προκαλεί το γέλιο όταν κάτι συμβαίνει, ενώ δεν αναμένεται, π.χ. λάθος στην εκφορά του λόγου (Martin, 2007).

Αξίζει να σημειωθεί, επίσης, και μία ακόμη κατηγοριοποίηση, η οποία συνδέει τα διάφορα είδη του χιούμορ με χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Στην ουσία, αυτό που τονίζει είναι πως ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιεί το χιούμορ το άτομο αντικατοπτρίζει τόσο την προσωπικότητά του όσο και τη στάση του απέναντι στη ζωή (Lynskey et al, 2013). Το χιούμορ, λοιπόν, διακρίνεται σε προσαρμοστικό (adaptive) που απαρτίζεται από το κοινωνικό (affiliative) και το αυτο – εξυψωτικό (self – enhancing) και σε δυσπροσαρμοστικό (maladaptive), το οποίο απαρτίζεται από το εχθρικό ή επιθετικό χιούμορ (aggressive) και το αυτο – μειωτικό (self – defeating). Παρακάτω θα αναλυθούν περισσότερο οι συγκεκριμένοι τύποι χιούμορ.

- Προσαρμοστικό χιούμορ (adaptive humor): πρόκειται για το χιούμορ εκείνο, το οποίο έχει θετικά στοιχεία, είναι παιγνιώδες και αποδεκτό. Χρησιμοποιείται από τα άτομα είτε στις διαπροσωπικές τους σχέσεις με στόχο να τις εδραιώσει και να τις βελτιώσει (κοινωνικό χιούμορ) είτε με σκοπό να βοηθήσει στη διαχείριση και μείωση των δυσάρεστων συναισθημάτων και του στρες (αυτο – εξυψωτικό χιούμορ) (Kuiper & Leite, 2010).
- Κοινωνικό χιούμορ (affiliative humor): είναι καλοπροαίρετο και τα άτομα το χρησιμοποιούν στις κοινωνικές τους σχέσεις γιατί αποτελεί έναν αποδεκτό και επιθυμητό τρόπο διευκόλυνσης και ενδυνάμωσης των διαπροσωπικών τους σχέσεων, προσφέροντας παράλληλα ένα ευχάριστο κλίμα και μειώνοντας τις οποιεσδήποτε εντάσεις (Kuiper & Leite, 2010). Ο τρόπος έκφρασης αυτού του τύπου χιούμορ είναι κυριώς μέσω πειραγμάτων, ανεκδότων, λογοπαίγνιων, ή άλλων αστείων που προκαλούν το γέλιο. Τα άτομα που στις διαπροσωπικές τους σχέσεις χρησιμοποιούν αυτόν τον τύπο χιούμορ, συνήθως χαρακτηρίζονται ως εξωστρεφή, κοινωνικά, ευδιάθετα με υψηλή αυτοπεποίθηση και ιδιαίτερα αγαπητά στις διαπροσωπικές τους σχέσεις (Gray et al., 2003).
- Αυτο – εξυψωτικό χιούμορ (self – enhancing): είναι ακριβώς αυτό που λέει και το όνομά του. Στην ουσία το άτομο που το χρησιμοποιεί έχει μία αντίληψη για τη ζωή εύθυμη και χιουμοριστική, η οποία του παρέχει τα ψυχικά εφόδια που χρειάζεται, έτσι ώστε να μπορεί να αντιμετωπίζει τυχόν δυσκολίες, στρεσογόνες καταστάσεις και επίπονα συναισθήματα. Αυτού του τύπου το χιούμορ είναι ένας υγιής τρόπος διαχείρισης και αντιμετώπισης του άγχους. Το άτομο, λοιπόν, που έχει αυτή τη χιουμοριστική στάση απέναντι στη ζωή και χρησιμοποιεί το αυτο – εξυψωτικό χιούμορ, έχει την ικανότητα να επικεντρώνεται στον εαυτό του και στα συναισθήματά του, διαθέτει υψηλή αυτοεκτίμηση, πιστεύει στις δυνατότητές του και διαχειρίζεται τις όποιες αντιξοότητες και καταστάσεις με αισιοδοξία και θετική διάθεση (Gray et al., 2003).
- Δυσπροσαρμοστικό χιούμορ (maladaptive humor): όπως και το προσαρμοστικό έχει δύο διαστάσεις. Η μία διάσταση αφορά τους αλλους και πρόκειται για το εχθρικό χιούμορ, όπου το άτομο το χρησιμοποιεί εις βάρος των άλλων με σκοπό να εξυψώσει τον εαυτό του. Η άλλη διάσταση αφορά το άτομο και πρόκειται για το αυτο – μειωτικό χιούμορ, όπου το άτομο μειώνει

τον εαυτό του προκειμένου να γίνει αποδεκτό από το κοινωνικό σύνολο (Kuiper & Leite, 2010).

- Εχθρικό ή επιθετικό χιούμορ (aggressive humor): όπως ακριβώς προκύπτει και από το ίδιο του το όνομα, το είδος αυτό του χιούμορ απευθύνεται εχθρικά στους άλλους με στόχο να τους ταπεινώσει, να τους προσβάλει, να τους μειώσει και να τους γελοιοποιήσει, χωρίς να τον απασχολούν οι συνέπειες των πράξεών του (Kuiper & Leite, 2010). Για να το πετύχει αυτό χρησιμοποιεί τον σαρκασμό, την ειρωνεία, την απειλή γελοιοποίησης και ταυτίζεται συχνά με το ρατσιστικό και σεξιστικό χιούμορ. Το εχθρικό χιούμορ συνδέεται με την εχθρικότητα και τον νευρωτισμό και με συναισθήματα όπως, ο θυμός, το άγχος, η κατάθλιψη (Gray et al., 2003).
- Αυτο – μειωτικό (self – defeating): αυτό το είδος του χιούμορ λαμβάνει χώρα όταν το άτομο υποτιμά, διακωμωδεί και γελοιοποιεί τον ίδιο του τον εαυτό με σκοπό να ψυχαγωγήσει τον κοινωνικό του περίγυρο και να γίνει αρεστός και αποδεκτός σε αυτούς. Ελπίζει, με αυτόν τον τρόπο, πως λέγοντας υποτιμητικά αστεία εις βάρος του εαυτού του θα κερδίσει την εύνοια των γύρω του, θα δημιουργήσει σχέσεις και θα καταφέρει να θάψει δυσάρεστα συναισθήματα και σκέψεις που πιθανόν έχει για τον εαυτό του (Kuiper & Leite, 2010). Τα άτομα που υιοθετούν στη ζωή τους αυτό το είδος του χιούμορ χαρακτηρίζονται από πολλές ανασφάλειες και από χαμηλή αυτοεκτίμηση. Και το αυτο – μειωτικό χιούμορ, όπως και το εχθρικό συνδέεται με συναισθήματα εχθρότητας, άγχους και κατάθλιψης (Gray et al., 2003).

1.4 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΧΙΟΥΜΟΡ

Τα συναισθήματα βοηθούν τον άνθρωπο να αναπτύσσει σημαντικές προσαρμοστικές λειτουργίες. Για παράδειγμα, δυσάρεστα συναισθήματα, όπως ο φόβος ή ο θυμός κινητοποιούν το άτομο στο να αναλάβει δράση και να προστατεύσει τον εαυτό του (Levenson, 1994, *οπ. αν.* Martin & Ford, 2018). Αυτό φαίνεται πως δεν είναι τόσο ξεκάθαρο σε ότι αφορά τα θετικά συναισθήματα κι αυτό γιατί δεν κινητοποιούν τους ανθρώπους σε συγκεκριμένες δράσεις (Martin & Ford, 2018). Η υπάρχουσα βιβλιογραφία δείχνει πως το χιούμορ δεν εξυπηρετεί μόνο την διασκέδαση και την ψυχαγωγία των ανθρώπων που το χρησιμοποιούν στη ζωή τους, αλλά φαίνεται πως έχει και κάποιες άλλες εξίσου σημαντικές λειτουργίες. Αυτές είναι: 1) η γνωστική, 2) η κοινωνική και 3) η βιολογική λειτουργία.

Σχετικά με τη γνωστική λειτουργία οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί έχουν αποκαλύψει τη σύνδεση των θετικών και ευχάριστων συναισθημάτων με συγκεκριμένες γνωστικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού. Με βάση, λοιπόν, αυτό, τα άτομα που βιώνουν ευχάριστα συναισθήματα όπως χαρά, κέφι, ευχαρίστηση, διαπιστώθηκε πως εμφανίζουν ευελιξία και βελτίωση σε πολλές γνωστικές τους λειτουργίες. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζουν καλύτερη μνήμη, προσοχή, ανεπτυγμένη κριτική σκέψη των πραγμάτων, δημιουργική σκέψη με δυνατότητα να δίνουν λύσεις σε προβλήματα που αντιμετωπίζουν και γενικότερα μία ικανότητα να οργανώνουν και να σχεδιάζουν τον τρόπο που ανταποκρίνονται και απαντούν σε καταστάσεις και συμβάντα της ζωής (Diener et al., 2005).

Η Barbara Fredrickson (2001, 2009, 2013, οπ. αν. Martin & Ford, 2018) πρότεινε πως τα δυσάρεστα συναισθήματα τείνουν να περιορίζουν την προσοχή του ατόμου σε μία συγκεκριμένη κατάσταση και στον τρόπο που θα δράσει. Από την άλλη, τα ευχάριστα συναισθήματα τείνουν να διευρύνουν την προσοχή του ατόμου, προσφέροντάς του ένα μεγάλο εύρος συμπεριφορών και αντιδράσεων. Αυτό συμβάλει στην ενίσχυση των φυσικών, κοινωνικών και νοητικών πόρων του ατόμου με αποτέλεσμα να νιώθει ικανό και δυνατό να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις της ζωής (Martin & Ford, 2018).

Το χιούμορ, όπως ειπώθηκε και στον ορισμό του, είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο το οποίο συναντάται στις διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις των ατόμων. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε με σκοπό να μελετήσει την επίδραση που έχουν τα θετικά συναισθήματα στις κοινωνικές σχέσεις των ατόμων, τα αποτελέσματά της έδειξαν πως τα θετικά συναισθήματα παίζουν βασικό ρόλο στις αρχές που διέπουν τις σχέσεις των ανθρώπων (Shiota, 2004, οπ. αν. Martin, 2007). Το χιούμορ, για παράδειγμα, το οποίο προκαλεί θετικά συναισθήματα, φαίνεται πως επηρεάζει και καθορίζει την επιλογή και διατήρηση τόσο των φιλικών σχέσεων όσο και των συντροφικών (Bressler et al., 2006, οπ. αν. Kuiper et al., 2010).

Οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με το χιούμορ έχουν αποκαλύψει πως το χιούμορ διαθέτει ταυτόχρονα και θετικές (προσαρμοστικό χιούμορ) και αρνητικές (δυσπροσαρμοστικό χιούμορ) κοινωνικές λειτουργίες. Ο επικοινωνιολόγος John Meyer (2010, οπ. αν. Martin & Ford, 2018) χαρακτήρισε τις λειτουργίες του χιούμορ ως «δίκικο μαχαίρι» στις κοινωνικές σχέσεις. Με άλλα λόγια, το χιούμορ μπορεί να ενώσει τους ανθρώπους σε μία ομάδα ενισχύοντας τους δεσμούς τους και την αίσθηση του ανήκειν, μπορεί, όμως και να τους χωρίσει, τονίζοντας τις διακρίσεις, τις διαφορές τους και βάζοντας εμπόδια στην διατήρηση των κοινωνικών επαφών (Martin & Ford, 2018).

Σύμφωνα με τον κοινωνιολόγο Mulkay (1988) οι άνθρωποι συχνά προκειμένου να αποφύγουν την αντιπαράθεση στις διαπροσωπικές τους σχέσεις χρησιμοποιούν το χιούμορ ως μέσο προκειμένου να επικοινωνήσουν σοβαρά, αμφιλεγόμενα, ευαίσθητα ή ακόμη και

αρνητικά μηνύματα στους άλλους μέσω ενός αστεϊσμού ή μιας πλάκας. Αυτό μπορεί είτε να ωφελήσει, εξομαλύνοντας τις συγκρούσεις και τις εντάσεις είτε να βλάψει τις κοινωνικές σχέσεις. Επίσης, η κριτική που γίνεται μέσω του χιούμορ είναι πιο εύκολο να γίνει αποδεκτή. Πολύ συχνά στις φιλικές συναναστροφές οι άνθρωποι μοιράζονται την αποδοκίμασία τους για κάτι και τη δυσαρέσκειά τους με χιούμορ με την ελπίδα πως με αυτόν τον τρόπο θα μετριάσουν την επίδραση που θα έχει το σχόλιο τους στον άλλον (Martin & Ford, 2018).

Το χιούμορ στην κοινωνική του διάσταση μπορεί να πάρει και τιμωρητικό και / ή υποτιμητικό χαρακτήρα (ρατσιστικά ή σεξιστικά αστεία). Μέσω του χιούμορ οι άνθρωποι μπορούν να δυσφημίσουν κάτι ή κάποιον, να τον χλευάσουν χωρίς να νιώθουν τον φόβο του κοινωνικού αποκλεισμού. Το εχθρικό αυτό είδος χιούμορ χρησιμοποιείται με σκοπό τον αποκλεισμό συγκεκριμένων ατόμων από μία ομάδα ή παρέα, την ενίσχυση της δύναμης και του κύρους αυτών που το χρησιμοποιούν, την καταστολή συγκεκριμένων μορφών συμπεριφοράς. Αυτό το είδος του χιούμορ έχει επιβλαβείς συνέπειες στις κοινωνικές σχέσεις του ατόμου (Martin & Ford, 2018).

Εν κατακλείδι, η κοινωνική διάσταση του χιούμορ εξυπηρετεί πολλές κοινωνικές λειτουργίες. Κάποιες από αυτές είναι ευχάριστες και με ευγενική προδιάθεση και έχουν ως σκοπό να μεταφέρουν ιδέες, σκέψεις, πεποιθήσεις, συναισθήματα και να ενισχύσουν τις ανθρώπινες σχέσεις. Ενώ, υπάρχει και η περίπτωση το χιούμορ να χρησιμοποιείται με εχθρικό τρόπο και εις βάρος των άλλων, ενισχύοντας τον κοινωνικό διχασμό μεταξύ των ανθρώπων. Έτσι, λοιπόν, το χιούμορ μπορεί να πάρει και τις δύο μορφές και αυτό εξαρτάται από τον τρόπο που θα το χρησιμοποιήσει κάθε φορά το άτομο και τον στόχο που θέλει να πετύχει. (Martin, 2007).

Η τελευταία λειτουργία του χιούμορ είναι η βιολογική. Αυτό αφορά την ενεργοποίηση συγκεκριμένων νοητικών διεργασιών που είναι απαραίτητες προκειμένου ένα αστείο να γίνει αντιληπτό ως αστείο και να οδηγήσει σε μία πιθανή αντίδραση, που είναι το γέλιο. Πιο συγκεκριμένα όταν το άτομο αντιλαμβάνεται κάτι αστείο, πέρα από την ενεργοποίηση των νοητικών διεργασιών, πυροδοτούνται και συναισθηματικά συστήματα που συνδέονται με συναισθήματα χαράς, ευθυμίας, ευχαρίστησης. Η ενεργοποίηση αυτών των συναισθημάτων απελευθερώνει στον οργανισμό ένα πλήθος βιοχημικών μορίων, τα οποία προκαλούν αλλαγές στο σώμα και το μυαλό του ατόμου. Αυτές οι αλλαγές στο σώμα και το μυαλό εκφράζονται μέσω του γέλιου, του χαμόγελου κ.α. (Martin, 2007).

Το χιούμορ, επομένως, βοηθάει το άτομο στον τρόπο που αντιλαμβάνεται τις καταστάσεις της ζωής του και στο πώς θα αντιδράσει σε αυτές. Με άλλα λόγια, όταν το άτομο αντιμετωπίζει μία στρεσογόνα κατάσταση, μέσω του χιούμορ καθίσταται ικανό να αντιληφθεί και να εξερευνήσει τους εναλλακτικούς τρόπους αντίδρασης που διαθέτει και με αυτόν τον

τρόπο να καταφέρει να διαχειριστεί την κατάσταση, αντιμετωπίζοντάς την ως λιγότερο απειλητική και επιθετική και, να μειώσει τις αρνητικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει στη ζωή του (Abel, 2002).

Φαίνεται, λοιπόν, πως τα οφέλη του χιούμορ είναι πολλά και σε επίπεδο συναισθημάτων, συμπεριφοράς και βιοχημικό επίπεδο. Το άτομο που κάνει χιούμορ καταφέρνει να μειώσει τα δυσάρεστα συναισθήματα, να διαχειρίζεται τις στρεσογόνες καταστάσεις, να αλλάξει τις δυσλειτουργικές μορφές σκέψεις. Επίσης, μέσω του χιούμορ καταφέρνει να εμπλουτίσει τις κοινωνικές του δεξιότητες και να έρθει σε επαφή με άλλα άτομα, αναπτύσσοντας διαπροσωπικές σχέσεις. Τέλος, φαίνεται πως το χιούμορ βοηθάει ακόμη και την σωματική υγεία του ατόμου. Το γέλιο επηρεάζει θετικά το καρδιαγγειακό και το μυοσκελετικό σύστημα του ανθρώπου (Sultanoff, 2013).

1.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΧΙΟΥΜΟΡ

Στη συγκεκριμένη ενότητα θα γίνει μία προσπάθεια να καταγραφούν οι θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί σχετικά με το χιούμορ και την ερμηνεία του και έχουν επηρεάσει την έρευνα που έχει σχεδιαστεί γύρω από την έννοια του χιούμορ. Έχουν προταθεί διαφορετικοί τρόποι ομαδοποίησης των θεωριών αυτών, ανάλογα με τα στοιχεία εκείνα που κάθε μελετητής θέλει να τονίσει.

Η Kieth – Spiegel (1972, οπ. αν. Foster, 1978) πρότεινε οχτώ ομάδες στις οποίες μπορούν να ενταχθούν οι θεωρίες του χιούμορ. Οι ομάδες αυτές φαίνεται πως δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στις συνθήκες κάτω από τις οποίες συμβαίνει το χιούμορ παρά στην ερμηνεία του χιούμορ. Οι ομάδες είναι: 1) οι βιολογικές θεωρήσεις, 2) οι θεωρίες που λαμβάνουν υπόψη τους πως το χιούμορ χρησιμοποιείται ως μέσο υποτίμησης ή για να φανεί κάποιος ανώτερος σε βάρος των άλλων, 3) οι θεωρίες που πιστεύουν πως το χιούμορ είναι μία απάντηση σε κάτι που μας εκπλήσσει, 4) οι θεωρίες που ερμηνεύουν το χιούμορ ως αποτέλεσμα ανάμικτων συναισθημάτων, 5) αυτές οι προσεγγίσεις που θεωρούν πως το χιούμορ είναι ένας τρόπος να απελευθερωθεί το άτομο από την ένταση που αισθάνεται, 6) οι θεωρίες που δίνουν έμφαση στην ασυμβατότητα αταίριαστων μεταξύ τους στοιχείων, 7) εκείνες οι θεωρίες, οι οποίες λαμβάνουν υπόψη τους τον τρόπο που επιδρά η συνειδητοποίηση πως μία κατάσταση που αρχικά φαινόταν παράλογη, πλέον δεν είναι και 8) οι θεωρίες που βλέπουν από μία ψυχαναλυτική σκοπία το χιούμορ, σύμφωνα με τις οποίες το χιούμορ απελευθερώνει ψυχική ενέργεια και βοηθάει το άτομο να δει ένα επώδυνο γεγονός ως κάτι που είναι μικρότερης σημασίας και διαχειρίσιμο (Foster, 1978).

Η επικρατέστερη ομαδοποίηση είναι αυτή που πρότεινε ο Morreall (1982), ο οποίος πρότεινε τρεις ομάδες, τις θεωρίες της ανωτερότητας (superiority theories), τις θεωρίες της ασυμβατότητας (incongruity theories) και τις θεωρίες της διέγερσης – απελευθέρωσης της έντασης (relief theories).

Οι θεωρίες της ανωτερότητας (superiority theories) τονίζουν πως το χιούμορ είναι αποτέλεσμα μιας ξαφνικής αίσθησης θριάμβου ή ανωτερότητας. Προκειμένου το άτομο να ικανοποιήσει την ανάγκη του να αισθάνθει ανώτερο επιτίθεται γελοιοποιώντας ένα άτομο, μία ομάδα, μία ιδέα. Οι συγκεκριμένες θεωρίες επικεντρώνονται κυρίως στα διαπροσωπικά κίντρα του χιούμορ.

Η δεύτερη κατηγορία θεωριών είναι οι θεωρίες της ασυμβατότητας (incongruity theories) οι οποίες επικεντρώνονται στις γνωστικές διαδικασίες που είναι απαραίτητες για την αντίληψη και ερμηνεία του χιούμορ. Περιλαμβάνονται οι γνωστικές – αντιληπτικές, ασυμβατότητας – επίλυσης, έκπληξης και οι θεωρίες του παιχνιδιού που προτείνουν πως το χιούμορ είναι ένα είδος παιχνιδιού. Κύριο χαρακτηριστικό αυτών των θεωριών είναι πως τονίζουν την αντίθεση που υπάρχει μεταξύ μίας προδοκίας και της πραγματικότητας.

Τέλος οι θεωρίες της διέγερσης – απελευθέρωσης έντασης (relief theories), επικεντρώνονται κυρίως στις ενδοπροσωπικές ανάγκες του ατόμου και περιλαμβάνουν τις θεωρίες εκείνες που πρεσβεύουν πως το χιούμορ και το γέλιο οφείλεται στην ανάγκη του ατόμου να εκτονώσει και να απελευθερώσει όλη την ψυχική ενέργεια που είναι συσσωρευμένη μέσα του (Martin et al, 2018). Εδώ εντάσσεται και η ψυχαναλυτική θεωρία του Freud, σύμφωνα με τον οποίο το χιούμορ ανήκει στους ώριμους αμυντικούς μηχανισμούς του ψυχισμού του ανθρώπου που βοηθάει το άτομο να αντεπεξέλθει σε δύσκολες καταστάσεις της ζωής του, μετασχηματίζοντας μία δυσάρεστη κατάσταση σε αντιμετώπιση (Mio & Graesser, 1991).

Κάθε μία από αυτές τις θεωρίες δίνει απαντήσεις σε διαφορετικά ερωτήματα σχετικά με το χιούμορ. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η μία να συμπληρώνει την άλλη και η κατάλληλη σύνδεση όλων των στοιχείων που προκύπτουν από την κάθε θεωρία ξεχωριστά να μας δίνει μία βαθύτερη ανάλυση και κατανόηση του φαινομένου του χιούμορ (Smuts, 2006).

1.5.1. Θεωρίες διέγερσης – απελευθέρωσης έντασης (Relief Theories)

Ο Herbert Spencer και ο Sigmund Freud, σημαντικοί θεωρητικοί αυτής της κατηγορίας θεωριών, επιχειρούν να περιγράψουν τις ψυχολογικές διαδικασίες που είναι απαραίτητες για το

χιούμορ και το γέλιο, όπως επίσης, εστιάζουν στα αποτελέσματα που έχει το χιούμορ στην ψυχολογία των ανθρώπων.

Ο Herbert Spencer πρότεινε μία θεωρία γέλιου από την οποία προκύπτουν δύο προτάσεις. Στην πρώτη πρόταση αναφέρει πως τα συναισθήματα και οι αισθήσεις αποτελούν στην ουσία μορφές νευρικής ενέργειας, η οποία διεγείρει τα κινητικά νεύρα και με αυτόν τον τρόπο παράγεται η μυϊκή κίνηση. Τα συναισθήματα παράγουν σωματική κίνηση και οι κινήσεις του σώματος είναι ανάλογες με την ένταση του συναισθήματος. Όταν το συναίσθημα είναι έντονο, ανάλογης έντασης είναι και οι κινήσεις (Martin & Ford, 2018). Για να γίνει καλύτερα αντιληπτό θα παραθέσουμε ένα παράδειγμα. Όταν το άτομο αισθάνεται φόβο, το σώμα του εκδηλώνει κίνηση φυγής από το ερέθισμα που του προκαλεί φόβο. Εάν ο φόβος φτάσει σε ένα έντονο επίπεδο, τότε το άτομο κινείται μακριά από το ερέθισμα του φόβου (Morreall, 1982).

Η δεύτερη πρόταση της θεωρίας που πρότεινε ο Spencer αναφέρει πως το σώμα χρειάζεται να απελευθερωθεί από όλη αυτή την νευρική ενέργεια μέσω συνηθισμένων αντανάκλαστικών κινήσεων, όπως είναι ένα χαμόγελο, μία φράση. Εάν, όμως αυτές οι κινήσεις των μυών δεν καταφέρουν να απελευθερώσουν όλη τη συσσωρευμένη ενέργεια, τότε το άτομο υιοθετεί ένα πλήθος άλλων συμπεριφορών, για τις οποίες απαιτούνται περισσότερες μυϊκές κινήσεις, όπως είναι το γέλιο ή οι χειρονομίες, μέχρις ότου όλη η ενέργεια μπορέσει να εκτονωθεί. Το γέλιο, επομένως, για τη θεωρία του Spencer, είναι ένας ειδικός τρόπος για να απελευθερώσει το σώμα μας όλη εκείνη την νευρική ενέργεια που διαθέτει συσσωρευμένη μέσα του (Martin & Ford, 2018).

Υπάρχουν πολλές καταστάσεις γέλιου που δεν περιλαμβάνουν συναισθηματική ενέργεια, όπως, επίσης και περιπτώσεις γέλιου που προκύπτουν ξαφνικά χωρίς να έχει προηγηθεί όλη αυτή η κινητική διεργασία που περιγράφηκε, που οδηγεί στην απελευθέρωση της ενέργειας. Η θεωρία του Spencer βασίζεται κυρίως σε βασικά στοιχεία της λειτουργίας του νευρικού συστήματος και της ανθρώπινης φυσιολογίας και μας παρέχει πληροφορίες σχετικά με το είδος εκείνο του γέλιου που ακολουθεί μετά από την ανακούφιση των συναισθημάτων όπως ο φόβος, η αγωνία, το άγχος.

Ο Daniel Berlyne (1972, *οπ. αν.* Martin & Ford, 2018) υποστήριξε πως μεταξύ της φυσιολογικής διέγερσης και της υποκειμενικής ικανοποίησης υπάρχει μία αντιστρόφως ανάλογη σχέση. Με άλλα λόγια, η μεγαλύτερη απόλαυση συνδέεται με μία μέτρια ποσότητα διέγερσης, ενώ πολύ υψηλά ή πολύ χαμηλά ποσοστά διέγερσης συνδέονται με δυσάρεστα συναισθήματα. Ένα αστείο, σύμφωνα με τον Berlyne, ενεργοποιεί δύο μηχανισμούς διέγερσης. Στην αρχή, λοιπόν, ενός ανεκδότη κυριαρχεί ο μηχανισμός ενίσχυσης της διέγερσης και της ευχαρίστησης. Η τελευταία πρόταση, όμως του ανεκδότη ρίχνει τα επίπεδα της αυξημένης

διέγερσης και τα διατηρεί σε ένα επιθυμητά ευχάριστο επίπεδο. Και στις δύο περιπτώσεις αυτή η ευχαρίστηση εκφράζεται μέσω του γέλιου, το οποίο αποτελεί ένα μέσο έκφρασης της ευχαρίστησης που προκαλείται από τις αλλαγές στα επίπεδα διέγερσης.

Στις θεωρίες διέγερσης – απελευθέρωσης ενέργειας ανήκει και η ψυχαναλυτική θεωρία του χιούμορ του Freud, η οποία θα αναλυθεί στη συνέχεια.

Η ψυχαναλυτική θεώρηση του χιούμορ από τον Freud φαίνεται πως επηρέασε αρκετά την έρευνα της ψυχολογίας γύρω από το χιούμορ. Στην προσπάθειά του να ερμηνεύσει το χιούμορ ο Freud μίλησε για τρεις κατηγορίες, τα αστεία, το χιούμορ και το κωμικό. Και οι τρεις αυτές κατηγορίες σχετίζονται με την απελευθέρωση ψυχικής ενέργειας μέσω του γέλιου (Martin & Ford, 2018).

Τα αστεία διακρίνονται ανάλογα με τη μορφή, το σκοπό και την τεχνική τους. Έτσι, η μορφή αφορά τον τρόπο με τον οποίο εκφράζονται τα αστεία. Με άλλα λόγια, ένα αστείο αν δεν ειπωθεί με τα κατάλληλα λόγια, τότε χάνει την αστεία του πλευρά και δεν προκαλεί γέλιο.

Τα αστεία γενικότερα χρησιμοποιούνται με σκοπό να προκαλέσουν μία εύθυμη και ευχάριστη κατάσταση. Αυτό επιτυγχάνεται είτε μέσω σκόπιμων είτε αθώων αστείων. Τα αθώα αστεία είναι αυτά τα οποία δεν έχουν κάποιο συγκεκριμένο σκοπό να επιτελέσουν και προκαλούν κυρίως μία αίσθηση ευχαρίστησης, ικανοποίησης ή ένα απλό χαμόγελο. Τα σκόπιμα, από την άλλη, στοχεύουν στο να προκαλέσουν γέλιο (Ξηνταροπούλου, 2012).

Τα σκόπιμα αστεία χρησιμοποιώντας την τεχνική της απόσπασης του υπερεγώ, εκφράζουν σεξουαλικές και επιθετικές παρορμήσεις που σε διαφορετική περίπτωση μένουν καταπιεσμένες (Martin, 2007). Προκειμένου να συμβεί αυτό είναι απαραίτητη η ύπαρξη τριών προσώπων, αυτού που λέει το αστείο, αυτού που γίνεται στόχος του αστείου, δηλαδή της σεξουαλικής ή εχθρικής επιθετικότητας και αυτού που το ακούει. Σε αυτήν την περίπτωση η τεχνική είναι ο υπαινιγμός (Χανιωτάκης, 2010).

Η ελεύθερη έκφραση των σεξουαλικών και επιθετικών παρορμήσεων του ατόμου καταπιέζεται από τις επιταγές της κοινωνίας, του πολιτισμού και της μόρφωσης, με αποτέλεσμα να απωθούνται από το άτομο. Προκειμένου το άτομο να μπορέσει να εκφράσει τα ένστικτα του μίσους και της σεξουαλικότητας που είναι απωθημένα ανέπτυξε έναν άλλο μηχανισμό, αυτόν του χιούμορ. Το αστείο, επομένως, υπερνικά τον έλεγχο, τη λογική και οποιουδήποτε περιορισμούς και προσφέρει στο άτομο τη δυνατότητα να προσεγγίσει πηγές ευχαρίστησης που εξαιτίας του Υπερεγώ δεν θα μπορούσε με άλλον τρόπο να απολαύσει (Ξηνταροπούλου, 2012).

Η δημιουργία και η διατήρηση στον ψυχισμό του ανθρώπου μίας απαγόρευσης δαπανά ψυχική ενέργεια. Μέσω των σκόπιμων αστείων, λοιπόν, το άτομο καταφέρνει να εξοικονομήσει ψυχική ενέργεια, από την στιγμή που δεν καταπιέζει την σεξουαλική ή επιθετική παρόρμησή του. Η ευχαρίστηση, επομένως, που αισθάνεται το άτομο οφείλεται στην οικονομία της ψυχικής δαπαάνης ή στην απαγόρευση ή στην απόθεση (Ξηνταροπούλου, 2012).

Η δεύτερη κατηγορία απόκτησης απόλαυσης, σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία του Freud, είναι το χιούμορ. Το χιούμορ εμφανίζεται στις δύσκολες στιγμές της ζωής και αποτελεί το μέσο με το οποίο το άτομο καταφέρνει να τις διαχειριστεί. Σύμφωνα με τον Freud, το χιούμορ είναι ο ισχυρότερος ώριμος αμυντικός μηχανισμός, ο οποίος δίνει τη δυνατότητα στα άτομα να αντιμετωπίζουν προκλήσεις ή απειλητικές καταστάσεις, αποφεύγοντας να κατακλύζονται από υπερβολικά και δύσκολα συναισθήματα, διατηρώντας παράλληλα την ρεαλιστική ματιά των συμβάντων. Για παράδειγμα, ο άνθρωπος που έχει χάσει τη δουλειά του και παρόλα αυτά μπορεί να δει την εύθυμη και αστεία πλευρά της ζωής, θα χρησιμοποιήσει το χιούμορ για να αντιμετωπίσει αυτήν την κρίση. Η απόλαυση, επομένως, που προσφέρει το χιούμορ στη ζωή του ατόμου, προκύπτει από την απελευθέρωση όλης εκείνης της ενέργειας που συνδέεται με την δυσάρεστη κατάσταση και το επώδυνο συναίσθημα (Martin & Ford, 2018). Οι θετικές διαστάσεις του χιούμορ αποτελούν ώριμους μηχανισμούς άμυνας, ενώ οι αρνητικές διαστάσεις, ανώριμους μηχανισμούς άμυνας (Erickson & Feldstein, 2006).

Η τελευταία κατηγορία είναι το κωμικό στοιχείο. Το κωμικό στοιχείο αφορά εκείνες τις πηγές γέλιου που είναι μη λεκτικές, όπως οι κλόουν στο τσίρκο, οι γελοιογραφίες, οι μίμοι, οι παρωδία, οι φάρσες. Σε αυτές τις μη λεκτικές καταστάσεις, σύμφωνα με τον Freud, ο παρατηρητής κινητοποιεί ένα ποσό ψυχικής ενέργειας εν αναμονή του τί περιμένει να συμβεί. Όταν, λοιπόν, το αναμενόμενο δεν λαμβάνει χώρα, τότε όλη αυτή η ενέργεια είναι περιττή και απελευθερώνεται μέσω του γέλιου (Martin & Ford, 2018).

Το κωμικό περιλαμβάνει ένα γεμάτο απόλαυση γέλιο που λαμβάνει χώρα σε συμπεριφορές είτε δικές μας είτε των άλλων που είναι παιδιάστικες, το οποίο ο Freud περιγράφει ως «η επανάκτηση του χαμένου γέλιου της παιδικότητάς μας». Στο κωμικό, επίσης, μπορεί να συναντήσουμε και κάποια μεροληπτικά στοιχεία, τα οποία επιτρέπουν στην λιβιδινική ενέργεια να απελευθερωθεί. Για παράδειγμα, όταν ένα πομπώδες άτομο πατήσει μία φλούδα μπανάνας και γλιστρήσει. Το γεγονός ότι το άτομο είναι πομπώδες προκαλεί γέλιο, γιατί με αυτόν τον τρόπο επιτρέπεται στην ουσία η έκφραση ορισμένων επιθετικών παρορμήσεων. Εάν στην παραπάνω σκηνή ήταν ένα μικρό παιδί ή κάποιο άτομο που νιώθουμε συμπάθεια, τότε η αντίδραση δεν θα ήταν η ίδια. Φαίνεται, επομένως, πως όπως στα ανέκδοτα έτσι και στο κωμικό στοιχείο παρατηρούμε μία χροιά επιθετικότητας (Martin & Ford, 2018).

Καταλήγοντας, μπορούμε να πούμε πως η απόλαυση των αστείων προέρχεται από την οικονομία στη δαπάνη απαγόρευσης, η απόλαυση του κωμικού από την οικονομία στη δαπάνη της σκέψης και η απόλαυση του χιούμορ πηγάζει από μία οικονομία στο ξόδεμα των συναισθημάτων (Γιακουμάκη & Δερμεντζή, 2005).

Σχετικά με το χιούμορ, διατύπωσαν θεωρίες και άλλοι ψυχαναλυτικοί, πέρα από τον Freud. Σύμφωνα με τον Lacan, το χιούμορ είναι ένα σημαντικό και απαραίτητο στοιχείο στη ζωή του ανθρώπου, γιατί τον βοηθάει στην ανάπτυξη όλων εκείνων των ικανοτήτων που χρειάζονται, προκειμένου να μπορεί να αντεπεξέλθει στα όρια και στους περιορισμούς της κοινωνίας, της θνητότητας και της ίδιας της πραγματικότητας. Ο Blanco κάνει χρήση του χιούμορ στη θεραπεία, έτσι ώστε να επεξεργαστεί και να συλλέξει στοιχεία για το ασυνείδητο συναισθηματικό νόημα που έχουν οι ανησυχίες και οι φοβίες των ασθενών του (Newirth, 2006).

1.5.2. Θεωρίες της ανωτερότητας (Superiority Theories)

Οι θεωρίες της ανωτερότητας πρεσβεύουν πως το χιούμορ είναι στην ουσία μία μορφή επιθετικότητας και πως το γέλιο και η διασκέδαση είναι αποτέλεσμα της σύστασης της υπεροχής που νιώθει ένα άτομο σε σχέση με τους άλλους. Αυτή η άποψη έχει την αφετηρία της από την αρχαιότητα (Martin & Ford, 2018).

Ο Πλάτωνας ισχυριζόταν πως το γέλιο πηγάζει από κακία και εχθρότητα. Οι άνθρωποι γελάνε με τις δυστυχίες, τις ατυχίες ή τους παραλογισμούς των άλλων ακόμη και των φίλων τους, κι αυτό τους δίνει ευχαρίστηση αντί για πόνο. Στην Ποιητική ο Αριστοτέλης αναφέρει πως το χιούμορ προκύπτει όταν κάτι ή κάποιος είναι χειρότερος από τον μέσο όρο, είναι δηλαδή πιο άσχημος ή έχει ελαττώματα. Στην προσπάθειά του να διαχωρίσει την κωμωδία και την τραγωδία, προτείνει πως η κωμωδία παρουσιάζει τα άτομα σε χειρότερη μορφή από ότι είναι στην πραγματικότητα, ενώ η τραγωδία τα παρουσιάζει ως καλύτερα. Γίνεται εμφανές, επομένως, πως τόσο ο Πλάτωνας όσο και ο Αριστοτέλης μοιράζονται κοινές απόψεις σχετικά με το χιούμορ. Αναφέρουν, λοιπόν, πως οτιδήποτε έχει να κάνει με αδυναμία ή κάποιου είδους ανικανότητα ή αναπηρία εκλαμβάνεται από τον άνθρωπο ως κωμικό και αστείο και πως το γέλιο είναι μία μορφή γλευασμού και μοχθηρίας (Ferguson & Ford, 2008).

Ο Βρετανός φιλόσοφος Hobbes, επίσης, αναφέρθηκε στη θεωρία της ανωτερότητας, ισχυρίζοντας πως η παρατήρηση της ατυχίας και δυστυχίας των άλλων ανθρώπων συμβάλει στην ενδυνάμωση της αυτοπεποιθησής μας. Βλέποντας τις αδυναμίες των άλλων το άτομο

μπάνει σε μία διαδικασία σύγκρισης, η οποία τον κάνει να αισθάνεται ανώτερο. Το γέλιο ουσιαστικά, επισφραγίζει τον θρίαμβο που αισθάνεται το άτομο νιώθοντας καλύτερος από τους άλλους. Ο Hobbes, επομένως, περιγράφει το χιούμορ ως μία αίσθηση ανωτερότητας που νιώθει το άτομο όταν υποβιβάζει και χλευάζει τους άλλους και τις αδυναμίες τους ή την δική του προηγούμενη ανωριμότητα και τις γκάφες που έχει κάνει ο ίδιος στο παρελθόν (Martin & Ford, 2018).

Ο Gruner επέκτεινε τη θεωρία του Hobbes, εκφράζοντας την άποψη πως το χιούμορ είναι ένα παιχνίδι επιθετικότητας. Ουσιαστικά, είναι ένα παιχνίδι που έχει νικητές και ηττημένους. Η χαρά και η απόλαυση που αισθανόμαστε στο χιούμορ είναι παρόμοια με τα συναισθήματα θριάμβου και ευχαρίστησης που έχουμε μετά τη νίκη ενός παιχνιδιού. Το γέλιο, επομένως, έρχεται για να σηματοδοτήσει αυτή τη νίκη (Martin & Ford, 2018).

Η θεωρία του Gruner βασίστηκε στην εξελικτική άποψη πως η τάση των ανθρώπων να είναι επιθετικοί και ανταγωνιστικοί μεταξύ τους τους επέτρεψε να επιβιώσουν με το πέρασμα των χρόνων. Με την εξέλιξη της γλώσσας οι άνθρωποι άρχισαν να χρησιμοποιούν το λόγο ως μία μορφή επιθετικότητας για να βλάψουν και να υποβιβάσουν κάποιον έτσι ώστε να αισθανθούν οι ίδιοι ανώτεροι. Τέτοιου είδους χιούμορ συναντάμε στις φάρσες, στην χοντροκομμένη κωμωδία, στα σεξιστικά, ρατσιστικά ή εθνικά αστεία (Martin, 2007). Η πραγματική και βασική πηγή ευχαρίστησης στο χιούμορ, σύμφωνα με τον Gruner, είναι η επιθετικότητα και πως εάν εξαλειφθεί η επιθετικότητα, τότε δεν υπάρχει χιούμορ. Ακόμη και το πιο αθώο και αβλαβές αστείο περιέχει μία έστω μικρή δόση επιθετικότητας.

Ο Obrdlik (1942, *οπ. αν.* Franzini, 1996) μίλησε για το επιθετικό χιούμορ το οποίο εμφανίζεται με σκοπό να διαφυλάξει την πνευματική υγεία του ατόμου σε αντίξοες συνθήκες. Αυτή η μορφή χιούμορ, συχνά συναντάται και ως «μαύρο χιούμορ», είναι ανατρεπτική και δίνει τη δυνατότητα στο άτομο να νιώσει μία αίσθηση ελευθερίας έναντι στην εξουσία και την υποδούλωση. Αυτό φαίνεται πως το πετυχαίνει κανείς με το να γελάει εις βάρος της ανικανότητας των εξουσιαστών του ή σε καταστάσεις που του προκαλούν φόβο. Σε αυτήν την περίπτωση το χιούμορ ανωτερότητας είναι ουσιαστικά ένας τρόπος με τον οποίο το άτομο αντιστέκεται σε ανθρώπους ή καταστάσεις που απειλούν την ευζωία του (Martin, 2007).

Τέλος, το χιούμορ σύμφωνα με τον Mc Dougall (1922, *οπ. αν.* Martin, 2007) βοηθάει το άτομο να παραμένει συναισθηματικά αμέτοχο από καταστάσεις που μπορεί να του προκαλούν άγχος ή δυσάρεστα συναισθήματα. Το θεωρεί ως αντίδοτο στην συμπίνα και ως μία ασπίδα προστασίας απέναντι στην συναισθηματική επιρροή που μπορεί να έχουν οι άλλοι ή οι καταστάσεις πάνω του.

1.5.3. Θεωρίες της ασυμφωνίας – ασυμβατότητας (Incongruity theories)

Ο Αριστοτέλης, όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο υποκεφάλαιο, ανήκει στους φιλοσόφους εκείνους που υποστηρίζουν πως μέσω του χιούμορ το άτομο εκφράζει την ανωτερότητά του εις βάρος των άλλων. Στη Ρητορική, όμως, φαίνεται πως ανφέρεται στη θεωρία της ασυμβατότητας, μιλώντας για το πόσο σημαντική είναι η έκπληξη στο ακροατήριο. Έτσι, λοιπόν, όταν ο ομιλητής ενώ έχει προετοιμάσει τους ακροατές του για κάτι στην πορεία το αλλάζει και τους αποκαλύπτει κάτι που δεν περιμένουν, δημιουργώντας μία ανατροπή στο λόγο του, πετυχαίνει να κρατήσει αμείωτη την προσοχή του ακροατηρίου (Smuts, 2006).

Ο φιλόσοφος που ορίζει το χιούμορ με βάση την ασυμφωνία που προκαλεί είναι ο Immanuel Kant, στο βιβλίο του Κριτική του Καθαρού Λόγου που γράφει ότι «σε οτιδήποτε μας προκαλεί γέλιο χρειάζεται να υπάρχει κάτι παράξενο σε σχέση με την κατανόησή μας, με αποτέλεσμα να μην μπορούμε να βρούμε ικανοποίηση. Το γέλιο αποτελεί μία αγάπη η οποία γεννιέται από την ξαφνική μετατροπή μιας βεβαιασμένης προσδοκίας στο τίποτα» (Attardo, 1994, σ. 396). Υποστηρικτής της ίδιας θεωρίας είναι και ο Arthur Schopenhauer, ο οποίος πιστεύει πως η δημιουργία του χιούμορ βασίζεται στην αποτυχία μιας έννοιας να εκπροσωπήσει τη σκέψη μας. Με άλλα λόγια γελάμε όταν αντιλαμβανόμαστε την ασυμφωνία που υπάρχει ανάμεσα στην πραγματικότητα και σε αυτό που σκεφτόμασταν (Smuts, 2006).

Η συγκεκριμένη θεωρία ανήκει στην κατηγορία των γνωστικών – αντιληπτικών θεωριών, γιατί δίνει περισσότερο έμφαση στη νοητική διεργασία του χιούμορ. Το χιούμορ εμφανίζεται όταν δύο διαφορετικές και ανόμοιες καταστάσεις ή έννοιες συνδυάζονται και προκύπτει μία απρόσμενη και ανατρεπτική πραγματικότητα που δεν την είχε φανταστεί ή δεν την περίμενε το άτομο (Γιακουμέλου, 2009).

Ο Koestler, ο οποίος είναι υποστηρικτής της θεωρίας της ασυμβατότητας, εισήγαγε την έννοια της βιο – σύνδεσης (bisociation) για να μιλήσει για τις νοητικές διεργασίες που λαμβάνουν χώρα στο χιούμορ. Η βιο – σύνδεση συμβαίνει όταν ένα συμβάν ή μία κατάσταση ή μία ιδέα γίνεται αντιληπτή από την προοπτική δύο συνεπών με τον εαυτό τους αλλά αντίθετων και ασυμβίβαστων πλαισίων αναφοράς (Krikman, 2006).

Όπως προκύπτει και από τα παραπάνω η ασυμφωνία θεωρείται σημαντικό στοιχείο σε πολλές καταστάσεις χιούμορ. Το θέμα, όμως, είναι αν η ασυμφωνία μπορεί από μόνη της να καλύψει όλες τις περιπτώσεις που το γέλιο συνοδεύεται από την ύπαρξη χιούμορ, όπως και αν όλα εκείνα τα στοιχεία τα οποία συνθέτουν μία ασυμφωνία είναι χιουμοριστικά (Morreall,

1982). Διάφορες θεωρίες έχουν προσπαθήσει να δώσουν απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα και έχουν μιλήσει για τον αιφνιδιασμό ως απαραίτητο στοιχείο στην πρόκληση γέλιου, ή ότι η ασυμφωνία χρειάζεται να είναι παιγνιώδης, ευχάριστη και ακίνδυνη (Ξηνταροπούλου, 2012). Εάν η ασυμφωνία οδηγεί σε μία ψυχολογική εμπειρία που δεν μας είναι ευχάριστη, τότε το ερέθισμα δεν είναι χιουμοριστικό και δεν θα προκαλέσει το γέλιο (Morreall, 1982).

Το πλαίσιο μέσα στο οποίο γίνεται αντιληπτή η ασυμβατότητα, σύμφωνα με τον Cundall (2007), είναι βασικό, γιατί μας δίνει τη δυνατότητα να καταλάβουμε και να αξιολογήσουμε εάν το ερέθισμα που μας αιφνιδιάζει μας προκαλεί γέλιο ή αν μας τρομάζει. Σημαντική προϋπόθεση για το χιούμορ είναι το πλαίσιο αυτό να είναι παιγνιώδες.

Άλλοι θεωρητικοί στην προσπάθειά τους να δώσουν μία εξήγηση στο γέλιο που προκαλείται από την ασυμβατότητα, μίλησαν για το νόημα που πρέπει να έχει. Πιο συγκεκριμένα, ο Shultz (1976) πρότεινε τη θεωρία επίλυσης της ασυμφωνίας, σύμφωνα με την οποία η τελευταία πρόταση του αστειού είναι αυτή που δίνει λύση στην ασυμφωνία κι αυτό γιατί μας δίνει καινούρια στοιχεία τα οποία δεν συμφωνούν με την αρχική μας κατανόηση. Έτσι, λοιπόν, το άτομο μπαίνει σε μία νοητική διαδικασία αναζήτησης μίας ασάφειας στο αστείο, η οποία εξηγείται με άλλον τρόπο και δίνει νέο νόημα στην κατακλείδα πρόταση του σεναρίου. Αυτή, επομένως, η ασάφεια είναι που επιλύει την ασυμφωνία. Όσο πιο πολύ απέχει η αρχική έννοια από την έννοια που θα σχηματίσει στο τέλος το άτομο, τόσο πιο χιουμοριστική θα είναι και θα προκαλέσει περισσότερο γέλιο (Χανιωτάκης, 2010).

Τέλος, κρίνεται σημαντικό να περιγράψουμε το μοντέλο των δύο σταδίων του Suls (1972, 1983, οπ. αν. Martin, 2007), το οποίο σχετίζεται με τη θεωρία της ασυμβατότητας. Σύμφωνα, λοιπόν, με το συγκεκριμένο μοντέλο όταν το άτομο ακούει ένα αστείο νιώθει την ανάγκη να προβλέψει πως θα καταλήξει το αστείο. Όταν το τέλος του αστειού δεν είναι ίδια με την πρόβλεψη που έχει κάνει, τότε το άτομο αισθάνεται έκπληξη και προσπαθεί να βρει μία λογική ακολουθία ανάμεσα στην κατακλείδα φράση και στο αρχικό σενάριο του αστειού. Εάν τα καταφέρει τότε η ασυμφωνία δεν υφίσταται πια και το σενάριο γίνεται αντιληπτό ως χιουμοριστικό και το άτομο γελάει. Εάν δεν τα καταφέρει, η ασυμφωνία συνεχίζει και το άτομο αισθάνεται σύγχυση. Αυτό σημαίνει, πως σύμφωνα με τη θεωρία του Suls η επίλυση και η μετατόπιση της ασυμβατότητας είναι που προκαλεί την εύθυμη διάθεση και το γέλιο και όχι η ασυμβατότητα αυτή καθαυτή.

Αδιαμφισβήτητα, οι θεωρίες της ασυμβατότητας πρόσφεραν πλούσιο υλικό στην κατανόηση της έννοιας του χιούμορ. Ως γνωστικές – αντιληπτικές, όμως θεωρίες στερούνται ανάλυσης των συναισθηματικών και κοινωνικών διαστάσεων του χιούμορ.

1.5.4. Θεωρία της ανατροπής / θεωρίες του παιχνιδιού (Reversal Theories / Play Theories)

Η συγκεκριμένη θεωρία δέχεται πως το χιούμορ είναι ένα είδος παιχνιδιού. Ο θεωρητικός Max Eastman (1936, *οπ. αν. Martin, 2007*) ήταν αυτός που διατύπωσε την άποψη πως το χιούμορ είναι παιχνίδι και πως προκειμένου να δοθεί ένας ορισμός για το χιούμορ είναι απαραίτητο να διαφοροποιηθεί το σοβαρό από το παιγνιώδες. Κάθε άνθρωπος διαθέτει την ενστικτώδη αυτή τάση για γέλιο ως απάντηση σε οτιδήποτε τον δυσκολεύει ή τον πονάει.

Αρκετοί θεωρητικοί έχουν μιλήσει για τη σχέση του χιούμορ με το παιχνίδι. Ο ψυχολόγος Michael Apter (1982, 2001, *οπ. αν. Martin, 2007*) διατύπωσε τη θεωρία της αντιστροφής και αναφέρθηκε και στο χιούμορ. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεωρία, η πνευματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ένα άτομο χωρίζεται στην παρατελική κατάσταση (*paratelic*) και στην τελική (*telic*). Η παρατελική κατάσταση είναι ο παιγνιώδης εκείνος τρόπος με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται το περιβάλλον γύρω του και τον βοηθάει να διαχειρίζεται και να προστατεύει τον εαυτό του από τις δύσκολες συνθήκες που αντιμετωπίζει. Η τελική κατάσταση αφορά κυρίως τις σοβαρές καταστάσεις και ενέργειες της ζωής και σχετίζεται με την επίτευξη μελλοντικών στόχων.

Όταν το άτομο βρίσκεται στην παρατελική κατάσταση προσπαθεί να βρει ερεθίσματα που θα το αφυπνίσουν συναισθηματικά. Τα σεξουαλικά ή επιθετικά στοιχεία που υπάρχουν στο χιούμορ, ενισχύουν στην ουσία τα ευχάριστα συναισθήματα με αποτέλεσμα το χιούμορ να είναι πιο αστειό. Επειδή το μυαλό στην παρατελική κατάσταση βρίσκεται σε μία παιγνιώδη φάση όσα ερεθίσματα οδηγούν σε συναισθήματα δυσάρεστα, όπως ο φόβος, η αηδία, δεν γίνονται αντιληπτά ως δυσάρεστα από το άτομο, αλλά αντίθετα, προκαλούν ενίσχυση της ευχάριστης αφύπνισης του ατόμου (*Martin, 2007*).

Στην συγκεκριμένη θεωρία γίνεται αναφορά και στις γνωστικές λειτουργίες που παίζουν ρόλο στη διαδικασία του χιούμορ. Ο Apter αναφέρθηκε στην έννοια «συνεργία» (*synergy*) για να εξηγήσει τη γνωστική αυτή λειτουργία, σύμφωνα με την οποία δύο διαφορετικές μεταξύ του έννοιες που αφορούν το ίδιο ερέθισμα βρίσκονται ταυτόχρονα στο μυαλό του ατόμου. Οι Wyer και Collins (1992, *οπ. αν. Martin, 2007*) εμπλούτισαν τη θεωρία της συνεργίας, προσθέτοντας, επίσης, στη θεωρία του χιούμορ και το κοινωνικό πλαίσιο, ορίζοντας το χιούμορ ως μία μορφή κοινωνικής επικοινωνίας.

Συμπερασματικά, καταλήγουμε, πως η θεωρία του παιχνιδιού είναι στην ουσία ένας συνδυασμός πολλών στοιχείων μαζί από τις προηγούμενες θεωρίες. Κάνει λόγο για τα σεξουαλικά και επιθετικά στοιχεία του χιούμορ, όπως η ψυχαναλυτική θεωρία και η θεωρία της

ανωτερότητας, μας παρέχει σημαντικά στοιχεία για τις γνωστικές λειτουργίες που απαιτούνται για την κατανόηση του χιούμορ και τέλος, εντάσσει την κοινωνική διάσταση στην έννοια του χιούμορ. Αυτό αποτελεί σημαντικό στοιχείο, διότι, προσφέρει τη δυνατότητα να μελετηθεί το χιούμορ από την οπτική των κοινωνικών επιστημών και της κοινωνικής ψυχολογίας (Martin, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Η έννοια της ποιότητας ζωής τα τελευταία χρόνια έχει γίνει αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητών τόσο στο χώρο της υγείας γενικότερα όσο και στο χώρο της ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως ποιότητα ζωής ορίζεται: «η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του πολιτισμικού – αξιακού συστήματος όπου ζει και σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του» (Harper et al. 1998). Η ποιότητα ζωής είναι μία έννοια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική, γεγονός που κάνει την υιοθέτηση ενός κοινά αποδεκτού ορισμού αρκετά δύσκολη.

Αναλυτικότερα, στην έννοια «ποιότητα ζωής» διακρίνουμε δύο διαφορετικές προσεγγίσεις. Την ηδονική (hedonic view) και την ευδαιμονική (eudaimonic view). Η ηδονική προσέγγιση αφορά την αίσθηση της ευτυχίας που προκύπτει από την ισορροπία μεταξύ των θετικών και αρνητικών συναισθημάτων και την ικανοποίηση που αισθάνεται το άτομο για τη ζωή. Η ευδαιμονική δίνει έμφαση στην θετική ψυχολογική λειτουργία και στη διαρκή αναζήτηση νοήματος ζωής από τον άνθρωπο (Proyer & Wolf, 2017). Την φιλοσοφική αυτή θεώρηση της ποιότητας ζωής οι Keyes et al. (2002) την επεκτείνουν προσθέτοντας δύο επιπλέον χαρακτηρισμούς: την υποκειμενική ποιότητα ζωής, η οποία συνδέεται με την ηδονική άποψη και συχνά συναντάται και με τον όρο συναισθηματική ευημερία και την ψυχολογική ευημερία ή ποιότητα ζωής, η οποία συνδέεται με την ευδαιμονική προσέγγιση.

Η θεώρηση της έννοιας ποιότητα ζωής, μπορεί να είναι υποκειμενική, και να αφορά την εικόνα που διαμορφώνει το άτομο για τη ζωή του, αλλά και αντικειμενική, όπου έχει να κάνει με την αξιολόγηση και εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών, την κατάσταση της υγείας, το περιβάλλον, την ύπαρξη ή την απουσία μίας ασθένειας (Οικονόμου κ.α., 2001). Πρόκειται, επομένως, για μία έννοια, η οποία αφορά ένα πλήθος διαστάσεων της ζωής, όπως την υγεία, σωματική και ψυχική, την λειτουργικότητα του ατόμου στον κοινωνικό, οικογενειακό, σεξουαλικό και εργασιακό τομέα, το βιοτικό του επίπεδο, όπως, επίσης, και στοιχεία του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει και αναπτύσσεται το άτομο.

Ο όρος ποιότητα ζωής δεν είναι καινούριος. Ο Αριστοτέλης στα «Ηθικά Νικομάχεια» αναφέρεται στον όρο «ευδαιμονία», ως το πολυτιμότερο αγαθό για τον άνθρωπο. Στις δεκαετίες του 1960 και 1970 ερευνητές, φιλόσοφοι, πολιτικοί και κοινωνικοί επιστήμονες άρχισαν να ασχολούνται περισσότερο με τις έννοιες «ποιότητα ζωής» και «επίπεδο ζωής». Το ενδιαφέρον αυτό προέκυψε από την προσπάθεια των ερευνητών να μελετήσουν το «ευ ζήν» της κοινωνίας και να αποτυπώσουν δείκτες ποιότητας ζωής με στόχο τη βελτίωση της κοινωνικής πολιτικής. Έτσι, οι ποιότητα ζωής συνδέθηκε από πολλούς με την ύπαρξη των διαθέσιμων πόρων και ευκαιριών για

την ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών του ανθρώπου και όλων εκείνων των στοιχείων που αφορούν την κοινωνία και το περιβάλλον (Οικονόμου κ.α., 2001).

Σε μία προσπάθεια να διαχωριστεί η ποιότητα ζωής γενικά από τις απαιτήσεις που υπάρχουν στην Ιατρική και στις κλινικές δοκιμές, προτάθηκε η έννοια «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής». Η έννοια αυτή αφορά την επίδραση της υγείας στη λειτουργικότητα του ατόμου και γενικότερα στην σωματική, ψυχική και κοινωνική του ευεξία και την ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες και απαιτήσεις της ζωής.

Ο Lehman (1995, απ. αν. Οικονόμου κ.α., 2001) υποστήριξε πως η έννοια της ποιότητας ζωής έχει τρεις σημαντικές διαστάσεις που την καθορίζουν. Η πρώτη διάσταση αφορά τι μπορεί να κάνει το άτομο, ποιες είναι οι ικανότητές του. Η δεύτερη διάσταση έχει να κάνει με τους διαθέσιμους πόρους και τις ευκαιρίες που έχει στη διάθεσή του το άτομο και μπορεί να τους χρησιμοποιήσει για την επίτευξη των στόχων του και τέλος η αίσθηση ψυχικής ικανοποίησης και ευεξίας που νιώθει το άτομο. Στις τρεις παραπάνω διαστάσεις της ποιότητας ζωής προστίθενται και το βιοτικό επίπεδο του ατόμου, το οικονομικό του επίπεδο, η κοινωνική του ζωή, η υγεία, η εργασία. Πολύ συχνά, ο όρος ποιότητας ζωής συνδυάζεται με τις έννοιες ευτυχία ή ικανοποίηση από τη ζωή.

Καταλήγοντας, η έννοια της ποιότητας ζωής αποδεικνύεται πως είναι μία έννοια που έχει διαφορετικές ερμηνείες ανάλογα με το πλαίσιο αναφοράς και προσεγγίζεται διαφορετικά από τον κάθε άνθρωπο, ανάλογα με τους προσωπικούς του στόχους και την υποκειμενική του αντίληψη για τα πράγματα και τη ζωή. Είναι, επομένως μία έννοια που αποτελείται από διάφορους τομείς όπως η σωματική υγεία, η ψυχική υγεία, οι κοινωνικές σχέσεις και τα στοιχεία του περιβάλλοντος.

2.2 ΧΙΟΥΜΟΡ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Όπως ήδη έχει αναφερθεί και στο προηγούμενο κεφάλαιο, το χιούμορ συμβάλει με ποικίλους τρόπους στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων. Από την αρχαιότητα ακόμη, φιλόσοφοι, και θεραπευτές τόνιζαν τη σημασία του χιούμορ και το χαρακτήριζαν ως το καλύτερο φάρμακο τόσο για το σώμα όσο και για το πνεύμα.

Ο Martin (2008, απ. αν. Proyer & Wolf, 2017) υπογραμμίζει 5 μηχανισμούς στους οποίους διαφαίνεται η σχέση του χιούμορ με την υγεία του ανθρώπου. Αυτοί είναι οι εξής:

1. Οι επιδράσεις του χιούμορ στην ανθρώπινη φυσιολογία. Το γέλιο σχετίζεται με αυξημένη πνευμονική δραστηριότητα.
2. Το βίωμα θετικών συναισθημάτων που συνοδεύουν το χιούμορ και το γέλιο.
3. Οι γνωστικές λειτουργίες που οδηγούν το άτομο στην καλύτερη διαχείριση των στρεσογόνων καταστάσεων της ζωής.

4. Οι επιδράσεις του χιούμορ στην κοινωνική ζωή του ατόμου και στην διευκόλυνση των διαπροσωπικών του σχέσεων και
5. Η ενίσχυση των συμπεριφορών αυτών που σχετίζονται με την υγεία και την απόλαυση της ζωής.

Μέσα από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας προκύπτει πως είναι αρκετές οι έρευνες που έχουν μελετήσει τη σχέση του χιούμορ με τη θεραπεία και τη φροντίδα των ασθενών, όπως και με τη διαχείριση του πόνου. Υπάρχουν έρευνες που έχουν μελετήσει τα πιθανά οφέλη του χιούμορ στην υγεία του ατόμου και άλλες που έχουν επικεντρωθεί στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του χιούμορ και της ψυχικής υγείας.

Παρακάτω θα γίνει μία καταγραφή των ερευνών που έχουν διεξαχθεί σχετικά με τη σχέση του χιούμορ με την υγεία του ανθρώπου και την ψυχική του υγεία, σημαντικοί τομείς της ποιότητας ζωής του ανθρώπου.

Από την εποχή του Αριστοτέλη ακόμη περιγράφονται τα οφέλη του χιούμορ στην υγεία του ανθρώπου και πιο συγκεκριμένα στην βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος, στο πεπτικό σύστημα, στην ενέργειά του, στην μείωση της κατάθλιψης και γενικότερα στην καλύτερη λειτουργία πολλών οργάνων του οργανισμού (Martin, 2007). Η έρευνα πάνω στο χιούμορ και τα οφέλη του στην υγεία του ανθρώπου μας έχει εμπλουτίσει με νέα δεδομένα.

Οι Lefcourt et al (1997) στην έρευνά τους έδειξαν πως οι γυναίκες που σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς σχετικά με το χιούμορ, παρουσίασαν χαμηλότερη συστολική αρτηριακή πίεση, ενώ το αντίθετο βρέθηκε για τους άντρες. Υπάρχουν, ωστόσο και έρευνες που δεν έχουν βρει κάποια σύνδεση μεταξύ του χιούμορ και της αρτηριακής πίεσης. Σημαντικά, επίσης είναι και τα ευρήματα που υποστηρίζουν πως η έκθεση σε χιουμοριστικά ερεθίσματα, όπως π.χ. μία κωμωδία τείνει να αυξάνει την ανοσολογική λειτουργία του ανθρώπου (Dillon & Totten, 1989; Lefcourt et al., 1990; McClelland & Cheriff, 1997). Αυτά τα δεδομένα μας παρέχουν αποδείξεις πως το χιούμορ συμβάλει στη βελτίωση της υγείας.

Αρκετές είναι, επίσης, οι μελέτες που έχουν διερευνήσει τα αποτελέσματα που έχει το χιούμορ στην ανοχή στον πόνο. Οι περισσότερες έχουν δείξει πως όντως το χιούμορ συμβάλει σε αυτό, ωστόσο, δεν φαίνεται αυτό να ταιριάζει με τα αποτελέσματα όλων των ερευνών. Σε έρευνά τους οι Zweyer, Velker & Ruch (2004) έδειξαν πως το χιούμορ μπορεί να αυξήσει την ανοχή στον πόνο. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν μία χιουμοριστική ταινία. Χωρίστηκαν, όμως σε τρεις ομάδες. Στην πρώτη ομάδα, δόθηκε η εντολή να μπουν σε μία εύθυμη διάθεση χωρίς να γελάσουν, στην δεύτερη ομάδα, να γελάσουν ή να χαμογελάσουν και στην τρίτη ομάδα δόθηκε η εντολή να κάνουν ένα χιουμοριστικό σχόλιο για την ταινία. Η ανοχή στον πόνο αξιολογήθηκε πριν την προβολή της ταινίας, αμέσως μετά και 20 λεπτά μετά την παρακολούθηση της ταινίας. Και οι τρεις ομάδες παρουσίασαν ανοχή στον πόνο αμέσως μετά την παρακολούθηση της ταινίας και

αυτό διατηρήθηκε και 20 λεπτά μετά την ταινία. Αυτά τα ευρήματα έχουν επιφέρει αλλαγές στη φροντίδα των ασθενών που βιώνουν πόνο, με στόχο την καλύτερη διαχείριση και αντιμετώπιση του.

Τα αποτελέσματα των ερευνών που επιχείρησαν να προβάλουν τις θετικές επιδράσεις του χιούμορ στην υγεία είναι σε πολλές περιπτώσεις αντιφατικά. Συγκεκριμένα σε μία έρευνα που έγινε σε 65.000 ενήλικες Νορβηγούς, μελετήθηκε το χιούμορ, ο βαθμός ικανοποίησης από την υγεία, τα σωματικά συμπτώματα, όπως δύσπνοια, ταχυκαρδία κ.α., ο μυοσκελετικός πόνος, η αρτηριακή πίεση και ο δείκτης μάζας σώματος. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας μας παρέχουν πολύ λίγα στοιχεία για μία άμεση σχέση μεταξύ της αίσθησης του χιούμορ και των παραπάνω δεικτών υγείας (Svebak et al., 2004).

Η ποιότητα ζωής, όπως έχει οριστεί και προηγουμένως, αφορά και στοιχεία που σχετίζονται με την γενικότερη ψυχική υγεία του ατόμου και με την συναισθηματική του ευεξία. Το χιούμορ έχει αποδειχθεί ότι συσχετίζεται με διάφορους δείκτες ψυχικής υγείας. Μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει πως όσοι χρησιμοποιούν το χιούμορ στη ζωή τους, αισθάνονται καλύτερα συναισθηματικά (Martin, 1996). Όπως είδαμε και στο πρώτο κεφάλαιο το χιούμορ έχει διαχωριστεί σε προσαρμοστικό και δυσπροσαρμοστικό. Σύμφωνα με έρευνες, το προσαρμοστικό χιούμορ συνδέεται με μικρότερη συστολή (Hampes, 2006), υψηλότερη κοινωνική νοημοσύνη και ικανότητα διαχείρισης των συναισθημάτων (Yip & Martin, 2006) και μικρότερη ευαισθησία σε καταθλιπτικά συμπτώματα (Frewen et al., 2008). Ενώ, το δυσπροσαρμοστικό χιούμορ παρουσιάζει αντίθετη σχέση με τους ψυχικούς δείκτες που αναφέρθηκαν παραπάνω. Οι διαφορετικοί τύποι του χιούμορ φαίνεται πως επηρεάζουν διαφορετικά την υγεία του ατόμου. Το προσαρμοστικό χιούμορ συσχετίζεται θετικά με δείκτες ψυχολογικής υγείας, όπως η αυτοεκτίμηση, ενώ το δυσπροσαρμοστικό χιούμορ βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με δείκτες ψυχολογικής δυσφορίας, όπως για παράδειγμα η κατάθλιψη (Hugelshofer et al., 2006). Ο Edwards και ο Martin (2012), επιπρόσθετα, βρήκαν πως το κοινωνικό και το επιθετικό χιούμορ συνδέεται με αυξημένη χρήση ουσιών.

Η πρόσφατη αρθρογραφία προτείνει πως η εξέταση των διαφορετικών τύπων χιούμορ μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση κλινικών προβλημάτων. Σε έρευνα που έγινε σε ένα δείγμα 306 συμμετεχόντων βρέθηκε πως το κοινωνικό και αυτο-εξυψωτικό χιούμορ μετριάζουν τη σχέση μεταξύ συμπτωμάτων κοινωνικού άγχους και κατάθλιψης (Tucker et al., 2013). Αυτά τα αποτελέσματα είναι σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες οι οποίες έχουν αποδείξει πως το κοινωνικό και αυτο-εξυψωτικό χιούμορ δρουν προστατευτικά απέναντι στο άγχος, την κατάθλιψη, τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Fitts et al., 2009; Martin et al., 2003).

Σε έρευνα που έγινε σε ηλικιωμένους, οι οποίοι συμμετείχαν σε ομάδες θεραπείας μέσω του χιούμορ, διερευνήθηκε εάν η συμμετοχή τους θα επηρέαζε την σωματική και ψυχική τους υγεία και

την ποιότητα ζωής τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως τα άτομα που συμμετείχαν στα εργαστήρια παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης και βελτίωση στην ποιότητα ζωής τους όπως και μία θετική επίδραση της ψυχικής τους υγείας (Ganz & Jacobs, 2014).

Οι Crawford & Caltabiano (2011) χώρισαν το δείγμα τους σε 3 ομάδες. Στην ομάδα του χιούμορ, στην κοινωνική ομάδα και στην ομάδα ελέγχου. Το πρόγραμμα διήρκεσε 8 εβδομάδες και τα δεδομένα συλλέχθηκαν κατά την έναρξη, αμέσως μετά το πρόγραμμα και τρεις μήνες μετά. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η ομάδα του χιούμορ σε αντίθεση με τις άλλες δύο ομάδες, παρουσίασε σημαντική αύξηση στους δείκτες της συναισθηματικής ευημερίας. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε αύξηση στην αυτο – αποτελεσματικότητα, στην αισιοδοξία, στις αντιλήψεις σχετικά με τον έλεγχο και στην θετική επίδραση. Ενώ, παρατηρήθηκε μείωση στα επίπεδα του άγχους και στην κατάθλιψη.

Η αίσθηση του χιούμορ μελετήθηκε ως παράγοντας που επηρεάζει τις συναισθηματικές αντιδράσεις των συμμετεχόντων σε συνθήκες στρες. Μετά την έκθεση σε συνθήκη άγχους, οι συμμετέχοντες έλαβαν μία θεραπεία, η οποία περιελάμβανε την προβολή είτε μίας χιουμοριστικής ταινίας, είτε μιας ουδέτερης ταινίας και η τρίτη ομάδα περίμενε χωρίς κάτι να αποσπάσει την προσοχή της. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η θεραπεία με τη χιουμοριστική ταινία μείωσε το άγχος και αύξησε την θετική επίδραση σε σχέση με την ομάδα που τέθηκε σε κατάσταση αναμονής. Ένα χιουμοριστικό γεγονός έχει σημαντικό αντίκτυπο στις συναισθηματικές αντιδράσεις του ανθρώπου όταν βρίσκεται σε συνθήκες στρες, όπως, επίσης και η ίδια η αίσθηση του χιούμορ του ατόμου παίζει σημαντικό ρόλο (Cann et al., 1999).

Φαίνεται πως το χιούμορ είναι ικανό να ρυθμίσει το υπαρξιακό άγχος και το άγχος θανάτου και πως όσοι παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα χιούμορ μπορούν να ωφεληθούν μέσα από παρεμβάσεις μείωσης του υπαρξιακού άγχους με τη χρήση του χιούμορ. Αυτό μπορεί να αποτελέσει τη βάση για μελλοντικές παρεμβάσεις για την ενίσχυση της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής του ανθρώπου. Η τάση του ανθρώπου να χρησιμοποιεί το χιούμορ με σκοπό τη διαχείριση του στρες λειτουργεί ως ρυθμιστής του υπαρξιακού άγχους. Αυτό σημαίνει πως το άτομο που χρησιμοποιεί το χιούμορ συχνά για να αντιμετωπίζει στρεσογόνες καταστάσεις έχει μικρότερη πρόσβαση σε συνειδητές ιδέες σχετικές με το θάνατο σε σύγκριση με κάποιον που δεν κάνει αυτή τη χρήση του χιούμορ. Επομένως, μπορούν πιο εύκολα να διαχειριστούν το υπαρξιακό άγχος (Morgan et al., 2019).

Η ψυχική υγεία φαίνεται πως σχετίζεται τόσο με την παρουσία υγιών και προσαρμοστικών μορφών χιούμορ, όσο και με την απουσία οποιασδήποτε μορφής χιούμορ που θεωρείται ανώριμο και ακατάλληλο. Υπάρχει πλέον μια σχετικά καλή κατανόηση του ευρέος φάσματος των άμεσων και έμμεσων επιδράσεων του χιούμορ και του γέλιου στις αντιλήψεις, τις στάσεις, τις κρίσεις και τα συναισθήματα, που μπορούν να ωφελήσουν τη φυσική και ψυχολογική κατάσταση.

Τα τρέχοντα αποτελέσματα φαίνεται να επιβεβαιώνουν ότι οι πιο χιουμοριστικοί άνθρωποι τείνουν να αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως πιο υγιείς και είναι πιο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους. Συμπερασματικά, λοιπόν, και με βάση όσα αναφέρθηκαν παραπάνω το χιούμορ, ως μία έννοια πολυδιάστατη φαίνεται να σχετίζεται στενά με την ποιότητα της ζωής.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το χιούμορ έχει προσδιοριστεί ως εγγενές κοινωνικό φαινόμενο που εμφανίζεται σε όλες τις ομάδες σε όλη την ανθρώπινη ιστορία. Είναι ανάμεσα στις πιο επικρατούσες μορφές κοινωνικής συμπεριφοράς των ανθρώπων κι όμως είναι λιγότερο κατανοητή ή καθορισμένη. Αν και οι ερευνητές στις διάφορες επιστήμες έχουν μελετήσει τα αποτελέσματα του χιούμορ στους ασθενείς, περιορισμένα αποτελέσματα υπάρχουν σχετικά με τα θεραπευτικά αποτελέσματα στην ποιότητα της καθημερινής ζωής. Η μελέτη των Adamle & Ludwick (2005), οι οποίοι ερεύνησαν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις του χιούμορ σε ψυχιατρικές δομές διαπίστωσαν ότι το χιούμορ ήταν παρόν κατά 85% μεταξύ των 132 νοσοκομειακών ασύλων. Το χιούμορ ήταν αυθόρμητο και συχνό και περιστατικά χιουμοριστικών αλληλεπιδράσεων ήταν κυρίαρχο μέρος της καθημερινότητας (Adamle & Ludwick, 2005).

Θεωρίες για το χιούμορ έχουν αναπτυχθεί από διάφορους επιστημονικούς κλάδους. Τα τελευταία χρόνια η αρθρογραφία για το χιούμορ και τη φροντίδα αυξάνει και πολλά εργαστήρια οργανώνονται από θεραπευτές για τη μελέτη του χιούμορ, τα οποία ενσωματώνουν μορφές εκπαίδευσης με παρουσιάσεις και δραστηριότητες που βασίζονται στο χιούμορ (Lindquist, Tracy & Snyder, 2018). Πολλές ερευνητικές μελέτες διασυνδέουν το χιούμορ με τη διαχείριση του άγχους (Colom, Alcover, Sánchez-Curto & Zárate-Osuna, 2011, Mornhinweg & Voignier, 1995), με τη θεραπεία (Mooney, 2000, Franklin, 2008). Ερευνητές της φροντίδας έχουν προσεγγίσει την προοπτική του χιούμορ στη σύγχρονη κλινική πράξη. Οι Chiang-Hanisko, Adamle & Chiang (2009), έχουν αναγνωρίσει το χιούμορ ως εποικοδομητική παρέμβαση φροντίδας με θετικά σωματικά και ψυχολογικά αποτελέσματα.

Ο Fry (1971) μελέτησε τις επιπτώσεις του αυθόρμητου γέλιου σχετικά με τη λειτουργία της καρδιάς και με το επίπεδο κορεσμού του οξυγόνου του αίματος και περιφερικά αναπνευστικά φαινόμενα. Από τη μελέτη διαπιστώθηκε ότι το συνεχές γέλιο συνεπάγεται εκτεταμένη φυσική δραστηριότητα, αυξάνοντας την αναπνευστική δραστηριότητα και την ανταλλαγή οξυγόνου, τη μυϊκή δραστηριότητα και τον καρδιακό ρυθμό, και τονώνει το καρδιαγγειακό σύστημα, το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, και την παραγωγή κατεχολαμίνων. Οι Fry και Savin (1988) διερεύνησαν τις επιπτώσεις του χιούμορ στην υπέρταση και διαπίστωσαν ότι η αύξηση στη συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση συσχετίζεται θετικά με την ένταση και τη διάρκεια του γέλιου.

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση της χρήσης του χιούμορ και η διασύνδεσή του με την ποιότητα ζωής και το ψυχολογικό τους προφίλ.

Συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ερωτήματα και οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Το χιούμορ συνδέεται με συνθήκες που οδηγούν στο στιγματισμό και τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου παράγοντες που οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη. Ως προς τη στάση τους απέναντι στο χιούμορ, η υπόθεσή μας είναι ότι τα άτομα που χρησιμοποιούν το χιούμορ με ώριμο τρόπο θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα γενικής υγείας και υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με το δείγμα των ατόμων που εμφανίζουν ανώριμη στάση απέναντι στο χιούμορ.
- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση της στάσης απέναντι στο χιούμορ με την ποιότητα ζωής και το ψυχολογικό προφίλ και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα αυτής της σχέσης. Κατά συνέπεια, ως προς το ψυχολογικό προφίλ και τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας, η υπόθεσή μας είναι ότι τα άτομα που κάνουν χρήση του χιούμορ με ώριμο τρόπο θα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με το δείγμα των ατόμων που χρησιμοποιούν το χιούμορ με ανώριμο τρόπο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Ψυχική Υγεία» του ΤΕΙ Θεσσαλίας, από τον Ιανουάριο του 2019 έως τον Σεπτέμβριο του 2019 και στόχος της μελέτης ήταν η διερεύνηση της χρήσης του χιούμορ και η διασύνδεσή του με την ποιότητα ζωή και τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν άτομα του υγιούς πληθυσμού.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη ορίστηκαν ως οι εξής:

1. Τα άτομα να είναι υγιή και να είναι Έλληνες υπήκοοι και να έχουν καλή γνώση της Ελληνικής γλώσσας.
2. Να είναι άνω των 18 ετών
3. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
4. Την απόφαση για το αν πληρούνται οι κατάλληλες προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα λαμβάνει η μεταπτυχιακή φοιτήτρια- ερευνήτρια, από κοινού με την επιβλέπουσα καθηγήτρια.

Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα ενημερώνονταν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιωνόταν για την ανωνυμία τους και το απόρρητο της διαδικασίας. Ο κάθε συμμετέχων καλούνταν να δημιουργήσει έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, με τον οποίο θα συμμετείχε στη διαδικασία της έρευνας (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη η διαδικασία

διεκπεραιωνόταν από τα ίδια τα άτομα, οπότε ελαττώθηκαν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίστηκε ένα σταθερό πλαίσιο, με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα.

2.1. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ

Στην παρούσα μελέτη, μελετήθηκαν 24 άνδρες (ποσοστό 24,7%) και 73 γυναίκες (ποσοστό 75,3%), σύνολο 97 άτομα μέσης ηλικίας $41,96 \pm 13,81$ ετών, με εύρος 24- 80. Ετών.

2.2. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Στο κάθε άτομο που συμφωνούσε να λάβει μέρος στην ερευνητική διαδικασία δόθηκε ένας ανοιχτός φάκελος, στον οποίο εμπεριεχόταν το ερωτηματολόγιο. Κατόπιν της επιστροφής των φακέλων, πραγματοποιήθηκε από την ίδια τη μεταπτυχιακή ερευνήτρια η κωδικοποίηση και η καταγραφή των ερωτηματολογίων των ατόμων, ενώ, με τη βοήθεια της επιβλέπουσας καθηγήτριας, έλαβε χώρα η διαδικασία αξιολόγησης των ψυχομετρικών εργαλείων της έρευνας.

Αναλυτικότερα, για την πραγματοποίηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν τα ερευνητικά εργαλεία που παρουσιάζονται παρακάτω.

2.3. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

2.3.1. Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας (Short- Form Health Survey) SF- 36 (Ware & Sherbourne, 1992)

Το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας SF-36, αφορά τη μέτρηση οκτώ διαστάσεων της ποιότητας ζωής που έχει να κάνει με την υγεία. Οι οκτώ διαστάσεις που μετρώνται είναι οι παρακάτω: Η φυσική λειτουργικότητα (PF), ο σωματικός ρόλος (RP), ο σωματικός πόνος (BP), η γενική υγεία (GH), η ζωτικότητα (VT), η κοινωνική λειτουργικότητα (SF), ο συναισθηματικός ρόλος (RE), καθώς και η πνευματική- ψυχική υγεία (MH) (Ware & Sherbourne, 1992). Οι 36 ερωτήσεις προέκυψαν από μια πηγή 149 ερωτήσεων, κατόπιν της συλλογής, της επεξεργασίας και τελικώς της επιλογής που πραγματοποιήθηκε από τους ερευνητές της Μελέτης Ιατρικών Αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study, MOS). Η παραπάνω πηγή αναπτύχθηκε ύστερα από

αξιολόγηση διαφόρων οργάνων μέτρησης, που χρησιμοποιούνται την τελευταία εικοσαετία, για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Από τις 8 επιμέρους κλίμακες, που προαναφέρθηκαν, προκύπτουν περιληπτικές μετρήσεις δύο γενικών κλιμάκων, αυτών της σωματικής και της ψυχικής υγείας. Η κλίμακα επισκόπησης της υγείας SF-36 διατίθεται για αυτοσυμπλήρωση, για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο ή δια τηλεφώνου, και αφορά άτομα ηλικίας 14 ετών και άνω. Επιπλέον, χρήση της έχει γίνει σε μελέτες σχετικά με την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού των ΗΠΑ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνεται μεταξύ 5 με 10 λεπτών. Η SF-36 παρουσιάζει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, ενώ υπάρχουν βαθμολογίες για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μέτρησης που προκύπτουν από τις διάφορες μορφές της κλίμακας. Η αξιοπιστία της προκύπτει από την ευρεία χρήση της σε μελέτες γενικού πληθυσμού, καθώς μετρά τις βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής και δύναται να εκτιμήσει το αποτέλεσμα ποικίλων θεραπευτικών πράξεων της ιατρικής. Η SF-36 εμφανίζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία και στον ελληνικό πληθυσμό.

Κάθε διάσταση βαθμολογείται σε μια κλίμακα από το 0 έως το 100, με 0 βαθμούς να αντιστοιχούν στην χειρότερη κατάσταση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα της ζωής και 100 βαθμούς να αντιστοιχούν στην βέλτιστη δυνατή κατάσταση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (McHorney et al., 1993). Και οι οκτώ διαστάσεις είναι δυνατό να συμπεριληφθούν σε δύο συνολικά αποτελέσματα των υποκλιμάκων, τα οποία αφορούν την σωματική υγεία και την πνευματική- ψυχική υγεία (McHorney et al., 1994) και ως μετρήσιμοι δείκτες ονομάζονται PCS-36 (για τη σωματική υγεία) και MCS-36 (για την ψυχική υγεία).

2.3.2. Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας

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 (Ντόνιας και συν, 1991).

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

Το ερωτηματολόγιο Ανάδειξης των μορφών του χιούμορ (HSQ), αναπτύχθηκε από τους Martin et al. 2003), και αφορά στην καταγραφή των τρόπων που κάποιος χρησιμοποιεί το χιούμορ. Αποτελείται από 32 ερωτήσεις, στη βάση 4 υποκλιμάκων των 8 ερωτήσεων, οι οποίες αξιολογούν διαφορετικά στυλ χιούμορ: Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια επτάβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Η εσωτερική συνέπεια (Cronbach α) του ερωτηματολογίου είναι 0,80 για την κλίμακα του υποστηρικτικού χιούμορ, 0,81 για την κλίμακα του αυτοενισχυτικού, 0,77 για την κλίμακα του επιθετικού χιούμορ, και 0,80 για την κλίμακα του αυτοκαταστροφικού χιούμορ.

2.3.4. Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ψυχομετρικά εργαλεία που προαναφέρθηκαν, στους συμμετέχοντες δόθηκε ερωτηματολόγιο ερωτήσεων σχετικά με τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (τόπος διαμονής, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, παιδιά, εγγόνια, αδέρφια, εργασιακό) και την ταυτότητά τους (ηλικία και φύλο).

2.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ

Κατά τη διάρκεια της ανάλυσης που έλαβε χώρα με στόχο την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, έγινε χρήση περιγραφικών στοιχείων των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση), για απαντήσεις των ερωτηθέντων σε κάθε κλίμακα και υποκλίμακα.

Στη συνέχεια έγινε σύγκριση των μέσων τιμών των ομάδων. Για τη σύγκριση των δύο κατανομών ακολουθήθηκε η δοκιμασία t test, εφόσον οι έλεγχοι για την κανονικότητα των κατανομών μέσω των test των Kolmogorov- Smirnov πιστοποίησαν ότι ήταν αποδεκτή η υπόθεση της κανονικότητας για τις περισσότερες μεταβλητές (Γναρδέλλης, 2006).

Για τις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων έγινε χρήση της δοκιμασίας X^2 του Pearson για πίνακες 3x2 και 2x2 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000). Σε περίπτωση που δεν πληρούνταν οι προϋποθέσεις εφαρμογής του παραπάνω, ακολουθήθηκε η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test) (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

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

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

Οι στατιστικές αναλύσεις για τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών πραγματοποιήθηκαν στα προγράμματα Excel και SPSS (Γναρδέλλης, 2006), ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούσαν τις συγκρίσεις μεταξύ των ποσοτικών και των κατηγορικών μεταβλητών και τις συσχετίσεις των μεταβλητών πραγματοποιήθηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS (Γναρδέλλης, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΈΛΕΓΧΟΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

3.1 ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

Η αξιοπιστία των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη επαληθεύτηκε μέσω του υπολογισμού του α του Cronbach.

Πίνακας 3.1 Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach

Ερωτηματολόγιο	Συντελεστής α του Cronbach
SF-36	0,702
SCL-90	0,963
HSQ	0,674

Όπως διαπιστώνεται από τον παραπάνω πίνακα, η πλειοψηφία των ερωτηματολογίων είναι δυνατό να θεωρηθούν αξιόπιστα, καθώς ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach προκύπτει μεγαλύτερος ή κοντά του 0,7.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

4.1. Κοινωνικο – δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ερωτώμενων που έλαβαν μέρος στην παρούσα μελέτη, καθώς και οι απαντήσεις τους στις επιπλέον ερωτήσεις, που τέθηκαν στο ερωτηματολόγιο των κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων, παρουσιάζονται αναλυτικά στους πίνακες του παρόντος κεφαλαίου.

Σε ό, τι αφορά το φύλο των ασθενών, οι 2 στους 10 περίπου ήταν άνδρες και σχεδόν οι 7 στους 10 ήταν γυναίκες και η μέση ηλικία τους ήταν $41,96 \pm 13,81$ ετών, με εύρος 24- 80. Ετών.

Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα 4.1.1, 4 στους 10 από τους συμμετέχοντες στην έρευνα ζούσαν σε πόλη με λιγότερους από 150.000 κατοίκους και ο ίδιος αριθμός συμμετεχόντων κατοικούσαν σε πόλη με πληθυσμό πάνω από 150.000 κατοίκους. 5 στους 10 περίπου ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ και 3 στους 10 είχαν μεταπτυχιακό. Δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τον τόπο διαμονής και το εκπαιδευτικό επίπεδο με τη σύγκριση του Likelihood Ratio ($P=0.159$ και $P=0.146$).

Πίνακας 4.1.1 Περιγραφή και διαφορές κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ανδρών και γυναικών του δείγματος

Μεταβλητές	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	P
	N (%)	N (%)	N (%)	
	24 (24,7)	73 (75.3)	97 (100)	
Τόπος Διαμονής				
Χωριό/Κωμόπολη	5 (20.8)	12 (16.4)	17 (17.5)	
Πόλη <150.000 κατοίκους	13 (54.2)	27 (37.0)	40 (41.2)	L.R.= 3.680 p= 0.159
Πόλη >150.000 κατοίκους	6 (25.0)	34 (46.6)	40 (41.2)	
Εκπαιδευτικό Επίπεδο				
Απόφοιτος Δημοτικού	0 (0.0)	3 (4.1)	3 (3.1)	
Απόφοιτος Λυκείου	4 (16.7)	12 (16.4)	16 (16.5)	Fisher ExactTest= 4.946 p= 0.146
Απόφοιτος ΑΕΙ	16 (66.7)	31 (42.5)	47 (48.5)	
Μεταπτυχιακά	4 (16.7)	27 (37.0)	31 (32.0)	

Σημείωση:

Fisher Exact test = η τιμή του Fisher Exact test, όπως εξάγεται από το SPSS. L.R.= η τιμή του Likelihood Ratio, όπως εξάγεται από το SPSS.

Σύμφωνα με τον πίνακα 4.1.2, σε ό, τι αφορά την εργασιακή κατάσταση των συμμετεχόντων στο δείγμα η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν δημόσιοι και ιδιωτικοί υπάλληλοι. Η σύγκριση της εργασιακής κατάστασης δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά, με το Fisher Exact test ($P=0,226$).

Πίνακας 4.1.2

Περιγραφή και διαφορές εργασιακής κατάστασης των ανδρών και γυναικών του δείγματος.

Μεταβλητές	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	P
	N (%)	N (%)	N (%)	
	24 (24,7)	73 (75,3)	97 (100)	
Εργασιακή Κατάσταση				
Άνεργος	0 (0.0)	6 (8.2)	6 (6.2)	Fisher Exact test = 6.549 p= 0.226
Οικιακά	0 (0.0)	4 (5.5)	4 (4.1)	
Αυτοαπασχολού μενος	2 (8.3)	13 (17.8)	15 (15.5)	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	7 (29.2)	17 (23.3)	24 (24.7)	
Δημόσιος Υπάλληλος	9 (37.5)	26 (35.6)	35 (36.1)	
Συνταξιούχος	6 (25.0)	7 (9.6)	13 (13.4)	

Σημείωση:

Fisher Exact test = η τιμή του Fisher Exact test, όπως εξάγεται από το SPSS.

Σύμφωνα με τα δεδομένα του πίνακα 4.1.3, όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος, οι 5 στους 10 περίπου ήταν έγγαμοι και οι υπόλοιποι 5 στους 10 περίπου ήταν άγαμοι. Η σύγκριση με το Fisher Exact Test δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($P= 0,128$). Στατιστικά σημαντική διαφορά δεν υπήρξε ως προς την ύπαρξη ή μη αδελφών γενικά, με το Likelihood Ratio ($P= 0,283$). Ωστόσο, στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά ως προς την ύπαρξη ή μη αδελφής, ανέδειξε η σύγκριση μεταξύ ανδρών και γυναικών, με το Likelihood Ratio ($P=0,088$), ενώ ως προς την ύπαρξη αδελφού προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά με το Likelihood Ratio ($P=0,038$).

Δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την ύπαρξη παιδιών με το Likelihood Ratio ($P=0,217$).

Σε ό, τι αφορά τη διαμονή των ανδρών και των γυναικών οι 6 στους 10 περίπου διέμεναν με τον σύντροφό τους, όμως δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά, από τη σύγκριση των δύο φύλων, με το Fisher Exact test (P=1,000).

Σε ό, τι αφορά την ύπαρξη φίλων, οι 10 στους 10 συμμετέχοντες ανέφεραν ότι είχαν φίλους στο παρελθόν και οι 10 στους 10 περίπου, επίσης, ότι συνεχίζουν να έχουν σήμερα, με στατιστικά ενδεικτικής σημαντικότητας διαφορά από τη σύγκριση με το Likelihood Ratio (P=.0093) για την ύπαρξη των σημερινών φίλων.

Πίνακας 4.1.3

Περιγραφή και διαφορές της οικογενειακής κατάστασης και των οικογενειακών σχέσεων μεταξύ των ανδρών και γυναικών του δείγματος.

Μεταβλητές	Ανδρες	Γυναίκες	Σύνολο	P
	N (%)	N (%)	N (%)	
	24 (24,7)	73 (75.3)	97 (100)	
Οικογενειακή Κατάσταση				
Άγαμος (η)	7 (29.2)	38 (52.1)	45 (46.4)	Fisher ExactTest= 5.423 p= 0.128
Έγγαμος (η)	15 (62.5)	31 (42.5)	46 (47.4)	
Διαζευγμένος (η)	2 (8.3)	2 (2.7)	4 (4.1)	
Χήρος (α)	0 (0.0)	2 (2.7)	2 (2.1)	
Αδέλφια				
Ναι	24 (100.0)	71 (97.3)	95 (97.9)	L.R= 1.151
Όχι	0 (0.0)	2 (2.7)	2 (2.1)	p =0.283
Έχετε αδελφή;				
Ναι	10 (41.7)	45 (61.6)	55 (56.7)	L.R = 2.918
Όχι	14 (58.3)	28 (38.4)	42 (43.3)	p= 0.088
Έχετε αδελφό;				
Ναι	19 (79.2)	41 (56.2)	60 (61.9)	L.R = 4.314
Όχι	5 (20.8)	32 (43.8)	37 (38.1)	p= 0.038
Παιδιά				
Ναι	13 (54.2)	29 (39.7)	42 (43.3)	L.R = 1.524
Όχι	11 (45.8)	44 (60.3)	55 (56.7)	p= 0.217
Με ποιον μένετε;				
Μόνος	8 (33.3)	20 (31.7)	28 (32.2)	Fisher ExactTest= 1.196 p= 1.000
Με τον σύντροφο	14 (58.3)	37 (58.7)	51 (58.6)	
Με κάποιον φίλο/η	0 (0.0)	1 (1.6)	1 (1.1)	
Με την αδελφή	0 (0.0)	1 (1.6)	1 (1.1)	

Με τα παιδιά μου	2 (8.3)	4 (6.3)	6 (6.9)	
Είχατε φίλους στο παρελθόν;				
Ναι	24 (100.0)	73 (100.0)	97 (100.0)	
Όχι	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Σήμερα έχετε φίλους;				
Ναι	23 (95.8)	73 (100.0)	96 (99.0)	L.R.= 2.825
Όχι	1 (4.2)	0 (0.0)	1 (1.0)	p=0.093

Σημείωση:

Fisher Exact test = η τιμή του Fisher Exact test, όπως εξάγεται από το SPSS. L.R.= η τιμή του Likelihood Ratio, όπως εξάγεται από το SPSS.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της εργασίας, που αφορούν συγκρίσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών, ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά στα οποία μελετήθηκαν, καθώς και τις συσχετίσεις των μεταβλητών της ψυχοπαθολογίας, της ποιότητας ζωής και του χιούμορ. 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 ερωτήσεις ταξινομημένες σε τρία ερωτηματολόγια. Από αυτές τις ερωτήσεις 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 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.
Humor Styles Questionnaire (HSQ; Martin et al.) (οι προτάσεις σημειωμένες με αστερίσκο έχουν αντίστροφη μέτρηση. Για παράδειγμα: 1=7, 2=6, 3=5, 4=4, 5=3, 6=2, 7=1)	
Υποστηρικτικό Χιούμορ (Affiliative humor)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1*, 5, 9*, 13, 17*, 21, 25*, 29
Αυτοενισχυτικό Χιούμορ (Self-Enhancing humor)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 6, 10, 14, 18, 22*, 26, 30
Επιθετικό Χιούμορ (Aggressive humor)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 7*, 11, 15*, 19, 23*, 27, 31*
Αυτοκαταστροφικό Χιούμορ (SelfDefeating humor)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 8, 12, 16*, 20, 24, 28, 32
Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας – Short-Form Health Survey (SF- 36)	
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 και 12, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Σωματικός ρόλος (RP)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 14, 15 και 16, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.

Συναισθηματικός ρόλος (RE)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 17, 18 και 19, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Ζωτικότητα (VT)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 23, 27, 29 και 31, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Ψυχική υγεία (MH)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 24, 25, 26, 28 και 30, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Κοινωνικός ρόλος (SF)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 20 και 32, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Σωματικός πόνος (BP)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 21 και 22, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Γενική υγεία (GH)	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1,2, 33, 34, 35 και 36, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	Το άθροισμα των υποκλιμάκων RF, RP, BP & GH
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	Το άθροισμα των υποκλιμάκων RE, VT, MH & SF

5.2. Διαφοροποιήσεις ψυχολογικών εργαλείων των ερωτώμενων ως προς το φύλο τους.

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των ερωτώμενων ως προς το φύλο τους. 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 εξήντα έξι κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

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

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, παρόλο που στον πίνακα 5.2 όπου και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εφαρμογής του $T - Test$ στις κλίμακες στις οποίες εμφανίστηκε από στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά έως και σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, προστέθηκαν και οι κλίμακες στις οποίες έδειξαν ενδεικτικής σημαντικότητας στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

Πίνακας 5.2: Διαφοροποιήσεις ψυχομετρικών εργαλείων μεταξύ ερωτώμενων ως προς το φύλο τους.

	Φύλο	Mean	Std. Deviation	T –Test	P
Σωματοποίηση (Somatization)	ΑΝΔΡΑΣ	6,38	5,867	-1,323	,189
	ΓΥΝΑΙΚΑ	8,49	7,077		
Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	ΑΝΔΡΑΣ	6,92	5,413	-2,682	,009
	ΓΥΝΑΙΚΑ	10,29	5,319		
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	ΑΝΔΡΑΣ	5,50	4,263	-1,210	,229
	ΓΥΝΑΙΚΑ	6,81	4,695		
Κατάθλιψη (Depression)	ΑΝΔΡΑΣ	7,46	5,695	-2,406	,018
	ΓΥΝΑΙΚΑ	11,08	6,610		
Άγχος (Anxiety)	ΑΝΔΡΑΣ	3,63	4,698	-1,681	,096
	ΓΥΝΑΙΚΑ	5,86	5,933		
Επιθετικότητα (Hostility)	ΑΝΔΡΑΣ	2,63	3,090	-1,376	,172
	ΓΥΝΑΙΚΑ	3,77	3,657		
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	ΑΝΔΡΑΣ	,67	1,404	-2,769	,007
	ΓΥΝΑΙΚΑ	2,96	3,963		
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	ΑΝΔΡΑΣ	5,08	3,729	-,309	,758
	ΓΥΝΑΙΚΑ	5,34	3,513		
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	ΑΝΔΡΑΣ	4,17	3,841	-1,289	,200
	ΓΥΝΑΙΚΑ	5,42	4,239		
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	ΑΝΔΡΑΣ	,528704	,3529329	-1,998	,049
	ΓΥΝΑΙΚΑ	,729680	,4486569		
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	ΑΝΔΡΑΣ	1,652389	,3766512	,965	,337
	ΓΥΝΑΙΚΑ	1,572383	,3441672		
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	ΑΝΔΡΑΣ	28,42	16,426	-2,641	,010
	ΓΥΝΑΙΚΑ	39,89	19,071		
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	ΑΝΔΡΑΣ	86,46	20,349	,199	,842
	ΓΥΝΑΙΚΑ	85,62	17,097		
Σωματικός ρόλος (RP)	ΑΝΔΡΑΣ	90,63	24,241	1,763	,081
	ΓΥΝΑΙΚΑ	76,37	37,008		
Σωματικός πόνος (BP)	ΑΝΔΡΑΣ	78,02	22,202	-,121	,904
	ΓΥΝΑΙΚΑ	78,63	21,111		
Γενική υγεία (GH)	ΑΝΔΡΑΣ	65,28	19,021	,478	,634

		ΓΥΝΑΙΚΑ	63,47	15,015		
Συναισθηματικός ρόλος (RE)		ΑΝΔΡΑΣ	91,67	17,720	2,264	,026
		ΓΥΝΑΙΚΑ	74,43	35,798		
Ζωτικότητα (VT)		ΑΝΔΡΑΣ	50,42	8,712	-,752	,454
		ΓΥΝΑΙΚΑ	52,53	12,832		
Ψυχική υγεία (MH)		ΑΝΔΡΑΣ	80,67	15,364	2,646	,010
		ΓΥΝΑΙΚΑ	70,58	16,470		
Κοινωνικός ρόλος (SF)		ΑΝΔΡΑΣ	88,02	17,083	2,552	,012
		ΓΥΝΑΙΚΑ	76,03	20,808		
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)		ΑΝΔΡΑΣ	320,38	72,573	,965	,337
		ΓΥΝΑΙΚΑ	304,09	71,511		
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)		ΑΝΔΡΑΣ	310,77	39,659	2,639	,010
		ΓΥΝΑΙΚΑ	273,57	65,060		
Υποστηρικτικό Χιούμορ		ΑΝΔΡΑΣ	32,83	4,093	-,608	,545
		ΓΥΝΑΙΚΑ	33,36	3,505		
Αυτοενισχυτικό Χιούμορ		ΑΝΔΡΑΣ	35,67	9,135	-1,518	,132
		ΓΥΝΑΙΚΑ	38,18	6,210		
Επιθετικό Χιούμορ		ΑΝΔΡΑΣ	25,29	8,554	,207	,837
		ΓΥΝΑΙΚΑ	24,93	6,989		
Αυτοκαταστροφικό Χιούμορ		ΑΝΔΡΑΣ	27,33	8,176	,564	,574
		ΓΥΝΑΙΚΑ	26,41	6,512		

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε οι γυναίκες διαφέρουν από τους άνδρες και εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή στις κλίμακες :

1. Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive) (SCL – 90)
 2. Κατάθλιψη (Depression) (SCL – 90)
 3. Φοβικό άγχος (Phobic anxiety) (SCL – 90)
 4. Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ) (SCL – 90)
 5. Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ) (SCL – 90)
- και στατιστικά μικρότερη μέση τιμή από τους άνδρες στις κλίμακες:

1. Συναισθηματικός ρόλος (RE) (SF-36)

2. Ψυχική υγεία (MH) (SF-36)
3. Κοινωνικός ρόλος (SF) (SF-36)
4. Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS) (SF-36)

5.3. Διαφοροποιήσεις ψυχολογικών εργαλείων των ερωτώμενων ως προς την ύπαρξη υπέρτασης.

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στις τιμές των κλιμάκων μεταξύ των ερωτώμενων ως προς την ύπαρξη υπέρτασης. 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 εξήντα έξι κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

Στατιστική Υπόθεση : Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή μεταξύ της ομάδας των ερωτώμενων που έχουν υπέρταση και της ομάδας των ερωτώμενων που δεν έχουν υπέρταση.

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, παρόλο που στον πίνακα 5.3 όπου και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εφαρμογής του T – Test στις κλίμακες στις οποίες εμφανίστηκε από στατιστικά πάρα πολύ σημαντική διαφορά έως και σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, προστέθηκαν και οι κλίμακες στις οποίες έδειξαν ενδεικτικής σημαντικότητας στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων.

Πίνακας 5.3: Διαφοροποιήσεις ψυχομετρικών εργαλείων μεταξύ ερωτώμενων ως προς την ύπαρξη υπέρτασης

	Υπέρταση	Mean	Std. Deviation	T –Test	P
Σωματοποίηση (Somatization)	NAI OXI	6,25 8,12	7,686 6,775	-,741	,460
Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	NAI OXI	8,50 9,54	8,036 5,283	-,509	,612
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	NAI OXI	9,50 6,21	7,251 4,249	1,962	,053
Κατάθλιψη (Depression)	NAI OXI	11,13 10,10	9,188 6,334	,421	,675
Άγχος (Anxiety)	NAI OXI	2,88 5,53	3,758 5,821	-1,262	,210
Επιθετικότητα (Hostility)	NAI OXI	3,50 3,48	3,928 3,533	,013	,990
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	NAI OXI	2,13 2,42	2,475 3,735	-,215	,830
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	NAI OXI	5,38 5,27	4,340 3,499	,080	,936
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	NAI OXI	3,25 5,28	3,882 4,164	-1,328	,187
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	NAI OXI	,662500 ,681523	,5428365 ,4266973	-,118	,906
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	NAI OXI	1,895177 1,564943	,3405387 ,3420320	2,617	,010
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	NAI OXI	30,25 37,66	21,979 18,765	-1,056	,294
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	NAI OXI	72,50 87,02	34,017 15,424	-2,251	,027
Σωματικός ρόλος (RP)	NAI OXI	75,00 80,34	46,291 33,809	-,415	,679
Σωματικός πόνος (BP)	NAI	73,75	35,507	-,655	,514

		OXI	78,90	19,775		
Γενική υγεία (GH)		NAI	56,25	25,000		
		OXI	64,61	14,972	-1,421	,158
Συναισθηματικός ρόλος (RE)		NAI	79,17	39,591		
		OXI	78,65	32,663	,042	,967
Ζωτικότητα (VT)		NAI	48,13	6,512		
		OXI	52,36	12,273	-,961	,339
Ψυχική υγεία (MH)		NAI	74,50	27,208		
		OXI	72,94	15,667	,251	,802
Κοινωνικός ρόλος (SF)		NAI	78,13	33,240		
		OXI	79,07	19,289	-,124	,901
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)		NAI	277,50	134,532		
		OXI	310,87	63,895	-1,264	,209
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)		NAI	279,92	95,207		
		OXI	283,03	58,623	-,136	,892
Υποστηρικτικό Χιούμορ		NAI	33,13	4,291		
		OXI	33,24	3,609	-,082	,935
Αυτοενισχυτικό Χιούμορ		NAI	38,63	12,501		
		OXI	37,46	6,490	,444	,658
Επιθετικό Χιούμορ		NAI	25,25	6,274		
		OXI	25,00	7,482	,092	,927
Αυτοκαταστροφικό Χιούμορ		NAI	26,63	6,696		
		OXI	26,64	6,984	-,006	,995

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε αυτοί που έχουν υπέρταση διαφέρουν από αυτούς που δεν έχουν υπέρταση και εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή στην κλίμακα:

1. Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)

Και όσοι δεν έχουν υπέρταση διαφέρουν από αυτούς που έχουν και εμφανίζουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή στην κλίμακα:

1. Σωματική λειτουργικότητα (PF) (SF-36)

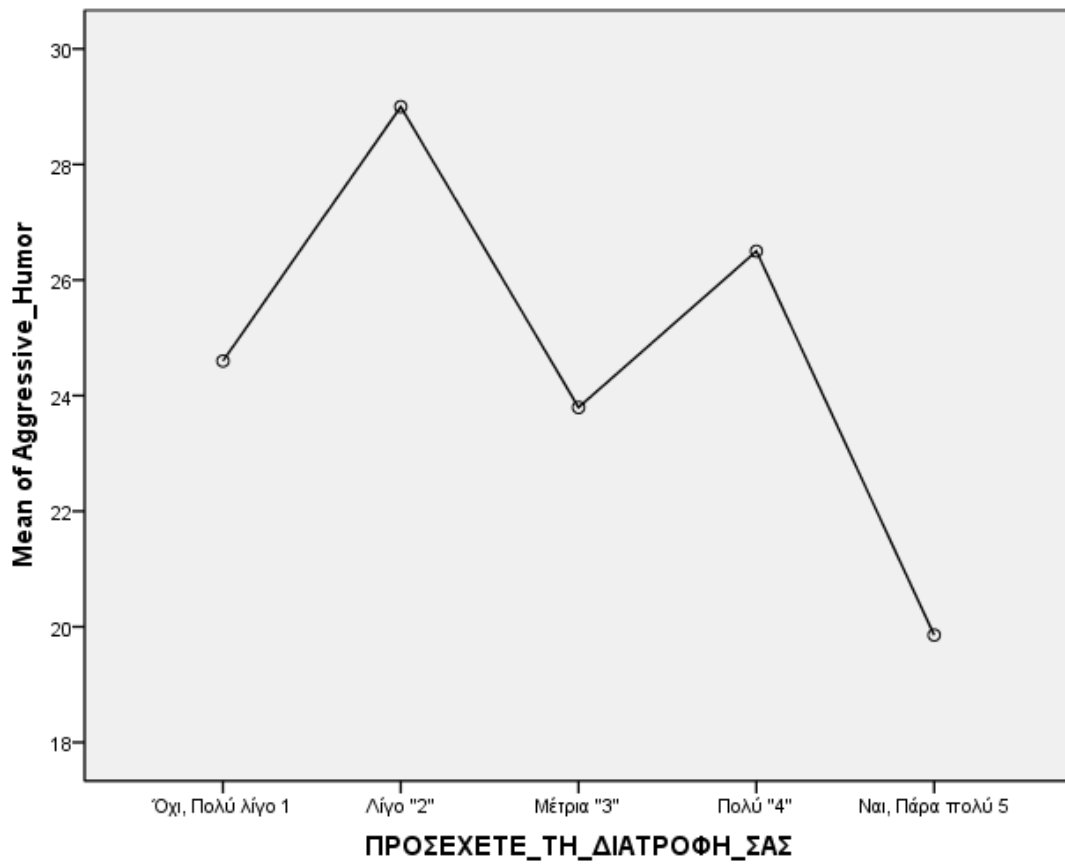
5.4. Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών φροντίδας της Διατροφής

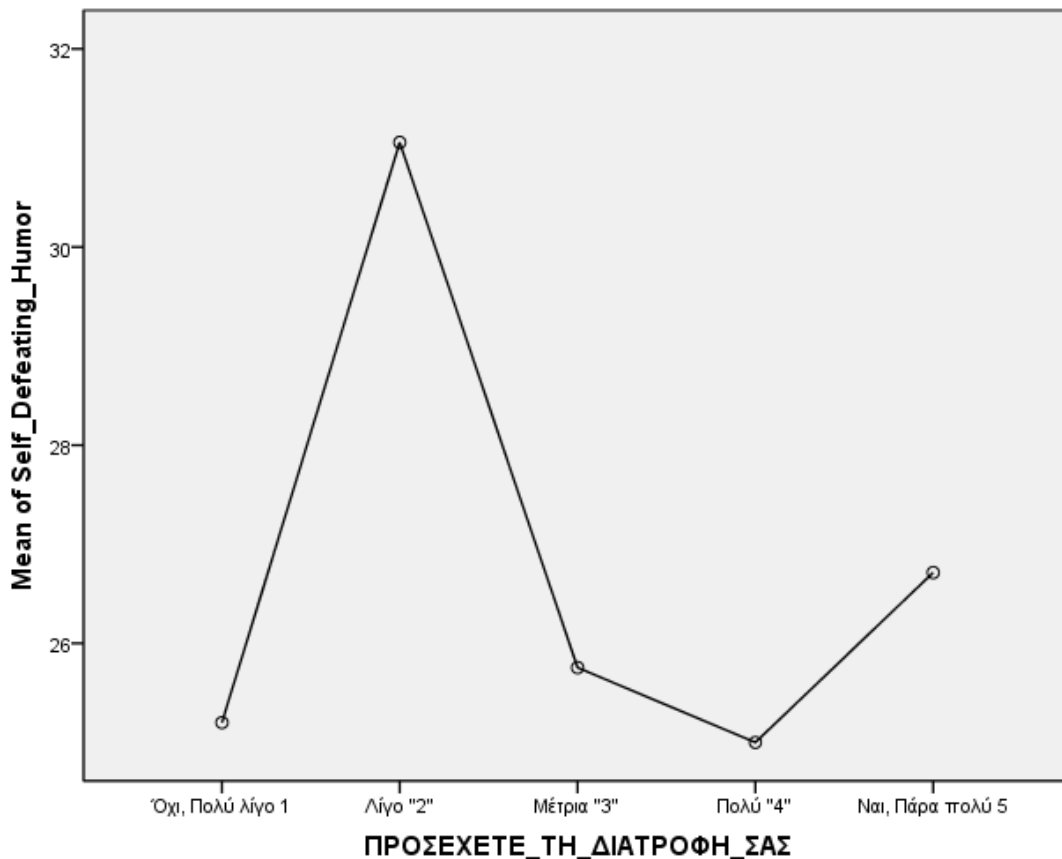
Στον πίνακα 5.4, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του είδους της φροντίδας της διατροφής των ερωτώμενων όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Οι κατηγορίες ήταν α) η υψηλή φροντίδα της διατροφής τους, β) η καλή φροντίδα της διατροφής τους, γ) η μέτρια φροντίδα της διατροφής τους, δ) η χαμηλή φροντίδα της διατροφής τους, και ε) η παντελής έλλειψη φροντίδας της διατροφής τους, Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Επιθετικό Χιούμορ (Aggressive humor) ($p = 0,025$)
2. Αυτοκαταστροφικό Χιούμορ (Self-Defeating humor) ($p = 0,049$)

Πίνακας 5.4: Διαφοροποιήσεις μεταξύ είδους φροντίδας της διατροφής των ερωτώμενων		
	F	p
Humor Styles Questionnaire (HSQ; Martin et al.)		
Υποστηρικτικό Χιούμορ (Affiliative humor)	,599	,664
Αυτοενισχυτικό Χιούμορ (Self-Enhancing humor)	,422	,793
Επιθετικό Χιούμορ (Aggressive humor)	2,917	,025
Αυτοκαταστροφικό Χιούμορ (Self-Defeating humor)	2,479	,049





5.5. Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών φροντίδας της σωματικής άσκησης

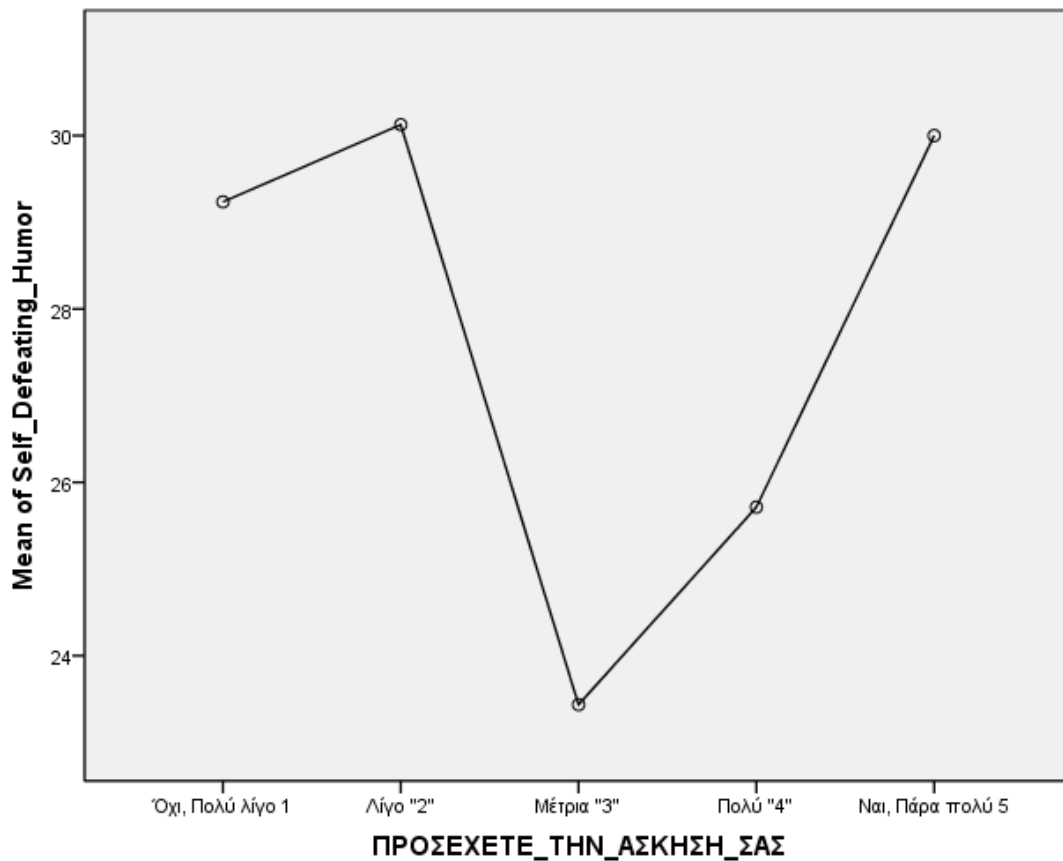
Στον πίνακα 5.5, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του είδους της φροντίδας της σωματικής άσκησης των ερωτώμενων όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Οι κατηγορίες ήταν α) η υψηλή φροντίδα της σωματικής άσκησής τους, β) η καλή φροντίδα της σωματικής άσκησής τους, γ) η μέτρια φροντίδα της σωματικής άσκησής τους, δ) η χαμηλή φροντίδα της σωματικής άσκησής τους, και ε) η παντελής έλλειψη φροντίδας της σωματικής άσκησής τους, Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Αυτοκαταστροφικό Χιούμορ (Self-Defeating humor) ($p=0,001$)

Πίνακας 5.5: Διαφοροποιήσεις μεταξύ είδους φροντίδας της σωματικής άσκησης των ερωτώμενων

	F	p
Humor Styles Questionnaire (HSQ; Martin et al.)		
Υποστηρικτικό Χιούμορ (Affiliative humor)	,289	,885
Αυτοενισχυτικό Χιούμορ (Self- Enhancing humor)	1,093	,365
Επιθετικό Χιούμορ (Aggressive humor)	,929	,451
Αυτοκαταστροφικό Χιούμορ (Self-Defeating humor)	5,221	,001



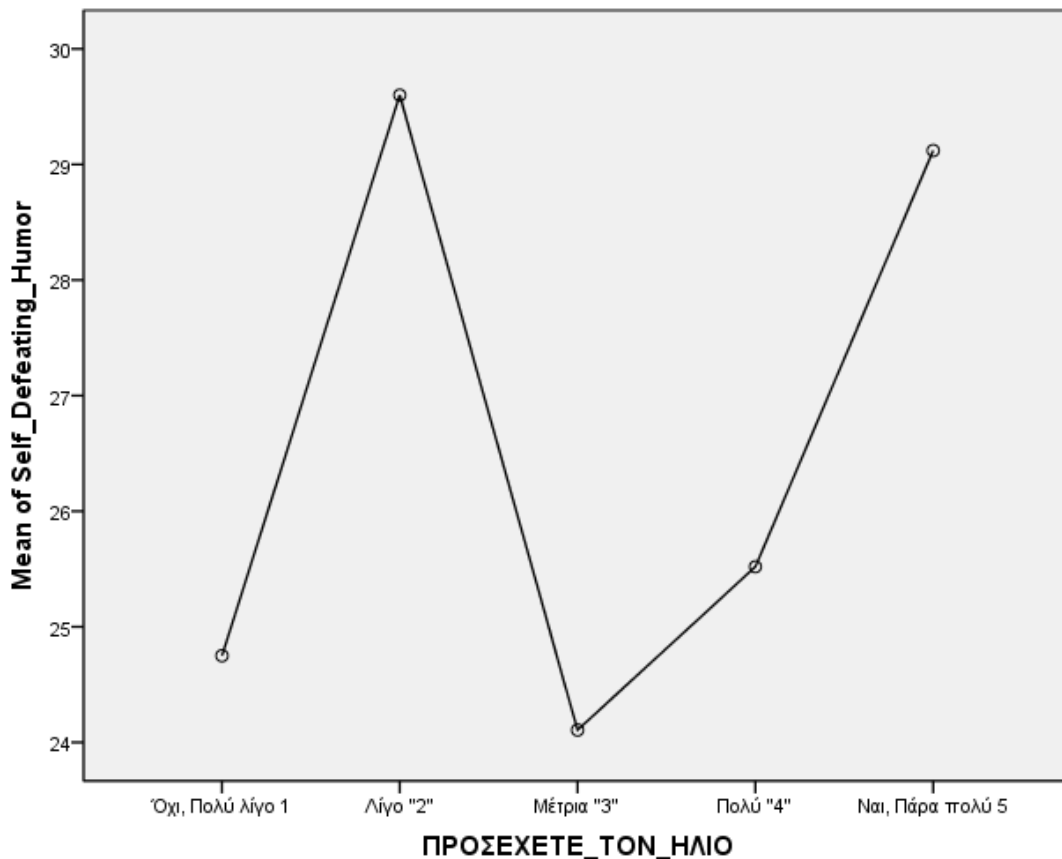
5.6. Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών της προστασίας από τον ήλιο

Στον πίνακα 5.6, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του είδους της προστασίας από τον ήλιο των ερωτώμενων όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Οι κατηγορίες ήταν α) η υψηλή προστασία από τον ήλιο, β) η καλή προστασία από τον ήλιο, γ) η μέτρια προστασία από τον ήλιο, δ) η χαμηλή προστασία από τον ήλιο, και ε) η παντελής έλλειψη προστασίας από τον ήλιο. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Αυτοκαταστροφικό Χιούμορ (Self-Defeating humor) ($p = 0,027$)

	F	p
Humor Styles Questionnaire (HSQ; Martin et al.)		
Υποστηρικτικό Χιούμορ (Affiliative humor)	1,546	,196
Αυτοενισχυτικό Χιούμορ (Self- Enhancing humor)	2,194	,076
Επιθετικό Χιούμορ (Aggressive humor)	1,099	,362
Αυτοκαταστροφικό Χιούμορ (Self-Defeating humor)	2,866	,027



5.7. Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών της αποφυγής του αλκοόλ

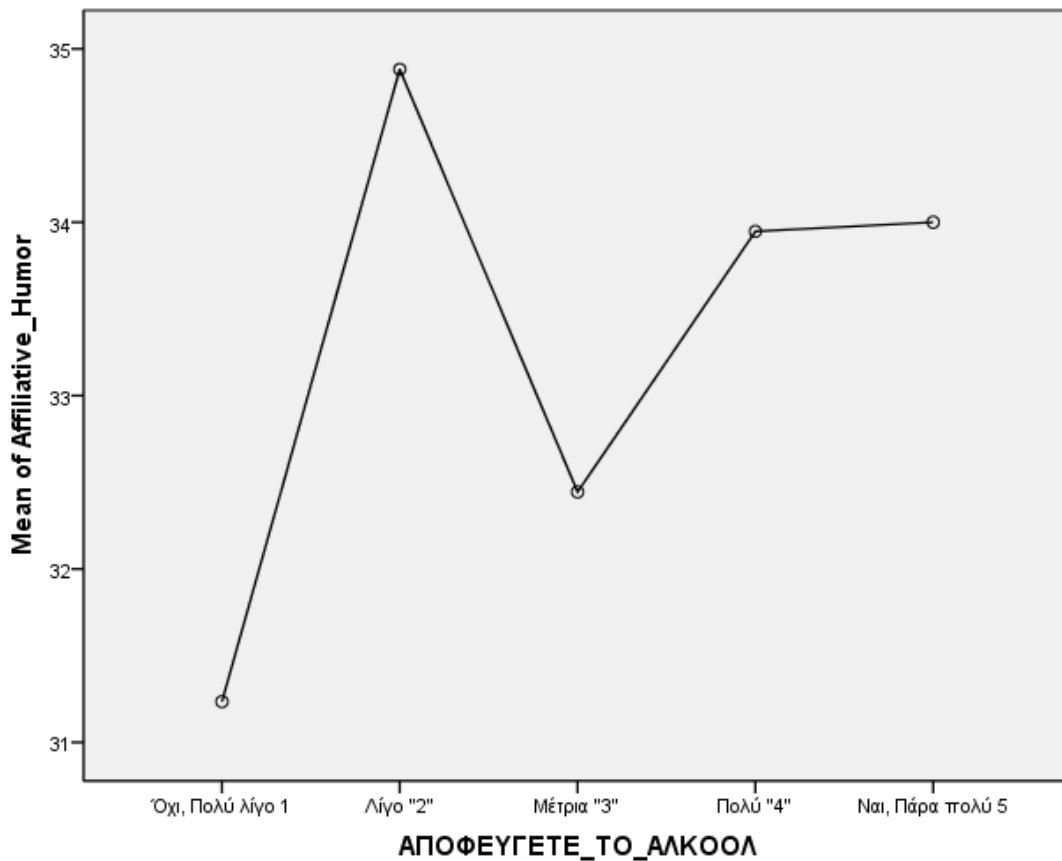
Στον πίνακα 5.7, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του είδους της αποφυγής του αλκοόλ των ερωτώμενων όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Οι κατηγορίες ήταν α) η υψηλή αποφυγή του αλκοόλ, β) αρκετή αποφυγή του αλκοόλ, γ) μέτρια αποφυγή του αλκοόλ, δ) χαμηλή αποφυγή του αλκοόλ, και ε) παντελής έλλειψη αποφυγής του αλκοόλ. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Υποστηρικτικό Χιούμορ (Affiliative humor) ($p = 0,020$)

Πίνακας 5.7: Διαφοροποιήσεις μεταξύ είδους αποφυγής του αλκοόλ των ερωτώμενων.

	F	p
Humor Styles Questionnaire (HSQ; Martin et al.)		
Υποστηρικτικό Χιούμορ (Affiliative humor)	3,080	,020
Αυτοενισχυτικό Χιούμορ (Self-Enhancing humor)	1,530	,200
Επιθετικό Χιούμορ (Aggressive humor)	,885	,476
Αυτοκαταστροφικό Χιούμορ (Self-Defeating humor)	,929	,451



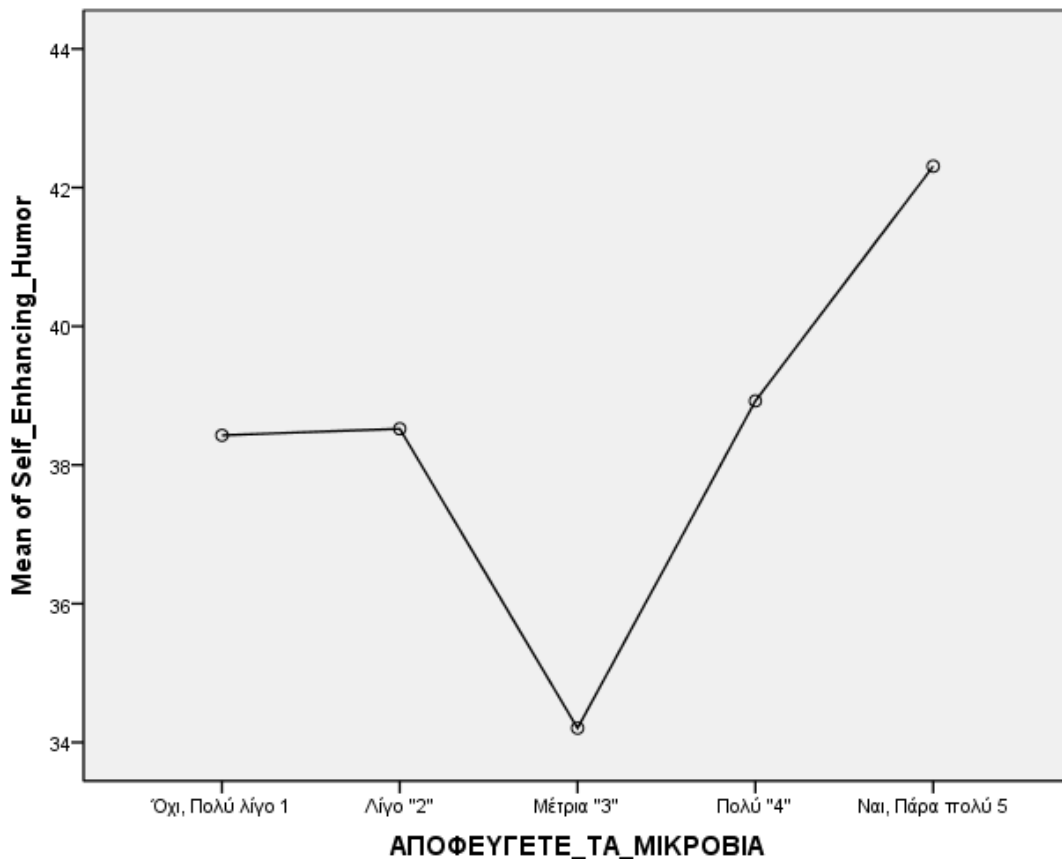
5.8. Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών της αποφυγής των μικροβίων

Στον πίνακα 5.8, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του είδους της αποφυγής των μικροβίων των ερωτώμενων όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Οι κατηγορίες ήταν α) η υψηλή αποφυγή των μικροβίων, β) αρκετή αποφυγή των μικροβίων, γ) μέτρια αποφυγή των μικροβίων, δ) χαμηλή αποφυγή των μικροβίων, και ε) παντελής έλλειψη αποφυγής των μικροβίων. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Αυτοενισχυτικό Χιούμορ (Self- Enhancing humor) ($p=0,004$)

	F	p
Humor Styles Questionnaire (HSQ; Martin et al.)		
Υποστηρικτικό Χιούμορ (Affiliative humor)	,812	,521
Αυτοενισχυτικό Χιούμορ (Self- Enhancing humor)	4,125	,004
Επιθετικό Χιούμορ (Aggressive humor)	,186	,945
Αυτοκαταστροφικό Χιούμορ (Self-Defeating humor)	1,272	,287



5.9. Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών της αποφυγής του άγχους.

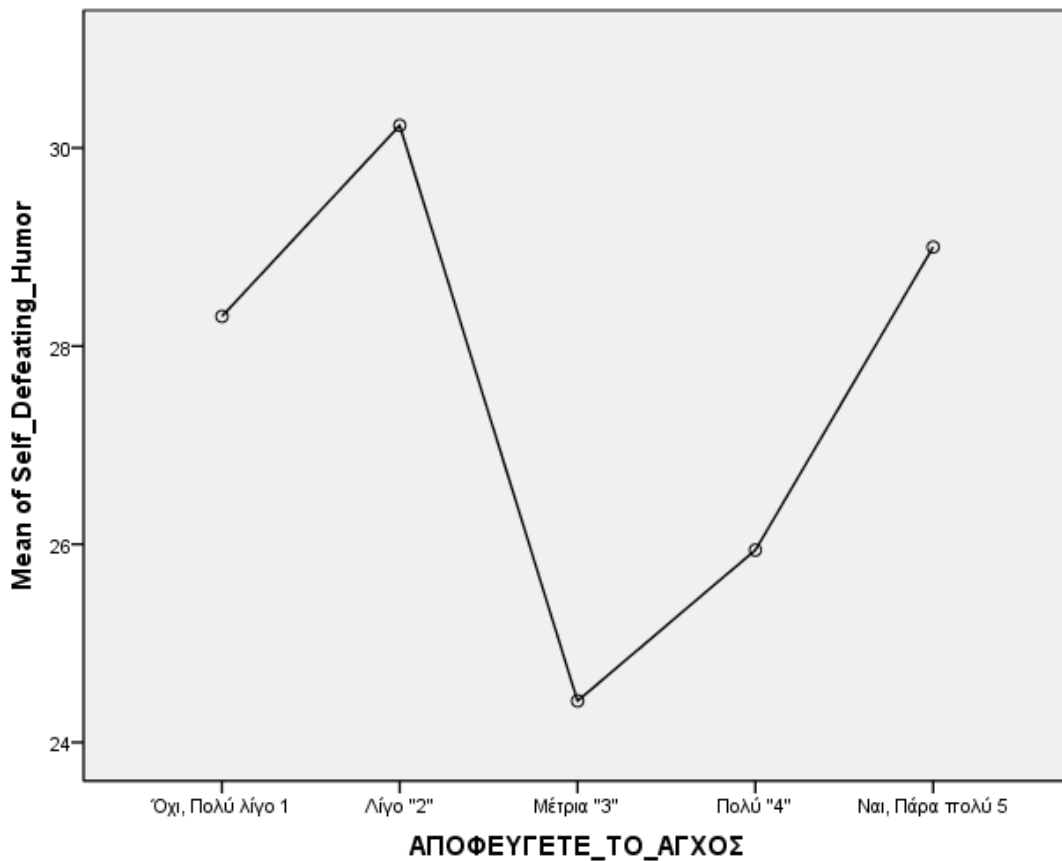
Στον πίνακα 5.9, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του είδους της αποφυγής του άγχους των ερωτώμενων όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Οι κατηγορίες ήταν α) η υψηλή αποφυγή του άγχους, β) αρκετή αποφυγή του άγχους, γ) μέτρια αποφυγή του άγχους, δ) χαμηλή αποφυγή του άγχους, και ε) παντελής έλλειψη αποφυγής του άγχους. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Αυτοκαταστροφικό Χιούμορ (Self-Defeating humor) ($p = 0,017$)

Πίνακας 5.9: Διαφοροποιήσεις μεταξύ είδους αποφυγής του άγχους των ερωτώμενων.

	F	p
Humor Styles Questionnaire (HSQ; Martin et al.)		
Υποστηρικτικό Χιούμορ (Affiliative humor)	1,008	,408
Αυτοενισχυτικό Χιούμορ (Self-Enhancing humor)	,605	,660
Επιθετικό Χιούμορ (Aggressive humor)	,913	,460
Αυτοκαταστροφικό Χιούμορ (Self-Defeating humor)	3,177	,017



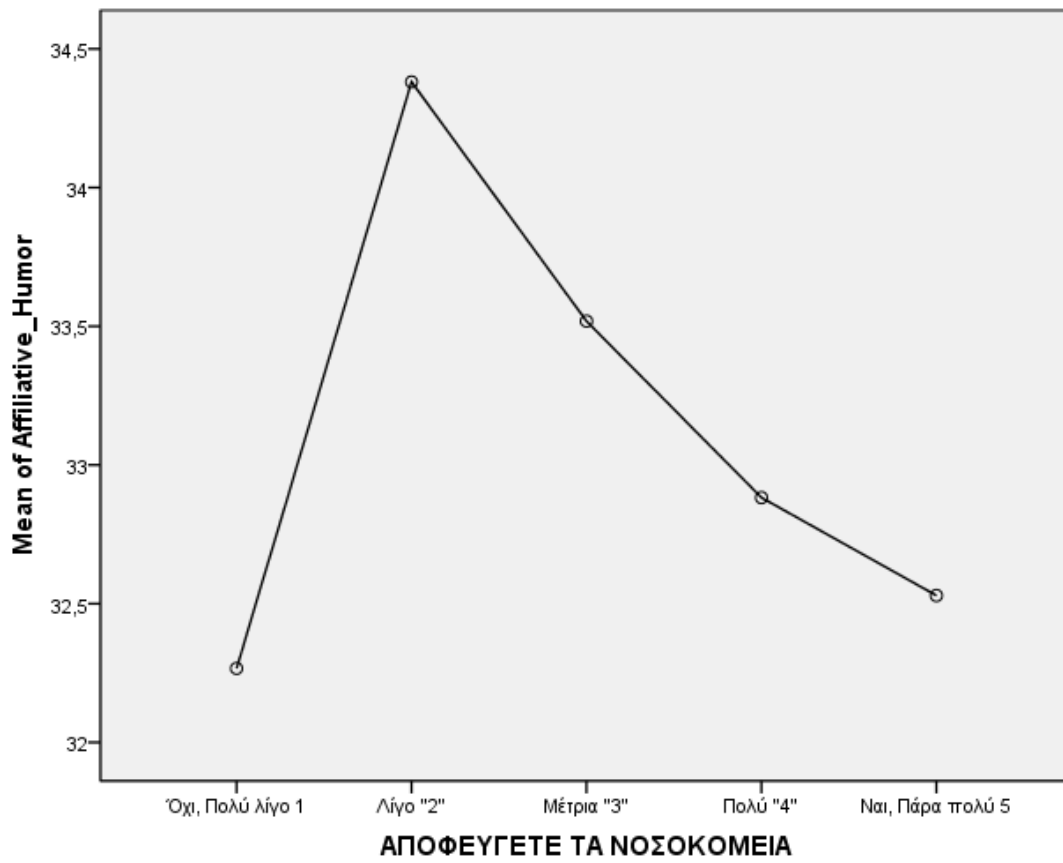
5.10. Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ Κατηγοριών της αποφυγής των νοσοκομείων

Στον πίνακα 5.10, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές των κλιμάκων που μετρήθηκαν μεταξύ του είδους της αποφυγής των νοσοκομείων των ερωτώμενων όπως καταγράφηκαν στην παρούσα εργασία. Οι κατηγορίες ήταν α) η υψηλή αποφυγή των νοσοκομείων, β) αρκετή αποφυγή των νοσοκομείων, γ) μέτρια αποφυγή των νοσοκομείων, δ) χαμηλή αποφυγή των νοσοκομείων, και ε) παντελής έλλειψη αποφυγής των νοσοκομείων. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

1. Επιθετικό Χιούμορ (Aggressive humor) ($p = 0,037$)

Πίνακας 5.10: Διαφοροποιήσεις μεταξύ είδους αποφυγής των νοσοκομείων των ερωτώμενων.		
	F	p
Humor Styles Questionnaire (HSQ; Martin et al.)		
Υποστηρικτικό Χιούμορ (Affiliative humor)	1,025	,399
Αυτοενισχυτικό Χιούμορ (Self- Enhancing humor)	,803	,527
Επιθετικό Χιούμορ (Aggressive humor)	2,973	,037
Αυτοκαταστροφικό Χιούμορ (Self-Defeating humor)	,148	,963



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΔΙΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Έγινε έλεγχος για την ύπαρξη συσχετίσεων των μεταβλητών του χιούμορ των ερωτώμενων με όλες τις κλίμακες και υποκλίμακες των ψυχομετρικών εργαλείων. Στους πίνακες 6.1, 6.2 και 6.3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των σημαντικότερων συσχετίσεων.

6.1 Συσχετίσεις του χιούμορ με την ποιότητα ζωής των ερωτώμενων

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του χιούμορ και των μεταβλητών της ποιότητας ζωής προέκυψαν:

Στατιστικά πολύ σημαντική συσχέτιση ($P < 0,01$) μεταξύ του επιθετικού χιούμορ και της ζωτικότητας ($P = 0,004$).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($P < 0,05$) παρατηρήθηκε μεταξύ του υποστηρικτικού χιούμορ και του σωματικού πόνου ($P = 0,022$), του αυοενισχυτικού χιούμορ και της ψυχικής υγείας ($P = 0,038$), του αυτοκαταστροφικού χιούμορ και της ψυχικής υγείας ($P = 0,014$) και τέλος, του αυτοκαταστροφικού χιούμορ και του κοινωνικού ρόλου ($P = 0,015$).

Πίνακας 6.1. Συσχετίσεις υποκλιμάκων του χιούμορ των ερωτώμενων με τις υποκλίμακες της ποιότητας ζωής με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson.

	Υποστηρικτικό Χιούμορ	Αυτοεπισχυρτικό Χιούμορ	Επιθετικό Χιούμορ	Αυτοκαταστροφικό Χιούμορ
Σωματική λειτουργικότητα (PF)	,052	,102	,058	-,078
Σωματικός ρόλος (RP)	,133	-,069	-,035	-,178
Σωματικός πόνος (BP)	,232*	,151	-,136	-,199
Γενική υγεία (GH)	-,004	,088	-,038	-,099
Συναισθηματικός ρόλος (RE)	,023	,056	-,090	-,116
Ζωτικότητα (VT)	-,076	,054	,286**	,166
Ψυχική υγεία (MH)	,187	,211*	-,116	-,249*
Κοινωνικός ρόλος (SF)	,167	,032	-,161	-,246*
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS)	,145	,056	-,051	-,186
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS)	,104	,108	-,077	-,179

6.2 Συσχετίσεις του χιούμορ με τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας των ερωτώμενων

Από τον έλεγχο για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του χιούμορ και των μεταβλητών της ψυχοπαθολογίας προέκυψαν:

Στατιστικά πάρα πολύ σημαντική συσχέτιση ($P < 0,001$) μεταξύ του αυτοκαταστροφικού χιούμορ των ερωτώμενων και του άγχους ($P = 0,000$), του ψυχωτισμού ($P = 0,001$), του Γενικού δείκτη συμπτωμάτων (ΓΔΣ) ($P = 0,000$), καθώς και του συνόλου των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ) ($P = 0,000$).

Στατιστικά πολύ σημαντική συσχέτιση ($P < 0,01$) μεταξύ του υποστηρικτικού χιούμορ και της πρωινής αφύπνισης ($P = 0,007$), του επιθετικού χιούμορ και της διαπροσωπικής ευαισθησίας ($P = 0,002$), του αυτοκαταστροφικού χιούμορ των ερωτώμενων και του ιδεοψυχαναγκασμού ($P = 0,006$), της διαπροσωπικής ευαισθησίας ($P = 0,002$), της επιθετικότητας ($P = 0,008$), του

παρanoiειδή ιδεασμού (P=0,002), των διαταραχών του ύπνου (P=0,005), καθώς και της βουλιμίας (P=0,005).

Στατιστικά σημαντική συσχέτιση (P<0,05) παρατηρήθηκε μεταξύ του επιθετικού χιούμορ και του συνόλου των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ) (P=0,021), καθώς και της βουλιμίας (P=0,021), του αυτοκαταστροφικού χιούμορ και της σωματοποίησης (P=0,034), της κατάθλιψης (P=0,018), του φοβικού άγχους (P=0,011), των σκέψεων θανάτου (P=0,014).

Πίνακας 6.2. Συσχετίσεις υποκλιμάκων του χιούμορ των ερωτώμενων με τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson.

	Υποστηρικτικό Χιούμορ	Αυτοενισχυτικό Χιούμορ	Επιθετικό Χιούμορ	Αυτοκαταστροφικό Χιούμορ
Σωματοποίηση (Somatization)	-,005	-,079	,092	,215*
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	,075	,003	,099	,277**
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	,103	-,013	,306**	,307**
Κατάθλιψη (Depression)	,092	-,079	,067	,240*
Άγχος (Anxiety)	,019	-,083	,182	,375**
Επιθετικότητα (Hostility)	-,043	-,067	-,069	,269**
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	,074	,124	,046	,259*
Παρanoiειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	,058	-,056	,160	,313**
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	,132	-,050	,038	,345**
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	,067	-,055	,134	,353**
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	-,116	-,134	-,138	,102
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	,151	,002	,234*	,371**

Πίνακας 6.3. Συσχετίσεις υποκλιμάκων του χιούμορ των ερωτώμενων με τις διάφορες αιτιάσεις του ερωτηματολογίου SCL-90, με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης r του Pearson.

	Υποστηρικτικό Χιούμορ	Αυτοεισαγωγικό Χιούμορ	Επιθετικό Χιούμορ	Αυτοκαταστροφικό Χιούμορ
Διαταραχές ύπνου	-,043	-,122	-,011	,286**
Διαταραχές πρωινής αφύπνισης	,272**	,021	,152	,121
Ανησυχία	-,144	-,094	-,050	,130
Διαταραχές πρόσληψης τροφής – Ανορεξία	-,124	-,175	,079	,085
Διαταραχές πρόσληψης τροφής – Βουλμία	,011	-,061	,229*	,283**
Σκέψεις Θανάτου	,038	-,029	,120	,250*
Ενοχή	,093	,017	,023	,111

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

7.1 Συμπεράσματα - Συζήτηση

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων και θα γίνει μία προσπάθεια συζήτησης και ανάλυσης των αποτελεσμάτων με βάση το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης. Επιπρόσθετα, θα διατυπωθούν οι περιορισμοί της έρευνας, όπως και προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.

Το χιούμορ αποτελεί μία από τις βασικότερες και συνάμα ιδιαίτερες μορφές ανθρώπινης επικοινωνίας και κοινωνικής συμπεριφοράς. Είναι ένα μέσο έκφρασης το οποίο συναντάται σε κάθε άνθρωπο, αποιασδήποτε ηλικίας, φύλου, κουλτούρας και πολιτισμού. Πρόκειται για ένα πανανθρώπινο κοινωνικό φαινόμενο.

Σύμφωνα με τους Martin et al. (2003) το χιούμορ χωρίζεται σε 4 διαφορετικούς τύπους, ανάλογα με τον τρόπο που το χρησιμοποιούν οι άνθρωποι στη ζωή τους. Διακρίνεται, λοιπόν, σε προσαρμοστικό (adaptive) που απαρτίζεται από το υποστηρικτικό (affiliative) και το αυτοενισχυτικό χιούμορ (self – enhancing) και σε δυσπροσαρμοστικό (maladaptive), το οποίο απαρτίζεται από το εχθρικό ή επιθετικό χιούμορ (aggressive) και το αυτοκαταστροφικό (self – defeating). Ουσιαστικά αυτό σημαίνει πως ο τρόπος που τα άτομα χρησιμοποιούν το χιούμορ στη ζωή τους μπορεί να είναι είτε ώριμος είτε ανώριμος κι αυτό φαίνεται πως επιδρά στην σωματική και ψυχική τους υγεία και στην ποιότητα της ζωής τους γενικότερα.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί και σε άλλο σημείο, σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της χρήσης του χιούμορ και η διασύνδεσή του με την ποιότητα ζωής και το ψυχολογικό προφίλ των συμμετεχόντων.

Στα πλαίσια του παραπάνω γενικού στόχου έγινε σύγκριση μεταξύ των ανδρών και των γυναικών ως προς τα ψυχολογικά τους χαρακτηριστικά στα οποία μελετήθηκαν. Βρέθηκε πως οι γυναίκες εμφανίζουν περισσότερα χαρακτηριστικά ιδεοψυχαναγκασμού, κατάθλιψης και φοβικού άγχους σε σχέση με τους άνδρες. Επίσης, εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή στον γενικό δείκτη συμπτωμάτων και στον δείκτη θετικών συμπτωμάτων σε σχέση με τους άνδρες.

Επιπρόσθετα διαφορές μεταξύ των ανδρών και των γυναικών παρατηρήθηκαν και στις απαντήσεις που έδωσαν στο ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε πως οι γυναίκες συγκέντρωσαν στατιστικά μικρότερη μέση τιμή από τους άνδρες στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου που αφορούν τον συναισθηματικό ρόλο, την ψυχική υγεία, τον κοινωνικό ρόλο και την συνοπτική κλίμακα της ψυχικής υγείας.

Δεν παρατηρήθηκε κάποια διαφοροποίηση μεταξύ των ανδρών και των γυναικών και των διαφορετικών τύπων του χιούμορ που χρησιμοποιούν, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τη σχετική βιβλιογραφία, η οποία παρουσιάζει τους άνδρες να εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά στο εχθρικό και αυτο-μειωτικό χιούμορ σε σχέση με τις γυναίκες (Martin et al., 2003).

Ως προς τους 4 τύπους του χιούμορ βρέθηκε πως τα άτομα που προσέχουν ελάχιστα τη διατροφή τους κάνουν χρήση κυρίως του επιθετικού και αυτοκαταστροφικού χιούμορ. Με το αυτοκαταστροφικό τύπο χιούμορ βρέθηκε πως συνδέεται και η σωματική άσκηση. Άτομα τα οποία εμφανίζουν υψηλή φροντίδα της σωματικής τους άσκησης και τα άτομα που εμφανίζουν χαμηλή ή και παντελής έλλειψη σωματικής άσκησης στη ζωή τους, βρέθηκε πως κάνουν χρήση του αυτοκαταστροφικού χιούμορ. Το ίδιο παρατηρείται και σε ότι έχει να κάνει με την προστασία από τον ήλιο. Η υψηλή προστασία από τον ήλιο και η χαμηλή ή παντελής συνδέεται με το αυτοκαταστροφικό χιούμορ. Σε ότι αφορά τη συμπεριφορά αποφυγής του αλκοόλ, τα άτομα τα οποία παρουσιάζουν χαμηλή αποφυγή του αλκοόλ χρησιμοποιούν κυρίως το υποστηρικτικό χιούμορ, ενώ τα άτομα τα οποία αποφεύγουν πάρα πολύ τα μικρόβια κάνουν χρήση του αυτοεπισχυτικού χιούμορ. Τα δύο άκρα της συμπεριφοράς που έχει να κάνει με την αποφυγή του άγχους, η χαμηλή, δηλαδή, αποφυγή του άγχους και η υψηλή, συνδέεται με το αυτοκαταστροφικό χιούμορ, ενώ το επιθετικό χιούμορ βρέθηκε πως εμφανίζεται σε άτομα τα οποία δεν αποφεύγουν τα νοσοκομεία.

Αναλυτικότερα, με βάση τα παραπάνω προκύπτουν τα εξής:

- Υποστηρικτικό χιούμορ: όσοι αποφεύγουν πολύ λίγο το αλκοόλ.
- Αυτοεπισχυτικό χιούμορ: όσοι αποφεύγουν πάρα πολύ τα μικρόβια.
- Επιθετικό χιούμορ: όσοι δεν προσέχουν τη διατροφή τους, όσοι δεν αποφεύγουν τα νοσοκομεία.
- Αυτοκαταστροφικό χιούμορ: όσοι δεν προσέχουν τη διατροφή τους, όσοι προσέχουν πάρα πολύ τη σωματική τους άσκηση, όσοι δεν προσέχουν καθόλου την σωματική τους άσκηση, όσοι προσέχουν πάρα πολύ στον ήλιο, όσοι δεν προσέχουν καθόλου στον ήλιο, όσοι δεν αποφεύγουν το άγχος και όσοι αποφεύγουν το άγχος πάρα πολύ.

Συγκεκριμένες συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία φαίνεται πως συνδέονται με συγκεκριμένους τύπους χιούμορ. Αυτό που παρατηρείται είναι πως το αυτοκαταστροφικό χιούμορ συνδέεται κυρίως με ακραίες συμπεριφορές, δηλαδή είτε υψηλή προσοχή ή αποφυγή μιας συμπεριφοράς είτε ελάχιστη έως παντελής προσοχή ή αποφυγή μιας συμπεριφοράς.

Στη σύγκριση που έγινε μεταξύ των διαφορετικών τύπων χιούμορ και των υποκλιμάκων της ποιότητας ζωής βρέθηκε ότι το δυσπροσαρμοστικό χιούμορ σχετίζεται σημαντικά με την ζωτικότητα, την ψυχική υγεία και τον κοινωνικό ρόλο. Αναλυτικότερα, βρέθηκε πολύ σημαντική συσχέτιση μεταξύ του επιθετικού χιούμορ και της υποκλίμακας της ζωτικότητας. Επιπρόσθετα, το αυτοκαταστροφικό

χιούμορ σχετίζεται αρνητικά σημαντικά με την υποκλίμακα της ψυχικής υγείας και του κοινωνικού ρόλου. Όσον αφορά το προσαρμοστικό χιούμορ, το υποστηρικτικό χιούμορ παρουσιάζεται με βάση την ανάλυση των αποτελεσμάτων πως σχετίζεται σημαντικά με την υποκλίμακα του σωματικού πόνου, και το αυτοενισχυτικό με την υποκλίμακα της ψυχικής υγείας.

Η ερευνητική υπόθεση η οποία αναφέρεται στο ότι τα άτομα που χρησιμοποιούν το χιούμορ με ώριμο τρόπο θα παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο γενικής υγείας και υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με το δείγμα των ατόμων που εμφανίζουν ανώριμη στάση απέναντι στο χιούμορ επιβεβαιώνεται εν μέρει, καθώς τα αποτελέσματά μας είναι σε κάποια σημεία αντιφατικά. Παρατηρώντας προσεκτικά τα αποτελέσματα των συσχετίσεων των διαφορετικών τύπων του χιούμορ με την ποιότητα ζωής και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία βλέπουμε πως η ώριμη χρήση του χιούμορ σχετίζεται και με συμπεριφορές που δεν προάγουν την υγεία, όπως είναι η χρήση αλκοόλ, και με την ύπαρξη σωματικού πόνου. Ωστόσο άτομα τα οποία κάνουν χρήση του αυτοενισχυτικού χιούμορ αποδεικνύεται πως έχουν καλύτερη ψυχική υγεία. Αυτό συμφωνεί και με προηγούμενες μελέτες, οι οποίες υποστηρίζουν πως τα άτομα που διαθέτουν χιούμορ, φαίνεται πως μπορούν να διαχειρίζονται καλύτερα στρεσογόνες καταστάσεις και γενικότερα έχουν καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία (Lefcourt, 2001).

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα αποτελέσματα των συσχετίσεων των διαφορετικών τύπων του χιούμορ με τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας των συμμετεχόντων. Το αυτοκαταστροφικό χιούμορ βρέθηκε να παρουσιάζει πάρα πολύ σημαντική συσχέτιση με τις υποκλίμακες του άγχους, του ψυχωτισμού, του γενικού δείκτη συμπτωμάτων καθώς και με το δείκτη του συνόλου των θετικών συμπτωμάτων. Ακόμη, πολύ σημαντική συσχέτιση εμφανίζεται και με τις υποκλίμακες του ιδεοψυχαναγκασμού, της διαπροσωπικής ευαισθησίας, της επιθετικότητας, του παρανοειδή ιδεασμού, των διαταραχών του ύπνου και της βουλιμίας και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τις υποκλίμακες της σωματοποίησης, της κατάθλιψης, του φοβικού άγχους και των σκέψεων θανάτου.

Το επιθετικό χιούμορ παρουσιάζεται να σχετίζεται πολύ σημαντικά με την υποκλίμακα της διαπροσωπικής ευαισθησίας και σημαντικά με την υποκλίμακα του συνόλου των θετικών συμπτωμάτων και της βουλιμίας.

Όσον αφορά τον προσαρμοστικό τύπο του χιούμορ η μόνη συσχέτιση η οποία είναι πολύ σημαντική είναι αυτή μεταξύ του υποστηρικτικού τύπου και της υποκλίμακας της πρωινής αφύπνισης.

Η δεύτερη υπόθεση της μελέτης μας είναι πως ως προς το ψυχολογικό προφίλ και τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας, τα άτομα που κάνουν χρήση του χιούμορ με ώριμο τρόπο θα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με το δείγμα των ατόμων που χρησιμοποιούν το χιούμορ με ανώριμο τρόπο. Από τα παραπάνω προκύπτει πως τα άτομα που κάνουν χρήση του δυσπροσαρμοστικού χιούμορ, δηλαδή, του επιθετικού και του αυτοκαταστροφικού τύπου

παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας σε σχέση με όσα άτομα χρησιμοποιούν το υποστηρικτικό και το αυτοενισχυτικό χιούμορ. Η ερευνητική μας υπόθεση επιβεβαιώνεται και συμφωνεί και με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που συνδέουν το αυτοκαταστροφικό και επιθετικό χιούμορ με την εχθρικότητα και τον νευρωτισμό και με συναισθήματα όπως, ο θυμός, το άγχος, η κατάθλιψη (Gray et al., 2003) και το συσχετίζουν θετικά με δείκτες ψυχολογικής δυσφορίας, όπως για παράδειγμα η κατάθλιψη (Hugelshofer et al., 2006).

Καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως οι διαφορετικοί τύποι του χιούμορ πράγματι συνδέονται με την ποιότητα ζωής και το ψυχολογικό προφίλ των ατόμων και πως οι υγιείς και ώριμες προσωπικότητες χρησιμοποιούν στη ζωή τους ένα στυλ χιούμορ πιο ώριμο και προσαρμοστικό.

Οι περισσότερες μελέτες έχουν εστιάσει κυρίως την ερευνητική τους δραστηριότητα στα αποτελέσματα και τα οφέλη που έχει το χιούμορ στους ασθενείς, στη φροντίδα των ασθενών, στη διαχείριση του άγχους, στη θεραπεία. Υπάρχουν νοσοκομεία στο εξωτερικό που έχουν προγράμματα γέλιου και δωμάτια γέλιου με θεραπευτές κλόουνς, χιουμοριστικά βιβλία και βίντεο. (Bennett, 2003). Ερευνητές της φροντίδας έχουν προσεγγίσει την προοπτική του χιούμορ στη σύγχρονη κλινική πράξη και έχουν εντάξει το χιούμορ σε θεραπευτικές μεθόδους.

Τα αποτελέσματα σχετικά με τα θεραπευτικά οφέλη του χιούμορ στον υγιή πληθυσμό είναι περιορισμένα. Η συμβολή της παρούσας μελέτης βασίζεται στη συγκέντρωση στοιχείων και δεδομένων σχετικά με τη χρήση του χιούμορ και τη διασύνδεσή του με την ποιότητα της καθημερινής ζωής και το ψυχολογικό προφίλ των ατόμων.

Η διασύνδεση του δυσπροσαρμοστικού τύπου χιούμορ με σημαντικά χαρακτηριστικά ψυχοπαθολογίας, όπως ιδεοψυχαναγκασμό, επιθετικότητα, παρανοειδή ιδεασμό, κατάθλιψη, φοβικό άγχος και σκέψεων θανάτου μπορεί να αποτελέσει σημαντικό στοιχείο τόσο στην εφαρμοσμένη κλινική πράξη όσο και σε προγράμματα πρόληψης και εκπαίδευσης. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, όπως και άλλων που έχουν ασχοληθεί με τη χρήση του χιούμορ, είναι σημαντικό να αποτελέσουν έναυσμα για μελλοντική εφαρμογή του χιούμορ όχι μόνο στην υγεία και σε πλαίσια φροντίδας των ασθενών, αλλά και στη συμβουλευτική, την εκπαίδευση, την κοινωνική εργασία. Στα πλαίσια της πρωτογενούς πρόληψης της ψυχικής υγείας θα μπορούσαν να σχεδιαστούν θεραπευτικά προγράμματα δημιουργικής χρήσης του χιούμορ και καλλιέργειας του αυτοενισχυτικού και κοινωνικού χιούμορ με στόχο τη διατήρηση της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής.

7.2. Περιορισμοί της παρούσας έρευνας και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Παρά τα θετικά αποτελέσματα είναι γεγονός πως ο σχεδιασμός της παρούσας μελέτης υπόκειται σε κάποιους περιορισμούς. Στη συνέχεια θα γίνει καταγραφή των περιορισμών της έρευνας, όπως και θα διατυπωθούν κάποιες προτάσεις για μελλοντική έρευνα πάνω στο θέμα του χιούμορ.

Αρχικά, ο πρώτος περιορισμός της παρούσας έρευνας αφορά στον αριθμό του δείγματος. Το δείγμα που έλαβε μέρος στην παρούσα μελέτη είναι ικανοποιητικό αλλά όχι μεγάλο (97 άτομα). Ο αριθμός αυτός του δείγματος, λοιπόν, είναι λογικό ότι δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό. Για το λόγο αυτό, προτείνεται η διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας με μεγαλύτερο δείγμα. Ένας ακόμη περιορισμός που χρειάζεται να ειπωθεί είναι η μεγάλη έκταση του ερωτηματολογίου. Το μέγεθος του ερωτηματολογίου απέτρεψε έναν ικανοποιητικό αριθμό συμμετεχόντων από τη συμπλήρωσή του, γεγονός που συνέβαλε και στη μείωση του δείγματος της έρευνας.

Το συγκεκριμένο πεδίο έρευνας βρίσκεται σε ανάπτυξη καθώς έχει προσεγγίσει το ενδιαφέρον πολλών μελετητών. Στην Ελλάδα οι έρευνες εστιάζουν κυρίως στη διερεύνηση της σχέσης του χιούμορ με τη φροντίδα των ασθενών και τη θεραπεία. Σταδιακά το ενδιαφέρον των ερευνητών κινείται και προς τα οφέλη που έχει το χιούμορ και στον γενικό πληθυσμό. Με βάση τα παραπάνω, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα μπορούσαν να αποτελέσουν αφορμή για περαιτέρω διερεύνηση και έρευνα του χιούμορ στην καθημερινή ζωή του ανθρώπου. Προτείνεται, λοιπόν, η περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των διαφορετικών τύπων του χιούμορ και της γενικής υγείας. Επίσης, στο πλαίσιο μελέτης της σχέσης μεταξύ των διαφορετικών τύπων του χιούμορ και της ψυχολογικής υγείας, φαίνεται σημαντικό να εξεταστούν οι τρόποι με τους οποίους τα άτομα χρησιμοποιούν το χιούμορ, τόσο διαπροσωπικά όσο και ενδοψυχικά, στην καθημερινή τους ζωή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Abel, M. H. (2002). Humor, stress and coping strategies. *Humor – International Journal of Humor Research*, 15(4), 365 – 381.

Adamle, K. N., & Ludwick, R. (2005). Humor in hospice care: Who, where and how much? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 22(4), 287 – 290.

Argyle, M. (2001). *The psychology of happiness*. New York: Routledge.

Attardo, S. (1994). *Linguistic theories of humor*. Hawthorne, NY: Mouton de Gruyter.

Bennett, H. J. (2003). Humor on medicine. *Southern Medical Journal Birmingham Alabama*, 96(12), 1257 – 1261.

Cann, A., Holt, K., Calhoun, L. G. (1999). The roles of humor and sense of humor in responses to stressors. *Humor: International Journal of Humor Research*, 12(2), 177 – 193.

Chiang-Hanisko, L., Adamle, K., & Chiang, L. C. (2009). Cultural differences in therapeutic humor in nursing education. *Journal of Nursing Research*, 17(1), 52 – 61.

Γιακουμάκη, Κ., Δερμεντζη, Μ. (2005). *Τρόποι χρήσης του χιούμορ από τον άνθρωπο και πώς μπορεί αυτό να χρησιμοποιηθεί θεραπευτικά από την κοινωνική εργασία με σκοπό την ψυχική ευεξία του ατόμου: θετικές διαστάσεις του χιούμορ και το γέλιο ως αποτέλεσμα αυτών*. Διπλωματική εργασία. ΤΕΙ Κρήτης.

Γιακουμέλου, Μ. (2009). *Ανάλυση χιουμοριστικών αφηγήσεων με έμφαση στα προσωδιακά χαρακτηριστικά*. Μεταπτυχιακή Εργασία Πανεπιστημίου Πατρών.

Colom, G. G., Alcover, C. T., Sanchez-Curto, C., & Zarate-Osuna, J. (2011). Study of the effect of positive humor as a variable that reduces stress. Relationship of humor with personality and performance variables. *Psychology in Spain*, 15(1), 9 – 21.

Crawford, S. A., & Caltabiano, N. J. (2011). Promoting emotional well – being through the use of humor. *The Journal of Positive Psychology*, 6(3), 237 – 252.

Cundall, M. (2007). Humor and the limits of incongruity. *Creativity Research Journal*, 19(2-3), 203 – 211.

Derogatis, L. R. (1977). *The SCL-90 Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.

Diener, E., King, L., & Lyubomirsky, S. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803 – 855.

- Dillon, K. M., & Totten, M. C. (1989). Psychological factors, immunocompetence and health of breast – feeding mothers and their infants. *Journal of Genetic Psychology*, 150, 155 – 162.
- Erickson, S. Feldstein, S. (2006). Adolescent Humor and its relationship to coping defense strategies, Psychological Distress and Well – being. *Child Psychiatry Human Development*, 37(3), 255 – 271.
- Ferguson, M., Ford, T. (2008). Disparagement humor: A theoretical and empirical review of psychoanalytic, superiority and social identity theories. *Humor*, 21(3), 283 – 312.
- Fitts, S. D., Sebbly, R. A., & Zlokovich, M. S. (2009). Humor styles as mediators of the shyness-loneliness relationship. *North American Journal of Psychology*, 11(2), 257–272.
- Foster, J. (1978). Humor and counseling: Close encounters of another Kind. *Personnel and Guidance*, 57, 46 – 49.
- Franklin, D. D. (2008). *Do leaders use more humor*. (Doctoral dissertation, Capella University).
- Franzini, L. (1996). Feminism and women’s sense of humor. *Sex Roles*, 35(11/12), 811 – 819.
- Frewen, P. A., Brinker, J., Martin, R. A., & Dozois, D. A. (2008). Humor styles and personality – vulnerability to depression. *Humor: International Journal of Humor Research*, 21, 175 – 195.
- Fry, W. F. (1971). The biology of humor. *Humor –International Journal of Humor Research*, 7(2), 111 – 126.
- Fry, W. F., & Savin, W. M. (1988). Mirthful laughter and blood pressure, 40 – 62.
- Ganz, F. D., & Jacobs, J. M. (2014). The effect of humor on elder mental and physical health. *Geriatric Nursing*, 1 – 7.
- Gray, J., Larsen, G., Martin, R. A., Puhlik – Doris, P., & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well – being: Developmental of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of research in personality*, 37(1), 48 – 75.
- Hampes, W. P. (2006). Humor and shyness: The relation between humor styles and shyness. *Humor: International Journal of Humor Research*, 19, 179 – 187.
- Harper, A., Power, M., Orley, J., Herman, H., Schofield, H., Murphy, B., Sartorius, N. (1998). Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551 – 558.
- Hugelshofer, D. S., Kwon, P., Reff, R. C., Olson, M. L. (2006). Humor’s role in the relation between attributional style and dysphoria. *European Journal of Personality*, 20(4), 325 – 356.

- Keyes, C., Shmotkin, D., Ryff, C. D. (2002). Optimizing well – being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007 – 1022.
- Krikman, Ar. (2006). Contemporary Linguistic Theories of humor. *Folklore*, 33, 28 – 58.
- Kuiper, N., Leite, C. (2010). Personality impressions associated with four distinct humor styles. *Scandinavian Journal of Psychology*. 51(2), 115 – 122.
- Lefcourt, H. M., Davidson – Katz, K., & Kueneman, K. (1990). Humor and immune – system functioning. *Humor:International Journal of Humor Research*, 3, 305 – 321.
- Lefcourt, H. M., Davidson, K., Prkachin, K. M., & Mills, D. E. (1997). Humor as a stress moderator in the prediction of blood pressure obtained during five stressful tasks. *Journal of Research in Personality*, 31, 523 – 542.
- Lefcourt, H. M. (2001). *Humor. The psychology of living buoyantly*. New York: Kluwer Academic.
- Lindquist, R., Tracy, M. F., & Snyder, M. (Eds). (2018). *Complementary & alternative therapies in nursing*. Springer Publishing Company.
- Λουπασάκης, Α. (2002). *Γέλιο, η καλύτερη θεραπεία*. Αθήνα: Κέδρος.
- Lynskey, M., Martin, R. A., Martin, N. G., Schermer, J. A., & Vernon, P. A. (2013). The general factor of personality and humor styles. *Personality and Individual differences*, 54(8), 890 – 893.
- MacHorney, C. A., Ware, J. E., Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): II Psychometric and Clinical Tests of Validity in Measuring Physical and Mental Health Constructs. *Medical Care*, 31(3), 247 – 263.
- Martin, R. A. (1996). The situational Humor Response Questionnaire (SHRQ) and Coping Humor Scale (CHS): A decade of research findings. *Humor: International Journal of Humor Research*, 9, 251 – 272.
- Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., & Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 37(1), 48–75.
- Martin, R. A. (2003). *The sense of humor*. Ανακτήθηκε στις 20 Μαΐου 2019 από:
<http://www.humoursummerschool.org/01/articlesNhandouts/PosPsych.pdf>
- Martin, R. (2007). *The psychology of humor: An integrative approach*. USA: Elsevier.
- Martin, R. A., & Ford, T. E. (2018). *The psychology of humor: An integrative approach*. USA: Academic Press.

- McClelland, D. C. & Cheriff, A. D. (1997). The immunoenhancing effects of humor on secretory IgA and resistance to respiratory infections. *Psychology and Health*, 12, 329 – 344.
- Mio, J., Graesser, A. (1991). Humor, Language and Metaphor. *Metaphor and Symbolic Activity*, 6(2), 87 – 102.
- Momhinweg, G. C., & Voignier, R. R. (1995). Holistic nursing interventions. *Orthopedic Nursing*, 14(4), 20 – 24.
- Mooney, N. E. (2000). The therapeutic use of humor. *Orthopedic Nursing*, 19(3), 88.
- Morgan, J., Smith, R., Singh, A. (2019). Exploring the role of humor in the management of existential anxiety. *Humor*, 32(3), 433 – 448.
- Morreall, J. (1982). A new theory of Laughter. *Philosophical Studies*, 42, 243 – 254.
- Μπαμπινιώτης, Γ. (2005). Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας.
- Mulkay, M. (1988). *On humor: its nature and its place in modern society*. New York: Basil Blackwell.
- Newirth, J. (2006). Jokes and their relation to the unconscious: Humor as a fundamental emotional experience. *Psychoanalytic Dialogues*, 16(5), 557 – 571.
- Ντόνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, 2, 42-48.
- Ξηνταροπούλου, Μ. (2012). *Η χρήση του χιούμορ από τον σύμβουλο στη συμβουλευτική διαδικασία: Μία ποιοτική έρευνα*. Μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Πατρών.
- Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και Ψυχική Υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 239 – 253.
- Proyer, R. T., & Wolf, A. (2017). Humor and Well – being. *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*.
- Shultz, Th. (1976). A cognitive – developmental analysis of humor. In Chapman, Ant., & Foot, H. (2004). *Humor and laughter theory, research and applications*. New Brunswick (U.S.A.): Transaction Publishers.
- Smuts, A. (2006). Humor. In <http://www.iep.utm.edu/humor>

Sultanoff, S. M. (2013). Integrating humor into psychotherapy: Research, theory and the necessary conditions for the presence of therapeutic humor in helping relationships. *The humanistic psychologist*, 41(4), 388 – 399.

Svebak, S., Martin, R. A., Holmen, J. (2004). The prevalence of sense of humor in a large, unselected country population in Norway: relations with age, sex and some health indicators. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17, 121 – 134.

Τουλουμάκος, Ι. (2003). *Τρόποι ζωής και χιούμορ των Αρχαίων Ελλήνων* (Τόμος Α΄). Θεσσαλονίκη: Ζήτρος.

Tucker, R. P., Judah, M. R., O'Keefe, V. M., Mills, A. C., Lechner, W. V., Davidson, C. L., Grant, D. M., Wingate, L. R. (2013). Humor styles impact the relationship between symptoms of social anxiety and depression. *Personality and Individual Differences*, 55, 823 – 827.

Ware, J. E., Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 30(6), 473 – 483.

Χανιωτάκης, Ν. (2010). *Το χιούμορ στη διδασκαλία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Yip, J. A. & Martin, R. A. (2006). Sense of humor, emotional intelligence and social competence. *Journal of Research in Personality*, 40, 1202 – 1208.

Zweyer, K., Velker, B., & Ruch, W. (2004). Do cheerfulness, exhilaration and humor production moderate pain tolerance? A FACS study. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17, 85 – 119.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν τη σχέση μας με το χιούμορ. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε την επίδραση του χιούμορ στην καθημερινότητά μας και στην υγεία μας και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώστε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: / / 2019

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η **ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:** ΧΩΡΙΟ/ΚΩΜΟΠΟΛΗ
 ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
 ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
 ΧΗΡΟΣ/Α

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

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΝΕΡΓΟΣ
 ΟΙΚΙΑΚΑ
 ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ
 ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ
 ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ
 ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ

ΑΝ ΕΙΣΤΕ ΑΝΕΡΓΟΣ: ΠΟΣΟ ΧΡΟΝΟ ΕΙΣΤΕ ΑΝΕΡΓΟΣ; _____ ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Πόσο πλούσια ήταν η πατρική σας οικογένεια; (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

Πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Πάρα πολύ
-----------	---	---	---	---	---	-----------

Πόσο πλούσια είναι η δική σας οικογένεια; (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

Πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Πάρα πολύ
-----------	---	---	---	---	---	-----------

Πόσο επηρέασε η οικονομική κρίση την οικογένειά σας; (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

Πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Πάρα πολύ
-----------	---	---	---	---	---	-----------

Πόσο επηρέασε η οικονομική κρίση την υγεία σας; (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)

Σε λίγο καιρό	1	2	3	4	5	Πάρα πολύ
---------------	---	---	---	---	---	-----------

ΝΟΙΚΙΑΖΕΤΕ ΣΠΙΤΙ; ΝΑΙ ΟΧΙ **ΕΧΕΤΕ ΕΞΟΧΙΚΟ;** ΝΑΙ ΟΧΙ **ΤΟ ΠΑΤΡΙΚΟ ΣΤΟ ΧΩΡΙΟ**

ΕΧΕΤΕ ΔΑΝΕΙΑ ; ΝΑΙ ΟΧΙ **ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ;** ΣΤΕΓΑΣΤΙΚΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΙΚΑ
ΚΑΡΤΕΣ

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

ΕΧΕΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΟΧΙ ΜΕ ΟΛΑ

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ **ΠΟΣΑ;**

ΕΧΕΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΟΧΙ ΜΕ ΟΛΑ

ΕΙΧΑΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΤΕΡΑ ΟΧΙ ΜΕ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΦΥΣΙΟΓΝΩΜΙΚΑ;..... **ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΜΟΙΑΖΕΤΕ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ;**
.....

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΕΧΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ;
.....

ΣΕ ΠΟΙΟΝ ΕΙΧΑΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ; ΜΗΤΕΡΑ ΠΑΤΕΡΑ
ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΔΥΟ ΣΕ ΚΑΝΕΝΑΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΔΥΟ

ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΜΕΝΕΤΕ; ΜΟΝΟΣ (Η) ΜΕ ΤΟΝ(Η) ΣΥΝΤΡΟΦΟ ΜΕ ΚΑΠΟΙΟΝ ΦΙΛΟ(Η) ΜΕ ΤΗΝ ΑΔΕΛΦΗ
ΜΕ ΤΟΝ ΑΔΕΛΦΟ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ

ΜΕΧΡΙ ΤΩΡΑ ΕΙΧΑΤΕ ΦΙΛΟΥΣ; ΝΑΙ **ΣΗΜΕΡΑ ΕΧΕΤΕ ΦΙΛΟΥΣ;** ΝΑΙ
ΟΧΙ ΟΧΙ

Εσείς:	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Εσείς:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Πάσχετε από κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα;			Έχετε υπέρταση (υψηλή πίεση);		
Έχετε περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες;			Έχετε περάσει κρίσεις πανικού;		
Γενικά θα λέγατε, ότι έχετε πολλές φοβίες;			Έχετε πονοκεφάλους;		
Επίσης, θα λέγατε, ότι φοβάστε μήπως αρρωστήσετε;			Κοιμάστε καλά;		
Έχετε προβλήματα με το έντερό σας;			Βλέπετε όνειρα;		
Έχετε προβλήματα με το στομάχι σας;			Έχετε μυστικά;		

Θα λέγατε ότι ανήκετε σε κείνη την κατηγορία των ανθρώπων που: (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)							
Προσέχει τη διατροφή του;	Όχι, πολύ λίγο πολύ	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα
Προσέχει την άσκησή του;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3 πολύ	4	5	Ναι, πάρα
Προσέχει την υγεία του;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3 πολύ	4	5	Ναι, πάρα
Προσέχει τον ύπνο του;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3 πολύ	4	5	Ναι, πάρα
Προσέχει την καθαριότητά του;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3 πολύ	4	5	Ναι, πάρα
Προσέχει την εμφάνισή του;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3 πολύ	4	5	Ναι, πάρα
Προσέχει στον ήλιο;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3 πολύ	4	5	Ναι, πάρα
Αποφεύγει το κάπνισμα;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3 πολύ	4	5	Ναι, πάρα
Αποφεύγει το παθητικό κάπνισμα;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3 πολύ	4	5	Ναι, πάρα
Αποφεύγει το αλκοόλ;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3 πολύ	4	5	Ναι, πάρα
Αποφεύγει να ξενυχτάει;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3 πολύ	4	5	Ναι, πάρα
Αποφεύγει τα μικρόβια;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3 πολύ	4	5	Ναι, πάρα
Αποφεύγει το άγχος;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3 πολύ	4	5	Ναι, πάρα
Αποφεύγει τους καυγάδες;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3 πολύ	4	5	Ναι, πάρα
Αποφεύγει την ταχύτητα στο αυτοκίνητο;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3 πολύ	4	5	Ναι, πάρα
Αποφεύγει τη γκρίνια;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3 πολύ	4	5	Ναι, πάρα
Αποφεύγει τους γιατρούς;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3 πολύ	4	5	Ναι, πάρα
Αποφεύγει τους ασθενείς;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3 πολύ	4	5	Ναι, πάρα
Αποφεύγει τα νοσοκομεία;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3 πολύ	4	5	Ναι, πάρα
Αποφεύγει τις κηδείες;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3 πολύ	4	5	Ναι, πάρα

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω θα συναντήσετε έναν κατάλογο με προβλήματα και ενοχλήσεις που, ορισμένες φορές, αντιμετωπίζουμε οι άνθρωποι. Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στη δεξιά πλευρά, ο οποίος δείχνει το βαθμό της ενόχλησης που σας έχει προκαλέσει το συγκεκριμένο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρικότητα ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή στημέλιτος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4

22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είστε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4

51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικήτητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4

77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαισθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είσθε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

SF-36

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

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

Εξαιρετική.....1
 Πολύ καλή2
 Καλή3
 Μέτρια4
 Κακή 5

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

Πολύ καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν1

- Κάπως καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν2
- Περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν3
- Κάπως χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν4
- Πολύ χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν5

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

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

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

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

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

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

6.Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων, σε ποιο βαθμό η σωματικής σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα** στάθηκαν εμπόδιο στις συνήθεις κοινωνικές σας δραστηριότητες με

την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας κλπ.; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

- Καθόλου.....1
- Ελάχιστα2
- Μέτρια3
- Αρκετά4
- Πάρα πολύ5

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

- Καθόλου1
- Πολύ ήπιο2
- Ήπιο3
- Μέτριο4
- Έντονο5
- Πολύ έντονο6

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

- Καθόλου1
- Λίγο.....2
- Μέτρια3
- Αρκετά4
- Πάρα πολύ5

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

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

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

- Πάντα.....1

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

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

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

Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης του Χιούμορ - Humor Styles Questionnaire (Rod A. Martin, 2003)

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

1	2	3	4	5	6	7	
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ μέτρια	Διαφωνώ λίγο	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ μέτρια	Συμφωνώ απόλυτα	
1. Συνήθως δεν γελάω ή αστειεύομαι όταν είμαι με πολλά άτομα	1	2	3	4	5	6	7
2. Αν αισθάνομαι καταθλιπτικά, συνήθως μπορώ να φτιάχνω τη διάθεσή μου χρησιμοποιώντας το χιούμορ	1	2	3	4	5	6	7
3. Αν κάποιος κάνει ένα λάθος, τον πειράζω συχνά σχετικά με αυτό	1	2	3	4	5	6	7
4. Επιτρέπω στους άλλους να με κοροϊδεύουν ή να διασκεδάζουν εις βάρος μου περισσότερο από όσο θα έπρεπε	1	2	3	4	5	6	7
5. Δεν χρειάζεται να κοπιάζω πολύ για να γελούν οι άλλοι - νομίζω ότι διαθέτω φυσικό χιούμορ	1	2	3	4	5	6	7

6. Ακόμη κι όταν είμαι μόνος μου συχνά διασκεδάζω με τους παραλογισμούς της ζωής	1	2	3	4	5	6	7
7. Οι άνθρωποι ποτέ δεν προσβάλλονται ούτε βλάπτονται από την αίσθηση του χιούμορ μου	1	2	3	4	5	6	7
8. Συχνά παρασύρομαι μειώνοντας τον εαυτό μου, αν αυτό μπορεί να κάνει την οικογένειά μου ή τους φίλους μου να γελάσουν	1	2	3	4	5	6	7
9. Σπάνια κάνω τους άλλους να γελούν λέγοντας αστείες ιστορίες του εαυτού μου	1	2	3	4	5	6	7
10. Αν νιώθω αναστατωμένος ή δυστυχημένος, συνήθως προσπαθώ να σκέφτομαι κάτι αστείο για την κατάσταση για να αισθανθώ καλύτερα.	1	2	3	4	5	6	7
11. Όταν λέω ανέκδοτα ή αστεία πράγματα δεν ανησυχώ για το πώς τα παίρνουν οι άλλοι	1	2	3	4	5	6	7
12. Προσπαθώ συχνά να αρέσω στους άλλους ή να με αποδεχθούν περισσότερο λέγοντας κάποια αστεία σχετικά με τις αδυναμίες μου, τα λάθη μου και τα ελαττώματά μου	1	2	3	4	5	6	7
13. Γελάω και αστειεύομαι συχνά με τους φίλους μου	1	2	3	4	5	6	7
14. Η χιουμοριστική μου άποψη για τη ζωή με διαφυλάσσει από την υπερβολική αναστάτωση ή την κατάθλιψη σχετικά με τα γεγονότα	1	2	3	4	5	6	7
15. Δεν μου αρέσει όταν οι άνθρωποι χρησιμοποιούν το χιούμορ ως μέσο να επικρίνουν κάποιον ή να τον μειώσουν	1	2	3	4	5	6	7
16. Δεν λέω συχνά αστεία που μειώνουν τον εαυτό μου	1	2	3	4	5	6	7
17. Συνήθως δεν μου αρέσει να λέω αστεία ή να διασκεδάζω τους ανθρώπους.	1	2	3	4	5	6	7
18. Αν είμαι μόνος μου και νοιώθω δυσαρεστημένος προσπαθώ να σκεφτώ κάτι αστείο για να φτιάξω τη διάθεσή μου	1	2	3	4	5	6	7
19. Μερικές φορές σκέφτομαι κάτι που είναι τόσο αστείο που δεν μπορώ να μην το πω, ακόμα κι αν δεν είναι κατάλληλο για την περίπτωση.	1	2	3	4	5	6	7
20. Συχνά υπερβάλλω μειώνοντας τον εαυτό μου όταν κάνω αστεία ή προσπαθώντας να είμαι αστείος	1	2	3	4	5	6	7
21. Απολαμβάνω το να κάνω τους ανθρώπους να γελούν	1	2	3	4	5	6	7
22. Αν αισθάνομαι λυπημένος ή αναστατωμένος χάνω την αίσθηση του χιούμορ μου	1	2	3	4	5	6	7
23. Ποτέ δεν συμμετέχω γελώντας σε βάρος των άλλων ακόμη κι αν όλοι οι φίλοι μου το κάνουν	1	2	3	4	5	6	7
24. Όταν είμαι με φίλους ή την οικογένειά μου νομίζω ότι είμαι αυτός με τον οποίο οι άλλοι διασκεδάζουν ή κάνουν αστεία	1	2	3	4	5	6	7

25. Δεν αστειεύομαι συχνά με τους φίλους μου	1	2	3	4	5	6	7
26. Είναι εμπειρία μου το ότι σκεπτόμενοι κάποια διασκεδαστική πτυχή μιας κατάστασης είναι συχνά ένας αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων	1	2	3	4	5	6	7
27. Αν δεν μου αρέσει κάποιος συχνά χρησιμοποιώ το χιούμορ ή το πείραγμα για να τον μειώσω	1	2	3	4	5	6	7
28. Αν αντιμετωπίζω προβλήματα ή αισθάνομαι δυσαρεστημένος, συχνά το κρύβω λέγοντας αστεία, έτσι ώστε ακόμη και οι πιο στενοί φίλοι μου να μην ξέρουν πώς αισθάνομαι πραγματικά.	1	2	3	4	5	6	7
29. Συνήθως δεν μπορώ να σκεφτώ πνευματώδη πράγματα για να πω όταν είμαι με άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4	5	6	7
30. Δεν χρειάζεται να είμαι με άλλους ανθρώπους για να διασκεδάσω - συνήθως βρίσκω πράγματα για να γελάσω ακόμη και όταν είμαι μόνος μου.	1	2	3	4	5	6	7
31. Ακόμα κι αν κάτι είναι πραγματικά αστείο για μένα, δεν θα γελάσω ή θα αστειευτώ με αυτό αν κάποιος μπορεί να αισθανθεί προσβλητικά.	1	2	3	4	5	6	7
32. Επιτρέποντας στους άλλους να γελούν μαζί μου είναι ο τρόπος μου για να κρατήσω τους φίλους και την οικογένειά μου σε καλή διάθεση	1	2	3	4	5	6	7