



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



Διπλωματική Εργασία

**Ο ρόλος του χιούμορ στην ψυχολογία των ασθενών με χρόνια νόσο στα
πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

Δανάη Γεωργάκη

Επιβλέπουσα: καθ. Μαίρη Γκούβα

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2023



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



Master's Thesis

**The role of humour in the psychology of patients with chronic
disease in primary health care**

Postgraduate Student

Danai Georgaki

IOANNINA, 2023

Περιεχόμενα

1	Εισαγωγή.....	9
2	Ορισμός του χιούμορ	10
2.1	Είδη του χιούμορ.....	11
2.2	Θεωρίες χιούμορ	13
2.2.1	Θεωρία της υπεροχής.....	13
2.2.2	Θεωρία της ανακούφισης.....	13
2.2.3	Θεωρία της ασυμβατότητας	14
2.3	Λειτουργίες του χιούμορ	14
2.4	Χρόνια Νοσήματα.....	16
2.4.1	Έννοια των Χρόνιων νοσημάτων	16
2.5	Κατηγορίες χρόνιων νοσημάτων.....	17
2.5.1	Αsthμα	17
2.5.2	Χρόνια αποφρακτική Πνευμονοπάθεια	17
2.5.3	Καρδιαγγειακά νοσήματα	18
2.5.4	Σακχαρώδης Διαβήτης	18
2.6	Στοιχεία επιδημιολογίας χρόνιων νοσημάτων	18
2.7	Ποιότητα υγείας χρόνιων ασθενών	20
2.8	Ανάγκες χρόνιων ασθενών.....	22
3	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ).....	23
3.1	Η στρατηγική της ΠΦΥ στην Ελλάδα	25
3.2	Βασικές αρχές που διέπουν τη λειτουργία της ομάδας της ΠΦΥ	26
3.3	Τομείς δράσης της ΠΦΥ	26
3.4	ΠΦΥ και προσυμπτωματικός έλεγχος	28
3.5	ΠΦΥ, κατ' οίκον φροντίδα υγείας και νοσηλεία.....	29
4	Χιούμορ Και Χρόνια Νοσήματα.....	30

4.1	Ποιότητα Ζωής Σε Ασθενείς Με Χρόνια Νοσήματα	32
4.2	Σχέση Χιούμορ Και Ποιότητα Ζωής.....	33
4.3	Σημασία Του Χιούμορ Για Τους Χρόνιους Ασθενείς	34
4.4	Ερευνητικά Δεδομένα Για Το Στυλ Χιούμορ	35
5	Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης	39
5.1	Υλικό και Μέθοδος	39
5.1.1	Δείγμα.....	41
5.1.2	Διαδικασία.....	41
5.1.3	Ερευνητικό εργαλείο	41
6	Αποτελέσματα	45
6.1	Περιγραφική στατιστική.....	45
7	Συζήτηση	53
8	Συμπεράσματα	55
9	Βιβλιογραφία	57
9.1	Ξένη Βιβλιογραφία.....	57
9.2	Ελληνική Βιβλιογραφία.....	63

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1 Συχνότητα και σχετική συχνότητα φύλου, οικογενειακής κατάστασης, τύπου εργασίας, αν υπάρχουν αδέρφια και παιδιά.....	45
Πίνακας 2 Συχνότητα και σχετική συχνότητα ηλικίας, τόπος καταγωγής, εκπαιδευτικού επιπέδου και με ποιο μένουν	46
Πίνακας 3 Ελάχιστη τιμή, μέση τιμή, τυπική απόκλιση, μέγιστη τιμή	47
Πίνακας 4 Πιθανές διαφορές μεταξύ της ύπαρξης αδελφών και του κοινωνικού ρόλου, της γενικής υγείας και της συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας.....	48
Πίνακας 5 Διαφορά μεταξύ οικογενειακής κατάστασης με τον φόβο και την γελωτοφοβία	48
Πίνακας 6 Συσχέτιση ηλικίας με τον συναισθηματικό ρόλο, συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας και γελωτοφοβίας.....	50
Πίνακας 7 Συσχέτιση τόπου καταγωγής με την αποφυγή και την θετική αποδοχή	51
Πίνακας 8 Συσχέτιση εκπαιδευτικού επιπέδου με τον έλεγχο.....	51
Πίνακας 9 Συσχέτιση της κατάστασης της υγείας με το χιούμορ, την γενική υγεία, την συνοπτική φυσική υγεία, την αποφυγή, το σύνολο και την αποδοχή.....	51

Περιεχόμενα Γραφημάτων

Γράφημα 1 Μέση γραφική παράσταση των καταστάσεων της οικογενειακής κατάσταση σε σύγκριση με την κλίμακα του φόβου.....	49
Γράφημα 2 Μέση γραφική παράσταση των καταστάσεων της οικογενειακής κατάσταση σε σύγκριση με την γελωτοφοβία.....	50

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κάθε σύστημα υγείας έχει ως θεμέλιο την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), η οποία προσφέρει υπηρεσίες από την πρόληψη, τη θεραπεία και την προσφορά υπηρεσιών υγείας στα σχολεία έως και την αποκέντρωση των ασθενών από τα εξωτερικά ιατρεία και τα νοσοκομεία. Στις δομές της ΠΦΥ μπορούν να αντιμετωπιστούν τα χρόνια νοσήματα, καθώς επίσης προσφέρεται και άμεση δράση των ιατρών στα Κέντρα Υγείας (ΚΥ) ή στο σπίτι κάθε ασθενούς. Ως χρόνια νοσήματα ορίζονται οι παθολογικές καταστάσεις οι οποίες μπορεί να έχουν προσωρινή χρονική διάρκεια ή μόνιμη. Περιλαμβάνουν πολλές ασθένειες όπως σύνδρομα, ανεπάρκειες, φυσικές βλάβες, αναπηρίες, αλλά και παθήσεις οι οποίες εξασθενούν τους ανθρώπους σωματικά και ψυχικά. Η ψυχολογία ενός ανθρώπου κατέχει σημαντικό ρόλο αρχικά στην αποδοχή της ασθένειας που μπορεί να τον καταβάλλει και έπειτα στην ώθησή του να αναζητήσει τρόπους για την αντιμετώπισή της. Σύμφωνα με μελέτες ένας αποδεδειγμένος τρόπος για την βελτίωση της ψυχολογίας είναι το χιούμορ. Βέβαια, ο ρόλος του χιούμορ ως μέσο για τη θεραπεία των χρόνιων νοσημάτων συχνά δεν λαμβάνεται υπόψη.

Η παρούσα εργασία έχει σκοπό τη μελέτη της επίδρασης του χιούμορ στη ψυχολογία των ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας της Υγείας.

Λέξεις κλειδιά: χιούμορ, χρόνια νοσήματα, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, θεραπεία, ψυχολογία

Abstract

The foundation of every health system is Primary Health Care (PHC), which provides services ranging from prevention, treatment and health services in schools to the decentralisation of patients from outpatient clinics and hospitals. Chronic diseases can be treated in the PHC facilities, and direct action by doctors in health centres (HCCs) or at the home of each patient is also offered. Chronic diseases are defined as pathological conditions which may be temporary or permanent. They include many diseases such as syndromes, deficiencies, physical impairments, disabilities, but also conditions that weaken people physically and mentally. A person's psychology plays an important role first in accepting the illness that may be overwhelming them and then in prompting them to seek ways to cope with it. Studies have shown that one proven way to improve psychology is through humour. Of course, the role of humour as a means of treating chronic diseases is often overlooked.

This paper aims to study the effect of humour on the psychology of patients suffering from chronic diseases in the context of primary health care.

Key words: humour, chronic diseases, primary health care, treatment, psychology

1 Εισαγωγή

Η υγεία αποτελεί απαραίτητο αγαθό για τη συνέχιση της ζωής του ανθρώπου, αλλά και για την ποιότητά της και η ισότιμη παροχή της στο βέλτιστο δυνατόν επίπεδο θα πρέπει να είναι δεδομένη. Οι ποιοτικές υπηρεσίες υγείας παρέχονται από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), η οποία σύμφωνα με το άρθρο 1 του Ν. 4486/2017 – ΦΕΚ Α'115/07.08.2017 ορίζεται ως ένα σύνολο υπηρεσιών που παρέχουν εξ'ολοκλήρου παρακολούθηση των ασθενών, τη συντήρηση, αλλά και την βελτίωση της υγείας του κάθε ανθρώπου. Η ΠΦΥ είναι το θεμέλιο κάθε συστήματος υγείας και στις υπηρεσίες της συγκαταλέγεται η πρόληψη της ασθένειας, η βελτίωση της υγείας, η διάγνωση, η θεραπεία και η πλήρης φροντίδα. Την ευθύνη για την παροχή των υπηρεσιών αυτών από την ΠΦΥ τη φέρει το Κράτος, το οποίο φροντίζει να προσφέρονται οι υπηρεσίες υγείας σε όλους τους ανθρώπους ισότιμα και με σεβασμό απέναντι στα δικαιώματά τους (Ντινοπουλος, 2015).

Ένα μεγάλο μέρος των ασθενών, που τους παρέχονται οι υπηρεσίες της ΠΦΥ, πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Η έννοια των χρόνιων νοσημάτων εντοπίζεται ως οι ασθένειες οι οποίες διαρκούν τουλάχιστον τρεις μήνες και έχουν μεγάλη ποικιλομορφία. Οι μορφές που μπορεί να έχουν οι ασθένειες αυτές περιλαμβάνουν σύνδρομα, φυσικές βλάβες, οργανικές ανεπάρκειες και αναπηρίες, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα την κατάπτωση της φυσικής και ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς. Επίσης, στα χρόνια νοσήματα περιλαμβάνονται καρδιαγγειακά νοσήματα όπως, ο σακχαρώδης διαβήτης και η καρδιακή ανεπάρκεια και χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος όπως, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και το άσθμα. Ακόμη, δεν πρέπει να παραληφθεί το γεγονός ότι κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) τα χρόνια νοσήματα αποτελούν σε παγκόσμιο επίπεδο τον κύριο λόγο νοσηρότητας και θνησιμότητας (World Health Organization, 2018).

Προκειμένου να μπορέσουν οι ασθενείς να αντιμετωπίσουν τη δύσκολη ιατρικώς κατάσταση που τους ταλανίζει πρέπει πρωτίστως να έχουν την κατάλληλη ψυχολογία. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω του χιούμορ, αφού παρέχει στον άνθρωπο χαρά, ευεξία, ανακούφιση, ενέργεια και είναι μία προσωρινή διαφυγή από τις αντίξοες συνθήκες της πραγματικότητας. Με αυτόν τον τρόπο, το χιούμορ αποτελεί μια βασική μορφή αμυντικού μηχανισμού του οργανισμού για την σωματική και ψυχική ευμάρεια.

2 Ορισμός του χιούμορ

Το χιούμορ σχετίζεται με τις διάφορες ψυχολογικές καταστάσεις που βρίσκεται το κάθε άτομο. Η προσέγγιση για την αποσαφήνιση του ορισμού του εξαρτάται από την οπτική του εκάστοτε ερευνητή, καθώς το χιούμορ θεωρείται ως ένα ευρύ και πολυδιάστατο φαινόμενο. Συνεπώς έχουν αποδοθεί ποικίλοι ορισμοί στην προσπάθεια απόδοσης ενός σαφή ορισμού. Σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη το χιούμορ ορίζεται 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». Ενώ σύμφωνα με έναν παλαιότερο ορισμό των Murray, Bradley, Craigie και Onions χιούμορ ορίζεται το στοιχείο μιας δράσης ή έκφρασης που προκαλεί στα άτομα ένα αίσθημα ευχαρίστησης και διασκέδασης. Ως χιούμορ μπορεί να εννοηθεί οποιαδήποτε πράξη και έκφραση που προκαλεί γέλιο, ωστόσο για να θεωρηθεί ολοκληρωμένος ο ορισμός πρέπει να ληφθούν αφενός οι νοητικές διαδικασίες δημιουργίας, κατανόησης και αντίληψης του αστείου και αφετέρου οι αντιδράσεις του γέλιου, του χαμόγελου. Επομένως, λαμβάνοντας υπόψιν όλα τα παραπάνω γίνεται εύκολα κατανοητό πως εννοιολογικά το χιούμορ εμπεριέχει συναισθηματικούς και γνωστικούς παράγοντες (Banas et al., 2011).

Μέχρι και τον 16^ο αιώνα θεωρούταν το χιούμορ ως μία ασυνήθιστη συμπεριφορά και δεν σχετιζόταν με το γέλιο. Η σύνδεσή του με το γέλιο και οποιαδήποτε εκδήλωση ευχαρίστησης πραγματοποιείται με το τέλος του 18^{ου} αιώνα. Ως αντικείμενο μελέτης πρωτοεμφανίστηκε στα μέσα του 1950 και έχουν ασχοληθεί ερευνητές όλων σχεδόν των κοινωνικών επιστημών. Η ψυχολογία ασχολείται με τις θεωρίες κινήτρων για την επεξήγηση των φαινομένων του χιούμορ. Στην κοινωνιολογία συνδέονται οι θεωρίες της Διαφοροποίησης, της Αντίστασης, του Ελέγχου και της Ταυτοποίησης, ενώ αναφορικά με την επικοινωνιολογία το χιούμορ μελετάτε από την προσωπική άποψη των ατόμων (Banas et al., 2011).

Το χιούμορ αποτελεί μια πτυχή των ανθρώπων με σκοπό την πρόκληση γέλιου και μίας ευχάριστης διάθεσης. Όλα τα άτομα ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου, χώρας αν και αντιλαμβάνονται διαφορετικά το χιούμορ και τα αστεία η αντίδραση στο χιούμορ και το γέλιο είναι κοινή για όλους τους πολιτισμούς (R. A. Martin & Ford, 2018). Ο όρος «αίσθηση του χιούμορ» χρησιμοποιείται ευρέως και αναφέρεται αρχικά στη συμπεριφορά των ανθρώπων (η τάση να κάνει αστεία), στην

ικανότητα τους (να θυμάται τα ανέκδοτα) και στην προσωπικότητα του για την αντίληψη του αναφορικά με τα αστεία (R. A. Martin & Ford, 2018).

Είναι σημαντικό να τονιστεί και η κοινωνική όσο και η θεραπευτική διάσταση του χιούμορ. Το χιούμορ αδιαμφισβήτητα είναι ένα από τα αποτελεσματικότερα είδη επικοινωνίας μεταξύ των ατόμων οποιασδήποτε κοινωνίας και ως στόχο έχει την πρόκληση ευχάριστων συναισθημάτων (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012). Αντίστοιχα, όσον αφορά την θεραπευτική του ιδιότητα το χιούμορ πολλές φορές χρησιμοποιείται από τα άτομα ως ένας μηχανισμός για την αντιμετώπιση αγχωτικών ή δύσκολων καταστάσεων που μπορεί να αντιμετωπίζουν. Σύμφωνα με τον Freud το χιούμορ αποτελεί έναν από τους αμυντικούς μηχανισμούς των ανθρώπων, με σκοπό την όσο τον δυνατόν καλύτερη αντιμετώπιση των καταστάσεων και των δυσάρεστων συναισθημάτων που τον κατακλύζουν. Συνεπώς το χιούμορ αλληλοεπιδρά με την ψυχική υγεία των ατόμων για αυτό και ενσωματώνεται σε εναλλακτικές θεραπείες της ιατρικής επιστήμης (Feagai, 2011).

2.1 Είδη του χιούμορ

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω η έννοια του χιούμορ αποτελεί μια πολυδιάστατη και ευρεία έννοια, με αποτέλεσμα ο κάθε άνθρωπος πολλές φορές να την αντιλαμβάνεται διαφορετικά. Κατηγοριοποιώντας το χιούμορ επιτυγχάνεται να δοθεί έμφαση στις διαφορετικές πτυχές του. Μία από τις κατηγορίες του εστιάζει στο θέατρο και την τέχνη γενικότερα και προκύπτουν τα εξής είδη χιούμορ:

- Σάτιρα: η καλλιτεχνική πτυχή του χιούμορ, η οποία βασίζεται στις αδυναμίες ενός θέματος που αντιμετωπίζει η κοινωνία, γελοιοποιώντας το, με σκοπό την αφύπνιση των θεατών.
- Παρωδία: έχει ο στόχο τον χλευασμό ενός κοινωνικού κυρίως θέματος, με την χρήση της υπερβολής και της σάτιρας.
- Ειρωνεία: βασίζεται στις αντιθέσεις της πραγματικότητας με την κατάσταση που παρουσιάζεται.
- Μαύρο χιούμορ: η προσέγγιση μακάβριων καταστάσεων με μία πιο ευχάριστη διάθεση.
- Φάρσα: παρόμοια με την παρωδία ωστόσο είναι αποτέλεσμα της αποκάλυψης μιας απάτης
- Παράδοξο ή ρεαλιστικό.

- **Κωμωδία:** ο συνδυασμός όλων των παραπάνω ειδών χιούμορ με στόχο την ψυχαγωγία του κοινού.

Μία επιπλέον κατηγορία του χιούμορ αφορά με τα μέσα που χρησιμοποιούν τα άτομα στις αλληλεπιδράσεις και συναναστροφές τους με τον περίγυρό τους. Τα είδη αυτά κατηγοριοποιούνται ως εξής:

- **Ανέκδοτα,** δηλαδή τα αστεία είτε προφορικού είτε γραπτού λόγου που απομνημονεύουν τα άτομα για να τα μεταφέρουν στο περιβάλλον τους.
- **Αυθόρμητο χιούμορ,** εμπεριέχει 11 υποκατηγορίες όπως είναι: η διττή σημασία, ο σαρκασμός, το πείραγμα, η ειρωνεία, το λογοπαίγνιο, η σάτιρα, οι απαντήσεις των ρητορικών ερωτήσεων καθώς και οι απρόσμενες απαντήσεις σε σοβαρά θέματα, η υπερβολή και υποεκτίμηση, οι εκφράσεις και η αυτό-απαξίωση.
- **Ακούσιο χιούμορ,** αφορά τις τυχαίες πράξεις που προκαλούν γέλιο σε αναπάντεχες στιγμές.

Τέλος, η τελευταία κατηγοριοποίηση του χιούμορ γίνεται βάσει των ειδών και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των ατόμων. Με άλλα λόγια, τονίζεται πως ο τρόπος που χρησιμοποιείται το χιούμορ αντικατοπτρίζει την προσωπικότητα των ατόμων, πιο συγκεκριμένα:

- **Κοινωνικό χιούμορ:** θεωρείται το καλοπροαίρετο χιούμορ που χρησιμοποιείται για την μείωση των διαπροσωπικών εντάσεων και την δημιουργία ενός νέου κοινωνικού κύκλου. Αυτό το είδος χιούμορ συνδέεται άμεσα με την εξωστρέφεια, την αυτοεκτίμηση και την ικανοποίηση από τις σχέσεις τους με τον περίγυρό τους (Ford et al., 2016, Martin & Ford, 2018).
- **Αυτεψυχωτικό χιούμορ:** εξ ορισμού γίνεται αντιληπτή η σημασία του. Η άποψη των ατόμων με αυτό το είδος χιούμορ έχουν μια πιο θετική και ευχάριστη άποψη απέναντι στις καταστάσεις που αντιμετωπίζουν. Σύμφωνα με τους Kuiper, Olinger & Martin το αυτοεψυχωτικό χιούμορ ταυτίζεται με τους αμυντικούς μηχανισμούς των ατόμων (Ford et al., 2016, Martin & Ford, 2018).
- **Επιθετικό χιούμορ:** ο Martin το 2003 όρισε το επιθετικό χιούμορ ως το πρώτο δυσπροσαρμοστικό στυλ, δηλαδή αυτό που σχετίζεται με τον χλευασμό, την κοροϊδία και

το συκοφαντικό χιούμορ. Το επιθετικό χιούμορ συνδέεται άμεσα με τις εχθρικές συμπεριφορές και τον νευρωτισμό (Ford et al., 2016, Martin & Ford, 2018).

- Αυτοκαταστροφικό χιούμορ: αποτελεί το δεύτερο είδος δυσπροσαρμοστικού χιούμορ. Αυτό το είδος χιούμορ είναι υποτιμητικό προς το ίδιο το άτομο, τον εαυτό του. Εκφράζοντας χιουμοριστικά τα αρνητικά του χαρακτηριστικά τους, τα άτομα θεωρούν πως κερδίζουν την εύνοια των συνομιλητών τους. Αυτό το είδους χιούμορ συνδέεται με τα χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης, το άγχος και την κατάθλιψη (Ford et al., 2016, Martin & Ford, 2018).

2.2 Θεωρίες χιούμορ

Η θεωρία της υπεροχής, η θεωρία της ανακούφισης και η θεωρία της ασυμβατότητας αποτελούν τις πιο σημαντικές θεωρίες της ψυχολογίας για το χιούμορ. Όλες οι θεωρίες που έχουν ασχοληθεί για την ερμηνεία του λόγου που χρησιμοποιείται το χιούμορ, βασίζονται στην ψυχοσύνθεση των ατόμων και συμφωνούν στην ευεργετική ιδιότητα του στον ψυχισμό τους. Επιπλέον, ο κατάλληλος τρόπος χρήσης του χιούμορ διευκολύνει τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (Morgan et al., 2019).

2.2.1 Θεωρία της υπεροχής

Η θεωρία της υπεροχής ή αλλιώς η θεωρία της ανωτερότητας βασίζεται στο ξαφνικό αίσθημα θριάμβου των ατόμων και στην ανάγκη γελοιοποίησης κάποιου άλλου με σκοπό την ανύψωση του δικού του εαυτού. Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη και τον Πλάτωνα το χιούμορ αποτελούσε έναν κακόβουλο τρόπο υποτίμησης και εξευτελισμού. Αντίθετα οι μοντερνιστές υποστηρίζουν πως η θεωρία υπεροχής πλαισιώνει την άποψη της ικανότητας κάποιου στην αδρανοποίηση της δύναμης και πιο συγκεκριμένα με τον αποτελεσματικό τρόπο χρήσης του χιούμορ για την υποβάθμιση κάποιου άλλου (Morgan et al., 2019).

2.2.2 Θεωρία της ανακούφισης

Η θεωρία της ανακούφισης εντοπίζεται κυρίως στις ενδοπροσωπικές ανάγκες όλων των ανθρώπων για εκτόνωση και βελτίωση των ψυχολογικών εντάσεων (Martin et al, 2018). Σε αυτή

την θεωρία εντάσσεται και ο Freud με την ψυχαναλυτική του μελέτη, σύμφωνα με την οποία το χιούμορ παρατηρείται στους αμυντικούς μηχανισμούς του ψυχισμού των ανθρώπων, βοηθώντας τους να ανταπεξέλθουν στις κακουχίες της ζωής. Συνεπώς, τα άτομα όντας ικανά να απαλλαχτούν από τις αρνητικές σκέψεις και συμπεριφορές αυτομάτως ενισχύονται ακούσια από τις θετικές επιδράσεις της θεωρίας αυτής (Banas et al., 2011).

2.2.3 Θεωρία της ασυμβατότητας

Σύμφωνα με την θεωρία της ασυμβατότητας το χιούμορ γίνεται κατανοητό την στιγμή της ασυμφωνίας μιας έννοιας και της πραγματικής κατάστασης που επικρατεί. Αξίζει να σημειωθεί πως η κατανόηση του χιούμορ πυροδοτεί τους νοητικούς μηχανισμούς των ατόμων στην αντίχρευση των προϋποθέσεων για την εμφάνισή του. Η εμφάνιση του χιούμορ προαπαιτεί την ύπαρξη ενός επικοινωνιακού πλαισίου, στο οποίο είναι πιθανό να συμβεί η ανατροπή ή η απόκλιση από την πραγματικότητα (Morgan et al., 2019).

2.3 Λειτουργίες του χιούμορ

Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω το χιούμορ μπορεί να θεωρηθεί ως ένα κοινωνικό φαινόμενο, υπεύθυνο για τις διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς διέπεται από ευχάριστα συναισθήματα αναδεικνύοντας την θετική πλευρά των ανθρώπων.

Τα συναισθήματα προτρέπουν τον άνθρωπο στην ανάπτυξη και την βελτίωση των προσαρμοστικών αντιδράσεών του. Για παράδειγμα αρνητικά συναισθήματα όπως το άγχος και ο φόβος παρακινούν το άτομο στην άμεση δραστηριοποίησή του για την προστασία του εαυτού του (Martin & Ford, 2018). Ωστόσο η κινητοποίηση αυτή των ατόμων δεν εμφανίζεται στον ίδιο βαθμό και στα θετικά συναισθήματα. Οι προ υπάρχουσες μελέτες επισημαίνουν πως το χιούμορ δεν συμβάλλει μόνο στην ψυχαγωγία και στην διασκέδαση αλλά εξυπηρετεί εξίσου και άλλες σημαντικές λειτουργίες, όπως η κοινωνική, βιολογική και γνωστική λειτουργία (Morgan et al., 2019).

Αναφορικά με την γνωστική λειτουργία οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχουν αναδείξει την σχέση των ευχάριστων συναισθημάτων με τις λειτουργίες των ανθρώπινων οργανισμών. Αναλυτικότερα, τα άτομα που βιώνουν συχνότερα θετικά συναισθήματα, όπως η

ευχαρίστηση, η χαρά, παρουσιάζουν πιο ανεπτυγμένη σκέψη, μεγαλύτερη προσοχή και ανταποκρίνονται καλύτερα στις καθημερινές του δυσκολίες (Morgan et al., 2019).

Η Barbara Fredrickson θεωρεί πως τα αρνητικά συναισθήματα περιορίζουν τις σκέψεις των ατόμων σε συγκεκριμένες καταστάσεις και στον τρόπο που θα τις αντιμετωπίσει, αντίθετα η ύπαρξη των ευχάριστων συναισθημάτων που διευρύνουν τις αντιδράσεις και σκέψεις τους, με αποτέλεσμα την βελτίωση των κοινωνικών δυνατοτήτων των ατόμων (Martin & Ford, 2018).

Μελέτες που έχουν διεξαχθεί με βάση το χιούμορ επισημαίνουν τόσο τις θετικές όσο και αρνητικές κοινωνικές του λειτουργίες. Σύμφωνα με τον επικοινωνιολόγο John Meyer το χιούμορ έχει δύο όψεις στις κοινωνικές σχέσεις. Αφενός μπορεί να αποτελέσει την αιτία σύναψης σχέσεων ενισχύοντας τους δεσμούς των ατόμων και αφετέρου να λειτουργήσει τελείως αρνητικά χωρίζοντάς τους ή δημιουργώντας διαφορές εμποδίζοντας έτσι τις επαφές τους (Martin & Ford, 2018).

Η κοινωνική διάσταση του χιούμορ έχει σημαντικά αρνητικές επιπτώσεις για τους λαμβάνοντες καθώς πολλές φορές γίνονται αστεία και υποτιμητικά σχόλια απέναντί τους. Το χιούμορ αποτελεί τρόπο δυσφήμισης και χλευασμού με στόχο την ενίσχυση του κύρους και της δύναμης εκείνων που το χρησιμοποιούν και ταυτόχρονα τον αποκλεισμό συγκεκριμένων ατόμων από τις κοινωνικές τους ομάδες και παρέες (Morgan et al., 2019).

Τέλος, η βιολογική διάσταση του χιούμορ σχετίζεται με την ενεργοποίηση ορισμένων διεργασιών του εγκεφάλου οι οποίες είναι απαραίτητες ώστε να γίνει κατανοητό ένα αστείο ως αστείο και να πυροδοτήσει το γέλιο στα άτομα. Αναλυτικότερα, με την αντίληψη ενός αστείου πέραν της πυροδότησης των νοητικών λειτουργιών ενεργοποιούνται και τα συναισθηματικά συστήματα που είναι υπεύθυνα για τα αισθήματα ευχαρίστησης, χαράς, ευθυμίας. Απελευθερώνονται στον οργανισμό βιοχημικά μόρια που είναι υπεύθυνα για τις μεταβολές του ανθρώπινου εγκεφάλου και σώματος, και εκφράζονται μέσω του χαμόγελου, του γέλιου (Martin & Ford, 2018). Επομένως, το χιούμορ βοηθάει τόσο στην αντίληψη όσο και στην αντίδραση απέναντι σε καταστάσεις που αντιμετωπίζουν τα άτομα.

Συμπεραίνεται λοιπόν, πως το χιούμορ ωφελεί τα άτομα σε συναισθηματικό, βιοχημικό και επίπεδο συμπεριφοράς. Τα άτομα που χρησιμοποιούν το χιούμορ στην καθημερινότητά τους μειώνουν τα συναισθήματα που τους προκαλούν δυσαρέσκεια και διαχειρίζονται καλύτερα στρεσογόνες καταστάσεις. Επιπλέον, εμπλουτίζονται οι κοινωνικές τους δεξιότητες και

βελτιώνονται οι διαπροσωπικές τους σχέσεις. Τέλος, αποδεικνύεται πως το χιούμορ συμβάλλει και στην σωματική υγεία των ατόμων, καθώς μέσω του γέλιου επηρεάζεται θετικά το μυοσκελετικό και καρδιαγγειακό σύστημα των ανθρώπων (Sultanoff, 2013).

2.4 Χρόνια Νοσήματα

2.4.1 Έννοια των Χρόνιων νοσημάτων

Σύμφωνα με τον Aderson (2010), η χρόνια νόσος περιλαμβάνει όλες τις χρόνιες παθήσεις και τα σωματικά τραύματα. Συγκεκριμένα, αφορά όλες τις ιατρικές παθήσεις διάρκειας ενός έτους και άνω, που έχουν ως αποτέλεσμα λειτουργικές βλάβες για τον ασθενή και απαιτούν συνεχή ιατρική φροντίδα και επίβλεψη (Anderson, G. 2010).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει τη χρόνια νόσο ως μακροχρόνια με αργή εξέλιξη και μη μεταδοτική. Τα αίτια των χρόνιων ασθενειών μπορούν να αποδοθούν σε γενετικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες αλλά και παράγοντες συμπεριφοράς. Παραδείγματα χρόνιων ασθενειών περιλαμβάνουν καρδιαγγειακές παθήσεις, αναπνευστικές παθήσεις, διαβήτη τύπου 2, ορισμένους τύπους καρκίνου, κατάθλιψη και αρθρίτιδα (Nethan, S. 2017).

Σε όλα τα στάδια της ανθρώπινης ζωής, μπορεί να εμφανιστούν χρόνιες ασθένειες λόγω διαφόρων παραγόντων όπως το κάπνισμα, η υπερβολική χρήση ουσιών και αλκοόλ, η καθιστική ζωή, οι ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, η παχυσαρκία και η υπογλυκαιμία. Η πιο αποτελεσματική προσέγγιση για τη διαχείριση αυτών των παθήσεων είναι μέσω της πρόληψης και της συνεχούς παρακολούθησης, η οποία μπορεί να μετριάσει πολλούς κινδύνους που μπορούν να προληφθούν (Nethan, S. 2017).

Η σοβαρότητα του θέματος έχει κινητοποιήσει όλες τις κυβερνήσεις, καθώς η υγεία και η ευημερία των πολιτών όλων των ηλικιών έχει τεθεί ως στόχος της βιώσιμης. Συνεπώς, οι κυβερνήσεις προσπαθούν να προωθήσουν στους πολίτες έναν υγιή τρόπο ζωής, με τον οποίο θα προλαμβάνουν και θα θεραπεύουν τις χρόνιες ασθένειες, με αποτέλεσμα τη μείωση του ποσοστού θνησιμότητας από αυτές (Nethan, S. 2017).

2.5 Κατηγορίες χρόνιων νοσημάτων

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ταξινομήσει τις καρδιακές προσβολές, τα εγκεφαλικά επεισόδια, τον καρκίνο, τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, το άσθμα και τον σακχαρώδη διαβήτη ως τις κύριες κατηγορίες των χρόνιων ασθενειών. Αυτοί οι τύποι ασθενειών ευθύνονται για πάνω από το 60% όλων των θανάτων παγκοσμίως, με 36 εκατομμύρια θανάτους μόνο το 2008. Οι χρόνιες ασθένειες επηρεάζουν άτομα όλων των ηλικιών, με το ένα τέταρτο των θανάτων παγκοσμίως να σημειώνονται πριν από την ηλικία των 60 ετών. Οι χώρες και οι πληθυσμοί χαμηλού εισοδήματος είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι και η επιβάρυνση των χρόνιων ασθενειών αναμένεται να αυξηθεί σημαντικά τα επόμενα χρόνια (Pennington, E. 2019).

2.5.1 Άσθμα

Το άσθμα είναι μια επίμονη, μη μεταδοτική φλεγμονώδης νόσος που επηρεάζει τους αεραγωγούς των πνευμόνων. Η έκθεση σε εισπνεόμενα σωματίδια και ουσίες που μπορούν να προκαλέσουν αλλεργικές αντιδράσεις ή να ερεθίσουν τους πνεύμονες είναι οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη άσθματος. Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, πάνω από 235 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν σήμερα από άσθμα παγκοσμίως, με τα παιδιά να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα. Δυστυχώς, ακόμη και ενήλικες σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος έχουν χάσει τη ζωή τους λόγω επιπλοκών άσθματος. Η πρόσφατη δημοσιοποίηση στοιχείων του ΠΟΥ αποκάλυψε ότι μόνο το 2015 σημειώθηκαν 383.000 θάνατοι εξαιτίας άσθματος. Η αποτελεσματική φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο, τη διαχείριση και την πρόληψη των κρίσεων άσθματος, επιτρέποντας στους ασθενείς να ζήσουν μια ικανοποιητική ζωή (Pennington, E. 2019).

2.5.2 Χρόνια αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Η επιδείνωση της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθεια, δηλαδή μιας πάθησης του πνεύμονος, οδηγεί σε αναπνευστικές δυσκολίες όπως βήχα, αλλά και σε αυξημένο κίνδυνο παροξύνσεων και σοβαρών ασθενειών κατά τη διάρκεια της φυσικής δραστηριότητας. Η μελέτη Global Burden of Disease αναφέρει ότι το 2015 προκάλεσε πάνω από 3,17 εκατομμύρια θανάτους, οι οποίοι αντιπροσώπευαν το 5% όλων των θανάτων παγκοσμίως, ενώ το 2016 σημειώθηκαν 251

εκατομμύρια περιπτώσεις ΧΑΠ. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών των θανάτων σημειώθηκε στις λιγότερο εύπορες χώρες (World Health Organization. 2018)

2.5.3 Καρδιαγγειακά νοσήματα

Η πιο διαδεδομένη και κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, με περίπου 17,9 εκατομμύρια ανθρώπους που υπέκυψαν το 2016 (31% θανάτων). Ενώ, η καρδιακή προσβολή και το εγκεφαλικό άγγιζαν το ποσοστό του 85% των θανάτων παγκοσμίως. Η πλειοψηφία αυτών των θανάτων εμφανίζονται σε χώρες χαμηλού ή μεσαίου εισοδήματος. Αυτή η κατηγορία ασθενειών περιλαμβάνει μια σειρά από διαταραχές που επηρεάζουν την καρδιά και τα αιμοφόρα αγγεία, συμπεριλαμβανομένης της στεφανιαίας νόσου, της εγκεφαλοαγγειακής νόσου, της περιφερικής αρτηριακής νόσου, της ρευματικής καρδιακής νόσου, της συγγενούς καρδιακής νόσου και της φλεβικής θρόμβωσης και της πνευμονικής εμβολής (World Health Organization. 2018).

2.5.4 Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) είναι μια επίμονη πάθηση που εμφανίζεται λόγω ανεπαρκούς παραγωγής ινσουλίνης από το πάγκρεας ή ανεπαρκούς χρήσης ινσουλίνης από τον οργανισμό. Ο κύριος ρόλος της ινσουλίνης είναι να επιτρέπει στη γλυκόζη να εισέλθει στα κύτταρα για να παράγει ενέργεια. Ωστόσο, όταν παρεμποδίζεται αυτός ο μηχανισμός, τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα αυξάνονται, οδηγώντας σε υπεργλυκαιμία η οποία τελικά προκαλεί σοβαρή βλάβη στον οργανισμό (Leslie et al., 2012).

2.6 Στοιχεία επιδημιολογίας χρόνιων νοσημάτων

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), αποκάλυψε ότι οι χρόνιες ασθένειες ήταν η κύρια αιτία θανάτου, αποτελώντας το υψηλό ποσοστό των 87% όλων των θανάτων σε χώρες υψηλού εισοδήματος το 2002. Σε πλήρη αντίθεση, οι μεταδοτικές ασθένειες και ο υποσιτισμός ήταν υπεύθυνος για μόλις το 7% των συνολικών θανάτων, ενώ οι τραυματισμοί αντιστοιχούσαν στο 6%. Οι προβλέψεις δείχνουν ότι οι θάνατοι από μη μεταδοτικές ασθένειες θα παρουσιάσουν απότομη αύξηση, κλιμακούμενη από το 59% που καταγράφηκε το 2002 στο ανησυχητικό 69%

των συνολικών θανάτων παγκοσμίως έως το 2030. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι εκτεταμένη έρευνα και δεδομένα αποσαφηνίζουν ότι τα άτομα από χαμηλότερο εισόδημα είναι πιο επιρρεπείς σε χρόνιες ασθένειες από τους πλουσιότερους ομολόγους τους, με υψηλότερο ποσοστό χρόνιων ασθενειών που ταλαιπωρούν τους φτωχούς (Suhrccke & Urban, 2010).

Η συσχέτιση μεταξύ των χρόνιων παθήσεων και της ηλικίας των ασθενών είναι ένα κρίσιμο ζήτημα τόσο από οικονομική όσο και από δημόσια άποψη. Οι προβλέψεις δείχνουν ότι έως το 2030, το ποσοστό των Ευρωπαίων ηλικίας 65 ετών και άνω θα αυξηθεί στο 23,5%, μια σημαντική αύξηση από το 15% που υπολογίστηκε το 2000. Επιπλέον, ο αριθμός των ατόμων ηλικίας άνω των 80 ετών αναμένεται να αυξηθεί σημαντικά, σχεδόν διπλασιασμένος από 3 % το 2000 σε 6,4% έως το 2030. Αυτά τα στοιχεία ευθύνονται εν μέρει για την αύξηση των χρόνιων και μη μεταδοτικών ασθενειών. Ωστόσο, όχι μόνο οι ηλικιωμένοι αλλά και ένας σημαντικός αριθμός νέων και μεσήλικων πάσχουν από χρόνιες παθήσεις. Μια πρόσφατη μελέτη του ΠΟΥ διαπίστωσε ότι το 72% των θανάτων σε άτομα κάτω των 60 ετών οφειλόταν σε χρόνιες ή μεταδοτικές ασθένειες, με το 8% από μεταδοτικές και το 21% από αίτια που σχετίζονται με τραυματισμούς. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα παραπάνω δεδομένα αφορούν ανεπτυγμένες χώρες, υποδεικνύοντας ότι οι χρόνιες ασθένειες δεν αφορούν αποκλειστικά τους ηλικιωμένους ασθενείς (Brennan, P. 2017, Mitchell, E. 2020, Suhrccke & Urban, 2010).

Τα ευρήματα των στατιστικών ερευνών που πραγματοποιήθηκαν το 2016 αποκάλυψαν ότι οι μη μεταδοτικές ασθένειες στοίχισαν τη ζωή σε 41 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως κάθε χρόνο. Μεταξύ αυτών των θανάτων, 15 εκατομμύρια ήταν άτομα ηλικίας μεταξύ 30 και 69 ετών. Οι κύριες αιτίες αυτών των χρόνιων ασθενειών ήταν οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι οποίες είχαν ως αποτέλεσμα 18 εκατομμύρια θανάτους, ακολουθούμενο από τον καρκίνο, ο οποίος προκάλεσε 9 εκατομμύρια θανάτους. Επιπλέον, η πνευμονική νόσος στοίχισε τη ζωή σε 4 εκατομμύρια άτομα, ενώ ο σακχαρώδης διαβήτης ευθύνεται για 1,6 εκατομμύρια θανάτους (Nethan, S. 2017). Στην Ελλάδα, οι παθήσεις του κυκλοφορικού ήταν η κύρια αιτία θανάτου, αντιπροσωπεύοντας το 40,3% των 113.740 θανάτων που αναφέρθηκαν το 2014. Ο καρκίνος ήταν η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου, με 29.155 θανάτους, ακολουθούμενη από τα αναπνευστικά νοσήματα, που στοίχισαν τη ζωή σε 12.231 άτομα.

2.7 Ποιότητα υγείας χρόνιων ασθενών

Ο κύριος στόχος της ευρωπαϊκής πολιτικής για την υγεία είναι να ενισχύσει και να εκσυγχρονίσει τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, διασφαλίζοντας παράλληλα ότι κάθε πολίτης έχει πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη κορυφαίας ποιότητας και σύγχρονης τεχνολογίας. Η Ευρωπαϊκή Ένωση είναι υπεύθυνη για τη δημιουργία και την εφαρμογή πολιτικών υγείας που εγγυώνται ίση πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη για όλους, αντιμετωπίζοντας τυχόν ζητήματα που μπορεί να προκύψουν σε εθνικό επίπεδο. Παρέχουν επίσης οικονομική υποστήριξη για πρωτοβουλίες και πολιτικές για την υγεία χρησιμοποιώντας κονδύλια από ευρωπαϊκές πηγές, προωθώντας αυτές τις δράσεις με κάθε δυνατό τρόπο (European Commission 2014).

Με την καθοδήγηση και πρόβλεψη της ευρωπαϊκής κοινότητας, τα εθνικά κράτη δίνουν ολοένα και μεγαλύτερη προτεραιότητα στη δημιουργία και στη βελτιστοποίηση των υποδομών υγείας, χρησιμοποιώντας κατάλληλες τακτικές, με αποτέλεσμα την ικανοποίηση των πολιτών και επαγγελματιών υγείας και κατ' επέκταση την αυξημένη παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα του εθνικού επιπέδου. Επιπλέον, τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης εφαρμόζουν πολιτικές πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης ασθενειών, χορηγώντας στη συνέχεια την σωστότερη θεραπεία (European Commission 2014).

Ωστόσο, η ποιότητα ζωής αποτελεί μείζον θέμα όλων των εθνών και σχετίζεται τόσο με τη φροντίδα που βελτιστοποιεί την υγεία του ασθενή και παράλληλα συνυπολογίζοντας τα οφέλη όσο και τις απώλειες που προκύπτουν κατά τη εφαρμογή της περίθαλψης. Επιπλέον, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει ότι η ποιότητα υγείας σχετίζεται με τις κινητοποιήσεις που αφορούν τόσο τη θεραπεία όσο και τη διάγνωση της ασθένειας, οι οποίες μπορούν να συμβάλλουν στην αναβάθμιση των λειτουργιών των ιατρικών δομών, για την αξιοποίηση των επιτευγμάτων της ιατρικής. Σημαντική θα είναι επίσης η συμβολή τους στην ικανοποίηση των πολιτών από τις ανθρώπινες υπηρεσίες, τις απόρροιες που επιφέρουν και την ανάπτυξη. Αξίζει να σημειωθεί, ότι η άριστη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος ενισχύει την ανάπτυξη και συμβάλει στην αύξηση της ανταγωνιστικότητας μεταξύ των δομών υγείας, διότι η υγεία αποτελεί μέγιστη ανάγκη για τους ανθρώπους. Συνεπώς, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στον εντοπισμό και καθορισμό των παραγόντων που μεγιστοποιούν την εξασφάλιση των άριστων παροχών υγείας

Το θέμα της ποιότητας ζωής αποτελεί μείζον μέλημα για όλα τα έθνη και περιλαμβάνει τη βελτιστοποίηση της φροντίδας των ασθενών, λαμβάνοντας υπόψη τα οφέλη και τα μειονεκτήματα αυτής της φροντίδας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τονίζει τη σημασία της κινητοποίησης πόρων για τη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενειών για τη βελτίωση των ιατρικών δομών και την προώθηση της ιατρικής. Αυτό, με τη σειρά του, συμβάλλει στη μεγαλύτερη ικανοποίηση των πολιτών και προωθεί την ανάπτυξη. Ένα σύστημα υγείας που λειτουργεί σωστά είναι απαραίτητο για την ικανοποίηση των βασικών αναγκών των ανθρώπων και την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να εντοπιστούν και να καθοριστούν οι παράγοντες που προάγουν εξαιρετικά οφέλη για την υγεία (Alibrandi et al., 2023).

Ο απώτερος στόχος των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι η παροχή βέλτιστης ικανοποίησης των ασθενών, μέσω της αξιοποίησης των σύγχρονων ιατρικών πρακτικών με ταυτόχρονη αποτελεσματική διαχείριση των δαπανών, για την πρόληψη της οικονομικής πίεσης των ασθενών σε περίπτωση σοβαρής ασθένειας. Η διασφάλιση της φροντίδας υψηλής ποιότητας περιλαμβάνει τη συμμόρφωση με τα καθιερωμένα πρότυπα και την ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων από αυτά για την επίτευξη βέλτιστης απόδοσης. Η παροχή της μέγιστης φροντίδας, η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση και θεραπεία είναι ζωτικής σημασίας για επιτυχή αποτελέσματα. Η οικοδόμηση ανθρώπινων σχέσεων μεταξύ ασθενών και παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, μαζί με τη συνεχή υποστήριξη και παρακολούθηση, είναι επίσης ζωτικής σημασίας. Η διασφάλιση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, η ιεράρχηση της ασφάλειας και η εξέταση της ψυχολογικής, πνευματικής ευημερίας και του καθημερινού τρόπου ζωής του ατόμου, είναι πρόσθετοι παράγοντες που συμβάλλουν στη συνολική ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012)

Συμπερασματικά, όταν εξετάζεται η συνολική ευημερία κάποιου, είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη διάφοροι παράγοντες, όπως η ατομική αυτονομία, οι κοινωνικές σχέσεις, η οικονομική σταθερότητα και η σωματική υγεία. Ορισμένοι ειδικοί υποστηρίζουν ότι πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην έρευνα και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, καθώς συνδέεται εγγενώς με την προσωπική υγεία και την επιδίωξη της βέλτιστης ευημερίας. Είναι σαφές ότι η κοινωνική, η ψυχική και η σωματική υγεία είναι βαθιά συνυφασμένες και πηγάζουν από την ικανοποίηση και την ευτυχία του ίδιου του ατόμου (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

2.8 Ανάγκες χρόνιων ασθενών

Οι χρόνιες ασθένειες συχνά οδηγούν σε μείωση της υγείας και μπορούν να εμποδίσουν τους ασθενείς να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή. Αυτές οι ασθένειες χαρακτηρίζονται από τη μακροχρόνια φύση τους, την έλλειψη λειτουργικότητας και τις μη αναστρέψιμες επιπτώσεις στον οργανισμό, που απαιτούν ειδική ιατρική φροντίδα και παρακολούθηση. Η αποτυχία σωστής διαχείρισης χρόνιων ασθενειών μπορεί να οδηγήσει σε διάφορες επιπλοκές, ακόμη και θάνατο. Η έρευνα υπογραμμίζει τη σημασία των προηγμένων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στην αποτελεσματική θεραπεία τέτοιων ασθενειών (Tajarernmuang, P. 2020).

Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες μπορούν να ωφεληθούν πολύ από τη λήψη άμεσης και αποτελεσματικής ιατρικής θεραπείας, καθώς μπορεί να βελτιώσει την καθημερινή τους ζωή και τη συνολική παραγωγικότητά τους. Η διαχείριση αυτών των καταστάσεων περιλαμβάνει διάφορες πτυχές όπως διάγνωση, θεραπεία, υποστήριξη και πρόληψη. Με την πάροδο του χρόνου, υπήρξε μια αισθητή αύξηση στον αριθμό των ατόμων που ζουν με χρόνιες ασθένειες, γεγονός που αποτελεί και χαρακτηριστικό της γήρανσης του πληθυσμού. Ωστόσο, αυτή η αύξηση επιβαρύνει σημαντικά και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, καθιστώντας αναγκαία την ιεράρχηση των επαγγελματιών υγείας και τις πρακτικές αυτοεξυπηρέτησης (Tajarernmuang, P. 2020, Storni, C. 2014).

3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

Σύμφωνα με τον ορισμό που δόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) στη συνέλευση της Άλμα – Άτα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) σχετίζεται με τα πολιτισμικά, τα πολιτικά και τα οικονομικά στοιχεία της εκάστοτε χώρας και προσφέρει πρόληψη, θεραπεία και αποκαθιστά τους ασθενείς. Επίσης, παρέχει την κατάλληλη παιδεία στον τομέα της υγείας, παρακινεί τον άνθρωπο και την κοινωνία να βοηθήσουν στην ορθή λειτουργία της ΠΦΥ, αφού είναι αναγκαίο να υπάρχουν τα κατάλληλα μηχανήματα για να παρέχεται η βέλτιστη φροντίδα της υγείας. Ακόμη, είναι ιδανικό να παρέχεται η υγεία ισότιμα σε όλους τους ανθρώπους και να προσφέρουν τις υπηρεσίες της άρτια καταρτισμένοι ιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό. Έπειτα, σε μια γνωστοποίηση του ΠΟΥ που έλαβε χώρα το 2008 ορίστηκε να έχει ως βάση τέσσερα στοιχεία: ολική κάλυψη, οι υπηρεσίες που προσφέρει να έχουν επίκεντρο τον δέκτη των υπηρεσιών αυτών, ικανοποιητική ηγεσία και κρατικές υπηρεσίες.

Η εξασφάλιση μιας πλήρους ΠΦΥ είναι ένας περίπλοκος συνδυασμός διαδικασιών, ο οποίος για να επιτευχθεί χρειάζεται η ολοκλήρωση που συντελούν στην αποφυγή του κατακερματισμού αλλά και στην εξασφάλιση της συνέχειας του πέρατος της υγείας. Στην κάθετη ολοκλήρωση επιτυγχάνεται η επίτευξη των στόχων μιας ολομελούς ΠΦΥ σε περιστάσεις υψίστης σημασίας (συνδυασμός ποικίλων επιπέδων περίθαλψης, όπως ο συνδυασμός της πρωτοβάθμιας με την δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας). Στην οριζόντια ολοκλήρωση εξασφαλίζεται η καθολική επίτευξη της ΠΦΥ, για παράδειγμα συνδυασμός ισοδύναμων ειδών φροντίδας όπως οι διεπιστημονικές ομάδες. Ακόμη, ουσιαστικής σημασίας είναι και το γεγονός πως απαρτίζονται οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας ως προς την ΠΦΥ, το οποίο απασχολεί πολλούς μελετητές (WHO, 2018).

Ένας ορισμός που έχει δώσει ο ΠΟΥ για την ΠΦΥ και είναι ευρέως αποδεκτός είναι : «Η διαχείριση και η παροχή υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε τα άτομα να απολαμβάνουν ένα συνεχές προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών σύμφωνα με τις ανάγκες τους στη διάρκεια του χρόνου και ανεξαρτήτως επιπέδου του συστήματος υγείας στο οποίο απευθύνονται» (WHO, 2018). Κάποιοι από τους βασικούς σκοπούς μιας ικανοποιητικής φροντίδας της υγείας είναι η ένωση των ομάδων της ΠΦΥ είναι η καλύτερευση της προσβασιμότητας και η αύξηση του επιπέδου που έχει η υγεία του πληθυσμού, η παροχή καλύτερης κατάταξης των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού και η βέλτιστη επικοινωνία, αλλά και η ορθότερη χρήση των πόρων (Brown, Oliver-

Baxter & Bywood, 2013). Σε μια μελέτη που διεξήγαγαν οι Valentijn et al. (2015) ο τρόπος που ολοκληρώνονται οι υπηρεσίες υγείας διαφαίνεται στους παρακάτω τομείς:

- Το σύστημα φροντίδας υγείας ολοκληρώνεται λειτουργικά σε μακροοικονομικό επίπεδο (παροχή κατάλληλων πόρων για τη φροντίδα, διάγνωση, θεραπεία και πρόληψη).
- Ολοκλήρωση ως προς την οργάνωση σε μεσοεπίπεδο της ΠΦΥ (οι φορείς υγειονομικής με τους φορείς της κοινωνικής φροντίδας πρέπει να συμμαχούν).
- Στο μεσοεπίπεδο της φροντίδας της υγείας συγκαταλέγεται και η ολοκλήρωση επαγγελματικά (ύπαρξη συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών της υγείας).
- Σε μικροοικονομικό επίπεδο ως προς το σύστημα φροντίδας υγείας υπάρχει κλινική ολοκλήρωση (συνεργασία και ομαλή λειτουργία στην παροχή της ΠΦΥ).

Η πεπληρωμένη ΠΦΥ τη σήμερον ημέρα απασχολεί ιδιαίτερα τα μέσα ενημέρωσης του Ηνωμένου Βασιλείου, αλλά προβληματίζει και τους φορείς των κυβερνήσεων παγκοσμίου επιπέδου. Παρόλα αυτά το ελληνικό σύστημα υγείας φαίνεται να δέχεται χειρότερη μεταχείριση και να αντιμετωπίζεται ως υποδεέστερο. Επίσης, παρατηρείται το εξής οξύμωρο σχήμα: ενώ δεν εστιάζουν ούτε οι σχεδιαστές των υπηρεσιών υγείας ούτε η προπτυχιακή εκπαίδευση στην πλήρη παροχή υπηρεσιών υγείας, υπάρχει η απαίτηση τα επαγγέλματα του τομέα της υγείας να είναι ευαισθητοποιημένα και το υγειονομικό προσωπικό να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο (Lionis & Petelos, 2015).

Αδιάσπαστη είναι η σημασία της πλήρους φροντίδας της υγείας με την φροντίδα του ασθενούς (Lionis & Petelos, 2015). Η απαρχή αυτού του συνδυασμού εντοπίζεται από παλιά, όμως πλέον έχουν υπάρξει κάποιες ανανεώσεις απέναντι στην παράδοση και τις διαστάσεις που περιέχει.

Κατά το Institute of Medicine η φροντίδα που έχει ως επίκεντρο τον ασθενή ορίζεται ως η φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή και σέβεται και εστιάζει στις προτιμήσεις και τις ανάγκες του και δίνει βάση στις αξίες του, εξασφαλίζοντας πως όλα τα απαραίτητα βήματα γίνονται με βάση αυτές. Επίσης, το Institute of Medicine προσθέτει στα χαρακτηριστικά της ποιοτικότερης φροντίδας την αποδοτικότητα, την ασφάλεια, την ισότητα, την αποτελεσματικότητα και ειδικά την φροντίδα που εστιάζει στον ασθενή.

Είναι ευρέως γνωστό πως ο ιατρός και σε μία ευρύτερη έννοια ο επαγγελματίας της υγείας, είναι λανθασμένο να θεωρηθεί ως το θεμέλιο της σχέσης που έχει ο ασθενής με τους δέκτες της

φροντίδας της υγείας, που επιδέχονται υπηρεσίες διαμορφωμένες σύμφωνα με τις εξατομικευμένες τους ανάγκες και προτιμήσεις (Bardes, 2012). Οι ερμηνείες της εστιασμένης φροντίδας στον ασθενή ποικίλουν ξεκινώντας από τους Gerteis, Edgman-Levitan, Daley & Delbanco (1993), όπου το Picker Institute συνδέει την φροντίδα αυτή με την αναγνώριση των αναγκών, των αξιών και των προτιμήσεων του ασθενούς. Έπειτα, το Commonwealth Fund εστιάζει περισσότερο στην ενασχόληση του ίδιου του ασθενούς με την φροντίδα του και την αύξηση της ποιότητας της φροντίδας, αλλά και στον συντονισμό που πρέπει να υπάρχει στην φροντίδα. Αντίθετα, σύμφωνα με τους Scholle et al. (2010) το Institute for Family-Centered Care επικεντρώνεται στην αξία του σεβασμού η οποία διαφαίνεται με την ενεργή συμμετοχή και συμβολή του ασθενούς και στη διάδοση πληροφοριών (Scholle et al., 2010).

3.1 Η στρατηγική της ΠΦΥ στην Ελλάδα

Για τα ελληνικά δεδομένα, η πρακτική εφαρμογή της ΠΦΥ οφείλει να εξαρτάται από τη μελέτη και την επεξεργασία δεδομένων τα οποία σχετίζονται με τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Αυτή η διαδικασία γίνεται έχοντας υπόψιν το ανάλογο νομοθετικό πλαίσιο, αλλά και την ιστορία του, την οργάνωση και τη λειτουργικότητα των δομών όπου παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας και τους διαθέσιμους πόρους για την χρηματοδότηση των υπηρεσιών της ΠΦΥ.

Πολλά εμπόδια στην οργάνωση και τη λειτουργία της ομάδας ΠΦΥ εκδηλώνονται. Ενδεικτικά κάποια από τα προβλήματα είναι ο ρόλος της ομάδας ΡΗΥ είναι ασαφής παρά τις νομοθετικές πρωτοβουλίες που προωθούν τη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Τα τρέχοντα συστήματα διαχείρισης πληροφοριών απαιτούν καλύτερη ενοποίηση και συντονισμό. Οι υπηρεσίες υγείας συχνά καθυστερούν να καλύψουν τις ανάγκες της κοινότητας και η οικονομική επιβάρυνση των ατόμων είναι δυσανάλογη. Λείπει η ενσωμάτωση στο σύστημα ΡΗΥ και οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι ελάχιστα συνδεδεμένες. Οι ανάγκες των ασθενών δεν λαμβάνονται επαρκώς υπόψη κατά τον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επιπλέον, οι ασθενείς δεν συμμετέχουν ενεργά στον προγραμματισμό της υγειονομικής τους περίθαλψης με την ομάδα ΡΗΥ. (Lionis & Petelos, 2015)

3.2 Βασικές αρχές που διέπουν τη λειτουργία της ομάδας της ΠΦΥ

Μέσω της προσέγγισης με επίκεντρο τον ασθενή ή τον χρήστη, η ΠΦΥ περιστρέφεται γύρω από το άτομο και την οικογένεια του. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι προσανατολισμένες στην εκπλήρωση των απαιτήσεων τους, με τους επαγγελματίες υγείας να συνεργάζονται για την επίτευξη της συνολικής υγείας και ευεξίας τους. Ο ασθενής συμμετοχή ενεργά στην φροντίδα, την πρόληψη, την προαγωγή της υγείας και την διαχείριση των θεμάτων του, λαμβάνοντας πληροφορίες και έχει λόγο στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του. Η ενεργός συμμετοχή στην υγειονομική περίθαλψη έχει βρεθεί ότι παράγει καλύτερα αποτελέσματα και οικονομικά αποδοτικές αποφάσεις. Ωστόσο, αυτή η προσέγγιση απαιτεί μια αλλαγή στις πρακτικές και την κουλτούρα των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας (Mitchell et al., 2012, Paget et al., 2011).

Η παροχή ανώτερης φροντίδας και υπηρεσιών εξαρτάται από τον συντονισμό με κέντρο των ασθενών και την απρόσκοπτη συνεχή της φροντίδας. Η καλλιέργεια μιας διεπιστημονικής ομάδας, η επιδίωξη έρευνας και η εφαρμογή τεκμηριωμένων πρακτικών για την αντιμετώπιση θεμάτων υγείας και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων ενισχύουν την ποιότητα αυτών των υπηρεσιών (WHO, 2018).

3.3 Τομείς δράσης της ΠΦΥ

Το 1978, η διακήρυξη της Άλμα – Ατα χρησίμευσε ως το θεμέλιο για τον επαναπροσδιορισμό του ρόλου του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στην προώθηση της ΠΦΥ. Αυτό ανέδειξε τη σημασία της πρόληψης και της εκπαίδευσης, μαζί με τη συμμετοχή της κοινότητας και την ατομική ευθύνη στη διαχείριση ασθενειών και την βελτίωση της συνολικής υγείας μέσω συντονισμένων διεπιστημονικών προσπαθειών. Αυτός ο επαναπροσανατολισμός των συστημάτων υγείας έχει συνδεθεί με μειωμένα έξοδα υγειονομικής περίθαλψης, αυξημένης ικανοποίησης των χρηστών, βελτιωμένη υγεία του πληθυσμού και μειωμένη κατανάλωση φαρμάκων ().

Οι στόχοι και οι προθέσεις πίσω από την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων στο πλαίσιο του συστήματος ΠΦΥ.

- Η ενίσχυση της προσβασιμότητας στις εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

- Η εξασφάλιση απρόσκοπτου συντονισμού και ενοποίησης των υπηρεσιών περίθαλψης και η προώθηση συνεργατικών προσπαθειών μεταξύ των παροχών υγειονομικής περίθαλψης είναι βασικές πτυχές για τη βελτίωση της ποιότητας και της καταλληλότητας της περίθαλψης.
- Η προτεραιότητα στην πρόληψη και διαχείριση χρόνιων ασθενειών, η ενθάρρυνση της δέσμευσης των χρηστών στην αυτοεξυπηρέτηση και αυτοδιαχείριση και η εφαρμογή ηλεκτρονικού συστήματος διαχείρισης κλινικών πληροφοριών είναι απαραίτητα μέτρα για την επίτευξη βέλτιστης ικανοποίησης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.
- Παρέχοντας προσαρμοσμένες υπηρεσίες σε συγκεκριμένες ομάδες και υιοθετώντας μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση στο σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών, μπορούμε να ενισχύσουμε τη συμμετοχή της κοινότητας και του πληθυσμού στη λήψη αποφάσεων σε κεντρικό επίπεδο, καλύπτοντας παράλληλα τις διαφορετικές ανάγκες φροντίδας των χρηστών μας.
- Η ισότητα στην υγεία, η αποτελεσματικότητα και η βιωσιμότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι επίσης κρίσιμοι παράγοντες στην επιδίωξή μας να βελτιώσουμε την ποιότητα των υπηρεσιών.

Η θεμελιώδης βαθμίδα της υγειονομικής περίθαλψης αφορά τα αρχικά σημεία επαφής μεταξύ του πληθυσμού και του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία συνήθως περιλαμβάνουν αλληλεπιδράσεις με επαγγελματίες υγείας όπως γιατρούς, νοσηλευτές, μαίες, επισκέπτες υγείας και κοινωνικούς λειτουργούς. Αυτές οι υπηρεσίες μπορούν να παρέχονται σε διάφορες τοποθεσίες, συμπεριλαμβανομένων ιατρικών γραφείων, κλινικών υγείας, πολυκλινικών ή νοσοκομειακών εγκαταστάσεων εξωτερικών ασθενών. Το εύρος κάλυψης αυτού του επιπέδου περίθαλψης μπορεί να περιλαμβάνει από 500 έως 5.000 άτομα.

Εξ ορισμού, η ΠΦΥ στοχεύει στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε άμεση γειτνίαση με την καθημερινή ζωή και τις εργασιακές ρουτίνες των ανθρώπων. Είναι το πρώτο βήμα σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας. Η ΠΦΥ παρέχει ένα πλαίσιο για την αντιμετώπιση ενός ευρέος φάσματος ζητημάτων υγείας με κατάλληλο τρόπο, αποφεύγοντας την ανάγκη παραπομπής. Καθοδηγεί τους χρήστες εντός του συστήματος υγείας με κατάλληλες παραπομπές και διασφαλίζει τη συνέχεια της περίθαλψης. Η ανάπτυξη μιας διαδραστικής σχέσης μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών είναι ζωτικής σημασίας για τη λήψη τεκμηριωμένων

αποφάσεων που σχετίζονται με την ευημερία του ασθενούς. Η ΠΦΥ εστιάζει επίσης στην πρόληψη ασθενειών, στην έγκαιρη ανίχνευση προβλημάτων και στην προαγωγή της υγείας. Δικτυώνει τις υπηρεσίες υγείας με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, βοηθητικές υπηρεσίες και δομές υποστήριξης της κοινότητας (Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, 2014)..

Μέσω της εφαρμογής επιστημονικά υποστηριζόμενων και κοινωνικά αποδεκτών μεθόδων και τεχνολογιών, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αντιμετωπίζει ζητήματα υγείας της κοινότητας και προσφέρει μια ολοκληρωμένη σειρά υπηρεσιών υγείας, που κυμαίνονται από την πρόληψη και την προώθηση έως τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Το πεδίο εφαρμογής του εκτείνεται πέρα από τις παραδοσιακές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, καλύπτοντας τη δημόσια υγεία, τις περιβαλλοντικές ανησυχίες, τη διατροφή και την παροχή βασικών κλινικών και φαρμακευτικών θεραπειών (Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, 2014).

Στις σύγχρονες κοινωνίες, οι χρόνιες ασθένειες είναι οι κύριες αιτίες ασθενειών και θανάτου. Αυτές οι ασθένειες προκαλούνται από παρατεταμένη έκθεση σε διάφορους παράγοντες κινδύνου. Οι επαγγελματίες υγείας στοχεύουν να αποτρέψουν και να σταματήσουν την ανάπτυξη αυτών των ασθενειών παρεμβαίνοντας στις βαθύτερες αιτίες τους (Καλοκαιρινού & Αδαμακίδου, 2014).

3.4 ΠΦΥ και προσυμπτωματικός έλεγχος

Με τη διεξαγωγή πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσω προσυμπτωματικού ελέγχου, μπορεί κανείς να συμβάλει σημαντικά στην έγκαιρη διάγνωση μιας νόσου, ακόμη και πριν εκδηλωθούν κλινικά συμπτώματα. Αυτός ο τύπος προσυμπτωματικού ελέγχου συνήθως χορηγείται κατά τη διάρκεια της ενδιάμεσης περιόδου μεταξύ της βιολογικής έναρξης της νόσου και της εμφάνισης αξιοσημείωτων συμπτωμάτων, με τον ακριβή χρόνο της να επηρεάζεται από τη φυσική εξέλιξη της πάθησης.

Η διαδικασία του προσυμπτωματικού ελέγχου συνεπάγεται τη χρήση της μεθόδου προσυμπτωματικού ελέγχου, η οποία περιλαμβάνει κλινική ή/και εργαστηριακή διερεύνηση συγκεκριμένων κοορτών, με στόχο τον εντοπισμό της νόσου στο προκλινικό της στάδιο.

Σύμφωνα με τον Ackermann- Liebrich (2009) οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή μιας πρωτοβουλίας προσυμπτωματικού ελέγχου είναι ότι η ασθένεια που εξετάζεται πρέπει να είναι διαδεδομένη και σημαντική στον πληθυσμό-στόχο, με σαφή κατανόηση της φυσικής της εξέλιξης και μια προσυμπτωματική φάση. Επιπλέον, πρέπει να υπάρχει διαθέσιμη αποτελεσματική

θεραπεία που μπορεί να συμβάλει σε βελτιωμένη πρόγνωση εάν χορηγηθεί κατά το προσυμπτωματικό στάδιο. Ένα έγκυρο και ακριβές διαγνωστικό τεστ πρέπει επίσης να είναι προσβάσιμο και αποδεκτό τόσο από την κοινότητα όσο και από τους σχετικούς επαγγελματίες υγείας. Πρέπει να παρέχεται επαρκής υποδομή για διάγνωση και θεραπεία και το κόστος του προγράμματος πρέπει να είναι εφικτό. Τέλος, η συνεχής παρακολούθηση των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα είναι απαραίτητη για συνεχή επιτυχία.

Η θεμελιώδης προϋπόθεση για τη δοκιμασία προσυμπτωματικού ελέγχου ενός προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου είναι η αποδοχή και η υποτιθέμενη ασφάλειά του για τη διασφάλιση της μέγιστης συμμετοχής από τον πληθυσμό. Το τεστ Παπανικολάου για προκλινική ταυτοποίηση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης για τη διάγνωση της υπέρτασης, το τεστ ανοχής γλυκόζης για σακχαρώδη διαβήτη, ο προγεννητικός έλεγχος και η μαστογραφία για την ανίχνευση του καρκίνου του μαστού είναι υποδειγματικές εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου.

3.5 ΠΦΥ, κατ' οίκον φροντίδα υγείας και νοσηλεία

Η εφαρμογή κατ' οίκον υγειονομικής περίθαλψης και νοσηλευτικών υπηρεσιών υποδηλώνει τη μεθοδική προσπάθεια του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης να αντιμετωπίσει τη θεμελιώδη ανάγκη για σωματική, συναισθηματική και ψυχική φροντίδα με τρόπο προσιτό και βολικό για τα άτομα στους τόπους διαμονής και τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Ο απώτερος στόχος πίσω από την παροχή κατ' οίκον υγειονομικής περίθαλψης και νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι η υποστήριξη, η ενίσχυση και η ανανέωση της ευημερίας των ατόμων και των ασθενών, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να βελτιώσουν τη δική τους αυτοεξυπηρέτηση και αυτονομία, μετριάζοντας παράλληλα τις επιβλαβείς συνέπειες των αναπηριών και ασθένειες.

Στον τομέα της κατ' οίκον και της μακροχρόνιας περίθαλψης, οι ευθύνες των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, των ασθενών και των μελών της οικογένειας υφίστανται μεταμόρφωση. Κάθε άτομο στην ομάδα αναλαμβάνει τους ρόλους του εκπαιδευτή, του μαθητή και του οργανωτή σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια της συνεργασίας του. Αυτό γίνεται με στόχο να βοηθηθεί ο ασθενής να προχωρήσει από την απόκτηση θεμελιωδών γνώσεων (όπως στο μοντέλο οξείας φροντίδας) στην ανάληψη της ευθύνης της δικής του διαχείρισης της νόσου. Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, τόσο η κατ' οίκον νοσηλεία όσο

και η κατ' οίκον υγειονομική περίθαλψη διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν άτομα όλων των ηλικιών, τόσο υγιών όσο και άλλων. Αυτές οι προσεγγίσεις ενθαρρύνουν την προώθηση της αυτοφροντίδας και της αυτοδιαχείρισης, ενώ δίνουν έμφαση στη χρήση άτυπων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (Cowley et al., 2015, Luker et al., 2012).

Αυτές οι διατάξεις διευκολύνουν τη συνεχιζόμενη διαμονή ευπαθών κοινωνικών φατριών (δηλαδή, ηλικιωμένων, ανήμπορων και επίμονα ασθενών) στις κατοικίες τους, ενώ λαμβάνουν την κατάλληλη προσοχή (Kalokairinou et al., 2016). Η παροχή φροντίδας είναι ολόπλευρη, προσαρμοσμένη στις μοναδικές ανάγκες κάθε ατόμου και επικεντρώνεται στον ασθενή, τους αγαπημένους του και τους φροντιστές του, που είναι όλοι αναπόσπαστοι στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Cowley et al., 2015, Luker et al., 2012).

Στη μελέτη τους, η Καλοκαιρινού και η Αδαμακίδου περιγράφουν λεπτομερώς διάφορες παρεμβάσεις που στοχεύουν:

- Στην προαγωγή και διατήρηση της καλής υγείας.
- Την παροχή θεραπείας και αποκατάστασης για διαφορετικές ιατρικές καταστάσεις.
- Την παροχή συμβουλών και εκπαίδευσης για τη διαχείριση φαρμάκων και την ασφάλεια των φροντιστών.
- Την παροχή υποστήριξης σε άτομα, οικογένειες και φροντιστές αντιμετώπιση του πένθους και άλλων δύσκολων καταστάσεων.

Οι συγγραφείς υπογραμμίζουν επίσης τη σημασία της προώθησης της αυτοφροντίδας και της αυτοδιαχείρισης για καταστάσεις όπως η φροντίδα της στομίας και ο διαβήτης.

4 Χιούμορ Και Χρόνια Νοσήματα

Το χιούμορ είναι μια απολαυστική αίσθηση που προκαλεί γέλιο και διασκέδαση, φέρνοντας χαρά και συμβάλλοντας στη συνολική ψυχική ευεξία. Έχει μια καθολική απήχηση, ξεπερνώντας τα όρια ηλικίας, πολιτισμού και διάθεσης (Bains et al., 2014).

Η σύνδεση μεταξύ του χιούμορ και της ψυχικής ευεξίας είναι αναμφισβήτητη, καθώς καλλιεργεί μια αίσθηση ψυχολογικής ικανοποίησης. Έτσι, η σημασία του χιούμορ στην

ανθρώπινη ύπαρξη δεν μπορεί να υπερεκτιμηθεί. Συγκεκριμένα, η αναζωογονητική ποιότητα του χιούμορ συμβάλλει σε μια συνολική κατάσταση θετικής υγείας (Hall, 2017).

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενα αποσπάσματα, η χρόνια ασθένεια προκαλεί μια κατάσταση μειωμένης διάθεσης και ικανοποίησης με την ύπαρξη κάποιου. Συχνά, τέτοιες παθήσεις συνοδεύονται από επίμονη αγωνία, επιδεινώνοντας περαιτέρω την ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις απαιτήσεις της καθημερινής του ρουτίνας (Bains et al., 2014).

Η χρήση του χιούμορ στο πλαίσιο της χρόνιας ασθένειας χρησιμεύει ως μέσο για την απομάκρυνση της προσοχής του πάσχοντος ατόμου από τη βαρύτητα της κατάστασής του, επιτρέποντάς του έτσι να διαχειριστεί καλύτερα την ταλαιπωρία που μπορεί να υπομένει (Richards & Kruger, 2017).

Η συμπερίληψη του χιούμορ στη διαχείριση χρόνιων ασθενειών μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο πυροδοτώντας την απελευθέρωση ενδορφινών στον εγκέφαλο. Αυτές οι ενδορφίνες έχουν συνδεθεί με τον έλεγχο του πόνου, κάτι που είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τη διαχείριση της δυσφορίας που συνοδεύει τις χρόνιες ασθένειες. Με την ενσωμάτωση του χιούμορ στη ζωή τους, τα άτομα με χρόνιες ασθένειες μπορούν να δουν την κατάστασή τους ως πρόκληση και όχι ως βάρος, επωφελούμενοι τελικά από τα θετικά αποτελέσματα που έρχονται με αυτήν την προοπτική (Behrouz et al., 2017).

Η επίδραση του χιούμορ στην ψυχική, γνωστική και κοινωνική υγεία ενός ατόμου δεν μπορεί να αγνοηθεί. Έχει την ικανότητα να δημιουργεί θετικά συναισθήματα και σκέψεις, βοηθώντας κάποιον να διατηρήσει την αίσθηση της κανονικότητας όταν αντιμετωπίζει χρόνιες ασθένειες. Μελέτες έχουν δείξει ακόμη ότι η χρήση του χιούμορ ως εργαλείου για τη διαχείριση χρόνιων παθήσεων μπορεί να οδηγήσει σε αξιοσημείωτες βελτιώσεις στα συμπτώματα και τη συνολική ποιότητα ζωής (Bains et al., 2014).

Μέσα από εκτεταμένη έρευνα, έχει διαπιστωθεί ότι το χιούμορ μπορεί να χρησιμεύσει ως ισχυρό φάρμακο για τη μείωση του στρες και την ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος. Συγκεκριμένα, μελέτες έχουν δείξει ότι το χιούμορ μπορεί να βοηθήσει στην ανάρρωση ατόμων που αντιμετωπίζουν καρδιαγγειακές παθήσεις. Επιπλέον, το χιούμορ έχει βρεθεί ότι μειώνει τα επίπεδα κορτιζόλης στο αίμα, τα οποία συνδέονται με την έναρξη του άγχους και μετριάζουν τις επιπτώσεις της αδρεναλίνης (Bains et al., 2014, Richards & Kruger, 2017).

4.1 Ποιότητα Ζωής Σε Ασθενείς Με Χρόνια Νοσήματα

Οι χρόνιες ασθένειες αφορούν τα νοσήματα αυτά που η θεραπεία τους δεν έχει ανακαλυφθεί και η μακροχρόνια αποκατάσταση και φροντίδα είναι αναγκαία. Πολλές εκ των χρόνιων παθήσεων συνδέονται με μακροχρόνια ψυχολογικά θέματα, όπως η κατάθλιψη και ο φόβος και για την αντιμετώπισή τους απαιτούνται συνεχώς επαναληπτικές διαγνωστικές εξετάσεις. Οι χρόνιες ασθένειες συνδέονται επίσης με την αναπηρία, η οποία ευθύνεται για την χειροτέρευση του επιπέδου της ποιότητας ζωής των ατόμων και την αύξηση της ανάγκης των κοινωνικών υπηρεσιών, όπως η νοσοκομειακή περίθαλψη. Εξαιτίας της επιδείνωσης των μακροχρόνιων ασθενειών και της σοβαρότητας ορισμένων νοσημάτων ο ασθενής είναι απαραίτητο να μπορεί να προσαρμοστεί στους περιορισμούς και να είναι συμφιλωμένος με αυτούς. Η χειροτέρευση της υγείας είναι μία από τις δυσκολότερες καταστάσεις που τα άτομα καλούνται να αντιμετωπίσουν, καθώς αφενός θεωρούν πως καταστρέφεται η εικόνα του εαυτού τους και αφετέρου μειώνονται οι ικανότητές τους, με αποτέλεσμα να απομονώνονται από τον κοινωνικό τους περίγυρο. Οι ανάγκες και η προσωπικότητα του κάθε ατόμου συνδέονται άρρηκτα με κίνητρα για την διατήρηση και βελτίωση της υγείας και των κοινωνικοοικονομικών, ψυχολογικών χαρακτηριστικών (Glinac, et al., 2017). Ο Rajmil με την ομάδα του σε μία έρευνα το 2004 συσχέτισαν την ποιότητα ζωής με την προσωπική άποψη των ατόμων για την κοινωνική, σωματική και ψυχική υγεία. Η ποιότητα ζωής αναφορικά με την υγεία αποτελείται αρχικά από την ικανότητα των ατόμων να ανταπεξέρχεται στις καθημερινές ψυχολογικές, κοινωνικές και σωματικές δραστηριότητες αλλά και από την ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ασθενείς από την περίθαλψη και τον έλεγχο της ασθένειας. Η αξιολόγησή της είναι υποκειμενική και την επηρεάζουν παράγοντες όπως η εργασία, το κοινωνικό περιβάλλον και η οικογένεια των ατόμων, η κληρονομία και οι συνθήκες ζωής. Η μελέτη των παραγόντων αυτών αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο θέμα τόσο για την έρευνα όσο και για την υλοποίηση των δράσεων για την αντιμετώπισή τους. Η εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων ταυτίζεται με τη δυστυχία και την κατάπτωση της ψυχολογίας, οι οποίες είναι εφάμιλλες με την κακή ποιότητα ζωής των ανθρώπων (Ribeiro et al., 2012). Ακόμη, η ποιότητα ζωής επηρεάζεται άμεσα από τους παράγοντες κινδύνου, όπως η κατάχρηση αλκοόλ και το κάπνισμα, τα οποία είναι επιβλαβή για την υγεία, αφού η εξάρτηση που προκαλούν στον άνθρωπο δημιουργεί πληθώρα ψυχολογικών προβλημάτων και ελαττώνουν το χρονικό διάστημα της ζωής του (Tsai, et al., 2010). Η λειτουργική και η υγιεινή επιβάρυνση του ανθρώπινου σώματος στις χρόνιες ασθένειες

επηρεάζονται από ψυχικούς και κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι χειροτερεύουν την ποιότητα ζωής. Το επίπεδο της ποιότητας ζωής αποτελεί ένα είδος πρόβλεψης της νοσηρότητας και της θνησιμότητας.

4.2 Σχέση Χιούμορ Και Ποιότητα Ζωής

Η ποιότητα ζωής των ανθρώπων επηρεάζεται σημαντικά από το χιούμορ. Η συμβολή του χιούμορ στην θεραπεία τονίζεται από την αρχαιότητα και χαρακτηρίζεται ως «φάρμακο» του πνεύματος και του σώματος. Ο Martin σε μελέτη του τονίζει του 5 μηχανισμούς στους οποίους διαφαίνεται η αλληλεπίδραση της υγείας των ανθρώπων και του χιούμορ οι οποίοι κατηγοριοποιούνται ως εξής:

- Οι επιρροές του χιούμορ στην ανθρώπινη φυσιολογία και στην κοινωνική ζωή
- Τις εμπειρίες από τα θετικά συναισθήματα
- Τις γνωστικές εμπειρίες που επιδρούν στην σωστότερη αντιμετώπιση των αγχωτικών καταστάσεων
- Τις γνωστικές εμπειρίες που επιδρούν στην σωστότερη αντιμετώπιση των αγχωτικών καταστάσεων

Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με την επίδραση του χιούμορ στην υγεία και την ποιότητα ζωής έχουν αναδείξει θετική συσχέτιση. Πιο συγκεκριμένα, οι Lefcourt το 1997 σε μία έρευνά τους απέδειξαν πως τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοαναφοράς που παρουσιάζουν οι άνδρες, αναφορικά με το χιούμορ παρουσίασαν υψηλότερη συστολική αρτηριακή πίεση. Σύμφωνα με τα ευρήματα άλλων ερευνών η επαφή με χιουμοριστικές καταστάσεις, αποδεικνύουν πως η κωμωδία βελτιώνει το ανοσολογικό σύστημα, καθώς επίσης καθιστά τα άτομα και πιο ανεκτικά στον πόνο. Ωστόσο τα αποτελέσματα των ερευνών πολλές φορές μπορεί να είναι αντιφατικά, καθώς έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Νορβηγία σε 65.000 ενήλικες με σωματικά και χρόνια προβλήματα δεν παρείχε πολλά αποτελέσματα για την επιβεβαίωση της σχέσης αυτής (Svebak et al., 2004). Πιο σύγχρονες βιβλιογραφίες υποδεικνύουν πως οι διαφορετικοί τύποι χιούμορ συνεισφέρουν στην κατανόηση των κλινικών θεμάτων. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε με 306 ερωτηθέντες αποδείχθηκε πως το αυτοεξυψωτικό και το κοινωνικό χιούμορ συνεισφέρουν στην μείωση του άγχους και της κατάθλιψης. Το χιούμορ είναι ικανό να μετριάσει όλα τα είδη άγχους

(άγχος θανάτου, υπαρξιακό), καθώς η χρησιμοποίησή του στην καθημερινότητα των ατόμων βοηθά τόσο στην διαχείριση του στρες όσο και στην εξομάλυνση του άγχους απέναντι στον θάνατο (Morgan et al., 2019).

4.3 Σημασία Του Χιούμορ Για Τους Χρόνιους Ασθενείς

Σαν έννοια το χιούμορ ενός ατόμου μπορεί να αφορά διάφορες πτυχές, όπως για παράδειγμα την γνωστική του συμπεριφορά, ακόμα και ψυχοφυσιολογική ή συναισθηματική πλευρά του (Martin, 2006). Όσον αφορά τη γνώση, το χιούμορ αναφέρεται στην ευχάριστη πτυχή της αντίληψης ενός ατόμου για μια ασυνέπεια ή αντίφαση. Το βασίλειο των συναισθημάτων περιλαμβάνει την ιδιότροπη και τρυφερή εμπειρία γνωστή ως «ευδαιμονία», όπως επινοήθηκε από ορισμένους διάσημους συγγραφείς. Σύμφωνα με έρευνες ψυχοφυσιολογίας, η χρήση του χιούμορ λέγεται ότι έχει ευεργετική επίδραση στα επίπεδα κορτιζόλης του σώματος, καθώς και στις αυξητικές ορμόνες και την επινεφρίνη. Και τέλος από τη σκοπιά του χιούμορ ως κοινωνικό φαινόμενο, διαδραματίζει καίριο σημείο για την εύνοια της καλής επικοινωνίας μεταξύ δυο ατόμων και της έλξης (McGee & Shevlin, 2009).

Πολυάριθμες θεωρίες έχουν προκύψει από την εξέταση του χιούμορ και των επιπτώσεών του στα άτομα, ιδιαίτερα σε σχέση με τη διαχείριση του πόνου. Ο πόνος, είτε σωματικός είτε ψυχολογικός, περιλαμβάνει μια σειρά από ενοχλητικές αισθήσεις που βιώνει ένα άτομο. Αυτό μπορεί να εκδηλωθεί ως οξύς πόνος, ο οποίος προκύπτει από ένα χημικό, θερμικό ή μηχανικό ερέθισμα και συχνά συνδέεται με μια ασθένεια, χειρουργική επέμβαση ή τραύμα. Ο χρόνιος πόνος αναφέρεται στην παρατεταμένη εμπειρία σωματικής δυσφορίας σε μια συγκεκριμένη περιοχή ή σε όλο το σώμα που διαρκεί περισσότερο από τρεις μήνες. Αυτός ο τύπος πόνου συχνά εκδηλώνεται σε συνδυασμό με ψυχική και συναισθηματική δυσφορία, βλάπτει τις καθημερινές δραστηριότητες ή προκαλεί αναπηρίες και μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση (Treede et al., 2015).

Μέσα στη σφαίρα του πόνου, υπάρχουν τόσο σωματικές όσο και ψυχολογικές εκδηλώσεις. Η μελέτη του πόνου έχει εξελιχθεί με την πάροδο του χρόνου, με εστίαση στη σωματική κατάσταση του πόνου τη δεκαετία του 1990. Οι ερευνητές πίστευαν ότι η έκθεση των ασθενών στο χιούμορ θα επηρέαζε θετικά τα κλινικά τους αποτελέσματα, με βάση την ιδέα ότι το χιούμορ μπορεί να επηρεάσει βιολογικές παραμέτρους που σχετίζονται με τον πόνο. Ενώ οι εμπειρικές μελέτες

υποστήριξαν αυτήν την υπόθεση, περαιτέρω έρευνα για τη σχέση μεταξύ σωματικού και ψυχολογικού πόνου και χιούμορ είναι απαραίτητη για μια ολοκληρωμένη κατανόηση της δυνατότητας του χιούμορ ως αναλγητικού. Υποστηρίζεται ότι το χιούμορ μπορεί να δημιουργήσει θετικές συναισθηματικές καταστάσεις, οι οποίες μπορεί να ενισχύσουν το ανοσοποιητικό σύστημα και να αναστέλλουν αρνητικές καρδιαγγειακές συνέπειες που σχετίζονται με αρνητικά συναισθήματα (Taylor et al., 2017)

Σε αντίθεση με τη δημοφιλή πεποίθηση, ορισμένοι ερευνητές έχουν υποθέσει ότι η εξερεύνηση των ψυχολογικών πτυχών του χιούμορ αποκαλύπτει την ικανότητά του να επηρεάζει θετικά την υγεία. Λειτουργώντας ως αποσπώντας την προσοχή από τον πόνο, το χιούμορ προσφέρει ένα αποτελεσματικό και εναλλακτικό μέσο αντιμετώπισης της δυσφορίας (Hofmann et al., 2017).

Η ικανότητα αποκόλλησης από την αίσθηση του πόνου επιτυγχάνεται μέσω της επεξεργασίας τόσο εξωτερικών όσο και εσωτερικών ερεθισμάτων. Εστιάζοντας σε θετικά, μη επώδυνα ερεθίσματα, όπως χιουμοριστικές καταστάσεις, τα άτομα είναι σε θέση να καταστείλουν τα αρνητικά συναισθήματα και να αναπτύξουν μια πιο θετική στάση απέναντι στη ζωή. Σύμφωνα με τον Kuiper (2012), το χιούμορ μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να αναγνωρίσουν και να καταστείλουν στοιχεία που προκαλούν πόνο και άγχος, ενισχύοντας τελικά την ανθεκτικότητά τους και την ικανότητά τους να διαχειρίζονται δύσκολες καταστάσεις. Το χιούμορ μπορεί επίσης να βελτιώσει την κοινωνική ικανότητα και υποστήριξη, οδηγώντας σε πιο ουσιαστικές και ικανοποιητικές αλληλεπιδράσεις και πιο στενές φιλίες, που μπορεί να είναι σημαντικοί παράγοντες για τη διαχείριση του πόνου. Συνολικά, το χιούμορ μπορεί να χρησιμεύσει ως μηχανισμός για να μετατοπιστεί η εστίαση μακριά από αρνητικές καταστάσεις και προς θετικά ερεθίσματα, βελτιώνοντας τελικά τη συνολική ευημερία ενός ατόμου (Fritz et al., 2017).

4.4 Ερευνητικά Δεδομένα Για Το Στυλ Χιούμορ

Τα τελευταία χρόνια, έχει αυξηθεί οι μελέτες που εξετάζουν τη συσχέτιση μεταξύ των στυλ χιούμορ και της ψυχικής υγείας. Αυτές οι μελέτες υποστηρίζουν σε μεγάλο βαθμό τα προηγούμενα ευρήματα των Martin et al. (2003) σχετικά με την ύπαρξη τόσο προσαρμοστικού όσο και δυσπροσαρμοστικού χιούμορ. Οι Kuiper και McHale (2009) εξέτασαν συγκεκριμένα τη σύνδεση μεταξύ στυλ χιούμορ και μοτίβων αυτοαξιολόγησης, διαπιστώνοντας ότι η αρνητική αυτοαξιολόγηση συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα αυτοκαταστροφικού χιούμορ και χαμηλότερα

επίπεδα ευνοϊκού χιούμορ, τα οποία με τη σειρά τους οδηγούν σε χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής αυτοεκτίμησης. Οι Cann και Matson (2014) διερεύνησαν επίσης τη σχέση μεταξύ των στυλ χιούμορ και της αίσθησης του χιούμορ, εντοπίζοντας τα προσαρμοστικά στυλ χιούμορ ως συσχετισμένα με μια θετική αίσθηση του χιούμορ, ενώ τα δυσπροσαρμοστικά στυλ δεν έδειξαν καμία συσχέτιση. Επιπλέον, τα προκοινωνικά και αυτοενισχυτικά στυλ χιούμορ κρίθηκαν κοινωνικά επιθυμητά, ενώ τα επιθετικά και αυτοκαταστροφικά στυλ όχι.

Στη μελέτη που διεξήχθη από τον Ford και τους συνεργάτες του το 2016, ανακαλύφθηκε ότι το θετικό χιούμορ έπαιξε καθοριστικό ρόλο στη μεσολάβηση μεταξύ των θετικών χαρακτηριστικών του χαρακτήρα και της ευτυχίας. Όσοι είχαν υψηλά επίπεδα εξωστρέφειας, εσωτερική εστία ελέγχου, αισιοδοξία και αυτοεκτίμηση είχαν αναπτύξει αποτελεσματικές στρατηγικές χιούμορ που οδήγησαν σε αυξημένη ευτυχία. Αντίθετα, διερευνήθηκε επίσης η σχέση μεταξύ του χιούμορ και των αρνητικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, όπως ο ναρκισσισμός, η ψυχοπάθεια και ο μακιαβελισμός. Η μελέτη διαπίστωσε ότι τα δύο τελευταία χαρακτηριστικά συσχετίστηκαν θετικά με το δυσπροσαρμοστικό χιούμορ, ενώ ο ναρκισσισμός συσχετίστηκε θετικά με το προσαρμοστικό χιούμορ (Lobbestael & Freund, 2021).

Σε μια μελέτη που διεξήχθη από τους Zeigler-Hill και Besser (2011), ανακαλύφθηκε ότι η χρήση στυλ χιούμορ λειτούργησε ως μεσολαβητής μεταξύ παθολογικών μορφών ναρκισσισμού και αυτοεκτίμησης. Όσοι είχαν υψηλότερα επίπεδα μεγαλεπήβολου ναρκισσισμού επέδειξαν θετική συσχέτιση με τη χρήση προσαρμοστικού χιούμορ, το οποίο με τη σειρά του βρέθηκε να σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης. Αντίθετα, ο ευάλωτος ναρκισσισμός συνδέθηκε με τη χρήση δυσπροσαρμοστικών στυλ χιούμορ και χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης. Επιπλέον, η έρευνα των Dyck και Holtzman (2013) αποκάλυψε ότι τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα προσαρμοστικού χιούμορ εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή, ενώ εκείνα με υψηλότερα επίπεδα αυτοκαταστροφικού χιούμορ ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή και υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικά συμπτώματα (Jiang et al., 2020).

Σε πρόσφατες μελέτες, οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι τα στυλ του χιούμορ παίζουν σημαντικό ρόλο στη σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της ικανοποίησης από τη ζωή. Όσοι έχουν υψηλά επίπεδα εξωστρέφειας τείνουν να χρησιμοποιούν προσαρμοστικά στυλ χιούμορ, τα οποία συνδέονται με μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή. Αντίθετα, τα άτομα με

υψηλά επίπεδα νευρωτισμού τείνουν να αποφεύγουν το χιούμορ που επιβραβεύει τον εαυτό τους, το οποίο συνδέεται με χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή. Μια μελέτη από τους Vernon, Martin, Schermer και Mackie το 2008 βρήκε επίσης μια συσχέτιση μεταξύ συγκεκριμένων στυλ χιούμορ και χαρακτηριστικών προσωπικότητας. Τα κοινωνικά και αυτοενισχυτικά στυλ χιούμορ συνδέθηκαν θετικά με την εξωστρέφεια και τη συμφιλίωση, ενώ τα επιθετικά και αυτοκαταστροφικά στυλ χιούμορ συνδέθηκαν με τον νευρωτισμό. Συνολικά, τα στυλ χιούμορ μπορούν να χρησιμεύσουν ως μεσολαβητής μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της ικανοποίησης από τη ζωή (Jiang et al., 2020).

Σύμφωνα με την έρευνα των Saroglou and Scariot (2002), τα στυλ χιούμορ που είναι προσαρμόσιμα συνδέονται με ιδιότητες όπως η συνεργατικότητα, η δεκτικότητα και η αυτοεκτίμηση, ενώ το επιθετικό και αυτοκαταστροφικό χιούμορ συσχετίζεται με την έλλειψη ευσυνειδησίας και κινήτρων στα ακαδημαϊκά επιτεύγματα. Όσοι διαθέτουν στυλ επιθετικού χιούμορ τείνουν να είναι εξωστρεφείς και με αυτοπεποίθηση, αλλά λιγότερο συνεργάσιμοι, ενώ τα υψηλά επίπεδα αυτοκαταστροφικού χιούμορ συνδέονται με νευρωτισμό και χαμηλά επίπεδα εξωστρέφειας και αυτοεκτίμησης. Η μετα-ανάλυση των στυλ του χιούμορ και των παραγόντων προσωπικότητας των Mart and Anchez (2015) διαπίστωσε ότι η εξωστρέφεια συνδέεται θετικά με το επιθετικό και αυτοενισχυτικό χιούμορ, ενώ ο νευρωτισμός συνδέεται θετικά με το αυτοκαταστροφικό χιούμορ και αρνητικά με το αυτοανυψωτικό χιούμορ. Η συμφιλίωση συνδέεται θετικά με το προκοινωνικό και αυτοενισχυτικό χιούμορ, ενώ η συνεργατικότητα συνδέεται αρνητικά με το επιθετικό χιούμορ (Yavuz & Aka, 2021).

Στη μελέτη τους το 2016, οι Fox, Hunter και Jones έκαναν μια αξιοσημείωτη ανακάλυψη σχετικά με τα στυλ χιούμορ. Διαπίστωσαν ότι όσοι επιδεικνύουν προσαρμοστικό χιούμορ τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης ενώ παρουσιάζουν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης και μοναξιάς. Αντίθετα, τα άτομα που παρουσιάζουν αυτοκαταστροφικά στυλ χιούμορ τείνουν να έχουν χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης ενώ παρουσιάζουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και μοναξιάς. Επιπλέον, η μελέτη αποκάλυψε ότι τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης τείνουν να επιδεικνύουν περισσότερο φιλοκοινωνικό χιούμορ με την πάροδο του χρόνου, ενώ εκείνα με κατάθλιψη τείνουν να εκδηλώνουν περισσότερο αυτοκαταστροφικό χιούμορ. Τέλος, η μελέτη έδειξε ότι τα άτομα που επιδεικνύουν

αυτοκαταστροφικό χιούμορ είναι πιο πιθανό να βιώσουν αισθήματα μοναξιάς με την πάροδο του χρόνου (Yavuz & Aka, 2021).

Σύμφωνα με την έρευνα που διεξήχθη από τους Kazarian και Martin το 2010, μια ζεστή γονική σχέση συνδέεται με τη χρήση προσαρμοστικών στυλ χιούμορ και με χαμηλότερη τάση προς δυσπροσαρμοστικά στυλ χιούμορ. Από την άλλη πλευρά, η γονική απόρριψη συνδέεται με το αντίθετο αποτέλεσμα. Επιπλέον, η χρήση αυτοβελτιωτικών στυλ χιούμορ παίζει μεσολαβητικό ρόλο στη σχέση μεταξύ της γονικής ζεστασιάς και της απόρριψης και της υποκειμενικής ευτυχίας. Σε μια άλλη μελέτη από τους Cann, Norman, Welbourne και Calhoun το 2008, διαπιστώθηκε ότι το στυλ προσκόλλησης συσχετίζεται με διαφορετικά στυλ χιούμορ. Το στιλ αγχώδους προσκόλλησης συνδέεται με στυλ χιούμορ αυτοενισχυτικού (αρνητικού) και αυτοκαταστροφικού (θετικού) χιούμορ, ενώ το στυλ αποφυγής προσκόλλησης συνδέεται με στυλ χιούμορ κοινωνικού και αυτοεκτιμητικού (αρνητικού) (Yavuz & Aka, 2021).

Τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η υιοθέτηση ενός στυλ χιούμορ που ενισχύει τον εαυτό του και η αποφυγή του αυτοκαταστροφικού χιούμορ μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στη συναισθηματική και ψυχική ευημερία κάποιου. Επιπλέον, η ενσωμάτωση του προκοινωνικού χιούμορ και η μείωση του επιθετικού χιούμορ μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη ικανοποίηση στις διαπροσωπικές σχέσεις. Όσοι είναι επιρρεπείς στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων είναι λιγότερο πιθανό να υιοθετήσουν στυλ προσαρμοστικού χιούμορ και πιο πιθανό να εμπλακούν σε δυσπροσαρμοστικό χιούμορ, οδηγώντας τελικά σε συναισθηματικές διαταραχές και δυσκολίες στις σχέσεις (Yavuz & Aka, 2021).

Έχει ανακαλυφθεί ότι οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα δυσπροσαρμοστικών στυλ, ιδιαίτερα του επιθετικού στυλ, σε σύγκριση με τις γυναίκες. Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στην πίεση της κοινωνίας για τους άνδρες να επιδεικνύουν μια τέτοια συμπεριφορά ως κοινωνικά επιθυμητή (Hall, 2017).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Το χιούμορ μπορεί να θεωρηθεί ως ένα εγγενές κοινωνικό φαινόμενο το οποίο είναι συνδεδεμένο τόσο με τους τρόπους κοινωνικοποίησης όσο και με τις θετικές του επιδράσεις στην ψυχολογία των ανθρώπων. Στο πλαίσιο αυτό υλοποιήθηκε και η παρούσα μελέτη με στόχο την ανάδειξη της σημαντικότητας του χιούμορ και την επίδρασή του κυρίως σε ασθενείς που πάσχουν με χρόνια νοσήματα.

5 Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Για την υλοποίηση της παρούσας μελέτης τέθηκε ως στόχος η εκτενέστερη διερεύνηση των επιδράσεων του χιούμορ στα άτομα με χρόνιες ασθένειες και πιο συγκεκριμένα στην σχέση του με την ψυχοσύνθεση των ασθενών αυτών. Οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν κατά την διάρκεια της συγγραφής της μελέτης αυτής είναι:

- Η ψυχοσωματική και κοινωνική ζωή των ατόμων επηρεάζεται από το βίωμα των χρόνιων νόσων. Η ψυχολογία των ασθενών βάση της υπόθεσης είναι πως τα υψηλότερα επίπεδα χιούμορ εμφανίζουν παράλληλα και χαμηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας.
- Σύμφωνα με παλαιότερες βιβλιογραφίες το ώριμο χιούμορ μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένας αμυντικός μηχανισμός των ανθρώπων με αποτέλεσμα την ανάδειξη της πολυπλοκότητας του χαρακτήρα και της προσωπικότητάς τους. Συνεπώς, η υπόθεση της μελέτης είναι πως η προσωπικότητα των ασθενών διέπεται από νευρωτικά στοιχεία και σημαντικά χαμηλά επίπεδα ώριμου χιούμορ.

5.1 Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα μελέτη συντάχθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «ΠΦΥ» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας από τον Φεβρουάριο έως τον Ιούνιο του 2023 και το δείγμα που καθορίστηκε αποτελείται από 100 άτομα διαφορετικών ηλικιών.

Οι συμμετέχοντες, της μελέτης, ενημερώνονται δεόντως σχετικά με τους στόχους της έρευνας και τους παρέχεται διαβεβαίωση σχετικά με την προστασία της ιδιωτικής ζωής και το απόρρητο της όλης διαδικασίας. Κάθε συμμετέχων θα δημιουργήσει έναν ξεχωριστό και εμπιστευτικό

κωδικό, τον οποίο θα χρησιμοποιήσει για τη συμμετοχή του στη μελέτη αντί να αποκαλύψει το όνομά του. Επιπλέον, η πλήρης διαδικαστική αλυσίδα θα εκτελείται από πανομοιότυπο προσωπικό, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα διαρροής δεδομένων και δημιουργώντας ένα περιβάλλον αυξημένης εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των υποκειμένων που συμμετέχουν στη μελέτη.

Η μεθοδολογία της ποσοτικής έρευνας στηρίζεται στη συνειδητή επιλογή από τον ερευνητή ενός συγκεκριμένου και στενά καθορισμένου ερευνητικού ερωτήματος. Στη συνέχεια αναλαμβάνεται η συλλογή αριθμητικών δεδομένων από τον πληθυσμό-στόχο, ενώ η επακόλουθη στατιστική ανάλυση πραγματοποιείται με αμερόληπτο και ψυχραιμο τρόπο, σύμφωνα με τις αρχές της επιστημονικής αντικειμενικότητας (Creswell, 2011). Ο στόχος της ποσοτικής έρευνας έγκειται στη διαλεύκανση και πρόβλεψη μιας εύλογης συσχέτισης που υπάρχει μεταξύ των ανεξάρτητων και εξαρτημένων μεταβλητών που εξετάζονται. Στο πεδίο της ακαδημαϊκής έρευνας, οι ανεξάρτητες μεταβλητές αναφέρονται σε ιδιότητες ή χαρακτηριστικά που ενυπάρχουν στον πληθυσμό του δείγματος που έχει επιλεγεί για μελέτη. Καθώς ασκούν επιρροή στις εξαρτημένες μεταβλητές, αυτοί οι ανεξάρτητα επιλεγμένοι παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της έρευνας. Οι εξαρτημένες μεταβλητές αναφέρονται σε ιδιότητες ή χαρακτηριστικά που επηρεάζονται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (Robson 2010).

Η παρούσα ερευνητική προσπάθεια έχει ως στόχο να παράσχει μια διεξοδική περιγραφή των εξαρτημένων μεταβλητών και να δημιουργήσει μια συσχέτιση μεταξύ επιλεγμένων δημογραφικών στοιχείων του δείγματος, που χρησιμεύουν ως ανεξάρτητες μεταβλητές, με τις εξαρτημένες μεταβλητές που διερευνήθηκαν στα ερευνητικά ερωτήματα της προηγούμενης ενότητας.

Η περιγραφική στατιστική ανάλυση των δεδομένων αποσκοπεί στη σύνοψη των συνολικών τάσεων σε μια έρευνα, στην κατανόηση της διακύμανσης που μπορεί να έχουν οι τιμές και στη σύγκριση μιας εξαρτημένης ή ανεξάρτητης τιμής στα δεδομένα με άλλες τιμές (Creswell, 2011). Στην παρούσα μελέτη, τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης παρουσιάζονται με μέτρα σχετικής θέσης, και πιο συγκεκριμένα, με αναγωγή στην κλίμακα εκατοστιαίας θέσης, όπου μια συγκεκριμένη τιμή αντιπροσωπεύει το ποσοστό των συμμετεχόντων που την έχουν.

Η επαγωγική στατιστική ανάλυση χρησιμοποιείται για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών και για τον προσδιορισμό του βαθμού στον οποίο κάθε μεταβλητή

επηρεάζει την άλλη (Cohen & Manion, 1994). Η παρούσα έρευνα αναφέρεται συνήθως ως επεξηγηματική ανάλυση λόγω του στόχου της να διασαφηνίσει τη σχέση που υπάρχει μεταξύ των εν λόγω μεταβλητών (Fraenkel & Wallen, 2000). Η παρούσα μελέτη χρησιμοποιεί μια μεθοδολογία περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης, χρησιμοποιώντας την προσέγγιση του μεγέθους επίδρασης για την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τη συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών. Τα προσδιορισθέντα δεδομένα που αφορούν τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικά για το υπό εξέταση δείγμα.

Αυτή η εμπειρική μελέτη χρησιμοποίησε μια μεθοδολογία που συνδυάζει τόσο περιγραφικές όσο και επαγωγικές αναλύσεις με σκοπό την εξαγωγή των συμπερασμάτων που προέκυψαν. Αναμφίβολα, η επιλογή του κατάλληλου δείγματος είναι ένας κρίσιμος παράγοντας που συμβάλλει στην επιτυχή εκτέλεση της ποσοτικής έρευνας. Η σκιαγράφηση της μεθοδολογίας επιλογής του δείγματος της έρευνας παρουσιάζεται στο παρόν.

5.1.1 Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αυτής αποτελείται από 100 άτομα διαφορετικών ηλικιών εκ των οποίων οι 47 είναι γυναίκες με ποσοστό 47,0% και οι 53 είναι άνδρες με ποσοστό 53,0%

5.1.2 Διαδικασία

Στην διαδικασία ανάλυσης των δεδομένων, για την περιγραφική και επαγωγική στατιστική χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα του SPSS καθώς και το Excel για την μορφολογία των πινάκων.

5.1.3 Ερευνητικό εργαλείο

Στους συμμετέχοντες στην έρευνα χορηγήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε στοιχεία σχετικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, όπως η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός των αδελφών και των παιδιών, το μορφωτικό επίπεδο, η επαγγελματική κατάσταση και ο τόπος διαμονής, καθώς και τους δείκτες ταυτότητας, όπως η ηλικία και το φύλο.

Πέρα από τις ερωτήσεις για κοινωνικό-δημογραφικά, τα άτομα που έλαβαν μέρος στην μελέτη κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούσαν την ανάδειξη του χιούμορ τους, ερωτήσεις που αφορούσαν περιπτώσεις όπου είχαν βιώσει ντροπή, ερωτήσεις που αφορούσαν κλίμακες εξωτερικής ντροπής και σε ερωτήσεις όπου είχαν να κάνουν με ψυχοπαθολογία.

Κατά τη φάση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, εντοπίστηκαν ορισμένα ερευνητικά ερωτηματολόγια, τα οποία στη συνέχεια ενσωματώθηκαν στη μελέτη. Τα ίδια αυτά ερωτηματολόγια έχουν αξιοποιηθεί σε ανάλογες έρευνες τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό τα προηγούμενα χρόνια (Aisha, 2014- Bratisis et al. , 2010- Katerelos & Papadopoulos, 2009- Livingstone & Bober, 2004- Livingstone et al. , 2011) Σε προηγούμενες έρευνες διατυπώθηκαν κριτικές σχετικά με την αξιοποίηση των ερωτηματολογίων σε έρευνες που αφορούν παιδιά. Ωστόσο, για την παρούσα έρευνα, η χρήση ερωτηματολογίων κρίθηκε σκόπιμη, καθώς ευθυγραμμίζεται με την αντίληψη ότι τα παιδιά δεν πρέπει απλώς να ερωτώνται, αλλά να αναγνωρίζονται ως αξιόπιστες οντότητες ικανές να εκφράσουν τις απόψεις και τις αντιλήψεις τους μέσω τέτοιων μέσων (Fromme, 2000).

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ένα προκαταρκτικό μήνυμα προς τους φοιτητές, το οποίο διευκρίνιζε το στόχο της μελέτης, ενώ ταυτόχρονα διασφάλιζε την εμπιστευτικότητά τους.

Το ερωτηματολόγιο χωρίστηκε συνολικά σε τέσσερα μέρη που έχουν βασιστεί σε διεθνής κλίμακες. Συγκεκριμένα, το πρώτο μέρος αφορούσε την κλίμακα «Ανάδειξη των μορφών χιούμορ (HSQ)» και αφορούσε στον τρόπο με τον οποίο ο συμμετέχων χρησιμοποιεί το χιούμορ του. Το δεύτερο μέρος, βασίστηκε στην κλίμακα «Βίωμα της Ντροπής (ESS)», οποία είχε να κάνει με τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής. Οι τρεις τύποι είναι:

- Η χαρακτηριστική ντροπή
- Η συμπεριφορική ντροπή
- Η σωματική ντροπή

Το τρίτο μέρος σχετίζεται με τη κλίμακα «Εξωτερικής Ντροπής (OAS)», η οποία αφορά την εσωτερική ντροπή και τις προτάσεις που περιλαμβάνονται όσο αφορά τις αρνητικές αξιολογήσεις. Τέλος, το τέταρτο μέρος βασίστηκε στη κλίμακα «Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R». Η κλίμακα αυτή βασίζεται σε 84 ερωτήσεις και ελέγχους, τους όρους νευρωτισμού και ψυχωτισμού.

Κατά τη διάρκεια της ανάλυσης που αποσκοπούσε στη σκιαγράφιση των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού του δείγματος και των αντίστοιχων διαθέσεων τους όσον αφορά τις στάσεις, τις γνώσεις και τις συμπεριφορές, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικές κατανομές που απεικονίζουν το μέσο όρο και την τυπική απόκλιση (SD) των απαντήσεών τους σε κάθε στοιχείο του ερωτηματολογίου.

Επιπλέον, έγινε σύγκριση μεταξύ των μέσων τιμών των απαντήσεων που λήφθηκαν κατά τη διάρκεια των δύο ετών της έρευνας. Για τη σύγκριση των δύο υπό εξέταση κατανομών χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό εργαλείο που είναι γνωστό ως t-test. Η κανονικότητα των εν λόγω κατανομών επαληθεύτηκε με τη χρήση διαφόρων δοκιμών, συμπεριλαμβανομένων των δοκιμών Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk, καθώς και με πρόσθετες οπτικές αξιολογήσεις, όπως η χρήση διαγραμμάτων διασποράς, φυλλογραμμάτων, κανονικών διαγραμμάτων Q-Q και αποσυνδεδεμένων κανονικών διαγραμμάτων Q-Q. Τα αποτελέσματα αυτών των δοκιμών έδειξαν ότι η υπόθεση της κανονικότητας ήταν ως επί το πλείστον εντός αποδεκτού εύρους για την πλειονότητα των μεταβλητών (Γναρδέλλης, 2006). Στην μελέτη εφαρμόστηκε (Δαφέρμος, 2005):

- Το τεστ χ^2 μπορεί να εφαρμοστεί σε πίνακες ενδεχομένων 3×2 εφόσον οι αναμενόμενες τιμές είναι μεγαλύτερες ή ίσες με 5 για τουλάχιστον το 25% των περιπτώσεων και καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι μικρότερη από 1. Επιπλέον, ο συνολικός αριθμός των παρατηρήσεων στο δείγμα πρέπει να υπερβαίνει τις 24 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000).
- Το στατιστικό χ^2 για πίνακες ενδεχομένων 2×2 εφαρμόζεται σε περιπτώσεις όπου οι αναμενόμενες τιμές όλων των κελιών υπερβαίνουν το όριο του 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000).
- Σε περιπτώσεις όπου είτε μία ή περισσότερες από τις αναμενόμενες τιμές είναι μικρότερες του 1 είτε δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη χρήση του τεστ χ^2 , θα εφαρμοστεί το ακριβές τεστ του Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι του τεστ, παρά την πολυπλοκότητά τους, είναι σχετικά εύκολο να εκτελεστούν μέσω της χρήσης στατιστικών προγραμμάτων λογισμικού (Γναρδέλλης, 2006).

Η στατιστική σημαντικότητα διαπιστώθηκε για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν σε επίπεδο 5% ($p < 0.05$), υποδεικνύοντας σημαντικές διαφορές.

Οι στατιστικές αναλύσεις σχετικά με τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών πραγματοποιήθηκαν στο Excel και στο SPSS, ενώ οι στατιστικές αναλύσεις σχετικά με τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και οι συσχετίσεις των μεταβλητών πραγματοποιήθηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS έκδοση 24 (Γναρδέλλης, 2006).

Η στατιστική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων που συγκεντρώθηκαν πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού λογισμικού SPSS έκδοση 20. Το λογισμικό SPSS παρέχει τη δυνατότητα στους ερευνητές να αναλάβουν στατιστικές επεξεργασίες, που περιλαμβάνουν τόσο παραδοσιακές προσεγγίσεις, όπως ο έλεγχος υποθέσεων, οι χαρακτηριστικές τιμές και οι κατανομές, όσο και περίπλοκες μεθόδους, όπως οι αναλύσεις παραγόντων και η ανάλυση διάκρισης (Φίλιας, 2000).

Κατά τη διάρκεια της πρωτογενούς ανάλυσης, υπολογίστηκαν θεμελιώδεις περιγραφικές μετρήσεις της θέσης και της μεταβλητότητας, συγκεκριμένα ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση, για ποσοτικές-συνεχείς μεταβλητές που εμφάνιζαν κανονική κατανομή. Η χρήση του τεστ Kolmogorov-Smirnov χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο της συμμόρφωσης με την κανονική κατανομή. Εάν η μηδενική υπόθεση δεν απορριφθεί, αυτό υποδηλώνει την υιοθέτηση παραμετρικών δοκιμών για την εξέταση των σχετικών ερευνητικών ερωτημάτων. Επιπλέον, για όλες τις ερωτήσεις κλειστού τύπου που παρουσιάστηκαν στο ερωτηματολόγιο, οι ονομαστικές και τακτικές μετρήσεις, όπως το φύλο και άλλοι παρόμοιοι παράγοντες, αναλύθηκαν μέσω του υπολογισμού των συχνοτήτων και των σχετικών συχνοτήτων, με σκοπό τον προσδιορισμό της επικράτησης διαφορετικών επιπέδων σε κάθε μεταβλητή.

Προκειμένου να αξιολογηθεί η συμφωνία μεταξύ των ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα, χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης α του Cronbach. Σε όλες τις περιπτώσεις, ο δείκτης κατέδειξε τιμή μεγαλύτερη του 0,7, γεγονός που υποδηλώνει υψηλό επίπεδο συνοχής στις απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες στην έρευνα. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος t-test ανεξάρτητου δείγματος για την αξιολόγηση της ομοιογένειας των μέσων όρων μεταξύ των απαντήσεων, λαμβάνοντας υπόψη το βαθμό συμμόρφωσής τους με την κανονική κατανομή. Το επίπεδο για τον προσδιορισμό της αποδοχής ή απόρριψης της παρουσίας στατιστικά σημαντικής διακύμανσης που ανιχνεύεται από τις στατιστικές δοκιμές ορίστηκε στο 5%.

6 Αποτελέσματα

Στο παρόν κεφάλαιο θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα που βρέθηκαν από την στατιστική ανάλυση στο δείγμα που συλλέχθηκε. Στην αρχή θα παρουσιαστεί το κομμάτι της περιγραφικής στατιστικής και στην συνέχεια θα ακολουθήσει το κομμάτι της επαγωγικής.

6.1 Περιγραφική στατιστική

Πίνακας 1 Συχνότητα και σχετική συχνότητα φύλου, οικογενειακής κατάστασης, τύπου εργασίας, αν υπάρχουν αδέρφια και παιδιά

		N	%
Φυλο	Άνδρας	53	53,0%
	Γυναίκα	47	47,0%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	19	19,0%
	Έγγαμος	53	53,0%
	Διαζευγμένος	17	17,0%
	Χήρος	11	11,0%
	Ηλεκτρολόγος	21	21,0%
Τύπος εργασίας	Δημόσιος Υπάλληλος	21	21,0%
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	11	11,0%
	Οικιακά	13	13,0%
	Αγρότης	19	19,0%
	Ναυτικός	8	8,0%
Έχετε αδέρφια	Μηχανολόγος	7	7,0%
	Ναι	52	52,0%
Έχετε παιδιά	Όχι	48	48,0%
	Ναι	83	83,0%
	Όχι	17	17,0%

Από τον Πίνακα 1 φαίνεται ότι το δείγμα αποτελείται συνολικά 100 από τα οποία 53 (53,0%) ήταν οι άνδρες και 47 (47,0%) οι γυναίκες. Το δείγμα που εξετάστηκε αποτελείται από 19 (19,0%) άγαμους, 53 (53,0%) έγγαμους, 17 (17,0%) διαζευγμένους και 11 (11,0%) χήρους. Ο τύπος εργασία τους δείγματος ποικίλει, αφού 21 άτομα είναι ηλεκτρολόγοι (21,0%), 21 άτομα δημόσιοι υπάλληλοι (21,0%), 11 άτομα ιδιωτικοί υπάλληλοι (11,0%), 13 άτομα οικιακά (13,0%), 19 άτομα αγρότες (19,0%), 8 άτομα (8,0%) και 7 άτομα μηχανολόγοι (7,0%). Στην ερώτηση αν έχουν αδέρφια 52 άτομα (52,0%) απάντησαν πως έχουν, ενώ, 48 άτομα (48,0%) πως δεν έχουν. Όσο

αφορά στο αν έχουν παιδιά απάντησαν πως έχουν τα 83 άτομα (83,0%) και τα 17 (17,0%) πως δεν έχουν.

Πίνακας 2 Συχνότητα και σχετική συχνότητα ηλικίας, τόπος καταγωγής, εκπαιδευτικού επιπέδου και με ποιο μένουν

		N	%
Ηλικία	60-65 ετών	24	24,0%
	66-70 ετών	26	26,0%
	71-75 ετών	20	20,0%
	76-80 ετών	23	23,0%
	81 ετών και άνω	7	7,0%
Τόπος Καταγωγής	Χωριό/κωμόπολη	39	39,0%
	Πόλη με λιγότερους από 150.000 κατοίκους	48	48,0%
	Πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους	13	13,0%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος	24	24,0%
	Απόφοιτος δημοτικού	23	23,0%
	Απόφοιτος γυμνασίου	16	16,0%
	Απόφοιτος λυκείου	26	26,0%
Με ποιόν μένετε	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	11	11,0%
	Μόνος	15	15,0%
	Με το σύντροφο	19	19,0%
	Με φίλο	16	16,0%
	Με την αδελφή	29	29,0%
	Με τον αδελφό	14	14,0%
	Με τα παιδιά μου	7	7,0%

Το δείγμα που εξετάστηκε ήταν από 60 ετών και άνω, συγκεκριμένα, στην ηλικιακή ομάδα από 60 έως 65 ήταν 24 άτομα (24,0%), από 66 έως 70 ετών ήταν 26 άτομα (26,0%), από 71 έως 75 ετών ήταν 20 άτομα (20,0%), από 76 έως 80 ετών ήταν 23 άτομα (23,0%) και 7 άτομα (7,0%) ήταν άνω των 81 ετών. Τα 39 άτομα (39,0%) δήλωσαν πως κατοικούν σε χωριό/κωμόπολη, τα 48 (48,0%) σε πόλη έως 150.000 κάτοικους και σε μεγαλύτερες πόλεις μένουν 13 άτομα (13,0%). Σε μορφωτικό επίπεδο, τα 24 άτομα (24,0%) ήταν αναλφάβητοι, 23 άτομα (23,0%) ήταν απόφοιτοι δημοτικού, 16 άτομα (16,0%) ήταν απόφοιτοι γυμνασίου, 26 άτομα (26,0%) ήταν απόφοιτοι λυκείου και 11 άτομα (11,0%) ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ. Επιπλέον, το δείγμα ερωτήθηκε με ποιο μένουν, βρέθηκε ότι 15 άτομα (15,0%) μένουν μόνοι τους, 19 (19,0%) με τον σύντροφό τους, 16 με φίλο τους (16,0%), με τα αδέρφια τους τα 43 (43,0%) και 7 άτομα (7,0%) με τα παιδιά τους.

Πίνακας 3 Ελάχιστη τιμή, μέση τιμή, τυπική απόκλιση, μέγιστη τιμή

	Ελάχιστο	M.T.	T.A.	Μέγιστο
Humor Affiliative	16	32,1	6,8	45
Humor Self-enhancing	16	32,2	6,1	46
Humor Aggressive	20	31,7	4,8	44
Humor Self-defeating	19	31,9	5,6	47
Humor Total	88	127,9	11,6	156
Σωματική λειτουργικότητα (SF36)	10	33,8	13	65
Σωματικός Ρόλος (SF36)	0	31,8	23	75
Συναισθηματικός Ρόλος (SF36)	0	52	26,5	100
Ζωτικότητα (SF36)	10	49,4	17,7	85
Ψυχική Υγεία (SF36)	20	49,9	14,2	80
Κοινωνικός Ρόλος (SF36)	0	56,1	22,2	100
Σωματικός Πόνος (SF36)	10	53	21	90
Γενική Υγεία (SF36)	16,7	55,5	14,6	91,7
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36)	22,6	51,9	10,2	75,4
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36)	24,8	43,5	8,8	66,5
Fear (CAQ10)	0,5	2,4	0,7	3,8
Avoidance (CAQ10)	0,3	2,6	0,8	4
Heart Focus Attention (CAQ10)	1	2,2	0,6	3,7
Total (CAQ10)	1,1	2,4	0,4	3,1
Προσωπική ικανοποίηση, υψηλές προσδοκίες και αντοχή (CD-RISK25)	10	19,4	3,6	27
Εμπιστοσύνη (CD-RISK25)	8	14,9	2,5	21
Θετική αποδοχή (CD-RISK25)	3	11,7	2,4	17
Έλεγχος (CD-RISK25)	3	6,3	1,7	10
Πνευματικές επιδράσεις (CD-RISK25)	1	5	1,7	8
Ανθεκτικότητα (CD-RISK25)	41	57,3	5,3	69
Γελωτοφοβία (PhoPhiKat-45)	1,4	2,4	0,3	2,9
Γελωτοφιλία (PhoPhiKat-45)	1,5	2,4	0,3	3
Καταγελασμός (PhoPhiKat-45)	1,8	2,4	0,2	2,9

Στον Πίνακα 3 φαίνονται η ελάχιστη και μέγιστη τιμή, η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για την μεταβλητές των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη. Από τον πίνακα φαίνεται ότι όλες οι μεταβλητές της κάθε κλίμακας παρουσιάζουν μέση τιμή είναι πιο κοντά στην μέγιστη τιμή.

Πίνακας 4 Πιθανές διαφορές μεταξύ της ύπαρξης αδελφών και του κοινωνικού ρόλου, της γενικής υγείας και της συνοπτικής κλίμακας φυσικής υγείας

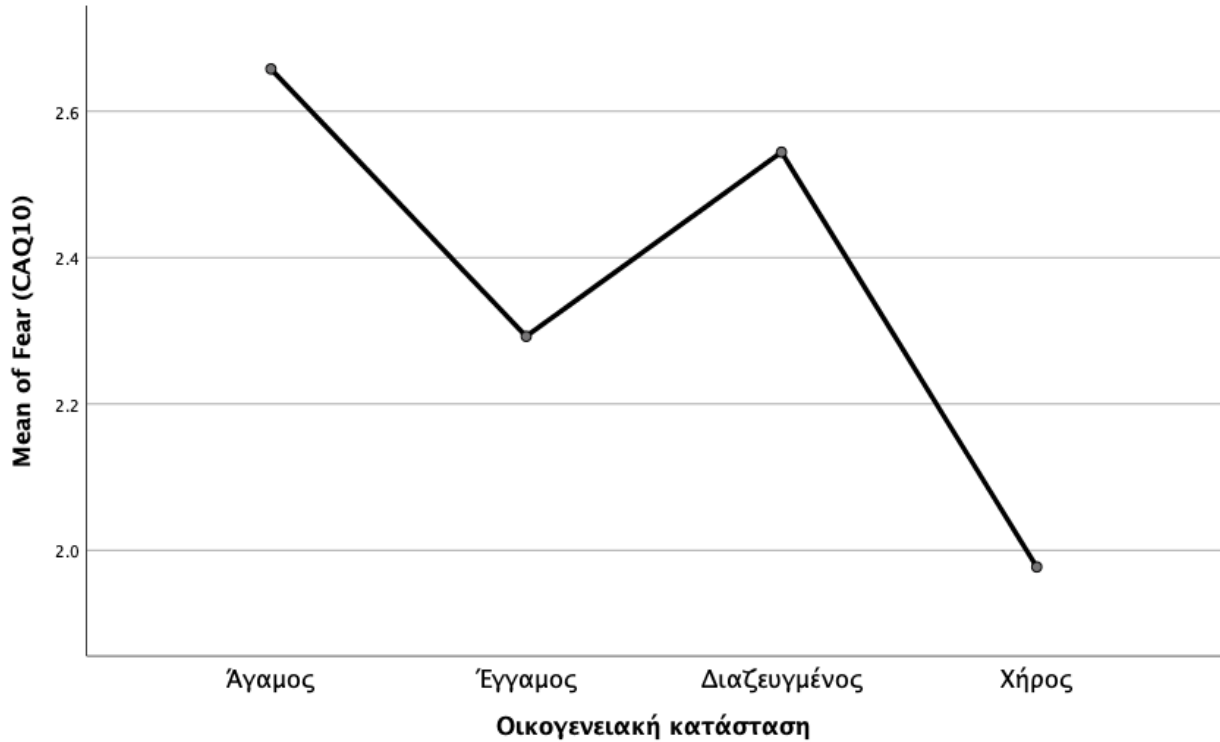
	Έχετε αδέρφια	N	M.T.	T.A.	t	df	Sig. (2-tailed)
Κοινωνικός Ρόλος (SF36)	Ναι	52	61,1	22,0	2,363	98	0,02
	Όχι	48	50,8	21,5			
Γενική Υγεία (SF36)	Ναι	52	58,3	14,2	2,026	98	0,046
	Όχι	48	52,5	14,5			
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36)	Ναι	52	45,8	7,8	2,819	98	0,006
	Όχι	48	41,0	9,1			

Υλοποιήθηκε t-test ανεξάρτητων δειγμάτων για την διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ των ατόμων που έχουν αδέρφια και εκείνων που δεν έχουν όσον αφορά τον κοινωνικό ρόλο, την γενική υγεία και την συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας. Βρέθηκε ότι τα άτομα που έχουν αδέρφια παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερο κοινωνικό ρόλο ($t=2,363$, $p=0,02$), υψηλότερη γενική υγεία ($t=2,026$, $p=0,046$) και υψηλότερη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας ($t=2,819$, $p=0,006$).

Πίνακας 5 Διαφορά μεταξύ οικογενειακής κατάστασης με τον φόβο και την γελοτοφοβία

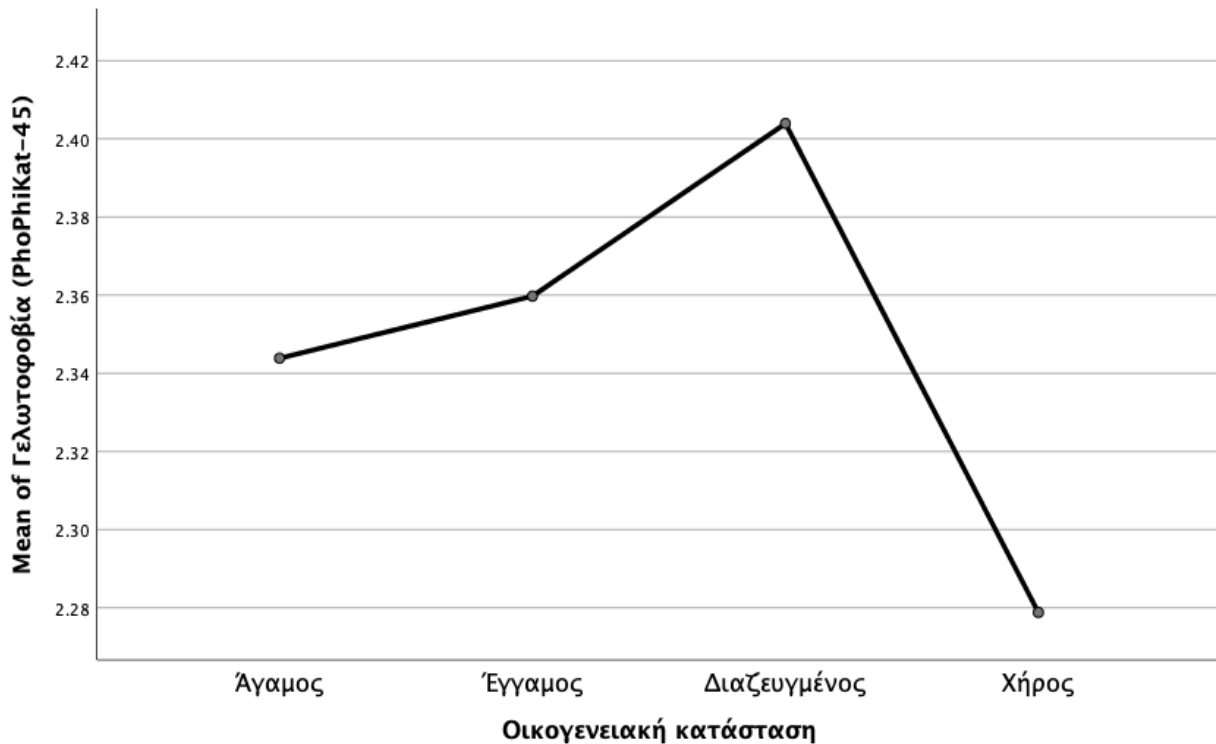
		N	M.T.	T.A.	F	Sig.
Fear (CAQ10)	Άγαμος	19	2,7	0,5	3,362	0,022
	Έγγαμος	53	2,3	0,7		
	Διαζευγμένος	17	2,5	0,5		
	Χήρος	11	2,0	0,6		
	Total	100	2,4	0,7		
Γελοτοφοβία (PhoPhiKat-45)	Άγαμος	19	2,3	0,2	4,613	0,005
	Έγγαμος	53	2,4	0,3		
	Διαζευγμένος	17	2,4	0,2		
	Χήρος	11	2,3	0,3		
	Total	100	2,4	0,3		

Υλοποιήθηκε μονοπαραγοντική ανάλυση διακύμανσης και βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των κατηγοριών της οικογενειακής κατάστασης ως προς τον φόβο ($F=3,362$, $p=0,022$). Επιπλέον βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των κατηγοριών της οικογενειακής κατάστασης ως προς την γελοτοφοβία ($F=4,613$, $p=0,005$).



Γράφημα 1 Μέση γραφική παράσταση των καταστάσεων της οικογενειακής κατάστασης σε σύγκριση με την κλίμακα του φόβου

Στο Γράφημα 1 παρουσιάζεται η μέση τιμή των κατηγοριών της οικογενειακής κατάστασης σε σύγκριση με την κλίμακα του φόβου. Συγκεκριμένα φαίνεται ότι η κατηγορία των άγαμων παρουσιάζει μεγαλύτερη μέση τιμή, και αμέσως μετά ακολουθεί η κατηγορία των διαζευγμένων.



Γράφημα 2 Μέση γραφική παράσταση των καταστάσεων της οικογενειακής κατάστασης σε σύγκριση με την γελωτοφοβία

Στο Γράφημα 2 παρουσιάζεται η μέση τιμή των κατηγοριών της οικογενειακής κατάστασης σε σύγκριση με την γελωτοφοβίας. Συγκεκριμένα φαίνεται ότι η κατηγορία των διαζευγμένων παρουσιάζει μεγαλύτερη μέση τιμή, και αμέσως μετά ακολουθεί η κατηγορία των έγγαμων.

Πίνακας 6 Συσχέτιση ηλικίας με τον συναισθηματικό ρόλο, συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας και γελωτοφοβίας

		Συναισθηματικός Ρόλος (SF36)	Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF36)	Γελωτοφοβία (PhoPhiKat-45)
Ηλικία	Correlation Coefficient	.320**	.271**	.198*
	Sig. (2-tailed)	.001	.006	.048
	N	100	100	100

Ο Πίνακας 6 δείχνει την συσχέτιση της ηλικίας με τον συναισθηματικό ρόλο, την συνοπτική κλίμακα και την γελωτοφοβία. Βρέθηκε ότι η ηλικία παρουσιάζει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση και με τρεις μεταβλητές.

Πίνακας 7 Συσχέτιση τόπου καταγωγής με την αποφυγή και την θετική αποδοχή

		Avoidance (CAQ10)	Θετική αποδοχή (CD-RISK25)
Τόπος Καταγωγής	Correlation Coefficient	-.226*	-.225*
	Sig. (2-tailed)	.024	.024
	N	100	100

Ο Πίνακας 7 δείχνει την συσχέτιση του τόπου καταγωγής με την αποφυγή και την θετική αποδοχή. Βρέθηκε ότι ο τόπος καταγωγής παρουσιάζει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση και με δύο μεταβλητές.

Πίνακας 8 Συσχέτιση εκπαιδευτικού επιπέδου με τον έλεγχο

		Έλεγχος (CD-RISK25)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Correlation Coefficient	-.248*
	Sig. (2-tailed)	.013
	N	100

Ο Πίνακας 8 παρουσιάζει την συσχέτιση του εκπαιδευτικού επιπέδου με τον έλεγχο. Βρέθηκε ότι το εκπαιδευτικό υπόβαθρο παρουσιάζει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τον έλεγχο.

Πίνακας 9 Συσχέτιση της κατάσταση της υγείας με το χιούμορ, την γενική υγεία, την συνοπτική φυσική υγεία, την αποφυγή, το σύνολο και την αποδοχή

		Humor Affiliative	Humor Total	Γενική Υγεία (SF36)	Συνοπτική ή Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF36)	Avoidance (CAQ10)	Total (CAQ10)	Θετική αποδοχή (CD-RISK25)
Η κατάσταση της υγείας σήμερα σε σχέση	Correlation Coefficient	-.278**	-.209*	.453**	.252*	.203*	.228*	.269**
	Sig. (2-tailed)	.005	.037	.000	.011	.043	.023	.007

με πριν ένα χρόνο	N	100	100	100	100	100	100	100
----------------------	---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Ο Πίνακας 9 παρουσιάζει την συσχέτιση μεταξύ της κατάστασης της υγείας στο διάστημα ενός χρόνου με τους παράγοντες του καταφατικού χιούμορ και του συνολικού χιούμορ, που βρέθηκε ότι παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση. Επιπλέον εξετάστηκε η συσχέτιση της υγείας σε διάστημα ενός έτους με την γενική υγεία, την συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας, την αποφυγή, το σύνολο και την θετική αποδοχή και βρέθηκε ότι έχουν στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση.

7 Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη δημιουργήθηκε με σκοπό την διερεύνηση του ρόλου του χιούμορ στην ψυχολογία των ασθενών με χρόνιες παθήσεις. Συγκεκριμένα τα ευρήματα βοηθούν στην κατανόηση της σχέσης μεταξύ του χιούμορ, ψυχοπαθολογίας, χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και διαφόρων δημογραφικών παραγόντων μεταξύ των ατόμων που ζουν με χρόνιες ασθένειες.

Η πρώτη υπόθεση της μελέτης πρότεινε ότι τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα χιούμορ θα παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα ψυχοπαθολογίας. Τα αποτελέσματα υποστήριξαν εν μέρει αυτή την υπόθεση, καθώς τα ευρήματα έδειξαν αρνητική συσχέτιση μεταξύ χιούμορ και ψυχοπαθολογίας. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα με μεγαλύτερη αίσθηση του χιούμορ μπορεί να έχουν καλύτερη ψυχολογική ευημερία, μηχανισμούς αντιμετώπισης και προσαρμοστικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που θέτουν οι χρόνιες ασθένειες. Το χιούμορ θα μπορούσε να χρησιμεύσει ως πολύτιμος πόρος για τους ασθενείς, βοηθώντας τους να ανακουφιστούν από το άγχος, να βελτιώσουν τη διάθεση και να ενισχύσουν τη συνολική ψυχική υγεία. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με προηγούμενες μελέτες που έχουν τονίσει τις ευεργετικές επιδράσεις του χιούμορ σε διάφορους πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων των ασθενών με χρόνιες ασθένειες.

Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες, που είχαν δείξει ότι το χιούμορ έχει ευεργετικές επιδράσεις όσον αφορά την ψυχική υγεία. Αφού πολλά άτομα χρησιμοποιούν το χιούμορ ως έναν μηχανισμό για να αντιμετωπίσουν διάφορες καταστάσεις (Gelkopf, 2011).

Η δεύτερη υπόθεση πρότεινε ότι τα άτομα που ζουν με χρόνιες ασθένειες θα παρουσίαζαν νευρωτικά στοιχεία και χαμηλά επίπεδα ώριμου χιούμορ. Τα αποτελέσματα υποστήριξαν εν μέρει αυτή την υπόθεση αποκαλύπτοντας μια συσχέτιση μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, του νευρωτισμού και του μηχανισμού ώριμου χιούμορ. Ο νευρωτισμός χαρακτηρίζεται από την τάση να βιώνει κανείς αρνητικά συναισθήματα, άγχος και αστάθεια της διάθεσης, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν την αίσθηση του χιούμορ ενός ατόμου. Τα χαμηλότερα επίπεδα ώριμου χιούμορ μπορούν να αποδοθούν στην ψυχολογική δυσφορία και τις συναισθηματικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι πολύπλευρα και

επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες πέρα από το πεδίο εφαρμογής της παρούσας μελέτης. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να διερευνήσουν πρόσθετες διαστάσεις της προσωπικότητας και τη σχέση τους με το χιούμορ σε πληθυσμούς με χρόνιες παθήσεις.

Επιπλέον, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι υπάρχουν αρκετές σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των κοινωνικό-δημογραφικών παραγόντων και των μεταβλητών που σχετίζονται με το χιούμορ. Συγκεκριμένα, τα άτομα που είχαν αδέρφια παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα στην κλίμακα της συνοπτικής αξιολόγησης του κοινωνικού ρόλου της γενικής υγείας και της φυσικής υγείας. Αυτό υποδηλώνει ότι η κοινωνική υποστήριξη από τα αδέρφια μπορεί να διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στην ενίσχυση της συνολικής ευημερίας και των αποτελεσμάτων της υγείας σε άτομα με χρόνιες ασθένειες (Van Wilder et al., 2021).

Στην συνέχεια βρέθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση σχετίζεται με τον φόβο και την γελωτοφοβία. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι τα άτομα που είναι διαζευγμένα παρουσιάζει υψηλότερα επίπεδα στην περίπτωση της γελωτοφοβίας, ενώ στην περίπτωση του φόβου την δεύτερη μεγαλύτερη τιμή. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι τα άτομα τα οποία έχουν μία σταθερή και υποστηρικτική σχέση με τον σύντροφο τους έχουν μία πιο θετική ψυχολογική κατάσταση και χαμηλότερα επίπεδα άγχους.

Επίσης μελετήθηκε και η σχέση της ηλικίας με τους παράγοντες του συναισθηματικού ρόλου, τη συνοπτική κλίμακα ψυχολογικής υγείας και την γελωτοφοβία. Τα αποτελέσματα αυτά έδειξαν ότι τα ηλικιωμένα άτομα με χρόνιες ασθένειες υπάρχουν πιθανότητες να βιώσουν υψηλότερη συναισθηματική ευημερία, συνολική ψυχολογική υγεία και αυξημένες τάσης αντίληψης της γελωτοφοβίας. Ενώ, τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν συμφωνία με προηγούμενες μελέτες, οι οποίες έδειξαν ότι η ηλικία επηρεάζει σημαντικά διάφορες ψυχολογικές πτυχές και στρατηγικές αντιμετώπισης μεταξύ ασθενών με χρόνιες ασθένειες (Goldbach et al., 2020).

Εν συνεχεία, εξετάστηκε και ο τόπος καταγωγής που παρουσίασε θετική συσχέτιση με τη αποφυγή και την θετική αποδοχή. Αυτό είναι κάτι που υποδηλώνει ότι οι πολιτισμικοί παράγοντες που σχετίζονται με τον τόπο καταγωγής μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο του χιούμορ ως ένας μηχανισμός αντιμετώπισης. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα πολιτισμικά πρότυπα είναι πεποιθήσεις και αξίες που μπορεί να καθορίσουν την διαμόρφωση αντιλήψεων και εκφράσεων του χιούμορ από τα άτομα, τα οποία στην συνέχεια να επηρεάσουν την ψυχολογική τους ευημερία (Berger et al., 2021).

Στην συνέχεια εξετάστηκε οι συσχετίσεις που μπορείς να παρουσιάσει το μορφωτικό επίπεδο. Το μορφωτικό επίπεδο έδειξε αρνητική συσχέτιση με τον έλεγχο, υποδηλώνοντας ότι το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο μπορεί να συμβάλλει σε μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου της υγείας και της διαχείρισης της νόσου. Αυτό ευθυγραμμίζεται με την έννοια του υγειονομικού αλφαριθμητισμού και τη σημασία της εκπαίδευσης στην ενδυνάμωση των ασθενών να συμμετέχουν ενεργά στις αποφάσεις τους για την υγειονομική περίθαλψη και να συμμετέχουν σε συμπεριφορές αυτοφροντίδας (Muscat et al., 2021)

Είναι σημαντικό να αναγνωριστούν ορισμένοι περιορισμοί αυτής της μελέτης. Πρώτον, ο ερευνητικός σχεδιασμός ήταν τμηματικός, περιορίζοντας την ικανότητά μας να καθορίσουμε αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ χιούμορ και ψυχολογικών μεταβλητών. Οι διαχρονικές μελέτες θα μπορούσαν να παράσχουν περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με τη δυναμική φύση του χιούμορ και την επίδρασή του στην ψυχολογία των ασθενών με χρόνιες παθήσεις με την πάροδο του χρόνου. Δεύτερον, η μελέτη βασίστηκε σε μέτρα αυτοαναφοράς, τα οποία υπόκεινται σε μεροληψία και ενδέχεται να μην αποτυπώνουν πλήρως την πολυπλοκότητα του χιούμορ και των ψυχολογικών μεταβλητών. Η μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να ενσωματώσει αντικειμενικά μέτρα, δεδομένα παρατήρησης ή ποιοτικές προσεγγίσεις για να αποκτήσει μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση του χιούμορ σε αυτό το πλαίσιο.

8 Συμπεράσματα

Η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας είναι κρίσιμη όχι μόνο για την επιβίωση αλλά και για την ευημερία των ατόμων. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) είναι σημαντικός παραγοντας οποιουδήποτε συστήματος υγείας, προσφέροντας μια σειρά από υπηρεσίες, όπως πρόληψη ασθενειών, προαγωγή της υγείας, διάγνωση, θεραπεία και ολοκληρωμένη φροντίδα. Το κράτος έχει την ευθύνη να διασφαλίζει την ίση πρόσβαση σε αυτές τις υπηρεσίες για όλα τα άτομα, καθώς και το σεβασμό των δικαιωμάτων τους. Οι χρόνιες παθήσεις αποτελούν μείζονα ανησυχία για την ΠΦΥ, καθώς μπορούν να προκαλέσουν σωματική και ψυχολογική επιδείνωση. Το χιούμορ μπορεί να είναι ένας αποτελεσματικός μηχανισμός αντιμετώπισης για τους ασθενείς, παρέχοντας προσωρινή ανακούφιση από δύσκολες συνθήκες.

Η παρούσα μελέτη παρέχει πολύτιμες γνώσεις για το ρόλο του χιούμορ στην ψυχολογία των ατόμων με χρόνιες παθήσεις. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το χιούμορ μπορεί να έχει θετικό

αντίκτυπο στην ψυχολογική ευεξία και τις στρατηγικές αντιμετώπισης αυτών των ατόμων. Ακόμα, έδειξαν ότι δημογραφικοί παράγοντες όπως η ύπαρξη αδελφών, η οικογενειακή κατάσταση, η ηλικία, ο τόπος καταγωγής και το μορφωτικό επίπεδο μπορούν επίσης να επηρεάσουν τη σχέση μεταξύ χιούμορ και ψυχολογική ευεξία. Αυτά τα ευρήματα έχουν σημαντικές επιπτώσεις για τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε χώρους πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Καθώς, μπορούν να χρησιμοποιήσουν παρεμβάσεις που βασίζονται στο χιούμορ για να βελτιώσουν τα αποτελέσματα της ψυχικής υγείας και τη συνολική ποιότητα ζωής για ασθενείς με χρόνιες ασθένειες. Συμπερασματικά, η μελέτη τονίζει τη σημασία του χιούμορ στην ψυχολογία των ατόμων με χρόνιες παθήσεις και τονίζει την ανάγκη περαιτέρω έρευνας για την καλύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο το χιούμορ μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως θεραπευτικό εργαλείο σε αυτό το πλαίσιο.

9 Βιβλιογραφία

9.1 Ξένη Βιβλιογραφία

- Ackermann-Liebrich, U., Adhikari, P., Amir, D., Attimonelli, R., Carino, M., Cianciara, D., Ciardullo, A. V., Couturaud, F., Daghighi, M. M., Douglas, M., Di Leone, G., Dura-Trave, T., Fattori, G., Gallinas-Victoriano, F., Giordan, A., & Golay, A. (2008). *Leading-edge health education issues* (L. V. Sebeki, Ed.; 1st ed.). Nova Science.
- Alibrandi, A., Gitto, L., Limosani, M., & Mustica, P. F. (2023). Patient satisfaction and quality of hospital care. *Evaluation and Program Planning*, 97(102251), 102251. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2023.102251>
- Anderson, G. (2010). *Chronic care: Making the case for ongoing care*. <https://folio.iupui.edu/handle/10244/807>
- Bains, G. S., Berk, L. S., Daher, N., Lohman, E., Schwab, E., Petrofsky, J., & Deshpande, P. (2014). The effect of humor on short-term memory in older adults: a new component for whole-person wellness. *Advances in Mind-Body Medicine*, 28(2), 16–24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24682001/>
- Banas, J. A., Dunbar, N., Rodriguez, D., & Liu, S.-J. (2011). A review of humor in educational settings: Four decades of research. *Communication Education*, 60(1), 115–144. <https://doi.org/10.1080/03634523.2010.496867>
- Bardes, C. L. (2012). Defining “patient-centered medicine.” *The New England Journal of Medicine*, 366(9), 782–783. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1200070>
- Behrouz, S., Mazlom, S. R., Kooshari, H., Aghebati, N., Asgharipour, N., & Behnam, H. (2017). Investigating the effect of humor therapy on chronic pain in the elderly living in nursing homes in Mashhad, Iran., 7(2), 27–36. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2017.24247.1529>
- Berger, P., Bitsch, F., & Falkenberg, I. (2021). Humor in psychiatry: Lessons from neuroscience, psychopathology, and treatment research. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 681903. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.681903>

- Brennan, P., Perola, M., van Ommen, G.-J., Riboli, E., & European Cohort Consortium. (2017). Chronic disease research in Europe and the need for integrated population cohorts. *European Journal of Epidemiology*, 32(9), 741–749. <https://doi.org/10.1007/s10654-017-0315-2>
- Cowley, S., Whittaker, K., Malone, M., Donetto, S., Grigulis, A., & Maben, J. (2015). Why health visiting? Examining the potential public health benefits from health visiting practice within a universal service: a narrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 465–480. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.013>
- European Commission. (2014). *Green Paper on mobile health (“mHealth”)*. Shaping Europe’s Digital Future. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/green-paper-mobile-health-mhealth>
- Feagai, H. E. (2011). Let humor lead your nursing practice. *Nurse Leader*, 9(4), 44–46. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2010.10.005>
- Ford, T. E., Lappi, S. K., & Holden, C. J. (2016). Personality, humor styles and happiness: Happy people have positive humor styles. *Europe’s Journal of Psychology*, 12(3), 320–337. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i3.1160>
- Fritz, H. L., Russek, L. N., & Dillon, M. M. (2017). Humor use moderates the relation of stressful life events with psychological distress. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 43(6), 845–859. <https://doi.org/10.1177/0146167217699583>
- GBD 2015 Risk Factors Collaborators. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388(10053), 1659–1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8)
- Gelkopf, M. (2011). The use of humor in serious mental illness: a review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine: ECAM*, 2011, 342837. <https://doi.org/10.1093/ecam/nep106>
- Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R. M., Berry, D. L., Bohlke, K., Epstein, R. M., Finlay, E., Jackson, V. A., Lathan, C. S., Loprinzi, C. L., Nguyen, L. H., Seigel, C., & Baile, W. F. (2017).

- Patient-clinician communication: American society of clinical oncology consensus guideline. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 35(31), 3618–3632. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.2311>
- Glinac, A., Matovic, L., Saric, E., Bratovcic, V., & Sinanovic, S. (2017). The quality of life in chronic patients in the process of rehabilitation. *Materia Socio-Medica*, 29(3), 168. <https://doi.org/10.5455/msm.2017.29.168-171>
- Goldbach, N., Reif, A., Preuss, H., Röhm, M., Straus, E., Streicher, E., Windmann, S., & Oertel, V. (2020). The role of resources in the face of psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), 406–422. <https://doi.org/10.1002/jclp.22884>
- Greene, J., & Hibbard, J. H. (2012). Why does patient activation matter? An examination of the relationships between patient activation and health-related outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 27(5), 520–526. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1931-2>
- Hall, J. A. (2017). Humor in romantic relationships: A meta-analysis: Humor meta-analysis. *Personal Relationships*, 24(2), 306–322. <https://doi.org/10.1111/per.12183>
- Hofmann, J., Platt, T., & Ruch, W. (2017). Laughter and smiling in 16 positive emotions. *IEEE Transactions on Affective Computing*, 8(4), 495–507. <https://doi.org/10.1109/taffc.2017.2737000>
- Jiang, F., Lu, S., Jiang, T., & Jia, H. (2020). Does the relation between humor styles and subjective well-being vary across culture and age? A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 11, 2213. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02213>
- Kalokairinou, A., Adamakidou, T., Velonaki, V. S., Vivilaki, V., Kapreli, E., Kriempardis, A., Lagiou, A., Lionis, C., Markaki, A., Bodosakis, P. M., Papadakaki, M., Sakellari, E., Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β.-Σ., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., ... Σακελλάρη, Ε. (2016). *Η ομάδα υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: ο ρόλος της στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας*. <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/3316>

- Kousoulis, A. A., Angelopoulou, K.-E., & Lionis, C. (2013). Exploring health care reform in a changing Europe: lessons from Greece. *The European Journal of General Practice*, 19(3), 194–199. <https://doi.org/10.3109/13814788.2013.779663>
- Leslie, D., Leslie, R. D. G., Lansang, C., Coppack, S., & Kennedy, L. (2012). *Diabetes: Clinician's desk reference* (1st ed.). Manson Publishing.
- Lionis, C., & Petelos, E. (2015). The patient-centered medical home model within an integrated primary care system: Towards a European model? In *Integrated Primary and Behavioral Care* (pp. 75–96). Springer International Publishing.
- Lionis, C., Symvoulakis, E. K., Markaki, A., Vardavas, C., Papadakaki, M., Daniilidou, N., Souliotis, K., & Kyriopoulos, I. (2009). Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*, 9(3), e88. <https://doi.org/10.5334/ijic.322>
- Lobbestael, J., & Freund, V. L. (2021). Humor in dark personalities: An empirical study on the link between four humor styles and the distinct subfactors of psychopathy and narcissism. *Frontiers in Psychology*, 12, 548450. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.548450>
- Luker, K. A., Orr, J., & McHugh, G. A. (Eds.). (2012). *Health visiting: A rediscovery* (3rd ed.). Wiley-Blackwell.
- Martin, R. A., & Ford, T. (2018). *The psychology of humor: An integrative approach* (2nd ed.). Academic Press.
- Mitchell, E., & Walker, R. (2020). Global ageing: successes, challenges and opportunities. *British Journal of Hospital Medicine (London, England: 2005)*, 81(2), 1–9. <https://doi.org/10.12968/hmed.2019.0377>
- Mitchell, P. H., Wynia, M. K., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, C. E., Rohrbach, V., & Von Kohorn, I. (2012). Core principles & values of effective team-based health care. *NAM Perspectives*, 2(10). <https://doi.org/10.31478/201210c>

- Morgan, J., Smith, R., & Singh, A. (2019). Exploring the role of humor in the management of existential anxiety. *Humor - International Journal of Humor Research*, 32(3), 433–448. <https://doi.org/10.1515/humor-2017-0063>
- Muscat, D. M., Shepherd, H. L., Nutbeam, D., Trevena, L., & McCaffery, K. J. (2021). Health literacy and shared decision-making: Exploring the relationship to enable meaningful patient engagement in healthcare. *Journal of General Internal Medicine*, 36(2), 521–524. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05912-0>
- Nethan, S., Sinha, D., & Mehrotra, R. (2017). Non communicable disease risk factors and their trends in India. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 18(7), 2005–2010. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.7.2005>
- Pennington, E., Yaqoob, Z. J., Al-Kindi, S. G., & Zein, J. (2019). Trends in asthma mortality in the United States: 1999 to 2015. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 199(12), 1575–1577. <https://doi.org/10.1164/rccm.201810-1844LE>
- Ribeiro, C. C., Silveira, A., Silva, I., Ribeiro, C., Gestal, J., & Vasconcelos, C. (2012). Health related quality of life of chronic patients with immune system diseases: a pilot study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(3), 454–459. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672012000300009>
- Richards, K., & Kruger, G. (2017). Humor styles as moderators in the relationship between perceived stress and physical health. *SAGE Open*, 7(2), 215824401771148. <https://doi.org/10.1177/2158244017711485>
- Scholle, S. H., Torda, P., Peikes, D., Han, E., & Genevro, J. (2010). *Engaging patients and families in the medical home*. Ahrq.gov. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/ncepcr/tools/PCMH/engaging-patients-and-families-in-the-medical-home-white-paper.pdf>
- Storni, C. (2014). Design challenges for ubiquitous and personal computing in chronic disease care and patient empowerment: a case study rethinking diabetes self-monitoring. *Personal and Ubiquitous Computing*, 18(5), 1277–1290. <https://doi.org/10.1007/s00779-013-0707-6>

- Suhrcke, M., & Urban, D. (2010). Are cardiovascular diseases bad for economic growth? *Health Economics*, 19(12), 1478–1496. <https://doi.org/10.1002/hec.1565>
- 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. <https://doi.org/10.1080/08873267.2013.796953>
- Tajarernmuang, P., Chittawatanarat, K., Dodek, P., Heyland, D. K., Chanayat, P., Inchai, J., Pothirat, C., Liwsrisakun, C., Bumroongkit, C., Deesomchok, A., Theerakittikul, T., & Limsukon, A. (2020). Validity and reliability of a Thai Version of Family Satisfaction with care in the Intensive Care Unit Survey. *Indian Journal of Critical Care Medicine: Peer-Reviewed, Official Publication of Indian Society of Critical Care Medicine*, 24(10), 946–954. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23559>
- Taylor, C. T., Knapp, S. E., Bomyea, J. A., Ramsawh, H. J., Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2017). What good are positive emotions for treatment? Trait positive emotionality predicts response to Cognitive Behavioral Therapy for anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 93, 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.03.006>
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., ... Wang, S.-J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003–1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000160>
- Tsai, J., Ford, E. S., Li, C., Pearson, W. S., & Zhao, G. (2010). Binge drinking and suboptimal self-rated health among adult drinkers: Binge drinking and suboptimal self-rated health. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 34(8), 1465–1471. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01231.x>
- Valentijn, P. P., Vrijhoef, H. J. M., Ruwaard, D., Boesveld, I., Arends, R. Y., & Bruijnzeels, M. A. (2015). Towards an international taxonomy of integrated primary care: a Delphi consensus approach. *BMC Family Practice*, 16(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0278-x>

- Van Wilder, L., Pype, P., Mertens, F., Rammant, E., Clays, E., Devleeschauwer, B., Boeckxstaens, P., & De Smedt, D. (2021). Living with a chronic disease: insights from patients with a low socioeconomic status. *BMC Family Practice*, 22(1), 233. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01578-7>
- Wang, S., Xu, J., Jiang, X., Li, C., Li, H., Song, S., Huang, E., & Meng, Q. (2018). Trends in health resource disparities in primary health care institutions in Liaoning Province in Northeast China. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0896-8>
- WHO. (2018). *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. World Health Organization.
- Yavuz, B. B., & Aka, B. T. (2021). The mediating effect of humour in relation to early maladaptive schema domains and psychological wellbeing (eng). *Journal of Clinical Psychiatry*, 24(3), 288–297. <https://doi.org/10.5505/kpd.2021.21548>

9.2 Ελληνική Βιβλιογραφία

- Καλοκαιρινού, Α., & Αδαμακίδου, Θ. (2014). *ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ*. Βήτα.
- Ντινοπουλος, Θ. (2015). *ΜΙΚΡΗ ΠΡΑΓΜΑΤΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΧΙΟΥΜΟΡ*. Εκδοτικός Οίκος Αδελφών Κυριακίδη ΑΕ.
- Παπακωστίδη, Α., & Τσουκαλάς, Ν. (2012). Η Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και αξιολόγηση της. *Αρχαία Ελληνική*, 29(4), 480–488. <https://www.mednet.gr/archives/2012-4/pdf/480.pdf>