



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Η ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΜΕ**

**ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»**

**Ονοματεπώνυμο Φοιτητή: Ειρήνη Ντόνη**

**(Αριθμός Μητρώου: 7017034)**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Ευαγγελία Κοτρώτσιου**

**Λάρισα**

**Φεβρουάριος 2020**

**«Η ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΜΕ  
ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»**

**Ειρήνη Ντόνη**

**Όνοματεπώνυμο**

**Επιβλέποντα**

Μαίρη Γκούβα

**Όνοματεπώνυμο**

**Μέλους 1**

Ευαγγελία  
Κοτρώτσιου

**Όνοματεπώνυμο**

**Μέλους 2**

Μαρία Μαλλιαρού

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου διπλωματικής εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνησή της! Ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα Γκούβα Μαίρη, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε εξ'αρχής, αναθέτοντάς μου το συγκεκριμένο θέμα καθώς και για την επιστημονική της καθοδήγηση, το αμείωτο ενδιαφέρον και την συμπαράστασή της απο την αρχή έως το τέλος. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου κα Ευαγγελία Κοτρώτσιου για την πολύτιμη συμβολή και υποστήριξή της στη ερευνητική διαδικασία. Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένεια μου για την αμέριστη στήριξη, συμπαράσταση και κατανόηση καθ'όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών.

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η εμπειρία του φόβου δύναται να «ξυπνήσει» ένα σύνολο εξαιρετικά αρνητικών σκέψεων, αλλά και να ενεργοποιήσει, επίσης, και άλλους καλά κρυμμένους φόβους άλλων τραυματικών καταστάσεων. **Σκοπός:** Η διασύνδεση της σχέσης του συναισθήματος του φόβου του πόνου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα. **Μεθοδολογία:** Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Ψυχική Υγεία», από τον Ιούνιο του 2019 έως τον Ιανουάριο του 2020. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν α) η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας, β) το Ερωτηματολόγιο Νοσηλευτικής Φροντίδας NDI, γ) η Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου, δ) η Κλίμακα CAQ, ε) η Κλίμακα PASS και ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων. **Αποτελέσματα:** Το άγχος και ο φόβος του πόνου αυξάνουν τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας, ενώ χαρακτηριστικά όπως ο τόπος διαμονής, η ύπαρξη αδελφών, η ικανοποίηση από την εργασία και οι απαιτήσεις της σχετίζονται με τα επίπεδα του φόβου του πόνου, ενώ η θέση του νοσηλευτή και οι απαιτήσεις της εργασίας του σχετίζονται με το άγχος και φόβο για την καρδιακή λειτουργία τους. **Συμπεράσματα:** Ο φόβος και το άγχος είναι χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τη ψυχοπαθολογία των νοσηλευτών.

**Λέξεις κλειδιά:** Φόβος, Νοσηλευτές, Επαγγελματική Φροντίδα

## **Abstract**

**Introduction:** The experience of fear can awaken a set of extremely negative thoughts, but also trigger other well-hidden fears of other traumatic situations. **Aim:** To correlate the relationship of pain fear emotion with professional clinical care. **Methodology:** The present study was conducted in the framework of the Masters Program in Mental Health, from June 2019 to January 2020. The research tools used were a) the Psychopathology Scale, b) the NDI Nursing Care Questionnaire, the Pain Scale Measurement Scale; d) the CAQ Scale; e) the PASS Scale and a socio-demographic questionnaire. **Results:** Anxiety and fear of pain increase the symptoms of psychopathology, while characteristics such as place of residence, siblings, job satisfaction and demands are related to levels of pain fear, while nursing status and his work requirements relate to anxiety and fear for their cardiac function. **Conclusions:** Fear and anxiety affecting nurses' psychopathology.

## Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη .....	3
Abstract.....	4
Ευρετήριο πινάκων .....	8
Ευρετήριο εικόνων.....	10
Εισαγωγή .....	11
Κεφάλαιο 1 Άγχος και Φόβος.....	12
1.1 Εννοιολογική προσέγγιση του άγχους.....	12
1.2 Σωματική ψυχική επίδραση του άγχους .....	13
1.3 Διαχείριση του άγχους – φόβου.....	14
1.4 Ο φόβος του πόνου .....	15
1.4.1 Ο φόβος του πόνου και η αντιμετώπισή του σε κρίσιμες καταστάσεις .....	16
Κεφάλαιο 2 Νοσηλευτική φροντίδα .....	19
2.1 Ορισμός της νοσηλευτικής φροντίδας.....	19
2.2 Βασικές αρχές της νοσηλευτικής φροντίδας .....	20
2.3 Διαστάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας.....	21
Κεφάλαιο 3ο Εργασιακή Ποιότητα Ζωής.....	23
3.1 Η έννοια της εργασιακής ποιότητας ζωής.....	23
3.2 Παράγοντες που επιδρούν στην εργασιακή ποιότητα ζωής των νοσηλευτών .....	23
3.2.1 Οργανωτικοί παράγοντες .....	24
3.2.2 Συνθήκες εργασίας .....	25
3.2.3 Ψυχοκοινωνικές συνθήκες εργασίας.....	25
3.3 Εργασιακή ποιότητα ζωής των νοσηλευτών .....	27

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

3.4 Εργασιακή ικανοποίηση .....	30
3.5 Παράγοντες που καθορίζουν την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών .....	30
<b>Κεφάλαιο 4ο Μεθοδολογία.....</b>	<b>33</b>
4.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα.....	33
4.2 Δείγμα .....	33
4.3 Διαδικασία.....	34
4.4 Ερευνητικά εργαλεία.....	34
4.4.1 Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων .....	34
4.4.2 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90).....	34
4.4.3 Ερωτηματολόγιο Νοσηλευτικής Φροντίδας NDI (Nursing Dimensions Inventory questionnaire) .....	35
4.4.4 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998).....	36
4.4.5 Κλίμακα Pain Anxiety Symptoms (PASS).....	37
4.4.6 Κλίμακα CARDIAC ANXIETY QUESTIONNAIRE (CAQ).....	38
4.5 Στατιστική ανάλυση.....	38
4.6 Προσδοκώμενα αποτελέσματα .....	39
<b>Κεφάλαιο 5ο Αποτελέσματα έρευνας .....</b>	<b>40</b>
5.1 Περιγραφική ανάλυση.....	40
5.2 Επαγωγική ανάλυση.....	48
<b>Κεφάλαιο 6ο Συζήτηση – Συμπεράσματα.....</b>	<b>55</b>
6.1 Συζήτηση .....	55
6.2 Συμπεράσματα .....	58

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

<b>6.3 Περιορισμοί της έρευνας.....</b>	<b>59</b>
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>60</b>
<b>Ξένη βιβλιογραφία .....</b>	<b>60</b>
<b>Ελληνική βιβλιογραφία.....</b>	<b>69</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>71</b>



## **Ευρετήριο πινάκων**

Πίνακας 1 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της ηλικίας του δείγματος .....	40
Πίνακας 2 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας του φύλου και της οικογενειακής κατάστασης του δείγματος .....	40
Πίνακας 3 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας του τόπου διαμονής και της ύπαρξης παιδιών του δείγματος.....	41
Πίνακας 4 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση του πλήθους παιδιών του δείγματος.....	42
Πίνακας 5 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της ύπαρξης αδελφών του δείγματος .....	42
Πίνακας 6 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση του πλήθους αδελφών και της σειράς γέννησης του δείγματος.....	42
Πίνακας 7 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της θέσης και της προϋπηρεσίας του δείγματος .....	43
Πίνακας 8 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας των βαρδιών του δείγματος .....	44
Πίνακας 9 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της ικανοποίησης από την εργασία του δείγματος .....	45
Πίνακας 10 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας των απαιτήσεων της εργασίας του δείγματος.....	46
Πίνακας 11 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της θέσης και της προϋπηρεσίας του δείγματος .....	47
Πίνακας 12 Αποτελέσματα συσχέτισης των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας με τα συμπτώματα άγχους του πόνου.....	48

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

Πίνακας 13 Αποτελέσματα συσχέτισης των συμπτωμάτων άγχους του πόνου σε σχέση με τον τόπο διαμονής του δείγματος.....	49
Πίνακας 14 Αποτελέσματα συσχέτισης των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας σε σχέση με ύπαρξη αδελφών του δείγματος.....	49
Πίνακας 15 Αποτελέσματα συσχέτισης των συμπτωμάτων άγχους του πόνου σε σχέση με το πλήθος αδελφών του δείγματος.....	50
Πίνακας 16 Αποτελέσματα συσχέτισης των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζει οι εργασία τους συμμετέχοντες του δείγματος.....	51
Πίνακας 17 Αποτελέσματα συσχέτισης άγχους καρδιακών προβλημάτων σε σχέση με τη θέση των νοσηλευτών στο νοσοκομείο που εργάζονται .....	52
Πίνακας 18 Αποτελέσματα συσχέτισης άγχους καρδιακών προβλημάτων σε σχέση με τη θέση των νοσηλευτών στο νοσοκομείο που εργάζονται .....	53
Πίνακας 19 Αποτελέσματα συσχέτισης άγχους καρδιακών προβλημάτων σε σχέση με τη θέση των νοσηλευτών στο νοσοκομείο που εργάζονται .....	53
Πίνακας 20 Αποτελέσματα συσχέτισης άγχους καρδιακών προβλημάτων σε σχέση με τη θέση των νοσηλευτών στο νοσοκομείο που εργάζονται .....	54

## **Ευρετήριο εικόνων**

<b>Εικόνα 1 Κατανομή του φύλου του δείγματος.....</b>	<b>41</b>
<b>Εικόνα 2 Κατανομή της θέσης εργασίας του δείγματος.....</b>	<b>44</b>
<b>Εικόνα 3 Κατανομή των βαρδιών του δείγματος .....</b>	<b>44</b>

## **Εισαγωγή**

Η επιστήμη της νοσηλευτικής απαιτεί την ολοκληρωτική αφοσίωση των νοσηλευτών στη φροντίδα των ασθενών ενώ απαραίτητα στοιχεία για τους νοσηλευτές είναι η ενσυναίσθηση, η ανθρωπιά, η ηθική φροντίδα και η πολιτισμική ευαισθησία. Οι νοσηλευτές είναι αναγκασμένοι πολλές φορές να δουλεύουν σε όχι και τόσο οργανωμένα εργασιακά περιβάλλοντα, όπου οι υλικοί πόροι που έχουν στη διάθεσή τους είναι ελάχιστοι και οι ευθύνες τους είναι ιδιαιτέρως αυξημένες. Η αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων σε ένα περιβάλλον που τους τροφοδοτεί με ανασφάλεια μπορεί να οδηγήσει τους νοσηλευτές στην αντιμετώπιση προβλημάτων και τελικά στην επαγγελματική εξουθένωση (Kalliath&Morris, 2002). Ο φόβος των ασθενών είναι ένα από τα κυριότερα ζητήματα με τα οποία οι νοσηλευτές χρειάζονται συχνά να έρθουν σε επαφή. Η πλειοψηφία των ανθρώπων είναι πιθανόν να χρειαστεί στη ζωή τους να αντιμετωπίσουν κάποιο πρόβλημα υγείας το οποίο μπορεί να αντιμετωπιστεί με μία χειρουργική επέμβαση, άλλοτε πιο σοβαρή και άλλοτε λιγότερο σοβαρή. Ωστόσο, μικρή πλειοψηφία αυτών αντιμετωπίζουν με ψυχραιμία το ενδεχόμενο μιας επέμβασης, ανεξαρτήτως του βαθμού σοβαρότητας της. Οι προσπάθειες τους προς αποφυγή αυτής αμητοί άλλο δηλώνουν χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους (Αγγελόπουλος, 2009). Αυτό που τρομοκρατεί συνήθως τους ασθενείς είναι η αναισθησία που θα πρέπει να υποβληθούν προκειμένου να πραγματοποιηθεί η εγχείρηση, η αίσθηση ότι απειλείται η σωματική τους ακεραιότητα και φυσικά ο φόβος ότι επρόκειτο να νιώσουν πόνο. Σε συνδυασμό με τη φύση της αρρώστιας τους, ο ασθενής μπορεί να θεωρεί ότι μπορεί να χάσει τη ζωή του κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Συμπερασματικά, όλα τα παραπάνω αποτελούν σκέψεις και συναισθήματα που συνοδεύουν κάθε χειρουργική επέμβαση για κάθε ασθενή ξεχωριστά. Η συμπεριφορά και η αντιμετώπιση της χειρουργικής εμπειρίας οφείλεται στα χαρακτηριστικά προσωπικότητας του ασθενή, τις άμυνες που έχει δημιουργήσει και τις κοινωνικές σχέσεις που έχει αναπτύξει με άλλους ανθρώπους αλλά και το ρόλο που διαδραματίζουν στη ζωή τους (Gramke et al., 2009).

## **Κεφάλαιο 1 Άγχος και Φόβος**

### **1.1 Εννοιολογική προσέγγιση του άγχους**

Το άγχος αποτελεί ένα από τα συναισθήματα που συνοδεύουν τη ζωή των ανθρώπων από την εποχή του homo sapiens έως και σήμερα, σε παγκόσμιο επίπεδο. Η προέλευση της λέξης άγχους προέρχεται από το ρήμα άγχω το οποίο σημαίνει πιέζω σφικτά, ή αποπνίγω ή στραγγαλίζω και αποτελεί συνειδητό, ανθρώπινο συναίσθημα. Την εξέλιξη του ορισμού αυτού επέφερε η θεωρία του Φρόιντ σχετικά με τη ψυχολογία και τη βιολογία καθώς και η υπαρξιακή θεωρία του 19ου αιώνα. Συγκεκριμένα, οι παραπάνω θεωρίες υποστηρίζουν ότι το άγχος αποτελεί αποτέλεσμα συνδυαστικών παραγόντων όπως είναι οι ψυχολογικοί, οι βιολογικοί και οι γνωσιακοί παράγοντες. Συνεπώς, παρουσιάζεται μία αμφίδρομη σχέση μεταξύ της κοινωνικής ζωής του ανθρώπου και της ποιότητας αυτής. Επίσης, παρουσιάζεται όταν το άτομο αισθάνεται ότι κινδυνεύει και εκδηλώνεται ως μία δυσάρεστη συγκίνηση που στοχεύει στην αναγκαία αναπροσαρμογή σε πιθανόν νέες καταστάσεις και δεδομένα (Αλεβίζος, 2008).

Οι πιο σύνηθες μορφές εκδηλώνονται συνήθως με το αίσθημα το φόβου, με αρκετή ένταση και θλίψη, ανεξέλεγκτο θυμό και παράλληλες σωματικές επιπτώσεις όπως ξηροστομία, πονοκέφαλο και σε υψηλά επίπεδα στρες το αγχώδη άτομο εμφανίζει ταχυκαρδία και αρρυθμία. Το ασαφές συναίσθημα του άγχους οφείλεται κυρίως στη προσωπικότητα του ανθρώπου, όμως υπάρχουν και περιπτώσεις που η εμφάνιση του να είναι περιστασιακή και φανερώνεται με ψυχικά ή σωματικά συμπτώματα, τα οποία διαφέρουν ανάλογα τη προσωπικότητα του καθενός (Βάρβογλη 2006). Αναλυτικότερα, κάθε άτομο αντιλαμβάνεται διαφορετικά διάφορα ερεθίσματα και η ερμηνεία που δίνει σε διάφορες καταστάσεις και συναισθήματα εξαρτάται από παλιότερες εμπειρίες που έχει βιώσει, την ποιότητα και τις συνήθειες της ζωής του.

Τέλος, στην ελληνική γίνεται αρκετά συχνή χρήση της λέξης «στρες» συνώνυμο της ελληνικής λέξης «άγχους». Η χρήση της λέξης αυτής γίνεται προκειμένου να ερμηνευτεί η κατάσταση που ένα άτομο βρίσκεται υπό ψυχολογικής πίεσης. Ο Fontana (1995) ορίζει το στρες ως μία φυσική ή διανοητική κατάσταση που υπόκειται το άτομο υπό συνθήκες έντονης πίεσης. Το άτομο χρειάζεται να αντιμετωπίσει την κατάσταση τόσο ψυχικά όσο και σωματικά, με σκοπό την

αποφυγή προκλήσεων και κινδύνων. Συμπερασματικά, το στρες είναι αντίδραση του οργανισμού σε ερεθίσματα που δημιουργούνται στο περιβάλλον, τα οποία ονομάζονται στρεσογόνα. Όταν ο ανθρώπινος οργανισμός βρίσκεται υπό κατάσταση στρες, παράγονται ορμόνες όπως είναι η αδρεναλίνη και η κορτιζόλη, οι οποίες είναι δίνουν σήμα στον εγκέφαλο ότι είναι έτοιμος να δράσει (Χρούσος και συν., 2004).

## **1.2 Σωματική ψυχική επίδραση του άγχους**

Το άγχος αποτελεί ένα αντανακλαστικό που επιτρέπει στον ανθρώπινο οργανισμό να προσαρμοστεί σε νέες συνθήκες και αποτελεί κληρονομιά των προγόνων του ανθρώπου. Παρόλα αυτά, ο τρόπος με τον οποίο ζει ο σημερινός άνθρωπος διαφέρει από τους προγόνους του. Οι πρόγονοι συνήθιζαν να αντιδρούν άμεσα σε απρόοπτα που προέκυπταν στη ζωή, είτε με το να μάχονται είτε να φεύγουν από τη δυσμενή κατάσταση που αντιμετώπιζανε, αντίδραση την οποία δεν μπορεί να έχει ο σύγχρονος άνθρωπος. Ένας λόγος που δε μπορεί να γίνει αυτό είναι διότι το μέγεθος των προβλημάτων δεν ορίζεται από τους ίδιους, ενώ σχεδόν ποτέ ο άνθρωπος δεν εκφράζει αυθόρμητα τα συναισθήματα του και τις σκέψεις του. Η συμπεριφορά αυτή είναι αρκετά αποτελεσματική σε καταστάσεις επείγουσας ανάγκης, ενώ δεν είναι αρκετά χρήσιμη για προβλήματα που αφορούν τις επαγγελματικές και προσωπικές ζωές των ανθρώπων.

Πρώτη φορά το 1936 ο ερευνητής Χανς Σέλι παρουσίασε τον ορισμό του γενικού συνδρόμου προσαρμογής (SGA). Το σύνδρομο αναφέρεται στην ικανότητα του ανθρώπου να προσαρμόζεται ψυχολογικά και σωματικά με γρήγορο ρυθμό, όταν αλλάζει περιβάλλον, για παράδειγμα ένα εργασιακό περιβάλλον όπως του νοσοκομείου. Επίσης, το σύνδρομο είναι η αντίδραση του σώματος σε εξωτερικές διαταραχές προκειμένου να διατηρήσει την εσωτερική του ισορροπία. Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από δύο χαρακτηριστικά τα οποία συνδέονται μεταξύ τους. Το ένα είναι μία επίθεση που μπορεί να δεχθεί ένας άνθρωπος ή ένα βίαιο εξωτερικό ερέθισμα και το άλλο είναι η αντίδραση που επέρχεται σε αυτά. Το τελευταίο χωρίζεται σε τρία στάδια. Το πρώτο στάδιο, το στάδιο του συναγερμού, αφορά το αρχικό επίπεδο αντίδρασης που συνοδεύεται με αντιδράσεις που πραγματοποιούνται στο σώμα όπως είναι η ταχυκαρδία, κοφτή αναπνοή και

## *Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

αντιδράσεις που εκδηλώνονται με συναισθήματα όπως είναι ο θυμός και η νευρική κατάσταση. Το δεύτερο στάδιο αποκαλείται στάδιο αντίστασης κατά το οποίο το σώμα έχει προσαρμοστεί πλήρως στην εισβολή, αφού έχει συνηθίσει σε αυτή καθώς πραγματοποιείται μόνιμα. Τέλος, αυτό εκφράζεται ως άρνηση εκδήλωσης ορισμένων συναισθημάτων που οδηγεί στην απομόνωση και την αδιαφορία. Τελευταίο στάδιο αποτελεί αυτό της εξάντλησης. Πλέον το σώμα έχει «μολυνθεί» για πάντα από το άγχος το οποίο εγκαθίσταται για πάντα. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο αδυνατεί να ρυθμίσει τις διάφορες συγκινήσεις που του προκαλούνται αλλά και να ελέγξει τις φυσικές του αντιδράσεις. Συνεπώς, το άτομο αλλάζει συμπεριφορά και συνήθειες. Κατακλύζεται από ανασφάλεια, υποφέρει από αϋπνίες και έχει ασταθή συμπεριφορά (Nadine & Mona, 2007).

### **1.3 Διαχείριση του άγχους – φόβου**

Η αντίδραση των ανθρώπινων νευρών στο στρες έχει αναλυθεί λεπτομερώς και αποδεικνύει ότι πραγματοποιούνται αλλαγές αναφορικά με το νευρικό σύστημα. Συγκεκριμένα, αυξανόμενη πίεση, μυϊκή τάση και όλα τα συναφή συμπτώματα που έχουν αναφερθεί παραπάνω (Guyton, 2000). Η συμβολή του άγχους σε διάφορες ασθένειες τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ολοένα και περισσότερο, (Dantzer, 1991; Lehrer et al, 1993; Niaura, 1992) οπότε η εκπαίδευση σε διάφορους μεθόδους και τεχνικές αντιμετώπισης του στρες κρίνεται απαραίτητη (Antoni, et al.2000; Han, 2002 ).

Οι τεχνικές εκπαίδευσης για την καταπολέμηση του στρες είναι ποικίλες. Οι πιο διαδεδομένες και πιο αποτελεσματικές θεωρούνται η μυϊκή χαλάρωση, η αυτογενής εκπαίδευση και ποικίλα γνωστικών μεθόδων (Lehrer et al.1994). Παράλληλα, με όλες αυτές τις μεθόδους οι Jones και ο Johnston (2000) θεωρούν ότι είναι απαραίτητο οι άνθρωποι που ταλανίζονται από το άγχος να ενημερώνονται σχετικά με τα αίτια και τις επιπτώσεις που επιφέρει το στρες και συγκεκριμένα κάθε άτομο να λαμβάνει μεμονωμένη ενημέρωση. Εντούτοις, ο τελικός σκοπός όλης αυτής της εκπαίδευσης αποβλέπει στην αύξηση της ικανότητας αναφορικά με τον έλεγχο των συναισθημάτων, ώστε να αποφευχθεί η απότομη έκρηξη αυτών ( Penzien et al. 2005). Μέχρι στιγμής, έχει αποδειχθεί ότι η εκπαίδευση φέρει θετικά αποτελέσματα στους ανθρώπους, ιδιαίτερα

## *Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

εκείνους που υποφέρουν από κεφαλαλγίες, διότι αυξάνουν την αντίληψη της αυτάρκειας και συμβάλλει στον αυτοέλεγχο (Turk, 2002).

### **1.4 Ο φόβος του πόνου**

Η πλειοψηφία των ανθρώπων στο μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους φοβούνται να έρθουν αντιμέτωποι με τον πόνο. Ωστόσο, κανείς δε μπορεί να ορίσει και να περιγράψει ακριβώς τι είναι ο πόνος (Rhudy, 2005). Στα Αρχαία Ελληνικά αναφέρεται ότι ο πόνος προέρχεται από το ρήμα «πένομαι» που σημαίνει εργάζομαι σκληρά και τότε σήμαινε υποβάλλω υπερβολική σωματική δύναμη, δηλαδή κουράζομαι σε τέτοιο βαθμό που νιώθω μεγάλο πόνο στα κόκαλα και στο σώμα μου (Μπαμπινιώτης, 2002). Σύμφωνα με τη μυθολογία, πόνος ονομαζόταν ο γιος της Έριδας και εγγονός της Νύκτας (Ελληνική Μυθολογία, 1986). Στην Ρωμαϊκή εποχή, από το παράγωγο της λέξης «πόνος», πήραν οι Ρωμαίοι την λέξη «ποινή» και την μεταποίησαν σε «proema» που δηλώνει «τιμωρία» και αργότερα σήμαινε «εκδίκηση» που προέκυπτε από εγκληματική πράξη. Η λέξη αυτή, έπειτα χρησιμοποιήθηκε στη Γαλλία που έλαβε μια μικρή αλλαγή σε «raïne» που σήμαινε «βασανιστήρια των ιερομαρτύρων» και τέλος, δέχτηκε μία μικρή αλλαγή στην αγγλική λέξη που χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα, «rain» και σηματοδοτούσε τους πόνους από βασανιστήρια και τιμωρίες (Tyger, 2006).

Από την άλλη μεριά το 1979, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε τον πόνο ως μία υποκειμενική κατάσταση, ένα συναίσθημα και αρνητική συγκίνηση. Αποτελεί ένα αίσθημα που προκύπτει από τραύματα στους ιστούς, που προκλήθηκαν ή επρόκειτο να προκληθούν. Αξίζει να σημειωθεί ότι, ο πόνος χωρίζεται σε σωματικό και ψυχικό. Ο πρώτος αποτελεί ένα αίσθημα που προκύπτει από μεγάλη είσοδο ενέργειας, η οποία εισέρχεται στο ασυνείδητο και επηρεάζει ολόκληρο το ψυχισμό του ανθρώπου. Όσον αφορά το ψυχικό πόνο, αυτός ο πόνος αναφέρεται στο συναίσθημα που δηλώνει τη ψυχική εξάντληση. Την εξάντληση που προέρχεται, για παράδειγμα στη συνεχή σκέψη ενός αγαπημένου ανθρώπου που έχει φύγει από τη ζωή. Αυτός ο πόνος που αισθάνεται το άτομο είναι δεν είναι λόγω της αγάπη που έχει για αυτό το άτομο αλλά λόγω μιας μεγαλύτερης αγάπης που τρέφει, ενώ γνωρίζει την απώλεια του.



## *Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

Εν κατακλείδι, ο πόνος αποτελεί ένα υποκειμενικό συναίσθημα που προέρχεται από ένα σύνολο ψυχολογικών παραγόντων. Μερικοί ψυχολογικοί παράγοντες είναι: η ατομική ερμηνεία που δίνει ο καθένας στον πόνο. Η ερμηνεία αυτή επηρεάζει με τη σειρά την ανοχή, την αντοχή και την αντίδραση που δείχνει το άτομο στον πόνο. Επίσης, ένας άλλος παράγοντας είναι το άγχος και η αντίληψη του ελέγχου που μπορεί να έχει στον πόνο το άτομο. Τελευταίος αλλά εξίσου σημαντικός παράγοντας είναι το πολιτιστικό και κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται το άτομο. Για παράδειγμα, οι συμπεριφορές και οι στάσεις των συγγενών και των φίλων, του ιατρικού προσωπικού μπορεί να επηρεάσουν το άτομο. Εντούτοις, τίποτα από τα παραπάνω δεν καθορίζει αποκλειστικά την αντίληψη του ατόμου για το πόνο αλλά συμβάλει και επηρεάζει την στάση του ατόμου απέναντι σε ένα περιστατικό μια συγκεκριμένη στιγμή (Χατήρα, 2002).

### **1.4.1 Ο φόβος του πόνου και η αντιμετώπισή του σε κρίσιμες καταστάσεις**

Ο άνθρωπος για να ισορροπήσει την εσωτερική του ηρεμία σε σχέση με τα ερεθίσματα φόβου που δέχεται, προσπαθεί να τον χωρίσει σε συγκεκριμένους πόνους που αφορούν ορισμένα πράγματα και πρόσωπα αλλά και καταστάσεις (Πολυμέρου, 2006). Ταυτόχρονα, ο Hollander (2004) θεωρεί ότι ο πόνος του φόβου για τον άνθρωπο αφορά φόβο για απώλεια του ίδιου του εαυτού. Οι πρώτες φορές που ένας άνθρωπος βιώνει τον πόνο έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται με την τιμωρία και την έλλειψη αγάπης από τους γονείς του, γεγονός που επηρεάζει τις επόμενες αντιδράσεις του ατόμου στον πόνο. Αυτές συνήθως, δηλώνουν την ενοχή του ατόμου και μοιάζουν σαν τιμωρημένου παιδιού. Αντίθετα, η στεναχώρια για την απώλεια κάποιου προσώπου μπορεί να προκαλέσει το αίσθημα του πόνου (Χατήρα, 2002). Η απώλειες που προκύπτουν στη ζωή ενός ανθρώπου συνδέονται με ένα συνεχόμενο φόβο, μέχρι τη στιγμή που σταματήσει (Frank, 2007).

Φαίνεται ότι κάθε οργανισμός πάνω στη γη αναζητά όλα όσα του προσφέρουν ευχαρίστηση και αποφεύγει οτιδήποτε του προκαλεί πόνο. Ο πόνος μπορεί να θεωρηθεί ως ένας άγραφος νόμος της ζωής που κανείς δε μπορεί να μην το αισθανθεί (Roafle, 1929). Σύμφωνα με τον Brenner (1982), η αντιμετώπιση των γεγονότων που δεν είναι τόσο ευχάριστα για το άτομο, αποτελεί μια πορεία συμβιβασμού (Miller, 2003). Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια της ζωής του ο

## *Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

άνθρωπος έρχεται αντιμέτωπος με κρίσιμες καταστάσεις, όπου η ύπαρξη του άγχους του απαγορεύει να δράσει σωστά (Πολυμέρου, 2006). Μια τέτοια κρίσιμη κατάσταση μπορεί να αποτελέσει και ο πόνος. Έτσι, όταν οι άνθρωποι ξεπερνούν το σημείο εκείνο που δεν είναι ικανοί να διαχειριστούν κάποιες κρίσεις, συσσωρεύονται με άγχος και μοιραία καταλήγουν σε κάποια καταστροφική κατάσταση (May, 1999). Ωστόσο, ο Goldstein ισχυρίζεται ότι η καταστροφική κατάσταση δεν προκύπτει λόγω του πόνου αλλά και ο κίνδυνος που ελλοχεύει την φυσιολογική και ψυχολογική υπόσταση του ατόμου (May, 1999).

Ο φόβος και ο πόνος αποτελούν δύο έννοιες που σε συγκεκριμένες καταστάσεις συγχέονται καθώς είναι δύο αισθήματα που εμφανίζονται μαζί. Οι διαφορές τους αφορούν κυρίως το γεγονός ότι ο πόνος λειτουργεί ως προειδοποιητικός παράγοντας για διάφορα σωματικά προβλήματα και κινδύνους που караδοκούν από τον περίγυρο σε αντίθεση με τον φόβο. Εντούτοις και τα δύο συναισθήματα αποσκοπούν στην εύρεση βοήθειας και θεραπείας. Κατανοείται, λοιπόν ότι μια κρίσιμη στιγμή είναι μια συγκεκριμένη στιγμή της ανθρώπινης ζωής του ατόμου που ο ίδιος βρίσκεται μέσα στον κόσμο (being-in-the-world). Συνεπώς, προκύπτει και η κατάσταση που το άτομο βρίσκεται μέσα (being-in-a-situation) (Stolorow 2006). Έπειτα, η κατάσταση αυτή σύμφωνα με τη φροϋδικής θεωρία μετατρέπεται σε κατάσταση που το άτομο είναι σε κατάσταση κινδύνου (being-indanger). Με τον όρο κίνδυνο εννοείται μια κατάσταση που ένα άτομο δε μπορεί να διαχειριστεί και να ρυθμίσει. Συνεπώς, αυτό δυσκολεύει τους ανθρώπους που βρίσκονται μέσα σε αυτή την κατάσταση (Naso, 2008). Η συγκέντρωση της προσοχής του ατόμου στην παρουσία του έντονου πόνου δύσκολα αποστρέφουν την προσοχή του από αυτήν. (Gatchel et al 2007). Για παράδειγμα, η αντίληψη των ασθενών για τα συμπτώματα της ασθένειας, το άγχος για το τι επρόκειτο να προκύψει στο μέλλον αποτελούν λίγες μόνες αντιλήψεις που επηρεάζουν την ερμηνεία του ανθρώπου για τον πόνο (Turk, 2002).

Στη περίπτωση των ασθενών, η αρρώστια μπορεί να προκαλέσει σωματική ανικανότητα, απώλεια δυνατότητας εργασίας, φίλων, αναθεώρηση σχεδίων και προοπτικών για τη ζωή, καθώς αποτελεί μία ζωή που θα συνοδεύεται από συνεχή πόνο (Frank, 2007). Αυτό έχει ως απόρροια τη συσσώρευση αρκετών αρνητικών σκέψεων του ασθενή και την ανακάλυψη κρυμμένων φόβων κρυμμένων στο υποσυνείδητο, έπειτα από τραυματικές καταστάσεις (Gatchel et al. 2007). Μερικά

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

παραδείγματα φόβων που έρχεται αντιμέτωπος ο ασθενής είναι: ο φόβος του χειρουργείου, τα φάρμακα και οι παρενέργειες και ο φόβος της επανάληψης (Frank, 2007). Συνεπώς, οι ασθενείς ανακαλούν εμπειρίες και αναμνήσεις από το παρελθόν που είναι παρόμοιες.

## **Κεφάλαιο 2 Νοσηλευτική φροντίδα**

### **2.1 Ορισμός της νοσηλευτικής φροντίδας**

Ο όρος «νοσηλευτική φροντίδα» αναφέρεται στο σύνολο των ενεργειών εκείνων που φανερώνουν ότι ένα άτομο έχει στραμμένη τη προσοχή του σε κάποιον άλλο προσφέροντας του στήριξη και βοήθεια χωρίς κάποιο αντάλλαγμα. Την έννοια της φροντίδας μπορεί να την εντοπίσει κανείς σε κάθε έκφανση της ζωής και σε κάθε είδους ανθρώπινες σχέσεις. Ένα χαρακτηριστικό της φροντίδας είναι η άμεση ανταπόκριση του ατόμου αλλά και η θετική του στάση στο να λάβει τη φροντίδα που χρειάζεται, ενώ τα άτομα που δέχονται να αναλαμβάνουν τη φροντίδα ενός άλλου ατόμου δεν χαρακτηρίζονται από τα συναισθήματα του οίκτου ή της παρηγοριάς αλλά από το αίσθημα της συμπάθειας και οι ενέργειες τους πηγάζουν από την αγάπη και το σεβασμό που τρέφουν για τα άτομα αυτά (Κουλούρη και Ρουπα, 2008).

Σύμφωνα με τη θεωρία της May η φροντίδα εμπεριέχει έντονο το στοιχείο της αφοσίωσης ενώ ο Benvis ισχυρίζεται ότι για να είναι κανείς σε θέση να προσφέρει φροντίδα θα πρέπει πρωτίστως να έχει αναπτύξει την ικανότητα της κριτικής σκέψης αλλά παράλληλα να μπορεί να ελέγχει τα συναισθήματά του και να είναι περισσότερο δεκτικός απέναντι στη διαφορετικότητα και τις ιδιαιτερότητες των άλλων ανθρώπων. Για να πετύχει μια σχέση φροντίδας, είναι αναγκαίο να αναπτυχθεί σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στα δύο μέρη, των φροντιστή και τον άνθρωπο που δέχεται τη φροντίδα, ώστε οι δύο αυτοί άνθρωποι να επικοινωνούν σκέψεις και συναισθήματα με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός ισχυροτάτου δεσμού.

Ωστόσο, οι ερευνητές Κοτρώτσιου και Γκούβα (2008) υποστηρίζουν πως η φροντίδα είναι ένα χαρακτηριστικό μιας ανθρώπινης σχέσης που συμβαίνει όταν υπάρχει ανάγκη να διορθώσει το συναισθηματικό ή επικοινωνιακό κενό που υπάρχει μεταξύ των δύο ανθρώπων. Αξίζει, επίσης να αναφερθεί η επαγγελματική φροντίδα την οποία παρέχουν οι νοσηλευτές στους ασθενείς. Οι επαγγελματίες υγείας, σε αντίθεση με τους κοινούς φροντιστές, είναι άτομα που έχουν λάβει την σχετική μόρφωση προκειμένου να είναι σε θέση να παρέχουν τη σωστή φροντίδα σε κάθε πάσχοντα ανάλογα τη φύση της ασθένειας που αντιμετωπίζει.

## **2.2 Βασικές αρχές της νοσηλευτικής φροντίδας**

Είναι γεγονός πως μεταξύ του νοσηλευτή και του ασθενή δημιουργούνται, ορισμένες φορές στενές σχέσεις. Φαίνεται ότι η στενή σχέση που διαμορφώνεται κατά τη θεραπευτική φροντίδα συμβάλλει αρκετά στη γρήγορη αναρρώσει του ασθενή, ιδιαίτερα στη περίπτωση που οι ψυχικές διαταραχές είναι το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο λήπτης φροντίδας. Σημαντικός παράγοντας για τη δημιουργία μιας τέτοιας σχέσης αποτελεί ο χαρακτήρας του νοσηλευτή και οι δεξιότητες του. Παράγοντες που πρέπει να ισχύουν άλλωστε και στα υπόλοιπα επαγγέλματα σημερινή εποχή. Προφανώς, οι ικανότητες του νοσηλευτή είναι εν μέρη απόρροια της εκπαίδευσης που έχει λάβει και της προσωπικής προσπάθειας που έχει καταβάλλει ο καθένας μεμονωμένα στο τομέα του. Οι γνώσεις αυτών, αναμφισβήτητα, βοηθούν στην πρόοδο της υγείας του ασθενή αλλά είναι απαραίτητο να έχουν θετική και αισιόδοξη στάση απέναντι σε αυτούς. Η αισιοδοξία και η ζεστασιά του νοσηλευτή μεταβιβάζεται άμεσα στους ασθενείς και τους εμψυχώνει. Για να κατανοήσουν τι νιώθει και προκειμένου να δείξουν πως ενδιαφέρονται αληθινά για αυτόν, χρειάζεται να μπου στη θέση του ασθενή.

Μια σημαντική προσέγγιση της νοσηλευτικής φροντίδας είναι η ολιστική νοσηλευτική. Για παράδειγμα, στη περίπτωση των ηλικιωμένων ασθενών οι οποίοι έχουν κατάθλιψη, ο νοσηλευτής μπορεί να προσπαθήσει να επικοινωνήσει μαζί τους και να ακούσει τις ανησυχίες τους. Προκειμένου να καλλιεργηθεί μια τόσο στενή και παράλληλα θεραπευτική σχέση μεταξύ των δύο απαιτείται αρκετός χρόνος αλλά και συνεχόμενη αλληλεπίδραση με τον ασθενή. Έτσι, ιδιαίτερα στη περίπτωση που ασθενής πάσχει από κατάθλιψη, μπορεί να ξεκινήσει να εξωτερικεύει τα συναισθήματα του, οπότε να νιώσει ανακούφιση και να βρει λύσει σε μερικά από αυτά. Επιπλέον, η ολιστική νοσηλευτική προσέγγιση περιλαμβάνει μεθόδους και τακτικές που αποσκοπούν στην αλλαγή του τρόπου σκέψης του ασθενή και την υιοθέτηση θετικών στάσεων και αντιλήψεων για αλλά και την παρότρυνση τους να συμμετέχουν σε δραστηριότητες και να εξελίξουν τις δεξιότητες τους με αποτέλεσμα τη προσωπική εξέλιξη τους (Slater R., 2003).

### **2.3 Διαστάσεις της νοσηλευτικής φροντίδας**

Για να ολοκληρωθούν επιτυχώς οι στόχοι των νοσηλευτών αναφορικά με τη φροντίδα των ασθενών απαιτείται η τήρηση ορισμένων επαγγελματικών κανόνων. Στη σύγχρονη εποχή επικρατεί η άποψη πως κάθε άνθρωπος είναι φέρει αποκλειστική ευθύνη για τις επιλογές του και τον τρόπο ζωής που έχει επιλέξει. Κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός διότι έχει ένα ξεχωριστό χαρακτήρα αλλά και προσωπικότητα, στοιχεία που συνήθως οι ηλικιωμένοι και οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν σοβαρές ασθένειες αδυνατούν να διατηρήσουν και να κατανοήσουν. Η αλλαγή της καθημερινότητάς τους είναι για τους περισσότερους σοβαρό πλήγμα, ενώ απαιτείται να διατηρήσουν την ατομικότητα και την αξιοπρέπειά τους ανεπηρέαστη. Για το λόγο αυτό θα πρέπει η φροντίδα του να ρυθμίζεται με τέτοιο τρόπο που να μην χρειάζεται να ξοδέψει όλο το 24ωρο, σε περιβάλλον που δεν του είναι οικείο και δε λαμβάνει την αναγκαία κοινωνική και οικογενειακή στήριξη από το περίγυρο (Ραγιά, 2009).

Επίσης, θα πρέπει να γίνονται γνωστοί οι λόγοι για τους οποίους ο ηλικιωμένος δεν είναι σε θέση να φροντίζει τον εαυτό του μόνος του. Το θέμα της αυτοφροντίδας είναι πολύ σημαντικό καθώς επηρεάζει σημαντικά τη ψυχική κατάσταση των ασθενών σε αυτή την ηλικιακή φάση. Επομένως, σε ένα περιβάλλον αρκετά υποστηρικτικό σε συνδυασμό με τη βοήθεια της οικογένειας ή κάποιου νοσηλευτή που φέρει το ρόλο του φροντιστή, οι ηλικιωμένοι νιώθουν πιο σίγουροι με τον εαυτό τους και μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση για τις δυνάμεις τους (Πλατή, 2000).

Χρειάζεται ο ίδιος ο ηλικιωμένος αλλά και η οικογένειά του να λάβει την απαραίτητη εκπαίδευση σχετικά με τον τρόπο που θα πρέπει να φροντίζει τον εαυτό του, εκπαίδευση που μπορεί να μεταβιβάσει ένας επαγγελματίας υγείας. Η διαδικασία της εκπαίδευσης είναι απαραίτητη για περιπτώσεις όπου οι ασθενείς αντιμετωπίζουν σοβαρές ασθένειες που δεν τους επιτρέπουν να διατηρήσουν την αυτονομία τους και να φροντίζονται καθημερινά. Για όλους τους ασθενείς είναι αναγκαίο να λαμβάνουν την απαραίτητη εκπαίδευση, ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν με ευκολία στα νέες συνθήκες της καθημερινότητάς τους που έχουν δημιουργηθεί είτε εξαιτίας κάποιας ασθένειας είτε από του γήρατος (Πλατή, 2000).

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

Μέσω της ενημέρωσης και της εκπαίδευσης η καθημερινότητα γίνεται πιο εύκολη και αυξάνονται οι πιθανότητες να προληφθούν οι πιθανές επιπλοκές που μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή. Τέλος, θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση κάθε προβλήματος υγείας είναι αποτέλεσμα της αρμονικής συνεργασίας ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό τον ίδιο τον ασθενή αλλά και την οικογένεια του. Οι συναντήσεις ενημέρωσης θα πρέπει να είναι συνεχόμενες μεταξύ των παραπάνω προσώπων με σκοπό να υπάρχει επαρκής ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση της υγείας και τις ανάγκες του πάσχοντα (Πλατή, 2000).

## **Κεφάλαιο 3ο Εργασιακή Ποιότητα Ζωής**

### **3.1 Η έννοια της εργασιακής ποιότητας ζωής**

Το παγκόσμιο ερευνητικό ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί τα τελευταία χρόνια στη διερεύνηση της ποιότητας της εργασιακής ζωής (Khani et al., 2008). Τη δεκαετία του 1930 ήταν η πρώτη φορά που έγινε λόγος για την αξία της εργασιακής ποιότητας ζωής, τους παράγοντες που την καθορίζουν και τον τρόπο που αυτή επηρεάζει τους επαγγελματίες (Goudarznand-Chegini & Mirdoozandeh, 2012; Rose et al., 2006). Πρόκειται για τη στρατηγική επιχειρήσεων και οργανισμών που εξασφαλίζει τη συνολική ικανοποίηση του εργαζομένου που σχετίζεται με το εργασιακό του περιβάλλον. Μέσα από τη ποιότητα της εργασιακής ζωής εκφράζεται η ποιότητα των σχέσεων συνεργασίας και επικοινωνίας ανάμεσα σε εργαζόμενους και εργοδότες και η εκατέρωθεν προσπάθεια ώστε το επίπεδο τόσο της εργασιακής ζωής όσο και της παρεχόμενης φροντίδας προς τους ασθενείς να βελτιωθούν με στόχο τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της επιχείρησης ή του οργανισμού (Daubermann, & Tonete, 2012; Heidari-Rafat et al., 2010).

Ωστόσο παρόλο που έχει γίνει αποδεκτή από το σύνολο του επιστημονικού κόσμου η αξία της εργασιακής ποιότητας ζωής, δεν έχει διατυπωθεί ακόμη ένας κοινά αποδεκτός ορισμός (Khani et al., 2008). Σύμφωνα με τον ορισμό που έδωσαν οι Moorhead & Griffin (2008) πρόκειται για τη δυνατότητα των εργαζομένων να ικανοποιούν το σύνολο των προσωπικών τους αναγκών μέσω όσων γνώσεων έχουν λάβει μέσα από την επαγγελματική τους κατάρτιση. Η βελτίωση της ποιότητας εργασιακής ζωής είναι απαραίτητη για κάθε επιχείρηση ή οργανισμό και αποτελεί ένα χαρακτηριστικό άκρως απαραίτητο για τη προσέλκυση νέων εργαζομένων αλλά και τη διατήρηση όσων ήδη εργάζονται σε αυτή (Dehghan et al., 2011; Vagharseyyedin et al., 2011; Vahed et al., 2011; Dargam et al., 2012).

### **3.2 Παράγοντες που επιδρούν στην εργασιακή ποιότητα ζωής των νοσηλευτών**

Για τους νοσηλευτές είναι εξαιρετικά δύσκολο εξαιτίας και της φύσης της εργασίας τους να νιώσουν πως υπάρχει ισορροπία ανάμεσα στην εργασία τους και την προσωπική τους ζωή.



## *Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια εξαιτίας της χρηματοοικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, ο αριθμός των νοσηλευτών στα νοσοκομεία καθώς και οι διαθέσιμοι πόροι μειώθηκαν δραματικά με αποτέλεσμα οι απαιτήσεις να αυξηθούν, όπως και οι ώρες συνεχόμενης εργασίας με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται η προσωπική ζωή και η ψυχική ισορροπία του νοσηλευτικού προσωπικού. Η ανισορροπία που υπάρχει στη δική τους ζωή πολλές φορές δεν επιτρέπει στους νοσηλευτές να παρέχουν το επίπεδο της φροντίδας που θα ήθελαν προς τους ασθενείς με αποτέλεσμα να βιώνουν έντονο άγχος σχετικά με το αν θα καταφέρουν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της εργασίας τους (Boertje et al., 2013). Αναζητώντας τις αιτίες που μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα της εργασιακής ζωής των νοσηλευτών φαίνεται πως αυτή επηρεάζεται από ένα πλήθος παραγόντων.

### **3.2.1 Οργανωτικοί παράγοντες**

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο λειτουργίας μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού και η οργάνωση αυτής είναι εξαιρετικά σημαντικοί καθώς καθορίζουν τη φύση της εργασίας κάθε εργαζομένου, το χρόνο εργασίας του αλλά και το πρόγραμμα αυτού (π.χ. βάρδιες) και τις αρμοδιότητες του κάθε εργαζόμενου. Η μη τήρηση του προγράμματος ή η ύπαρξη περισσότερων βαρδιών θεωρείται ως ένας από τους κυριότερους παράγοντες που δημιουργούν αντίξοες συνθήκες για τους επαγγελματίες υγείας (Nabe-Nielsen et al., 2009). Τα ευρήματα μελετών δείχνουν πως οι νοσηλευτές που έχουν σταθερές βάρδιες τείνουν να εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία τους σε αντίθεση με όσους εργάζονται σε εναλλασσόμενες βάρδιες, κι αυτό διότι η κόπωση στους νοσηλευτές των εναλλασσόμενων βαρδιών είναι μεγαλύτερη (Camerino et al., 2008). Αναφορικά με την έρευνα του McNeely (2005), φαίνεται πως οι συνθήκες οργάνωσης στον ευρύτερο χώρο της υγείας δημιουργούν άγχος και ανησυχία στους επαγγελματίες υγείας.

### **3.2.2 Συνθήκες εργασίας**

Οι φυσικές συνθήκες εργασίας στη νοσηλευτική σχετίζονται με τη διαχείριση βαριών φορτίων ή τη μετακίνηση των ασθενών και την εργασία σε άβολες στάσεις για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι συνθήκες αυτές μπορούν να καθορίσουν το φόρτο εργασίας και σχετίζονται με την ένταση, τη συχνότητα και τη διάρκεια των συνθηκών αυτών υπό τις οποίες οι νοσηλευτές είναι αναγκασμένοι να εργάζονται (Trinkoff et al., 2002, 2003). Πολλές μελέτες συνδέουν τους εργονομικούς κινδύνους που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές με τις διάφορες σωματικές παθήσεις που μπορεί να εκδηλώσουν όπως είναι τα μυοσκελετικά προβλήματα (Aust et al., 2007; Kim et al., 2010). Οι φυσικοί κίνδυνοι και τα προβλήματα υγείας που προκαλούνται στους νοσηλευτές δε συνδέονται μεταξύ τους με αυστηρή σχέση καθώς πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν και άλλοι παράγοντες που επιδρούν στη σχέση αυτή. Ο αυξημένος όγκος της εργασίας σε συνδυασμό με το ωράριο εργασίας μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση ορισμένων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων τα οποία μπορεί να δημιουργήσουν σοβαρά προβλήματα υγείας (Danna & Griffin, 1999). Σύμφωνα με την έρευνα Vingard et al. (2000), ο πόνος στη μέση σχετίζεται με τη σωματική και ψυχοκοινωνική έκθεση των νοσηλευτών και είναι ένας από τους παράγοντες που καθορίζει την υγεία των εργαζομένων.

### **3.2.3 Ψυχοκοινωνικές συνθήκες εργασίας**

Το ίδιο σημαντικό με τους παραπάνω παράγοντες είναι και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες οι οποίοι προκύπτουν από το περιβάλλον εργασίας και τη συνεργασία των εργαζομένων. Η έννοια των ψυχοκοινωνικών παραγόντων διαμορφώνεται από τον τρόπο με τον οποίο οι οργανωτικοί παράγοντες επιδρούν στο άτομο και τον τρόπο που το άτομο επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οργανώνεται ο οργανισμός (Karasek, 1979; Siegrist, 1996). Οι διαπροσωπικές σχέσεις που διαμορφώνονται ανάμεσα στους εργαζομένους αλλά και η επικοινωνία και η στήριξη που παρέχουν οι νοσηλευτές στις οικογένειες των ασθενών αλλά και στους ίδιους διαμορφώνουν τις ψυχοκοινωνικές συνθήκες εργασίας (Gunnarsdottir et al., 2003, Aust et al., 2007, Fakhr-Movahedi et al., 2011). Η μελέτη των Bambra et al., (2007) απέδειξε πως οι άσχημες ψυχοκοινωνικές συνθήκες εργασίας οδηγούν σε αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία των εργαζομένων. Οι

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

θεωρίες που έχουν δημιουργηθεί αναφορικά με τον τομέα αυτό και τον τρόπο που οι ψυχοκοινωνικές συνθήκες επηρεάζουν τους επαγγελματίες υγείας είναι πολλές και αναφέρονται σε ζητήματα όπως είναι το εργασιακό άγχος και η ικανοποίηση από την εργασία που εκφράζουν οι νοσηλευτές (Kompier, 2002; Kristensen et al., 2005).

### **3.3 Εργασιακή ποιότητα ζωής των νοσηλευτών**

Η διερεύνηση της ποιότητας της εργασιακής ζωής απασχόλησε ερευνητές από τους κλάδους της κοινωνιολογίας, της ψυχολογίας, της εκπαίδευσης, της υγειονομικής περίθαλψης και της νοσηλευτικής. Η εργασιακή ποιότητα ζωής των νοσηλευτών στις υγειονομικές δομές της χώρας, τα τελευταία χρόνια απασχόλησε αρκετούς αρμόδιους του κλάδου (Krueger et al., 2002). Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι, η υγειονομική περίθαλψη είναι από τις σημαντικότερες και υπηρεσίες μιας κοινωνίας. Αυτό συμβαίνει διότι, στην εργασιακή κοινότητα του τομέα υγείας οι νοσηλευτές αποτελούν την πλειοψηφία των εργαζομένων (Vagharseyyedin et al., 2011; Chiu et al., 2007). Οπότε, από τη δεκαετία του '70 διάφοροι οργανισμοί υγείας έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους στην εξερεύνηση της καλύτερης ποιότητας ζωής για αυτούς (Janaabad 2012; Khaghanizadeh et al., 2008).

Αυτό που στη πραγματικότητα οδήγησε στην εξερεύνηση για τη βελτίωση της ζωής των νοσηλευτών είναι η συνειδητοποίηση ότι όσο πιο ευχαριστημένοι είναι οι επαγγελματίες υγείας τόσο καλύτερη θα είναι και η εργασιακή τους απόδοση, γεγονός που ισοδυναμεί με τη προσφορά καλύτερων υγειονομικών υπηρεσιών στους πολίτες (Cole et al., 2005). Παρόλα αυτά, υπάρχουν αρκετά στοιχεία που αποδεικνύουν ότι οι συνθήκες εργασίας που επικρατούν σε παρόχους υγειονομικών υπηρεσιών φέρουν να μεν πλεονεκτήματα αλλά υπάρχουν και αρκετά μειονεκτήματα που χρήζουν αντιμετώπισης (Vagharseyyedin et al., 2011). Αυτό έρχεται σε αντίθεση με το έργο που επιτελούν οι νοσηλευτές. Δηλαδή, ενώ φροντίζουν να λαμβάνουν οι ασθενείς τους την καλύτερη περίθαλψη, η οποία θα οδηγήσει σε άμεση ανάρρωση, η δική τους εργασιακή ζωή δεν απασχολεί όσο θα έπρεπε τις υγειονομικές υπηρεσίες (Hsu, 2006; Mohammadi et al., 2011). Απαιτείται σχεδιασμός ενός ολοκληρωμένου προτύπου εργασιακών συνθηκών, το οποίο θα στοχεύει στην ικανοποίηση και βελτίωση των συνθηκών εργασίας που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, ώστε να διατηρείται το σύνολο τους αλλά και να αυξάνεται με νέο εξειδικευμένο προσωπικό (Brooks, 2005). Παράλληλα, χρειάζεται και οι ίδιοι οι εργαζόμενοι να λαμβάνουν ολοένα και περισσότερες εξειδικευμένες γνώσεις και να προσπαθούν να αυξάνουν την παραγωγικότητα και την αποδοτικότητα τους, καθώς έτσι θα συμβάλουν και οι ίδιοι στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας. Ωστόσο, οι ελλείψεις νοσηλευτών που παρατηρούνται στα νοσοκομεία

## *Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

αλλά και ο εναλλασσόμενος κύκλος εργασίας, οδηγεί τους επαγγελματίες υγείας στην εξάντληση. Επομένως, τα παραπάνω μπορούν να αντιμετωπιστούν με στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας των εργαζομένων (Brooks, 2005).

Από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με τις ικανοποιητικές συνθήκες εργασίας, έχει αποδειχθεί ότι όσο οι επαγγελματίες εργασίας εργάζονται σε καλές συνθήκες εργασίας, τόσο μεγαλύτερα ποσοστά αποδοτικότητας εμφανίζουν. Σημειώνονται λιγότερα ατυχήματα και λάθη κατά τη διάρκεια της εργασίας και επί των πλειστών οι εργαζόμενοι θα είναι αρκετά ικανοποιημένοι από την επαγγελματική τους ζωή (Goudarznand, 2012; Daubermann, 2012; WallapaBoonrod, 2009; Gurses et al., 2009). Οι ικανοποιημένοι εργαζόμενοι δείχνουν περισσότερο ενδιαφέρον στους ασθενείς, είναι περισσότερο οργανωτικοί και φυσικά περισσότερο παραγωγικοί (Krueger et al., 2002; Delgoshyii et al., 2010). Εντούτοις, αρκετές έρευνες υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά ποιοτικής ζωής σε σχέση με τους υπόλοιπους εργαζομένους και λαμβάνουν μέτρια ικανοποιητική επαγγελματική ζωή Heidari et al., 2010; Nayeri, 2011; Delgoshyii et al., 2010). Πιο αναλυτικά, από έρευνα που έγινε από το Sharhraky Vahed και τους συνεργάτες του (2011) προέκυψε ότι παραπάνω από το μισό προσωπικό (65,5%), που συμμετείχε στην έρευνα, θεωρούσε ότι έχει μέτρια ποιότητα ζωής στον χώρο εργασίας τους. Επίσης, το θέμα αυτό κέντρισε το ερευνητικό ενδιαφέρον του Nayeri και των συνεργατών του (2011), οι οποίοι αναφέρουν ότι από το δείγμα των νοσηλευτών που συγκέντρωσαν μόλις το 3,6 % αυτών δηλώνουν ευχαριστημένοι από την εργασίας τους.

Αντίθετα, μία άλλη έρευνα υποστηρίζει ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών δεν ικανοποιημένοι από τον εργασιακό τους χώρο και θεωρούν ότι η ποιότητα της επαγγελματικής τους ζωής είναι αρκετά χαμηλή ( Dargahi et al, 2012). Δεδομένης της δυσaráεσκείας των επαγγελματιών υγείας, μία σωρεία προβλημάτων εμφανίζεται στον εργασιακό χώρο. Για παράδειγμα, οι εργαζόμενοι εξαντλούνται σωματικά και ψυχικά και κατακλύζονται από αρνητικά συναισθήματα που δεν τους επιτρέπει να είναι παραγωγικοί στην εργασία τους. Συνεπώς, όλα τα παραπάνω επιδρούν αρνητικά και στην γενική εικόνα της προσφερόμενης υγειονομικής περίθαλψης (Daubermann, 2012). Αξίζει να σημειωθεί ότι, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης προκειμένου να εξασφαλίσουν άριστες προσφερόμενες υπηρεσίες χρειάζονται

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

ικανοποιημένο προσωπικό. Οπότε, χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής οι εργασιακές αλλά και συναισθηματικές ανάγκες των εργαζομένων (Janaabadi et al., 2012).

### **3.4 Εργασιακή ικανοποίηση**

Αρκετοί ψυχολόγοι του κλάδου της οργανωτικής ψυχολογίας έχουν ασχοληθεί με το ζήτημα της εργασιακής ικανοποίησης, διότι πιστεύουν ότι αυτή συμβάλλει στην πνευματική ευημερία των εργαζομένων. Η ευχαρίστηση που αντλούν οι εργαζόμενοι από την εργασία τους και τις συνθήκες εργασίας είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία θετικού κλίματος συνεργασίας από τους εργαζόμενους. Αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα, οι διάφοροι οργανισμοί αλλά και οι επιχειρήσεις να σημειώνουν μεγαλύτερα έσοδα λόγω της βέλτιστης παραγωγικότητας των εργαζομένων τους (Cranny et al., 1992). Όσο οι εργαζόμενοι λαμβάνουν ευχάριστα συναισθήματα τόσο η εργασιακή τους ικανοποίηση αυξάνεται και ενισχύονται οι δεξιότητες τους και η αποδοτικότητα τους (Lundberg et al., 2009; Stewart, 1996; Judge et al., 2001).

Παράλληλα, η ικανοποίηση των εργαζομένων πηγάζει από την αντίληψη που έχουν διαμορφώσει οι ίδιοι σχετικά με το τι έχουν και μπορούν να πετύχουν (Vijayalakshmi, 2015). Επίσης, οι οικονομικές και οι ηθικές απολαβές που λαμβάνουν από την εργασία τους συμβάλλουν στη διαμόρφωση θετικών σκέψεων για τη δουλειά του. Με άλλα λόγια, το ύψος του μισθού που λαμβάνει ο εργαζόμενος πρέπει να είναι τόσο, ώστε να του επιτρέπει να καλύπτει τις ανάγκες τους και να πετυχαίνει τους προσωπικούς τους στόχους. Επιπλέον, κάθε εργαζόμενος επιθυμεί να αναγνωρίζεται η δουλειά και οι κόποι τους, διότι με αυτόν τον τρόπο νιώθει το αίσθημα της επαγγελματικής ολοκλήρωσης (Kaliski, 2007). Ταυτόχρονα με την ικανοποίηση όλων αυτών των συναισθημάτων, ο εργαζόμενος δεν νιώθει ψυχολογική και σωματική πίεση (Aziri, 2011), δεδομένου της στάσης που έχουν διαμορφώσει αναφορικά με το επάγγελμα που έχουν επιλέξει και τους στόχους που μπορούν να επιτύχουν μέσω αυτού (Chiu et al., 2006).

### **3.5 Παράγοντες που καθορίζουν την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών**

Υπάρχει μία σωρεία παραγόντων που αντιδρούν κατασταλτικά στην επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών, με σημαντικότερο, για παράδειγμα, αυτόν του κύκλου εργασιών που έχει το επάγγελμα του νοσηλευτή και συνεχώς αυξάνεται (Lum et al., 1998; Tzeng, 2002).

## *Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

Από την άλλη μεριά, υπάρχουν και παράγοντες που συμβάλλουν θετικά στην αίσθηση της ευχαρίστησης που λαμβάνουν από την εργασία τους οι εργαζόμενοι. Για παράδειγμα, το κλίμα που υπάρχει στον εργασιακό χώρο και οι σχέσεις που δημιουργούνται μεταξύ των συναδέλφων και των ανωτέρω. Επιπλέον, για το επάγγελμα των νοσηλευτών μεγάλη σημασία έχει οι σχέσεις και με τους ασθενείς, το έργο που καλούνται να φέρουν εις πέρας αλλά φυσικά και οι ηθικές αλλά και οι υλικές απολαβές που παίρνουν από την εργασία τους και τελευταίο και εξίσου σημαντικό είναι η ασφάλεια και η αυτονομία που διαθέτουν σε αυτή (Liu et al., 2012). Τέλος, οι προοπτικές εξέλιξης που διαμορφώνει η εργασία τους προκειμένου να εξελιχθούν επαγγελματικά και να ακολουθήσουν μία λαμπρή σταδιοδρομία (Kalisch, 2014).

Αρκετές έρευνες έχουν γίνει προκειμένου να αποδείξουν ότι πληθώρα παραγόντων επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, έχει αποδειχθεί μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των εργαζομένων και της ικανοποίησης (Tourangeau, 2006; Duchscher, 2004; Shields, 2001). Οι εργαζόμενοι με μεγαλύτερη ηλικία δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία τους. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι, ο εργαζόμενος σε κάθε ηλικιακή του φάση έχει διαφορετικές αντιλήψεις και θέτει διαφορετικούς στόχους και αξίες (Duchscher, 2004). Επιπρόσθετα, εργασιακή εμπειρία είναι ανάλογη της ηλικίας, οπότε η αντίληψη και η συμπεριφορά των εργαζομένων που αφορούν θέματα εξειδίκευσης μεταβάλλεται αναλόγως και χρειάζεται περισσότερο χρόνο (Tourangeau, 2006; Duchscher, 2004; Shields, 2001; Leary, 2010). Σημαντική σημασία έχει, επίσης και το φύλο στο πόσο οι εργαζόμενοι ικανοποιούνται από την εργασία τους. Αναλυτικότερα, έχει παρατηρηθεί ότι η εργασιακή ικανοποίηση των αντρών προέρχεται κυρίως από το εισόδημα που τους προσφέρει η επιχείρηση, σε αντίθεση με τις γυναίκες που ικανοποιούνται περισσότερο από την ασφάλεια που τους παρέχεται, δηλαδή τους ενδιαφέρουν περισσότερο τα εσωτερικά χαρακτηριστικά μιας εργασίας (Wu et al., 2010). Στο κλάδο της νοσηλευτικής, το φύλο έχει μεγάλη σημασία καθώς είναι ένα επάγγελμα στο οποίο το γυναικείο φύλο δεσπάζει παρόλο που παρατηρείται ότι περισσότεροι άντρες νοσηλευτές επιλέγουν το επάγγελμα αυτό.

Επιπρόσθετα, παράγοντες όπως το εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών, η αυτονομία και ο φόρτος εργασίας έχουν ερευνητικά αποδειχθεί ότι συμβάλλουν σημαντικά στην ικανοποίηση των



*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

ασθενών. Όσον αφορά την εκπαίδευση του προσωπικού, είναι ένας παράγοντας που διαμορφώνει το μισθό που θα λάβει ο εργαζόμενος και έπειτα την ιεραρχική θέση που θα έχει στον εργασιακό χώρο. Είναι φανερό ότι, όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο των νοσηλευτών, τόσο λιγότερη ικανοποίηση θα νιώσει σε σχέση με τις συνθήκες εργασίας καθώς πιστεύει ότι δεν ανταποκρίνεται σε προσόντα και στις δεξιότητες του. Το αντίθετο ισχύει για τους εργαζομένους με χαμηλή μόρφωση (Ganzach, 2003). Αναφορικά, με το δεύτερο παράγοντα, του επιπέδου της αυτονομίας, αυτός σχετίζεται με την επαγγελματική ικανοποίηση διότι αποτελεί δίοδο για περεταίρω εξέλιξη και μεγαλύτερη επιτυχία. Η προώθηση ευκαιριών που μπορούν να εκμεταλλευτούν προκειμένου να αναπτυχθούν είναι φυσικό επόμενο να συνδέονται θετικά με την εργασιακή ικανοποίηση που λαμβάνουν (Liou et al., 1997). Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι μία μερίδα νοσηλευτών επιθυμούν να γνωρίζουν εκτός από τη δική τους ανταμοιβή αλλά και των υπολοίπων συναδέλφων (Ellis, 2003). Τέλος, ο αυξημένος φόρτος εργασίας είναι αναμενόμενο ότι θα συμβάλει αρνητικά στην επαγγελματική ευχαρίστηση των εργαζομένων (Dolan et al., 1992). Αυτό συμβαίνει διότι, στα νοσοκομεία υπάρχει αυξημένη ζήτηση των νοσηλευτών, η οποία είναι δυσανάλογη του αριθμού αυτών για να φροντίσουν όλους τους ασθενείς. Έτσι, οι νοσηλευτές χρειάζεται να δουλεύουν υπερωρίες προκειμένου να καλύψουν τις ελλείψεις, ενώ ταυτόχρονα ο ασθενής περιμένει περισσότερο χρόνο προκειμένου να εξυπηρετηθεί. Τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό, όπως έχει ήδη αναφερθεί η κοινωνικές σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των εργαζομένων συμβάλει στην ικανοποίηση των εργαζομένων πάρα ταύτα δεν έχει πραγματοποιηθεί εκτενή έρευνα για τον παράγοντα αυτό.

## **Κεφάλαιο 4ο Μεθοδολογία**

### **4.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα**

Μέσα από τη παρούσα ερευνητική εργασία στόχος είναι η διασύνδεση της σχέσης του συναισθήματος του φόβου του πόνου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων και ειδικότερα του φόβου πόνου στους επαγγελματίες νοσηλευτικής φροντίδας.

Πιο συγκεκριμένα ο ερευνητής καλείται να απαντήσει στα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

**1. Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στην ομάδα των νοσηλευτών με αυξημένα επίπεδα φόβου και την ομάδα των νοσηλευτών με χαμηλά επίπεδα φόβου ως προς τα επίπεδα κλινικής φροντίδας;**

**2. Ποια τα επιμέρους χαρακτηριστικά των νοσηλευτών που επηρεάζουν το επίπεδο του φόβου τους;**

**3. Πως επιδρά η ψυχοπαθολογία των νοσηλευτών στη διαμόρφωση του επιπέδου του φόβου τους;**

### **4.2 Δείγμα**

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Ψυχική Υγεία» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, από τον Ιανουάριο του 2019 έως τον Ιανουάριο του 2020.

Γενικός σκοπός της ερευνητικής μελέτης θα είναι η διερεύνηση της σχέσης του συναισθήματος του φόβου του πόνου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων και ειδικότερα του φόβου πόνου στους επαγγελματίες νοσηλευτικής φροντίδας.

## *Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

Προκειμένου ο ερευνητής να απαντήσει στα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν πιο πάνω χρησιμοποίησε το δείγμα 110 συνολικά νοσηλευτών που αποτελούν μέλη του υγιούς πληθυσμού.

### **4.3 Διαδικασία**

Ο ερευνητής μοίρασε τα ερωτηματολόγια σε ηλικιωμένους που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομειακά ιδρύματα και ήταν μέλη του υγιούς πληθυσμού, εντός ενός κλειστού φακέλου, τον οποίο τα άτομα αφού συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια παρέδιδαν και πάλι στον ερευνητή, διασφαλίζοντας έτσι το απόρρητο της διαδικασίας. Ο ερευνητής καθ' όλη τη διάρκεια συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν στη διάθεση των νοσηλευτών βοηθώντας και επεξηγώντας τους τα σημεία που εκείνοι δεν κατανοούσαν.

### **4.4 Ερευνητικά εργαλεία**

#### **4.4.1 Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων**

Το ερωτηματολόγιο θα αφορά τη συλλογή των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων των ερωτηθέντων, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση, διαμονή και φύλο.

#### **4.4.2 Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)**

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90) που αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), στοχεύει στην καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Απαρτίζεται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν αιτιάσεις, ψυχολογικές, και σωματικές συμπεριφορικές στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι κλίμακες αυτές συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, την κατάθλιψη, τη διαπροσωπική ευαισθησία, το φοβικό άγχος, την επιθετικότητα, τον ψυχωτισμό, τον παρανοειδή ιδεασμό, και διάφορες αιτιάσεις, όπως είναι οι διαταραχές ύπνου, η πρόσληψη τροφής, κ.α. Η αξιολόγηση γίνεται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

4). Εκτός από τον εξαγόμενο δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες: ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων, ο δείκτης που αφορά το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και ο δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

#### **4.4.3 Ερωτηματολόγιο Νοσηλευτικής Φροντίδας NDI (Nursing Dimensions Inventory questionnaire)**

Το Ερωτηματολόγιο Νοσηλευτικής Φροντίδας NDI που δημιουργήθηκε από τους Watson et al. (1999) και σταθμίστηκε σε Ελληνικό δείγμα από τους Kotrotsiou et al. (2014). Το Ερωτηματολόγιο Νοσηλευτικής Φροντίδας NDI είναι μια κλίμακα αυτοαξιολόγησης, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές έρευνες και παρουσιάζεται στη διεθνή βιβλιογραφία ως ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο εκτίμησης των αντιλήψεων για τη Νοσηλευτική Φροντίδα. Το Ερωτηματολόγιο Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 εμπεριέχει συνολικά 24 προτάσεις, στις οποίες ο ερωτώμενος καλείται να δηλώσει μέσα από μια πεντάβαθμη κλίμακα Likert το βαθμό σημαντικότητάς τους. Οι διαβαθμίσεις των απαντήσεων κωδικοποιούνται ως εξής: 5= Καθόλου Σημαντικό, 4= Λίγο Σημαντικό, 3= Σημαντικό, 2= Αρκετά Σημαντικό, 1= Πολύ Σημαντικό. Σύμφωνα με την στάθμιση του Ερωτηματολογίου GR-NDI-24 προκύπτουν δύο διαστάσεις της Νοσηλευτικής Φροντίδας: α) η διάσταση «Κλινικό Έργο», η οποία αποτελείται από 17 προτάσεις και β) η διάσταση «Ανάγκες Ασθενών», η οποία αποτελείται από 7 προτάσεις. Επομένως, συνολικά από το Ερωτηματολόγιο μπορούν να εκτιμηθούν 3 δείκτες αντιλήψεων για τη Νοσηλευτική Φροντίδα (Κλινικό Έργο, Ανάγκες Ασθενών, Συνολική Νοσηλευτική Φροντίδα). Ο υπολογισμός του κάθε δείκτη γίνεται ξεχωριστά, με άθροιση του σκορ των απαντήσεων στις επιμέρους προτάσεις που τον απαρτίζουν. Το σκορ των αντιλήψεων για τη Συνολική Νοσηλευτική Φροντίδα κυμαίνεται από 24 έως 120, για το Κλινικό Έργο από 17 έως 85 και για τις Ανάγκες

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

Ασθενών από 7 έως 35. Όσο μικρότερο είναι το εξαγόμενο σκορ του δείκτη τόσο σημαντικότερη κρίνεται η αντίληψη για την Νοσηλευτική Φροντίδα που εκφράζει ο δείκτης.

**4.4.4 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998)**

Το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου (FPQ-III) δημιουργήθηκε από τους McNeil & Rainwater το 1998, και υπολογίζει το βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση. Η κατασκευή έγινε με βάση το συμπεριφορικό-αναλυτικό μοντέλο των Goldfried & D’Zurilla’s (1969), με έμφαση στην ανάλυση μιας περιστασιακής κατάστασης (situational analysis) (McNeil & Rainwater, 1998). Αποτελεί την τρίτη έκδοση μιας αυτό-συμπληρούμενης κλίμακας, η οποία απαρτίζεται από 30 προτάσεις που περιγράφουν επώδυνες καταστάσεις του τύπου φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το... «να πάθω τροχαίο ατύχημα» ή ...«να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού» και κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (τύπου Likert) με βάση το επίπεδο του φόβου του πόνου που κυμαίνεται από "καθόλου" (1) ως "υπερβολικά" (5). Το FPQ-III παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και αξιοπιστία. Για παράδειγμα, οι McNeil and Rainwater (1998), υποστηρίζουν ότι τα άτομα που δηλώνουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου, αποφεύγουν περισσότερο τα επώδυνα ερεθίσματα, σε σχέση με τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο φόβου όπως μετρήθηκαν με το FPQ-III (Williams et al., 2005). Η κλίμακα βαθμολογείται με βάση το άθροισμα των εκτιμήσεων για κάθε επίπονη εμπειρία. Το συνολικό αποτέλεσμα παίρνει τιμές από 30 έως και 150. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερος κρίνεται ο φόβος. Η κλίμακα της μέτρησης του φόβου του πόνου αποτελείται και από τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα μετράει το φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (Minor Pain subscale), η δεύτερη υποκλίμακα περιλαμβάνει το μέγεθος του φόβου που προκαλείται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) και τέλος, η τρίτη υποκλίμακα δηλώνει το βαθμό του φόβου σχετικά με τον πόνο που προέρχεται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale). Ο δείκτης Cronbach’s alpha του FPQ-III στο ελληνικό δείγμα είναι 0,845. Το FPQ-III έχει, σε παγκόσμιο επίπεδο, χρησιμοποιηθεί σε διάφορες έρευνες

### *Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

σε σχέση με το συναίσθημα του φόβου του πόνου, που δείχνει την διαμεσολάβηση του φόβου στην ποιότητα και στην ένταση των επώδυνων ερεθισμάτων, τόσο σε άτομα με χρόνια πόνο, όσο και σε άτομα που δεν έχουν νιώσει άμεσα το αίσθημα του πόνου (Williams et al, 2005; Hirsh et al, 2007).

#### **4.4.5 Κλίμακα Pain Anxiety Symptoms (PASS)**

Η κλίμακα αυτή δημιουργήθηκε από τους McCracken & Dhingra το 2002 και πρόκειται για τη πιο σύντομη εκδοχή του αρχικού ερωτηματολογίου το οποίο περιελάμβανε 40 ερωτήσεις. Το PASS-20 αφορά το φόβο και τις αγχώδεις αντιδράσεις που αναπτύσσουν τα άτομα απέναντι στον πόνο. Το PASS-20 πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο αποτελείται από 20 διαπιστώσεις, όπου περιγράφουν την υποκειμενική εμπειρία αντίδρασης απέναντι στον πόνο και τα άτομα, χρησιμοποιώντας μια πεντάβαθμη κλίμακα Likert (από το 0= ποτέ έως 4= πάντα), δηλώνουν το βαθμό στον οποίο οι προτάσεις τους αντιπροσωπεύουν. Το ερωτηματολόγιο αυτό υπολογίζει τις δηλώσεις που σχετίζονται με γενικευμένες καταστάσεις πόνου, (όπως π.χ. όταν πονάω νομίζω ότι μπορεί να είμαι σοβαρά άρρωστος) παρά με εκείνες που σχετίζονται άμεσα με την επώδυνη περιστασιακή εμπειρία (όπως, π.χ. να σπάσω το πόδι μου).

Πρόκειται για ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο, διεθνώς, εργαλείο, το οποίο μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμο όπου εμφανίζεται ανησυχία για το χρόνο και την ποσότητα της απαιτούμενης ατομικής σωματικής προσπάθειας. Η συνολική βαθμολογία εξάγεται με την άθροιση των βαθμών όλων των προτάσεων. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερο άγχος παρουσιάζουν τα άτομα. Το εύρος του συνολικού αποτελέσματος του τεστ λαμβάνει τιμές από 0-80. Η κλίμακα μέτρησης των συμπτωμάτων άγχους του πόνου περιλαμβάνει, επίσης τέσσερις, ευδιάκριτους και ειδικούς παράγοντες που σχετίζονται με το άγχος του πόνου, που απαρτίζουν και αντιστοίχως, τις τέσσερις υποκλίμακες του εργαλείου : (1) φοβικές σκέψεις, (2) γνωστικό άγχος, (3) συμπεριφορά αποφυγής και (4) σωματικές αντιδράσεις άγχους. Κάθε υποκλίμακα περιλαμβάνει 5 διαπιστώσεις- προτάσεις. Οι μετρήσεις των διαστάσεων αυτών είναι πολύ σημαντικές, επειδή το άγχος του πόνου έχει προβλεπτική αξία στον προσδιορισμό της

κατάθλιψη και της ανικανότητας στους ασθενείς με χρόνια πόνο και αποτελεί, επίσης, ένα εργαλείο κεντρικής σπουδαιότητας, για την διερεύνηση της αποφυγής του πόνου. Το PASS-20 παρουσιάζει ισχυρή εσωτερική συνέπεια, αξιοπιστία και καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και προβλεπτικής ικανότητας.

#### **4.4.6 Κλίμακα Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ)**

Η Κλίμακα μέτρησης άγχους για την καρδιακή λειτουργία (CAQ), η οποία αναπτύχθηκε από τον Eifert και τους συνεργάτες τους το 2000, αποτελεί τη διευρυμένη μορφή του ερωτηματολογίου, που στην αρχική του εκδοχή περιλάμβανε 16 προτάσεις. Το CAQ σχεδιάστηκε με σκοπό να μετρήσει το άγχος των σωματικών αισθήσεων σε σχέση με την καρδιακή λειτουργία και το φόβο του άγχους και της υπερευαισθησίας των σωματικών αισθήσεων, όπως το αίσθημα παλμών, της δυσφορίας και της ναυτίας, εξαιτίας των πεποιθήσεων που αναπτύσσουν τα άτομα, ότι αυτές οι αισθήσεις οδηγούν σε επιβλαβείς ή επικίνδυνες συνέπειες. Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελείται από 18 προτάσεις, που περιγράφουν διαστάσεις σχετικές με τις σωματικές αισθήσεις της καρδιακής λειτουργίας σε μια πεντάβαθμη κλίμακα – Likert που εκτείνεται από "ποτέ" (0) έως "πάντα" (5). Το CAQ παρέχει ένα συνολικό αποτέλεσμα καθώς και τρία αποτελέσματα των υποκλιμάκων του σχετικά με (1) φόβο και ανησυχία για θωρακικά και καρδιακά ενοχλήματα (8 προτάσεις), (2) αποφυγή δραστηριοτήτων (5 προτάσεις) και (3) επικέντρωση στην καρδιακή λειτουργία (5 προτάσεις). Το ερωτηματολόγιο CAQ, προσαρμόστηκε και σταθμίστηκε σε δείγμα Ελληνικού υγιούς πληθυσμού από τους Dragioti et al. (2011).

#### **4.5 Στατιστική ανάλυση**

Ύστερα από τη συλλογή των δεδομένων με τη βοήθεια των παραπάνω ερωτηματολογίων, ο ερευνητής προχώρησε στην ανάλυση των δεδομένων της έρευνας και στην πραγματοποίηση των κατάλληλων στατιστικών ελέγχων προκειμένου να δοθούν απαντήσεις στα ερωτήματα της

## *Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

έρευνας. Για τη περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν η μέση τιμή και τυπική απόκλιση για τις συνεχείς μεταβλητές, ενώ για τη περιγραφή των ονομαστικών και κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η συχνότητα και η σχετική συχνότητα.

Στη συνέχεια ο ερευνητής προχώρησε στον έλεγχο μέσων τιμών με τη βοήθεια του t-test και του ελέγχου ANOVA ενώ στη περίπτωση των κατηγορικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε έλεγχος  $\chi^2$  ενώ για τις συγκρίσεις συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το  $X^2$  του Pearson, Το σημαντικότητα είναι το 5%, δηλαδή ( $p < 0,05$ ).

### **4.6 Προσδοκώμενα αποτελέσματα**

Αναμένεται ότι με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης θα επαναπροσδιοριστούν ορισμένες απόψεις αναφορικά με το φόβο και την επαγγελματική κλινική φροντίδα καθώς και τις ανάγκες που δημιουργούνται σε κλινικό επίπεδο και πρέπει να απαντηθούν.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα αναδείξουν ζητήματα που θα απασχολήσουν τόσο τους κλινικούς νοσηλευτές όσο και τους εκπαιδευτές και καθηγητές νοσηλευτικών σχολών αλλά και άλλους επαγγελματίες υγείας της Ψυχικής Υγείας, έτσι ώστε να προβούν στη λήψη μέτρων που θα μειώσουν τα επίπεδα του φόβου στους επαγγελματίες υγείας και θα προάγουν την ποιότητα ζωής του πληθυσμού των κλινικών νοσηλευτών και θα προλαμβάνουν την εμφάνιση των αρνητικών επιπτώσεων στην ψυχοσωματική τους υγείας και την επαγγελματική τους εξέλιξη.



## Κεφάλαιο 5ο Αποτελέσματα έρευνας

### 5.1 Περιγραφική ανάλυση

Πίνακας 1 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της ηλικίας του δείγματος

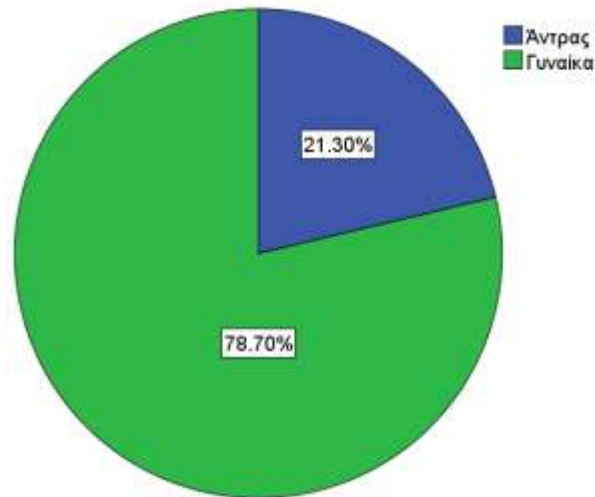
	Min	Max	Mean	SD
1. Ηλικία	21	59	48	7

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως η μέση τιμή της ηλικίας των ερωτηθέντων είναι τα 48 έτη ενώ η τυπική απόκλιση είναι 7.

Πίνακας 2 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας του φύλου και της οικογενειακής κατάστασης του δείγματος

		N	%
2. Φύλο	Άντρας	23	21.3%
	Γυναίκα	85	78.7%
	Σύνολο	108	100.0%
3. Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	18	17.0%
	Έγγαμος/η	81	76.4%
	Διαζευγμένος/η	6	5.7%
	Χήρος/α	1	.9%
	Σύνολο	106	100.0%

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα σχετικά με το φύλο των ερωτηθέντων φαίνεται πως 8 στους 10 είναι γυναίκες και 2 στους 10 είναι άντρες. Αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση 81 από τους συμμετέχοντες δήλωσαν «Έγγαμοι» σε ποσοστό 76.4% και μόνο ένας δήλωσε πως είναι «χήρος/α» σε ποσοστό 0.9%.



Εικόνα 1 Κατανομή του φύλου του δείγματος

Πίνακας 3 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας του τόπου διαμονής και της ύπαρξης παιδιών του δείγματος

		N	%
4. Τόπος διαμονής	Χωριό/Κωμόπολη	23	23.7%
	Πόλη<150.000 κατοίκους	48	49.5%
	Πόλη>150.000 κατοίκους	26	26.8%
	Σύνολο	97	100.0%
5. Έχετε παιδιά;	Ναι	94	87.9%
	Όχι	13	12.1%
	Σύνολο	107	100.0%

Παρατηρώντας τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι στην ερώτηση σχετικά με τον τόπο διαμονής τους, 48 από τους συμμετέχοντες απάντησαν «Πόλη<150.000 κατοίκους» σε ποσοστό 49.5% και 23 απάντησαν «Χωριό/Κωμόπολη» συγκεντρώνοντας ποσοστό 23.7%. Στην ερώτηση «5. Έχετε παιδιά;», 94 από τους ερωτηθέντες απάντησαν θετικά σε ποσοστό 87.9% και 13 έδωσαν αρνητική απάντηση σε ποσοστό 12.1%.

**Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»**

*Πίνακας 4 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση του πλήθους παιδιών του δείγματος*

	Min	Max	Mean	SD
6.Αν ναι, πόσα;	1	12	2	1

Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες σε ερώτηση σχετικά με το πλήθος των παιδιών τους απάντησαν κατά μέσο όρο 2 με τυπική απόκλιση 1.

*Πίνακας 5 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της ύπαρξης αδελφών του δείγματος*

		N	%
7.Έχετε αδέρφια;	Ναι	102	98.1%
	Όχι	2	1.9%
	Σύνολο	104	100.0%

Στην ερώτηση «7.Έχετε αδέρφια;», 102 από τους συμμετέχοντες έδωσαν θετική απάντηση σε ποσοστό 98.1% και 2 απάντησαν αρνητικά σε ποσοστό 1.9%.

*Πίνακας 6 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση του πλήθους αδελφών και της σειράς γέννησης του δείγματος*

	Min	Max	Mean	SD
8.Αν ναι, πόσα;	1	4	2	1
9.Ποια είναι η σειρά γέννησής σας;	1	7	2	1

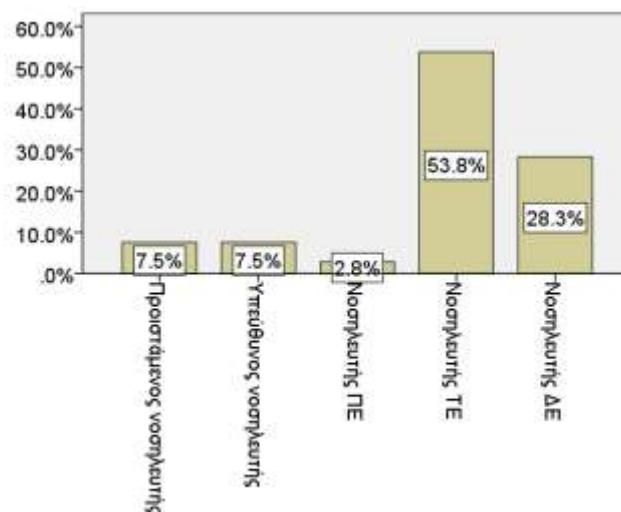
Σχετικά με τον πιο πάνω πίνακα στην ερώτηση «8.Αν ναι, πόσα;», η μέση τιμή των απαντήσεων των συμμετεχόντων είναι 2 και η τυπική απόκλιση 1. Στην ερώτηση «9.Ποια είναι η σειρά γέννησής σας;» η μέση τιμή είναι 2 και η τυπική απόκλιση είναι 1.

**Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»**

*Πίνακας 7 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της θέσης και της προϋπηρεσίας του δείγματος*

		N	%
10.Εργάζεστε ως νοσηλεύτης;	Προιστάμενος νοσηλευτής	8	7.5%
	Υπεύθυνος νοσηλευτής	8	7.5%
	Νοσηλεύτης ΠΕ	3	2.8%
	Νοσηλεύτης ΤΕ	57	53.8%
	Νοσηλεύτης ΔΕ	30	28.3%
	Σύνολο	106	100.0%
11.Εργάζεστε:	<5 έτη	8	7.4%
	Μεταξύ 5-10 έτη	4	3.7%
	Μεταξύ 11-20 έτη	24	22.2%
	>20 έτη	72	66.7%
	Σύνολο	108	100.0%

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα στην ερώτηση «10.Εργάζεστε ως νοσηλεύτης;», 57 από τους συμμετέχοντες απάντησαν Νοσηλεύτης ΤΕ σε ποσοστό 53.8% και 3 απάντησαν Νοσηλεύτης ΠΕ σε ποσοστό 2.8%. Στην ερώτηση «11.Εργάζεστε;», 72 από τους ερωτηθέντες απάντησαν «>20 έτη» σε ποσοστό 66.7% και 4 απάντησαν «Μεταξύ 5-10 έτη» συγκεντρώνοντας ποσοστό 3.7%.



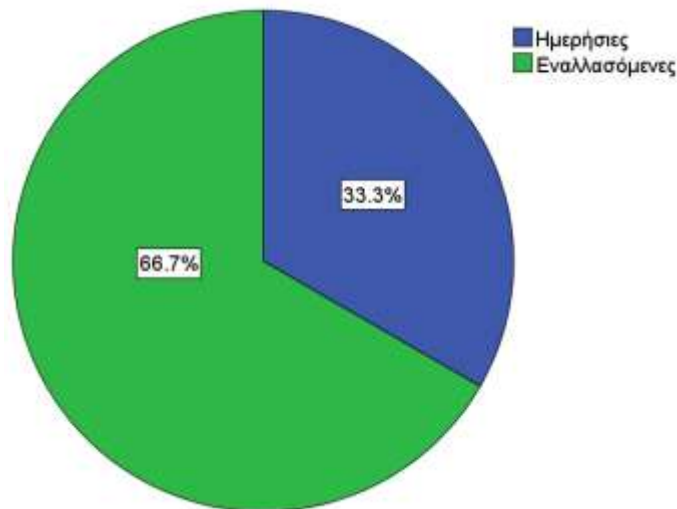
*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

Εικόνα 2 Κατανομή της θέσης εργασίας του δείγματος

Πίνακας 8 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας των βαρδιών του δείγματος

	N	%
12.Οι βάρδιες Ημερήσιες	36	33.3%
σας είναι; Εναλλασσόμενες	72	66.7%
Σύνολο	108	100.0%

Στην ερώτηση «12.Οι βάρδιες σας είναι;», 7 στους 10 συμμετέχοντες απάντησαν «εναλλασσόμενες» και 3 στους 10 ημερήσιες.



Εικόνα 3 Κατανομή των βαρδιών του δείγματος

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

*Πίνακας 9 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της ικανοποίησης από την εργασία του δείγματος*

	N	%
13.Είστε ικανοποιημένοι από το αντικείμενο της εργασίας σας;	Όχι, πολύ λίγο	2 1.8%
	2	5 4.6%
	3	27 24.8%
	4	48 44.0%
	Ναι, πάρα πολύ	27 24.8%
	Σύνολο	109 100.0%
14.Είστε ικανοποιημένοι από τη θέση της εργασίας σας;	Όχι, πολύ λίγο	5 4.6%
	2	10 9.3%
	3	27 25.0%
	4	40 37.0%
	Ναι, πάρα πολύ	26 24.1%
	Σύνολο	108 100.0%
15.Οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στον εαυτό σας;	Όχι, πολύ λίγο	10 9.3%
	2	12 11.1%
	3	33 30.6%
	4	30 27.8%
	Ναι, πάρα πολύ	23 21.3%
	Σύνολο	108 100.0%

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα στην ερώτηση «13.Είστε ικανοποιημένοι από το αντικείμενο της εργασίας σας;», 2 από τους ερωτηθέντες απάντησαν «όχι πολύ λίγο» σε ποσοστό 1.8% και 27 απάντησαν «ναι, πάρα πολύ σε ποσοστό 24.8%. Στην ερώτηση «14.Είστε ικανοποιημένοι από τη θέση της εργασίας σας;», 5 από τους ερωτηθέντες απάντησαν «όχι, πολύ λίγο» σε ποσοστό 4.6% και 26 απάντησαν «ναι, πάρα πολύ» σε ποσοστό 24.1%. Στην ερώτηση «15.Οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στον εαυτό σας;», 10 από τους ερωτηθέντες απάντησαν «όχι, πολύ λίγο» σε ποσοστό 9.3% και 23 απάντησαν «ναι, πάρα πολύ» σε ποσοστό 21.3%.

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

*Πίνακας 10 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας των απαιτήσεων της εργασίας του δείγματος*

	N	%	
	Όχι, πολύ λίγο	12	11.1%
16.Οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στην οικογένειά σας;	2	14	13.0%
	3	31	28.7%
	4	31	28.7%
	Ναι, πάρα πολύ	20	18.5%
	Σύνολο	108	100.0%
	Όχι, πολύ λίγο	46	42.6%
17.Θεωρείτε ότι οι οικογενειακές σας υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην εργασία σας	2	22	20.4%
	3	21	19.4%
	4	14	13.0%
	Ναι, πάρα πολύ	5	4.6%
	Σύνολο	108	100.0%

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα στην ερώτηση «16.Οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στην οικογένειά σας;», 12 από τους ερωτηθέντες απάντησαν «όχι πολύ λίγο» σε ποσοστό 11.1% και 20 απάντησαν «ναι, πάρα πολύ σε ποσοστό 18.5%. Στην ερώτηση «17.Θεωρείτε ότι οι οικογενειακές σας υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην εργασία σας», 46 από τους ερωτηθέντες απάντησαν «όχι, πολύ λίγο» σε ποσοστό 42.6% και 5 απάντησαν «ναι, πάρα πολύ» σε ποσοστό 4.6%.

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

*Πίνακας 11 Κατανομή συχνότητας και σχετικής συχνότητας της θέσης και της προϋπηρεσίας του δείγματος*

	N	%
	12	10.9%
Αιμοληψίες	5	4.5%
ΑΚΘ	6	5.5%
Ακτινολογικό	2	1.8%
Αποκατάστασης	1	.9%
Δερματολογική	2	1.8%
Εξωτερικά Ιατρεία	8	7.3%
Καρδιολογικό	5	4.5%
Κέντρο Αποκατάστασης	1	.9%
ΜΕΘ	3	2.7%
MENN	2	1.8%
Μονάδα	1	.9%
Μονάδα Εντατικής	1	.9%
Νεογνών		
Μονάδα Προώρων	1	.9%
18.Κλινική: MTN	9	8.2%
N/X	2	1.8%
Νεογνολογική Κλινική	2	1.8%
Νευρολογική	4	3.6%
Νεφρολογική	2	1.8%
Ορθοπαιδική	3	2.7%
Ουρολογική	10	9.1%
Οφθαλμολογική	1	.9%
Παθολογική	6	5.5%
ΠΕΡ/ΚΗ	1	.9%
Πνευμονολογική	3	2.7%
ΤΕΙ	1	.9%
ΦΙΑ	6	5.5%
Χειρουργείο	9	8.2%
Ψυχιατρική	1	.9%
Σύνολο	110	100.0%

Σχετικά με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον παραπάνω πίνακα οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες εργάζονται στην ουρολογική κλινική σε ποσοστό 9.1%, ακολουθούν όσοι εργάζονται στις MTN και το Χειρουργείο σε ποσοστό 8.2% και εκείνοι που εργάζονται στα εξωτερικά ιατρεία σε ποσοστό 7.3%.



## 5.2 Επαγωγική ανάλυση

Πίνακας 12 Αποτελέσματα συσχέτισης των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας με τα συμπτώματα άγχους του πόνου

		Γνωστικό άγχος (PASS)	Συμπεριφορά αποφυγής (PASS)	Φοβικές σκέψεις (PASS)	Σωματικές αντιδράσεις άγχους (PASS)
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL90)	Pearson Correlation	.532**	.399**	.525**	.508**
	Sig.	.000	.000	.000	.000
	N	110	110	110	110
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL)	Pearson Correlation	.514**	.397**	.507**	.499**
	Sig.	.000	.000	.000	.000
	N	110	110	110	110
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (SCL90)	Pearson Correlation	.334**	.253**	.302**	.346**
	Sig.	.000	.008	.001	.000
	N	110	110	110	110

Από τον παραπάνω πίνακα συσχέτισης φαίνεται πως υπάρχει ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην κλίμακα που εκφράζει τα χαρακτηριστικά της ψυχοπαθολογίας των συμμετεχόντων και στην κλίμακα μέτρησης των συμπτωμάτων άγχους του πόνου. Πιο συγκεκριμένα, θετική και ισχυρή συσχέτιση εντοπίζεται ανάμεσα στις διαστάσεις «Γενικός δείκτης συμπτωμάτων», «Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων» και «Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων» της κλίμακας Ψυχοπαθολογίας και στις διαστάσεις «Γνωστικό άγχος», «Συμπεριφορά αποφυγής», «Φοβικές σκέψεις» και «Σωματικές αντιδράσεις άγχους» της κλίμακας μέτρησης των συμπτωμάτων άγχους του πόνου (Sig<0.05). Αντιλαμβάνεται λοιπόν κανείς πως όσο το άγχος του πόνου αυξάνει τόσο περισσότερο αυξάνονται και τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας του ατόμου.

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

*Πίνακας 13 Αποτελέσματα συσχέτισης των συμπτωμάτων άγχους του πόνου σε σχέση με τον τόπο διαμονής του δείγματος*

		4. Τόπος διαμονής	
Spearman's rho	Συμπεριφορά αποφυγής (PASS)	Correlation Coefficient	-.240*
		Sig.	.012
		N	110

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα φαίνεται πως υπάρχει αρνητική, ασθενής συσχέτιση ανάμεσα στον τόπο διαμονής των συμμετεχόντων και τη συμπεριφορά αποφυγής (Sig=0.012<0.05). Πρακτικά αυτό σημαίνει πως όσο μεγαλύτερη είναι η πόλη στην οποία κατοικούν οι συμμετέχοντες τόσο μικρότερη είναι η συμπεριφορά αποφυγής που εκδηλώνουν.

*Πίνακας 14 Αποτελέσματα συσχέτισης των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας σε σχέση με ύπαρξη αδελφών του δείγματος*

7. Έχετε αδέρφια;	N	Mean	SD	t	df	Sig.	
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (SCL90)	Ναι	108	1,55	0,59	-1,090	108	,000
	Όχι	2	2,00	0,00			

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου συσχέτισης που παρουσιάζονται στον παραπάνω πίνακα, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στο δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων και την ύπαρξη αδελφών (Sig<0.05). Η μεγαλύτερη μέση τιμή σημειώνεται από εκείνους πως απάντησαν αρνητικά (2±0).

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

*Πίνακας 15 Αποτελέσματα συσχέτισης των συμπτωμάτων άγχους του πόνου σε σχέση με το πλήθος αδελφών του δείγματος*

		8.Αν ναι, πόσα αδέρφια έχετε;
	Pearson Correlation	<b>-.225*</b>
Συμπεριφορά αποφυγής (PASS)	Sig.	.019
	N	108

Σχετικά με τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως υπάρχει ασθενής, αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη μεταβλητή «Συμπεριφορά αποφυγής (PASS)» και το πλήθος των αδελφών του δείγματος (Sig=0.019<0.05). Όσο περισσότερα αδέρφια έχει κανείς τόσο λιγότερη συμπεριφορά αποφυγής επιδεικνύει.

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

*Πίνακας 16 Αποτελέσματα συσχέτισης των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας σε σχέση με τον τρόπο με τον οποίο επηρεάζει οι εργασία τους συμμετέχοντες του δείγματος*

		13.Είστε ικανοποιημένοι από το αντικείμενο της εργασίας σας;	15.Οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στον εαυτό σας;	16.Οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στην οικογένειά σας;	17.Θεωρείτε ότι οι οικογενειακές σας υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην εργασία σας
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL90)	Correlation Coefficient Sig. N	<b>-.262**</b> .006 110	<b>.465**</b> .000 110	<b>.494**</b> .000 110	<b>.199*</b> .037 110
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL)	Correlation Coefficient Sig. N	<b>-.230*</b> .016 110	<b>.411**</b> .000 110	<b>.416**</b> .000 110	<b>.214*</b> .025 110
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (SCL90)	Correlation Coefficient Sig. N	-.183 .055 110	<b>.348**</b> .000 110	<b>.396**</b> .000 110	.065 .502 110

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ερώτηση «13.Είστε ικανοποιημένοι από το αντικείμενο της εργασίας σας;» και τις διαστάσεις «Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL90)» (Sig=0.006<0.05) και «Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL)» (Sig=0.016<0.05). Όσο μεγαλύτερη η ικανοποίηση που λαμβάνουν από την εργασία τους τόσο χαμηλότερα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας παρουσιάζουν. Ανάμεσα στην ερώτηση «15.Οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στον εαυτό σας;» και τις διαστάσεις «Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL90)», «Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL)», «Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (SCL90)» της κλίμακας Ψυχοπαθολογίας υπάρχει θετική συσχέτιση (Sig<0.05). Όσο περισσότερο οι απαιτήσεις της

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

εργασίας επηρεάζουν το χρόνο που αφιερώνει κανείς στη προσωπική του ζωή τόσο περισσότερο αυξάνονται τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας.

Αντίστοιχα, στην ερώτηση «16.Οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στην οικογένειά σας;» και τις διαστάσεις «Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL90)», «Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL)», «Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (SCL90)» της κλίμακας Ψυχοπαθολογίας υπάρχει θετική συσχέτιση (Sig<0.05). Όσο περισσότερο οι απαιτήσεις της εργασίας επηρεάζουν το χρόνο που αφιερώνει κανείς στην οικογένειά του τόσο περισσότερο αυξάνονται τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας. Τέλος, στην ερώτηση «17.Θεωρείτε ότι οι οικογενειακές σας υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην εργασία σας;» και τις διαστάσεις «Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (SCL90)», «Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (SCL90)», της κλίμακας Ψυχοπαθολογίας υπάρχει θετική συσχέτιση (Sig<0.05). Όσο περισσότερο οι οικογενειακές υποχρεώσεις επηρεάζουν το χρόνο που ξοδεύει κανείς στη δουλειά του τόσο περισσότερο αυξάνονται τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας.

*Πίνακας 17 Αποτελέσματα συσχέτισης άγχους καρδιακών προβλημάτων σε σχέση με τη θέση των νοσηλευτών στο νοσοκομείο που εργάζονται*

		11.Εργάζεστε:
Προσοχή CAQ	Correlation	<b>,199*</b>
	Coefficient	
	Sig. (2-tailed)	0,037
	N	110

Από τον έλεγχο συσχέτισης που πραγματοποιήθηκε στα δεδομένα που συλλέχθηκαν με βάση τις απαντήσεις του δείγματος των νοσηλευτών φαίνεται πως υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη θέση εργασίας του νοσηλευτή και τη μεταβλητή «Προσοχή CAQ» (Sig=0.037<0.05). Αυτό πρακτικά σημαίνει πως όσο υψηλότερη η θέση που κατέχει εντός του νοσοκομείου ο νοσηλευτής τόσο υψηλότερη η προσοχή του αναφορικά με τα καρδιακά προβλήματα.

**Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»**

*Πίνακας 18 Αποτελέσματα συσχέτισης άγχους καρδιακών προβλημάτων σε σχέση με τη θέση των νοσηλευτών στο νοσοκομείο που εργάζονται*

		11.Εργάζεστε:
Συνολική CAQ	Correlation Coefficient	<b>,203*</b>
	Sig. (2-tailed)	0,033
	N	110

Αναφορικά με τον έλεγχο συσχέτισης που πραγματοποιήθηκε στα δεδομένα που συλλέχθηκαν με βάση τις απαντήσεις του δείγματος των νοσηλευτών φαίνεται πως υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη θέση εργασίας του νοσηλευτή και τη μεταβλητή «Συνολική CAQ» (Sig=0.033<0.05). Αυτό πρακτικά σημαίνει πως όσο υψηλότερη η θέση που κατέχει εντός του νοσοκομείου ο νοσηλευτής τόσο περισσότερα τα συμπτώματα άγχους καρδιακών παθήσεων που εκδηλώνει.

*Πίνακας 19 Αποτελέσματα συσχέτισης άγχους καρδιακών προβλημάτων σε σχέση με τη θέση των νοσηλευτών στο νοσοκομείο που εργάζονται*

		15.Οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στον εαυτό σας;
Φόβος CAQ	Correlation Coefficient	<b>,204*</b>
	Sig. (2-tailed)	,032
	N	110
Προσοχή CAQ	Correlation Coefficient	<b>,282**</b>
	Sig. (2-tailed)	,003
	N	110
Συνολική CAQ	Correlation Coefficient	<b>,201*</b>
	Sig. (2-tailed)	,035
	N	110

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα υπάρχει θετική και ασθενής συσχέτιση ανάμεσα στη μεταβλητή «15.Οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στον εαυτό σας;» και τις διαστάσεις «Φόβος CAQ» (Sig=0.032<0.05), «Προσοχή CAQ» (Sig=0.003<0.05) και «Συνολική CAQ» (Sig=0.035<0.05). Όσο περισσότερο επηρεάζει η

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

εργασία το χρόνο που ένας νοσηλευτής αφιερώνει στον εαυτό του, τόσο περισσότερο φοβάται και προσέχει σχετικά με την εκδήλωση καρδιακών παθήσεων.

*Πίνακας 20 Αποτελέσματα συσχέτισης άγχους καρδιακών προβλημάτων σε σχέση με τη θέση των νοσηλευτών στο νοσοκομείο που εργάζονται*

		16.Οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στην οικογένειά σας;
Φόβος CAQ	Correlation Coefficient	<b>,234*</b>
	Sig. (2-tailed)	,014
	N	110
Προσοχή CAQ	Correlation Coefficient	<b>,242*</b>
	Sig. (2-tailed)	,011
	N	110
Συνολική CAQ	Correlation Coefficient	<b>,200*</b>
	Sig. (2-tailed)	,036
	N	110

Αναφορικά με τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα υπάρχει θετική και ασθενής συσχέτιση ανάμεσα στη μεταβλητή «16.Οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στην οικογένειά σας;» και τις διαστάσεις «Φόβος CAQ» (Sig=0.014<0.05), «Προσοχή CAQ» (Sig=0.011<0.05) και «Συνολική CAQ» (Sig=0.036<0.05). Όσο περισσότερο επηρεάζει η εργασία το χρόνο που ένας νοσηλευτής αφιερώνει στην οικογένειά του, τόσο περισσότερο φοβάται και προσέχει σχετικά με την εκδήλωση καρδιακών παθήσεων.

## **Κεφάλαιο 6ο Συζήτηση – Συμπεράσματα**

### **6.1 Συζήτηση**

Η παρούσα ερευνητική εργασία πραγματοποιήθηκε με σκοπό τη διερεύνηση του φόβου του πόνου και την επίδραση αυτού στην επαγγελματική κλινική φροντίδα. Για το σκοπό αυτό ο ερευνητής επέλεξε με ακρίβεια το δείγμα του έτσι ώστε να μπορεί να δώσει ικανοποιητικές απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα που διατύπωσε. Περιγράφοντας το δείγμα της έρευνας βλέπουμε ότι η μέση ηλικία του δείγματος είναι τα 48 έτη ( $\pm 7$ ), η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι γυναίκες (78.7%) και η οικογενειακή τους κατάσταση είναι «έγγαμοι» (76.4%). Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ζουν σε πόλη <150.000 κατοίκων (49.5%) και έχουν παιδιά (87.9%) με μέσο όρο τα 2 παιδιά ( $\pm 1$ ), έχουν αδέρφια (98.1%) με μέσο όρο τα 2 αδέρφια ( $\pm 1$ ) και σειρά γέννησης κατά μέσο όρο 2 ( $\pm 1$ ). Η πλειοψηφία του δείγματος εργάζεται ως νοσηλεύτης ΤΕ (53.8%), ενώ τα χρόνια προϋπηρεσίας είναι >20έτη (66.7%). Οι βάρδιες στις οποίες εργάζονται είναι εναλλασσόμενες (66.7%).

Σε ερωτήσεις που έγιναν σχετικά με την ικανοποίηση των νοσηλευτών από την εργασία τους και τον τρόπο που οι ώρες εργασίας επηρεάζουν τη προσωπική τους ζωή, οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες δήλωσαν πως είναι ικανοποιημένοι από το αντικείμενο εργασίας τους (68.8%), ενώ την ικανοποίησή τους για τη θέση εργασίας τους δήλωσαν οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (61.1%). Οι απαιτήσεις της δουλειάς δεν επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο που αφιερώνουν οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες στον εαυτό τους (51%) , ούτε και το χρόνο που αφιερώνουν στην οικογένειά τους (52.8%) και οι οικογενειακές τους υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στην εργασία τους (63%). Αναφορικά με τη κλινική στην οποία εργάζονται, οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες φαίνεται πως εργάζονται στην ουρολογική κλινική.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης στο συγκεκριμένο δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα, το σύνολο των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας όπως είναι τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, ο ψυχαναγκασμός, η διαπροσωπική ευαισθησία, η κατάθλιψη, το άγχος, η επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, ο παρανοϊκός ιδεασμός και ο ψυχωτισμός είναι χαρακτηριστικά



### *Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

που σχετίζονται με το επίπεδο άγχους του πόνου και συγκεκριμένα με τις διαστάσεις «Γνωστικό άγχος», «Συμπεριφορά αποφυγής», «Φοβικές σκέψεις» και «Σωματικές αντιδράσεις άγχους». Οι συμμετέχοντες που δήλωσαν πως έχουν αυξημένα τα συμπτώματα άγχους του πόνου φαίνεται πως έχουν πιο συχνή εκδήλωση των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας. Είναι γεγονός πως το άγχος του πόνου όταν διαρκεί για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα είναι πιθανό να προκαλέσει και άλλα προβλήματα όπως είναι για παράδειγμα η ενεργοποίηση άλλων φόβων τους οποίους το άτομο μέχρι εκείνη τη στιγμή δε γνώριζε πως έχει (Gatchel, et al., 2007).

Οι Stemmler et al. (2007) μέσα από τη μελέτη τους για τον τρόπο που το άγχος του πόνου επιδρά στη ψυχοπαθολογία του ατόμου διαπίστωσαν πως ο θυμός και ο φόβος είναι δύο συναισθήματα τα οποία βιώνουν συχνά τα άτομα και οδηγούν στην αποφυγή μιας αποτυχίας. Ο φόβος μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς από τη πλευρά του ατόμου όταν αυτό θεωρήσει πως πιέζεται και πως βρίσκεται υπό το καθεστώς του πανικού εξαιτίας του άγχους του πόνου (Jarymowicz & Bar-Tal, 2006).

Αναφορικά με τα επιμέρους ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, φαίνεται πως ο τόπος διαμονής τους επηρεάζει την εκδήλωση «συμπεριφοράς αποφυγής» η οποία εκφράζει το άγχος του πόνου. Οι συμμετέχοντες που απάντησαν πως διαμένουν σε πόλη > 150.000 κατοίκων είχαν μικρότερα ποσοστά «συμπεριφοράς αποφυγής». Ακόμη, ένας παράγοντας που επιδρά στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς αποφυγής η οποία αποτελεί μια διάσταση της εκδήλωσης του άγχους του πόνου, είναι το πλήθος των αδελφών του δείγματος, καθώς όπως φαίνεται όσο αυξάνεται το πλήθος των αδελφών τόσο περισσότερο μειώνεται η συμπεριφορά αποφυγής.

Από την άλλη πλευρά η διαμόρφωση του επιπέδου των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων του δείγματος σχετίζεται με την ύπαρξη αδελφών καθώς συγκεκριμένα ο δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων φαίνεται πως εμφανίζει στατιστικώς σημαντική διαφορά με την ύπαρξη αδελφών του δείγματος. Την ίδια στιγμή ερευνητικό ενδιαφέρον φάνηκε να έχει η ικανοποίηση που λαμβάνουν οι συμμετέχοντες από την εργασία τους σε σχέση με τα ψυχοσωματικά προβλήματα των ερωτηθέντων. Η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από το αντικείμενο της εργασίας τους είναι πολύ σημαντική καθώς όσο μεγαλύτερη ικανοποίηση εκφράζει κανείς τόσο

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

χαμηλότερο είναι το ποσοστό των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας που εκδηλώνει. Όταν οι απαιτήσεις της δουλειάς επηρεάζουν με αρνητικό τρόπο το χρόνο που αφιερώνει κανείς στον εαυτό του και την οικογένειά του τότε τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας αυξάνονται. Επιπλέον, όσοι από τους συμμετέχοντες θεωρούν πως οι οικογενειακές τους υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που καταναλώνουν στην εργασία τους εμφανίζουν περισσότερα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας.

Ένας παράγοντας εξαιρετικά σημαντικός, η αξία του οποίου επιβεβαιώνεται και μέσα από την παρούσα ερευνητική εργασία είναι η στήριξη της οικογένειας. Τόσο η ύπαρξη αδερφών όσο και το πλήθος των αδελφών του δείγματος επιβεβαιώνει το γεγονός πως η βοήθεια και η στήριξη από το άμεσο κοινωνικό, οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον τους έχει μεγάλη αξία, τόσο για τη μείωση του επιπέδου άγχους του πόνου, όσο και για τη διαχείριση των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας των ατόμων (Dougherty, 1995).

Το άγχος σε ένα άτομο που βιώνει μια έντονη συναισθηματικά δύσκολη κατάσταση συχνά αυξάνεται και αποκτά ιδιαίτερη ένταση. Το άγχος του πόνου αποτελεί μια παράμετρο που εντείνει σε μεγάλο βαθμό τα προβλήματα ψυχοπαθολογίας του ατόμου ενώ πολλές έρευνες δείχνουν πως οι γυναίκες είναι εκείνες που επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από το άγχος του πόνου με αποτέλεσμα να εκδηλώνουν περισσότερα προβλήματα ψυχοπαθολογίας, σε αντίθεση με τη παρούσα έρευνα η οποία δεν έδειξε πως το φύλο διαφοροποιεί τα επίπεδα άγχους και φόβου του πόνου (Logan & Rose, 2004).

Τέλος, θέση των νοσηλευτών και ο φόρτος εργασίας σε συνδυασμό με το γεγονός πως ο χρόνος που αφιερώνουν τόσο στον εαυτό τους όσο και στην οικογένειά τους δεν είναι εκείνος που θα επιθυμούσαν αποτελούν παράγοντες που συνδέονται με τη συνολική καρδιακή τους λειτουργία. Παρόμοιες έρευνες έχουν δείξει πως σε καταστάσεις άγχους τα άτομα ανησυχούν ιδιαίτερα για την καρδιακή τους λειτουργία με αποτέλεσμα να περιορίζουν το πλήθος των δραστηριοτήτων που μπορεί να εκθέσουν σε κίνδυνο την υγεία τους με την εμφάνιση κάποιας καρδιακής πάθησης (Maddi et al., 2001; Hoyer et al., 2008).

## **6.2 Συμπεράσματα**

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε σχετικά με τη διασύνδεση του φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα είναι πως:

1. Το άγχος του πόνου συνδέεται με την εκδήλωση συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας στο πληθυσμό των νοσηλευτών και συγκεκριμένα όσο μεγαλύτερο είναι το άγχος του πόνου, τόσο περισσότερα τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας.
2. Χαρακτηριστικά όπως ο τόπος διαμονής, η ύπαρξη αδελφών και το πλήθος αυτών επηρεάζουν το άγχος και φόβο του πόνου αλλά και την ψυχοπαθολογία των νοσηλευτών.
3. Η ικανοποίηση από την εργασία και ο χρόνος που μπορεί να διαθέσει ένας νοσηλευτής στον εαυτό του και στην οικογένειά του εξαιτίας των απαιτήσεων της δουλειάς του επηρεάζουν την ψυχοπαθολογία του.
4. Η φύση της εργασίας των νοσηλευτών και η πίεση που δέχονται επηρεάζει την ανησυχία τους για την καρδιακή τους λειτουργία.

### **6.3 Περιορισμοί της έρευνας**

Αναφορικά με τους περιορισμούς που συνάντησε ο ερευνητής στη διάρκεια της έρευνάς του, μπορεί κανείς να αναφερθεί στο μέγεθος του δείγματος αλλά και στους χωροχρονικούς περιορισμούς της έρευνας, που δεν επιτρέπουν στον ερευνητή τη γενίκευση των αποτελεσμάτων της έρευνας στο σύνολο του πληθυσμού. Την ίδια στιγμή ισχυρό περιορισμό αποτελεί και η χρήση ενός ερωτηματολογίου αυτοαναφορών στο οποίο υπάρχει αδυναμία ως προς την υποκειμενικότητα των απαντήσεων.

## Βιβλιογραφία

### Ξένη βιβλιογραφία

- Antoni, M. H., Cruess, D. G., Cruess, S., Lutgendorf, S., Kumar, M., Ironson, G., Klimas, N., Fletcher, M. A., & Schneiderman, N. Cognitive-behavioral stress management intervention effects on anxiety, 24-hr urinary output, and t-cytotoxic/suppressor cells over time among symptomatic HIV infected gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2000; 68, 31–45.
- Aziri (2011) “Job Satisfaction: A literature review”, *Management research and practice*, 3(4), 77-86.
- Aust B, Rugulies R, Skakon J, Scherzer T, and Jensen C. (2007). Psychosocial work environment of hospital workers, Validation of a comprehensive assessment scale. *International journal of nursing studies*, 44(5), 814-825.
- Bambra C, Egan M, Thomas S, Petticrew M, and Whitehead M. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(12), 1028-1036.
- Boertje, J., & Ferron, L. (2013). Tired of caring? You may have compassion fatigue. *American Nurse Today*, 8(7), 16–18.
- Brooks B. A. & Anderson M. A. (2005) “Defining quality of nursing work life”, *Nursing Economics*, 23(6), 319-327.
- Camerino D, Conway PM, Sartori S, Campanini P, Estryn-Behar M, Van Der Heijden BIJM, et al. (2008). Factors affecting work ability in day and shift-working nurses. *Chronobiology international*, 25(2-3), 425-442.
- Cole D. C., Robson L. S., Lemieux-Charles L., McGuire W., Sicotte C., & Champagne F. (2005) “Quality of working life indicators in Canadian health care organizations: a tool for healthy, health care workplaces?”, *Occupational medicine*, 55(1), 54-59.

***Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»***

- Chiu M. C., Wang M. J. J., Lu C. W., Pan S. M., Kumashiro M., & Ilmarinen J. (2007) “Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan”, *Nursing outlook*, 55(6), 318-326.
- Danna K and Griffin R. (1999). Health and well-being in the workplace, A review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, 25(3), 357-384.
- Dantzer, R. Stress and disease: A psychobiological perspective. *Annals of Behavioral Medicine*, 1991; 13: 205- 210.
- Dargahi H., Changizi V., & Gharabagh E. J. (2012) “Radiology employees' quality of work life”, *Acta MedicalIranica*, 50(4), 250-256.
- Daubermann D. C., & Tonete V. L. P. (2012) “Quality of work life of nurses in primary health care”, *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 277-283.
- Dehghan Nayeri N., Salehi T., & Ali Asadi Noghabi A. (2011) “Quality of work life and productivity among Iranian nurses”, *Contemporary nurse*, 39(1), 106-118.
- Delgoshyii B., Riahi L., & Motaghi M. (2010) “Relationship of quality of working life in Kashan teaching and non-teaching hospitals with knowledge management according to the top and middle manager's point of view”, *J Hospital*, 91, 67-74.
- Derogatis, L. R. (1977). The SCL-90 Manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine, *Clinical Psychometrics Unit*.
- Dolan S. L., Van Ameringen M.R., Corbin S., & Arsenault A. (1992) “Lack of professional latitude and role problems as correlated or propensity to quit amongst nursing staff”, *Journal of advanced nursing*, 17(12), 1455-1459.

**Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»**

- Dragioti, E., Vitoratou, S., Kaltsouda, A., Tsartsalis, D. & Gouva M. Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Cardiac Anxiety Questionnaire (CAQ), *Psychological reports*, 109, (1), 2011, 77-92.
- Duchscher J.E.B., & Cowin L (2004) “Multigenerational nurses in the workplace”, *Journal of nursing administration*, 34 (11), 493-501.
- Ellis S., & Dick P. (2003) Introduction to organizational behavior, England: McGraw-Hill.
- Eifert, G.H., Thompson, R.N., Zvolensky, M.J., Edwards, K., Frazer, N.L., Haddad, J.W., & Davig, J. The cardiac anxiety questionnaire: development and preliminary validity. *Behavior Research and Therapy*, 2000; 38, 1039-1053.
- Fakhr-Movahedi A, Salsali M, Negharandeh R and Rahnavard Z. (2011). A qualitative content analysis of nurse–patient communication in Iranian nursing. *International Nursing Review*.
- Fontana David. *Άγχος και αντιμετώπισή του. Τεχνικές καταπολέμησης του στρες* . Επιμέλεια: Τερεζίδου Μανίνα και Δεγλέρης Νίκος. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα 1995, pp. 16,17, 28, 53, 56.
- Janaabadi H. & Nastiezaie N. (2012) “Two effective factors in the staffs performance quality of life and quality of working life”, *Zahedan J Res Med Sci*, 13(1), 9-10.
- Judge T.A., Parker S., Colebert A. E., Heller D. & Ilies R. (2001) Job satisfaction: Across-cultural Review, In Anderson et al (Eds.), Handbook of industrial, work and organizational psychology (Vol. 2, pp. 25-52). London: Sage.
- Frank W.A. Five Dramas of Illness. *Perspectives in Biology and Medicine*, 2007; 50, (3):379-394.
- Gatchel, Robert J. (2004). Comorbidity of Chronic Pain and Mental Health Disorders: The Biopsychosocial Perspective. *American Psychologist*. Vol. 59(8), Nov., pp. 795-805.

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

- Gatchel R.J., Peng Y.B., Peters M.L., Fuchs P.N., & Turk D. C. The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions. *Psychological Bulletin*, 2007; 133, (4): 581-624
- Ganzach, Y. (2003). "Intelligence, Education, and Facets of Job Satisfaction".
- Goudarznand-Chegini M., & Mirdoozandeh S. G. (2012) "Relationship between quality of work-life and job satisfaction of the employees in public hospitals in Rasht", *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 14(2), 108-111.
- Gramke HF, de Rijke JM, van Kleef M, Kessels AG, Peters ML, Sommer M, Marcus MA. Predictive factors of postoperative pain after day-case surgery. *Clin J Pain*, 2009; (6):455-60.
- Cranny C.J., Smith P.C., & Stone E.F (1992) *Job satisfaction: how people feel about their jobs and how it affects their performance*, New York: Lexington Books.
- Gunnarsdottir H, Rafnsdottir G, Helgadottir B and Tomasson K. (2003). Psychosocial risk factors for musculoskeletal symptoms among women working in geriatric care. *American journal of industrial medicine*, 44(6), 679-684.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. *Textbook of medical physiology* (10th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders, 2000.
- Gurses A. P., Carayon P. & Wall M. (2009) "Impact of performance obstacles on intensive care nurses' workload, perceived quality and safety of care, and quality of working life", *Health services research*, 44(2p1), 422-443.
- Han, K. S. The effect of an integrated stress management program on the psychologic and physiologic stress reactions of peptic ulcer in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 2002; 39, 539-548.



**Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»**

- Heidari-Rafat A., Enayati-Navinfar A. & Hedayati A. (2010) “*Quality of work life and job satisfaction among the nurses of Tehran University of Medical Sciences*”, *Dena J*, 5(3), 4.
- Hollander J. Fear Itself. *Social Research*, 2004;71, (4): 865-886.
- Hoyer J., Eifert G. H., Einsle, F., Zimmermann K., Krauss S., Knaut M., Matschke K. & Kollner V. Heart – focused anxiety before and after cardiac surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 2008, 64, 3, 291 – 297.
- Hsu M. Y. & Kernohan G. (2006) ‘Dimensions of hospital nurses’ quality of working life’, *Journal of advanced nursing*, 54(1), 120-131.
- Jarymowicz, M., & Bar-Tal, D. (2006). The dominance of fear over hope in the life of individuals and collectives. *European Journal of Social Psychology*, 36(3), 367-392.
- Jones, M. C., & Johnston, D. W. Reducing distress in first level and student nurses: a review of the applied stress management literature. *Journal of Advanced Nursing*, 2000; 32, 66–74.
- Kalliath T. & Morris R. (2002) “Job satisfaction among nurses: a predictor of burnout levels”, *Journal of nursing administration*, 32(12), 648-654.
- Kaliski B.S (2007) *Encyclopedia of business and finance*, Detroit: Thompson Gale.
- Kalisch B.& Lee K. H. (2014) “Staffing and job satisfaction: nurses and nursing assistants”, *Journal of nursing management*, 22(4), 465-471.
- Karasek R (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain, Implications for job redesign, *Administrative Science Quarterly*, 24 (2), 285-308.
- Khani A., Jaafarpour M. & Dyrekvandmogadam A. (2008) “Quality of nursing work life”, *J Clin Diagn Res*, 2(6), 1169-74.
- Khaghanizadeh M., Ebadi A., & Rahmani M. (2008) “The study of relationship between job stress and quality of work life of nurses in military hospitals”, *Journal Mil Med*, 10(3), 175-184.

**Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»**

- Kompier M. (2002). The psychosocial work environment and health-what do we know and where should we go? *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 28(1), 1-4.
- Kim IH, Geiger-Brown J, Trinkoff A and Muntaner C. (2010). Physically demanding workloads and the risks of musculoskeletal disorders in homecare workers in the USA. *Health and Social Care in the Community*, 18(5), 445-455.0
- Kristensen TS, Hannerz H, Hogh A and Borg V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire - a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health*, 31(6), 438-449.
- Krueger P., Brazil K., Lohfeld L., Edward H. G., Lewis D., & Tjam E. (2002) “Organization specific predictors of job satisfaction: findings from a Canadian multi-site quality of work life cross-sectional survey”, *BMC Health Services Research*, 2(1), 6.
- Leary A. & Oliver S. (2010) *Clinical nurse specialists: adding value to care*, London: Royal College of Nursing.
- Lehrer, P. M., Isenberg, S., Hochron, S. M. Asthma and emotion: a review. *Journal of Asthma*, 1993; 30, 5-21
- Lehrer, P. M., Carr, R., Sargunarah, D., & Woolfolk, R. L. Stress Management Techniques: Are They All Equivalent, or Do They Have Specific Effects? *Biofeedback and Self-Regulation*, 1994; 19(4), 353-401.
- Liu, You, Chen & Aike (2012) “The relationship between hospital work environment and nurse outcomes in Guangdong, China: a nurse questionnaire survey”, *J Clin Nurse*, 21 (9-10), 1476-1485.
- Logan D. E. & Rose J. B. Gender Differences in Post – Operative Pain and Patient Controlled Analgesia Use Among Adolescent Surgical Patients. *Pain*, 2004, 109, 3, 481 – 487.

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

- Lum L., Kervin J., Clark K., Reid F., Sirola W. (1998) “Explaining nursing turnover intent: job satisfaction, pay satisfaction, or organizational commitment?”, *Journal of Organizational Behavior*, 19 (3), 305-320.
- Lundberg C., Gudmundson A., & Andersson T. D. (2009) “Herzberg's Two-Factor Theory of work motivation tested empirically on seasonal workers in hospitality and tourism”, *Tourism management*, 30(6), 890-899.
- Maddi S. R., Fox S. R., Harvey, R. H., Lu, J. L., Khoshaba, D. M., & Persico, M. Reduction in Psychopathology following bariatric surgery for morbid obesity. *Obesity Surgery*, 2001, 11, 6, 680 – 685.
- May R. *The Meaning of Anxiety* (μετρφρ. Γ.Βασιλάκος). Κοζάνη, Σπινιάρη, 1999 : 48-49, 78-82.
- McCracken, L.M., Zayfert, C., Gross, R.T. The Pain Anxiety Symptoms Scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, 1992; 50(1), 67-73
- McNeely E. (2005). The consequences of job stress for nurses' health, time for a check-up. *Nursing outlook*, 53(6), 291-299.
- McNeil W.D., & Rainwater J.A., (1998).Development of the Fear of Pain Questionnaire—III. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, ( 4), pp.389-410.
- Miller S. J. Analytic gains and anxiety tolerance: Punishment Fantasies and the Analysis of Superego Resistance Revisited. *Psychoanalytic Psychology*, 2003; 20, (1): 4-17.
- Moorhead G. & Griffin R. W. (2008) Organizational behavior managing people and organizations, *Dreamtech Press*.
- Nabe-Nielsen K, Tüchsen F, Christensen KB, Garde AH and Diderichsen F. (2009). Differences between day and nonday workers in exposure to physical and psychosocial work factors in the Danish eldercare sector. *Scandinavian journal of work, environment and health*, 35(1), 48-55.

**Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»**

Naso R. Rethinking Trauma: A Critical View Of Invalidation. *Psychoanalytic Psychology*,2008; 25, (1): 67-78.

Niaura, R., & Goldstein, M. G. Psychological factors affecting physical condition. Cardiovascular disease literature review. Part II: Coronary artery disease and sudden death. *Psychosomatics*, 1992; 33, 134-145.

Penzien, D. B., Andrasik, F., Freidenberg, B. M., Houle, T. T., Lake III, A. E., Lipchik, G. L., Holroyd, K. A., Lipton, R. B., McCrory, D. C., Nash, J. M., Nicholson, R. A., Powers, S. W., Rains, J. C., & Wittrock, D. A. *Guidelines for Trials of Behavioral Treatments for Recurrent Headache*, First Edition: American Headache Society Behavioral Clinical TrialsWorkgroup. *Headache*, 2005; 45, 2:110-132.

Rhudy L.J. and Williams E.A. Gender Differences in Pain: Do Emotions Play a Role? *Gender Medicine*, 2005; 2, (4): 208-226.

Roalfe, W R. The psychology of fear. *Journal of Abnormal Psychology*,1929;24, (1):32-40.

Rose R. C., Beh L., Uli J., & Idris K. (2006) “An analysis of quality of work life (QWL) and career-related variables”, *American Journal of Applied Sciences*, 3(12), 2151-2159.

Siegrist J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27.

Slater R., (2003). *Γηρατειά θλιμμένος χειμώνας, ή δεύτερη Άνοιξη; Η ψυχολογία της γήρανσης. Μετάφραση Μεταξιάς Στέλιος. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.*

Sharhrazy Vahed A. , Mardani Hamuleh M. ,Asadi Bidmeshki E., Heidari M., Hamed S. (2011). "ShahrakyAssessment of the Items of SCL90 Test with Quality of Work Life among Amiralwomenin Hospital Personnel of Zabol City".

**Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»**

- Stemmler, G., Aue, T., & Wacker, J. (2007). Anger and fear: Separable effects of emotion and motivational direction on somatovisceral responses. *International Journal of Psychophysiology*, 66(2), 141-153.
- Stewart B. M. & Krueger L. E. (1996) “An evolutionary concept analysis of mentoring in nursing”, *Journal of Professional Nursing*, 12(5), 311-321.
- Stolorow R D. The relevance of Freud's concept of danger-situation for an intersubjectivesystems perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 2006; 23, (2):417-419.
- Shields M.A. & Ward M (2001) “Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction on intentions to quit”, *Journal of Health Economics*, 20(5), 667-701.
- Trinkoff A, Lipscomb J, Geiger-Brown J and Brady B. (2002). Musculoskeletal problems of the neck, shoulder, and back and functional consequences in nurses. *American journal of industrial medicine*, 41(3), 170-178.
- Trinkoff A, Lipscomb J, Geiger-Brown J, Storr C and Brady B. (2003). Perceived physical demands and reported musculoskeletal problems in registered nurses. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3), 270-275.
- Turk C.D. & Okifuji A., Psychological Factors in Chronic Pain: Evolution and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2002; 70, (3): 678-690.
- Tourangeau A.E. & Cranley L.A (2006) “Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinants”, *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 497-509.
- Tyrer S., Psychosomatic pain. *British Journal of Psychiatry*.2006;188:.91-93.
- Tzeng H.M (2002) “The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: an empirical investigation in Taiwan”, *International Journal of Nursing Studies*, 39(8), 867-878.

**Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»**

- Vagharseyyedin S. A., Vanaki Z., & Mohammadi E. (2011) “The nature nursing quality of work life: an integrative review of literature”, *Western Journal of Nursing Research*, 33(6), 786-804.
- Vahed A. S., Hamuleh M. M., Bidmeshki E. A., Heidari M., & Shahraky S. H. (2011) “Assessment of the items of SCL90 test with quality of work life among Amiralwomen in Hospital personnel of Zabol City”, *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences*, 18(2), 50-55.
- Vingard E, Alfredsson L, Hagberg M, Kilbom A, Theorell T, Waldenstrom M, et al. (2000). To What Extent Do Current and Past Physical and Psychosocial Occupational Factors Explain Care-Seeking for Low Back Pain in a Working Population?, Results from the Musculoskeletal Intervention Center-Norrtaalje Study. *Spine*, 25(4), 493-500.
- Vijayalakshmi P.& Kalidoss K. (2015) “Determinants of job satisfaction of bank employees: A study with reference to public sector banks in mayiladuthurai town”, *International Journal of Multidisciplinary Research and Development*, 2 (4), 175-177. Viljoen J. P. & Rothmann
- Wallapa Boonrod R. (2009) “Quality of working life: perceptions of professional nurses at Phramongkutkiao Hospital”, *J Med Assoc Thai*, 92(1), S7-15.
- Watson R, Deary IJ, Lea A. (1999). A longitudinal study into the perceptions of caring among student nurses using multivariate analysis of the Caring Dimensions Inventory. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5): 1080-9.
- Wu H., Chi T. S., Chen L. I., Wang L., & Jin Y. P. (2010) “Occupational stress among hospital nurses: cross-sectional survey”, *Journal of advanced nursing*, 66(3), 627-634.


**Ελληνική βιβλιογραφία**

Αγγελόπουλος Ν. *ΙΑτρική ψυχολογία και ψυχοπαθολογία* 2009; 1: 344-350


***Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»***

- Αλεβίζος Β. *Άγχος Ιατρικές και Κοινωνικές Διαστάσεις* 2008, Εκδόσεις Βήτα.
- Βάρβογλη Λ. *Η νευροψυχολογία του στρες στην καθημερινή ζωή* . Εκδόσεις Καστανιώτη 2006.  
Ελληνική Μυθολογία. Τόμος 2. Οι Θεοί. Εκδοτική Αθηνών, 1986; pp. 177.
- Κοτρώτσιου, Σ. & Γκούβα, Μ. 2008. Η έννοια της φροντίδας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 7(1), σ.57-71.
- Κουλούρη, Α.Γ. & Ρούπα, Ζ., 2008. Η επιστημολογία της φροντίδας. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 7 (4), pp. 264-78.
- Μπαμπινιώτης Γ. *Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας* (2η έκδ). Αθήνα, Κέντρο Λεξικολογίας, 2002; pp, 1892.
- Ντόνιας, Σ., Καραστεργίου, Α. & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της Κλίμακας Ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, vol. 2, pp. 42-48.
- Πλατή, Δ. Χ. (2000). Γεροντολογική Νοσηλευτική. Εκδόσεις: Παπανικολάου, Αθήνα.
- Πολυμέρου- Καμηλάκη Αι., & Καραμανές Ε. *Φόβος: Αντιλήψεις, πρακτικές και αντικείμενα. Πρακτικά συμποσίου «Ο Φόβος Στην Τέχνη Και Στην Ζωή»*. Μέτσοβο, 30 Ιουνίου- 2 Ιουλίου, Ίδρυμα Αβέρωφ, 2006: 41- 47.
- Ραγιά, Χ. Α. (2009). *Νοσηλευτική Ψυχικής υγείας – Ψυχιατρική νοσηλευτική*, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα.
- Χατήρα Κ, *Πόνος μια ψυχαναλυτική προσέγγιση*. Πανεπιστημιακές σημειώσεις, τμήμα Ψυχολογίας, Παν. Κρήτης, 2002.
- Χρούσος Γ, Βουλαλάς Ν, Αγγελή Κ, et all Συμβιώστε με το εργασιακό στρες. *Vita*, Τεύχος 83, Μάρτιος 2004, pp 47-53.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



**Τ. Ε. Ι. Θ Ε Σ Σ Α Λ Ι Α Σ**  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: Ψ Υ Χ Ι Κ Η Σ Υ Γ Ε Ι Α Σ



---

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

ΗΜ/ΝΙΑ: ..... / ..... / 2019      ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ..... / ..... / .....

ΦΥΛΟ:    ΑΝΔΡΑΣ \_\_\_\_\_   
          ΓΥΝΑΙΚΑ \_\_\_\_\_

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

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

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ:    ΝΑΙ \_\_\_\_\_     ΟΧΙ \_\_\_\_\_     ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ.....

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ:    ΝΑΙ \_\_\_\_\_     ΟΧΙ \_\_\_\_\_     ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ.....  
   ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΑΣ (ΕΙΣΤΕ 1<sup>ος</sup>, 2<sup>ος</sup>).....

ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΩΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ:

   ΠΡΟΣΤΑΜΕΝΟΣ ΝΟΣΗΛ. \_\_\_\_\_   
   ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΝΟΣΗΛ. \_\_\_\_\_   
   ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΕ \_\_\_\_\_   
   ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ \_\_\_\_\_   
   ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΕ \_\_\_\_\_

ΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ :    ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ \_\_\_\_\_   
   ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ \_\_\_\_\_   
   ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ \_\_\_\_\_   
   ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΦΟΡΕΑΣ \_\_\_\_\_

ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ :    < 5 ΕΤΗ \_\_\_\_\_   
   ΜΕΤΑΞΥ 5 - 10 ΕΤΗ \_\_\_\_\_   
   ΜΕΤΑΞΥ 10 - 20 ΕΤΗ \_\_\_\_\_   
   >20 ΕΤΗ \_\_\_\_\_

ΟΙ ΒΑΡΔΙΕΣ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ :    ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ \_\_\_\_\_   
   ΝΥΧΤΕΡΙΝΕΣ \_\_\_\_\_   
   ΕΝΑΛΛΑΣΣΟΜΕΝΕΣ \_\_\_\_\_

Είστε ικανοποιημένοι από: (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)							
Το αντικείμενο της εργασίας σας	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Τη θέση της εργασίας σας	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Θεωρείτε ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)							
Στον εαυτό σας	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Στην οικογένειά σας	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Θεωρείτε ότι οι οικογενειακές σας υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην εργασία σας (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)							
	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ

ΚΑΙΜΙΚΗ ΠΟΥ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ: \_\_\_\_\_

1



**ΟΔΗΓΙΕΣ**

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

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρικήτητα ή εσωτερική <b>τρεμούλα</b> ;	0	1	2	3	4
3. Έχετε <b>επαναλαμβανόμενες</b> δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για <b>λιποθυμία</b> ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. <b>Νομίζετε</b> ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα <b>προβλήματά</b> σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να <b>θυμάσθε</b> διάφορα <b>πράγματα</b> ;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή <b>ατιμέλητος</b> ;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους <b>δρόμους</b> ;	0	1	2	3	4
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, <b>αποδυναμωμένος</b> ;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. <b>Τρέμετε</b> ;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν <b>μπορείτε να εμπιστευτείτε</b> τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα <b>πράγματα</b> ;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη <b>μάση</b> ;	0	1	2	3	4

Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
28. Αισθάνεσθε ότι <b>εμποδίζεστε</b> να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε <b>μοναχιά</b> ;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε <b>φοβισμένος</b> ;	0	1	2	3	4
34. Τα <b>αισθήματά</b> σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας <b>συμπονοούν</b> ;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είστε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς <b>παλμούς</b> ή <b>ταχυπαλμία</b> ;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή <b>στομαχικές</b> διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους <b>μύς</b> ;	0	1	2	3	4
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι <b>μιλούν</b> για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από <b>αϋνία</b> ;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε <b>ξανά και ξανά</b> ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε <b>δύσπνοια</b> ;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε <b>ζεστή</b> ή <b>κρύο</b> ;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε <b>μερικά πράγματα, μέρη</b> ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να <b>αδειάζει το μυαλό</b> σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε <b>μούδιασμα</b> ή ελαφρό πόνο σε <b>τιμήματα</b> του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα <b>κόμπο</b> στο <b>λαιμό</b> ;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το <b>μέλλον</b> ;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε <b>αδυναμία</b> σε <b>τιμήματα</b> του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε <b>τεντωμένα</b> τα νεύρα σας ή <b>γεμάτος αγωνία</b> ;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε <b>βάρος</b> στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε <b>σκέψεις</b> θανάτου ή ότι <b>πεθαίνετε</b> ;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε <b>παραπάνω</b> από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε <b>άνετα</b> όταν σας κοιτάνε ή <b>μιλούν</b> για σας;	0	1	2	3	4

3

Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάστε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικότητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

**Nursing Dimensions Inventory questionnaire (GR-NDI-24)**

**ΟΔΗΓΙΕΣ**

Παρακαλώ διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά πριν απαντήσετε. Βάλτε έναν αριθμό από το 1 έως το 5 για κάθε πρόταση για να προσδιορίσετε τι θα ήταν σημαντικό για σας κατά την άσκηση του νοσηλευτικού έργου:

	ΚΑΘΟΛΟΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	ΛΙΓΟ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	ΑΡΚΕΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ	ΠΟΛΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ
1. Να εμπλέκεις έναν ασθενή στη φροντίδα του/της	1	2	3	4	5
2. Να καθυστεράεις τον ασθενή σχετικά με μια κλινική διαδικασία	1	2	3	4	5
3. Να ασχολείσαι με τα προβλήματα του κάθε ασθενή ατομικά	1	2	3	4	5
4. Να παρατηρείς τις επιδράσεις ενός φαρμάκου στον ασθενή	1	2	3	4	5
5. Να φροντίζεις τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενή	1	2	3	4	5
6. Να είσαι ευχάριστος με τους ασθενείς	1	2	3	4	5
7. Να προστατεύεις την <u>ιδιωτικότητα</u> του ασθενή	1	2	3	4	5
8. Να κανονίζεις να δει τον ασθενή ο εφημέριός του/της	1	2	3	4	5
9. Να βοηθάς τον ασθενή σε μια δραστηριότητα της καθημερινής ζωής (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)	1	2	3	4	5
10. Να διατηρείς τα αρχεία των ασθενών έως σήμερα	1	2	3	4	5
11. Να αναγνωρίζεις τον ασθενή ως πρόσωπο	1	2	3	4	5
12. Να εξηγείς μια κλινική διαδικασία στον ασθενή	1	2	3	4	5
13. Να ντύνεσαι προσεγγμένα όταν εργάζεσαι με ασθενείς	1	2	3	4	5
14. Να κάθεσαι με έναν ασθενή	1	2	3	4	5
15. Να διερευνάς τον τρόπο ζωής του ασθενή	1	2	3	4	5
16. Να αναφέρεις την κατάσταση του ασθενή σε έναν ανώτερο ιεραρχικά	1	2	3	4	5
17. Να είσαι δίπλα στον ασθενή κατά τη διάρκεια μιας κλινικής διαδικασίας	1	2	3	4	5
18. Να είσαι ειλικρινής με τον ασθενή	1	2	3	4	5
19. Να ακούς τον ασθενή	1	2	3	4	5
20. Να συμβουλεύεσαι τον γιατρό για τον ασθενή	1	2	3	4	5
21. Να καθοδηγείς τον ασθενή για <u>αυτοφροντίδα</u> (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)	1	2	3	4	5
22. Να μετράς τα "ζωτικά σημεία" του ασθενή (π.χ. σφυγμό και αρτηριακή πίεση)	1	2	3	4	5
23. Να βάζεις τις ανάγκες του ασθενή πρώτα (δηλαδή πριν από τις δικές σου)	1	2	3	4	5
24. Να είσαι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία	1	2	3	4	5

5

## Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»

### Fear of Pain Questionnaire (III)

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Ο παρακάτω πίνακας, περιέχει φράσεις, που περιγράφουν καταστάσεις επώδυνων εμπειριών. Παρακαλώ διαβάστε κάθε φράση ξεχωριστά και σκεφτείτε πόσο **ΠΟΛΥ ΦΟΒΗΘΗΚΑΤΕ** για τον **ΠΟΝΟ** που σας προκάλεσε κάθε κατάσταση. **Αν δεν έχετε βιώσει** ποτέ τον **ΠΟΝΟ** από κάποια από τις καταστάσεις που περιγράφονται, παρακαλώ απαντήστε με το σκεπτικό του πόσο **ΠΟΛΥ ΘΑ ΦΟΒΟΣΑΣΤΑΝ** για τον **ΠΟΝΟ** που θα νιώσατε **αν θα βιώνατε** κάποια τέτοια εμπειρία. **Κυκλώστε** έναν αριθμό για το κάθε ένα από τα παρακάτω πεδία, για να βαθμολογήσετε τον **ΪΚΟ** σας **ΦΟΒΟ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ** σχετικά με την κάθε μία κατάσταση.

Φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το:	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Να πάθω τροχαίο ατύχημα	0	1	2	3	4
2. Να δαγκώσω τη γλώσσα μου καθώς τρώω	0	1	2	3	4
3. Να σπάσω το χέρι μου	0	1	2	3	4
4. Να κόψω τη γλώσσα μου καθώς σαλιώνω ένα φάκελο	0	1	2	3	4
5. Να με χτυπήσει ένα βαρύ αντικείμενο στο κεφάλι	0	1	2	3	4
6. Να σπάσω το πόδι μου	0	1	2	3	4
7. Να χτυπήσω δυνατά κάπου τον αγκώνα μου, ώστε να μου «ξεραθεί» το χέρι	0	1	2	3	4
8. Να μου πάρουν αίμα με βελόνα για εξετάσεις	0	1	2	3	4
9. Να μαγκώσω το χέρι μου σε μια βαριά πόρτα αυτοκινήτου την ώρα που κλείνει με δύναμη	0	1	2	3	4
10. Να πέσω από τσιμεντένια σκάλα	0	1	2	3	4
11. Να μου κάνουν μια ένεση στο μπράτσο	0	1	2	3	4
12. Να κόψω τα δάκτυλά μου με ένα σπέρτο	0	1	2	3	4
13. Να σπάσω το λαιμό μου	0	1	2	3	4
14. Να μου κάνουν μια ένεση στους γλουτούς μου (οπίσθια)	0	1	2	3	4
15. Να καρφωθεί στο πέλμα του ποδιού μου ένα αγκάθι και να μου το αφαιρέσουν με τσιμπιδάκι	0	1	2	3	4
16. Να μου αφαιρέσει ένας οφθαλμίατρος ένα ξένο σώμα που έχει μπει στο μάτι μου	0	1	2	3	4
17. Να μου κάνουν μια ένεση μέσα στο στόμα	0	1	2	3	4
18. Να καώ στο πρόσωπο από αναμμένο τσιγάρο	0	1	2	3	4
19. Να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού	0	1	2	3	4
20. Να μου κάνουν ράμματα στα χείλη	0	1	2	3	4
21. Να μου αφαιρέσουν με ένα αιχμηρό εργαλείο μια κρεατοελιά από το πόδι μου	0	1	2	3	4
22. Να κοπώ καθώς ξυρίζομαι με ένα κοφτερό ξυραφάκι	0	1	2	3	4
23. Να καταπιώ ένα καυτό ρόφημα πριν κρυώσει	0	1	2	3	4
24. Να μου μπει σαπουνάδα στα μάτια μου καθώς λούζομαι ή κάνω μπάνιο	0	1	2	3	4
25. Να αρρωστήσω από μια ανίατη ασθένεια που προκαλεί καθημερινό πόνο	0	1	2	3	4
26. Να μου βγάλουν ένα δόντι	0	1	2	3	4
27. Να κάνω συνεχώς εμετό λόγω τροφικής δηλητηρίασης	0	1	2	3	4
28. Να μου μπει άμμος ή σκόνη στα μάτια μου	0	1	2	3	4
29. Να μου τροχίζουν ένα δόντι	0	1	2	3	4
30. Να πάθω μια μυϊκή κράμπα	0	1	2	3	4

6

*Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»*

**Pain anxiety symptoms (PASS)**

**ΟΔΗΓΙΕΣ**

Τα άτομα που βιώνουν πόνο δεν αντιδρούν όλα με τον ίδιο τρόπο σε αυτόν. Θα επιθυμούσαμε να μάθουμε τι κάνετε και τι σκέφτεστε όταν πονάτε. Παρακαλούμε, σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα πόσο συχνά σκέφτεστε ή κάνετε αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση. Κυκλώστε έναν αριθμό από το 0 (ποτέ) έως το 4 (πάντα) σε κάθε ερώτηση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Νομίζω ότι αν ο πόνος μου γίνει πολύ δυνατός, δεν θα μειωθεί ποτέ	0	1	2	3	4
2. Όταν πονάω φοβάμαι ότι κάτι πολύ κακό θα συμβεί	0	1	2	3	4
3. Όταν αισθάνομαι δυνατό πόνο πηγαίνω αμέσως στο κρεβάτι μου	0	1	2	3	4
4. Αρχίζω να τρέμω όταν κάνω μια δραστηριότητα που αυξάνει τον πόνο	0	1	2	3	4
5. Δεν μπορώ να σκεφτώ λογικά όταν πονάω	0	1	2	3	4
6. Θα σταματήσω κάθε δραστηριότητα με το που θα αισθανθώ τον πόνο να έρχεται	0	1	2	3	4
7. Ο πόνος φαίνεται να κάνει την καρδιά μου να σταματά ή να χτυπάει δυνατά και γρήγορα	0	1	2	3	4
8. Μόλις αρχίσω να πονάω παίρνω φάρμακο για να μειωθεί ο πόνος μου	0	1	2	3	4
9. Όταν πονάω νομίζω ότι μπορεί να είμαι σοβαρά άρρωστος	0	1	2	3	4
10. Κατά την διάρκεια επεισοδίων έντονου πόνου δυσκολεύομαι να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο παρά μόνο τον πόνο	0	1	2	3	4
11. Αποφεύγω σημαντικές δραστηριότητες όταν πονάω	0	1	2	3	4
12. Όταν πονάω νοιώθω αδύναμος και ζαλισμένος	0	1	2	3	4
13. Η αίσθηση του πόνου με τρομάζει πολύ	0	1	2	3	4
14. Όταν τραυματίζομαι σκέφτομαι διαρκώς τον πόνο μου	0	1	2	3	4
15. Ο πόνος μου προκαλεί ναυτία	0	1	2	3	4
16. Όταν ο πόνος γίνεται πολύ έντονος νομίζω ότι μπορεί να παραλύσω ή να γίνω εντελώς ανήμπορος	0	1	2	3	4
17. Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ όταν πονάω	0	1	2	3	4
18. Δυσκολεύομαι να χαλαρώσω το σώμα μου μετά από περιόδους πόνου	0	1	2	3	4
19. Ανησυχώ όταν πονάω	0	1	2	3	4
20. Προσπαθώ να αποφύγω δραστηριότητες που μου προκαλούν πόνο	0	1	2	3	4

7

## Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»

SF-36

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

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

Εξαιρετική.....1  
 Πολύ καλή .....2  
 Καλή .....3  
 Μέτρια .....4  
 Κακή .....5

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

Πολύ καλύτερη απ' ό,τι ένα χρόνο πριν .....1  
 Κάπως καλύτερη απ' ό,τι ένα χρόνο πριν .....2  
 Περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν .....3  
 Κάπως χειρότερη απ' ό,τι ένα χρόνο πριν .....4  
 Πολύ χειρότερη απ' ό,τι ένα χρόνο πριν .....5

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

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

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

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

8

## Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»

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

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

6. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, σε ποιο βαθμό η σωματικής σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα στάθηκαν εμπόδιο στις συνήθειες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας κλπ.; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου.....	1
Ελάχιστα .....	2
Μέτρια .....	3
Αρκετά .....	4
Πάρα πολύ .....	5

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

Καθόλου .....	1
Πολύ λίγο .....	2
Ήπιο .....	3
Μέτριο .....	4
Έντονο .....	5
Πολύ έντονο .....	6

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

Καθόλου .....	1
Λίγο.....	2
Μέτρια .....	3
Αρκετά .....	4
Πάρα πολύ .....	5

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

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

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

9



**Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»**

- Πάντα.....1
- Τις πιο πολλές φορές.....2
- Μερικές φορές.....3
- Όχι συχνά.....4
- Ποτέ..... 5

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

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

**CARDIAC ANXIETY QUESTIONNAIRE (CAQ) version of the GR-CAQ**

**ΟΔΗΓΙΕΣ**

Δεν βιώνουν όλοι οι άνθρωποι με τον ίδιο τρόπο την καρδιακή τους λειτουργία και τη «σχέση» που έχουν με την καρδιά τους. Θα επιθυμούσαμε να μάθουμε τι κάνετε και τι σκέφτεστε εσείς για την καρδιακή σας λειτουργία. Παρακαλούμε, σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα πόσο συχνά σκέφτεστε ή κάνετε αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση. Κυκλώστε έναν αριθμό από το 0 (ποτέ) έως το 4 (πάντα) σε κάθε ερώτηση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Αποφεύγω τη φυσική άσκηση	0	1	2	3	4
2. Ταχυπαλμίες με ξυπνούν τη νύχτα	0	1	2	3	4
3. Πόνοι στο στήθος / αίσθημα δυσφορίας με ξυπνούν τη νύχτα	0	1	2	3	4
4. Αποφεύγω την άσκηση ή άλλου είδους σωματική εργασία	0	1	2	3	4
5. Μπορώ να αισθανθώ την καρδιά μου στο στήθος μου	0	1	2	3	4
6. Αποφεύγω τις δραστηριότητες που με κάνουν να ιδρώνω	0	1	2	3	4
<b>Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας , ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου:</b>					
7. ...ανησυχώ ότι μπορεί να πάθω καρδιακό επεισόδιο	0	1	2	3	4
8. ....έχω δυσκολία να συγκεντρωθώ σε οτιδήποτε άλλο	0	1	2	3	4
9. .... φοβάμαι πάρα πολύ	0	1	2	3	4
10. .... επιθυμώ να εξεταστώ από έναν γιατρό	0	1	2	3	4

## Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»

### Προτάσεις Αξιολόγησης Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory – MBI)

Οι 22 προτάσεις που ακολουθούν αναφέρονται στα **αισθήματά** σας σχετικά με τη δουλειά σας. Σημειώστε δίπλα σε κάθε πρόταση τον **αριθμό** που εκφράζει καλύτερα το **πόσο συχνά** νοιώθετε το συναίσθημα της κάθε πρότασης.

0	1	2	3	4	5	6
Ποτέ	Μερικές φορές το χρόνο ή λιγότερο	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε μέρα

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ
1. Νιώθω συναισθηματικά άδειος / α από τη δουλειά μου.	
2. Νιώθω εξαντλημένος / η στο τέλος μιας εργάσιμη μέρας.	
3. Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μια ακόμα μέρα δουλειάς.	
4. Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν γενικά οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
5. Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών (ασθενείς) σαν να ήταν απρόσωπα αντικείμενα	
6. Αποτελεί πραγματικά φορτίο για μένα ότι πρέπει όλη την ημέρα να ασχολούμαι και να εργάζομαι με ανθρώπους.	
7. Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα που έχουν οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
8. Νιώθω εξουθενωμένος / η από τη δουλειά μου.	
9. Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά τη ζωή άλλων ανθρώπων.	
10. Έχω γίνει πιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.	
11. Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει και δείχνω συναισθηματική σκληρότητα.	
12. Νιώθω μεγάλη ενεργητικότητα.	
13. Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου.	
14. Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά σ' αυτή τη δουλειά.	
15. Στην πραγματικότητα δε νοιάζομαι πολύ για το τι συμβαίνει σε μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου.	
16. Το γεγονός ότι στη δουλειά μου έχω άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει και νιώθω υπερβολική ένταση (στρες).	
17. Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μια άνετη ατμόσφαιρα με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
18. Νιώθω αναζωογονημένος / η όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
19. Έχω κατορθώσει αρκετά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά αυτή.	
20. Νιώθω ότι έχω φτάσει στα όρια της αντοχής μου.	
21. Αντιμετωπίζω με ηρεμία τις συναισθηματικές φορτίσεις στη δουλειά μου.	
22. Αισθάνομαι ότι οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) κατακρίνουν εμένα για μερικά από τα προβλήματα που έχουν.	

## Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»

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

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

1	2	3	4	5	6	7	
Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ μέτρια	Διαφωνώ λίγο	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Συμφωνώ μέτρια	Συμφωνώ απόλυτα	
1. Συνήθως δεν γελάω ή αστειεύομαι όταν είμαι με πολλά άτομα	1	2	3	4	5	6	7
2. Αν αισθάνομαι καταθλιπτικά, συνήθως μπορώ να φτιάχνω τη διάθεσή μου χρησιμοποιώντας το χιούμορ	1	2	3	4	5	6	7
3. Αν κάποιος κάνει ένα λάθος, τον πειράζω συχνά σχετικά με αυτό	1	2	3	4	5	6	7
4. Επιτρέπω στους άλλους να με κοροϊδεύουν ή να διασκεδάζουν εις βάρος μου περισσότερο από όσο θα έπρεπε	1	2	3	4	5	6	7
5. Δεν χρειάζεται να κοπιάζω πολύ για να γελούν οι άλλοι - νομίζω ότι διαθέτω φυσικό χιούμορ	1	2	3	4	5	6	7
6. Ακόμη κι όταν είμαι μόνος μου συχνά διασκεδάζω με τους παραλογισμούς της ζωής	1	2	3	4	5	6	7
7. Οι άνθρωποι ποτέ δεν προσβάλλονται ούτε βλάπτονται από την αίσθηση του χιούμορ μου	1	2	3	4	5	6	7
8. Συχνά παρασύρομαι μειώνοντας τον εαυτό μου, αν αυτό μπορεί να κάνει την οικογένειά μου ή τους φίλους μου να γελάσουν	1	2	3	4	5	6	7
9. Σπάνια κάνω τους άλλους να γελούν λέγοντας αστείες ιστορίες του εαυτού μου	1	2	3	4	5	6	7
10. Αν νιώθω αναστατωμένος ή δυστυχισμένος, συνήθως προσπαθώ να σκέφτομαι κάτι αστείο για την κατάσταση για να αισθανθώ καλύτερα.	1	2	3	4	5	6	7
11. Όταν λέω ανέκδοτα ή αστεία πράγματα δεν ανησυχώ για το πώς τα παίρνουν οι άλλοι	1	2	3	4	5	6	7
12. Προσπαθώ συχνά να αρέσω στους άλλους ή να με αποδεχθούν περισσότερο λέγοντας κάποια αστεία σχετικά με τις αδυναμίες μου, τα λάθη μου και τα ελαττώματά μου	1	2	3	4	5	6	7
13. Γελάω και αστειεύομαι συχνά με τους φίλους μου	1	2	3	4	5	6	7
14. Η χιουμοριστική μου άποψη για τη ζωή με διαφυλάσσει από την υπερβολική αναστάτωση ή την κατάθλιψη σχετικά με τα γεγονότα	1	2	3	4	5	6	7

12

**Ειρήνη Ντόνη, «Η Διασύνδεση του Φόβου με την επαγγελματική κλινική φροντίδα»**

15. Δεν μου αρέσει όταν οι άνθρωποι χρησιμοποιούν το χιούμορ ως μέσο να επικρίνουν κάποιον ή να τον μειώσουν	1	2	3	4	5	6	7
16. Δεν λέω συχνά αστεία που μειώνουν τον εαυτό μου	1	2	3	4	5	6	7
17. Συνήθως δεν μου αρέσει να λέω αστεία ή να διασκεδάζω τους ανθρώπους.	1	2	3	4	5	6	7
18. Αν είμαι μόνος μου και νοιώθω δυσαρεστημένος προσπαθώ να σκεφτώ κάτι αστείο για να φτιάξω τη διάθεσή μου	1	2	3	4	5	6	7
19. Μερικές φορές σκέφτομαι κάτι που είναι τόσο αστείο που δεν μπορώ να μην το πω, ακόμα κι αν δεν είναι κατάλληλο για την περίπτωση.	1	2	3	4	5	6	7
20. Συχνά υπερβάλλω μειώνοντας τον εαυτό μου όταν κάνω αστεία ή προσπαθώντας να είμαι αστείος	1	2	3	4	5	6	7
21. Απολαμβάνω το να κάνω τους ανθρώπους να γελούν	1	2	3	4	5	6	7
22. Αν αισθάνομαι λυπημένος ή αναστατωμένος χάνω την αίσθηση του χιούμορ μου	1	2	3	4	5	6	7
23. Ποτέ δεν συμμετέχω γελώντας σε βάρος των άλλων ακόμη κι αν όλοι οι φίλοι μου το κάνουν	1	2	3	4	5	6	7
24. Όταν είμαι με φίλους ή την οικογένειά μου νομίζω ότι είμαι αυτός με τον οποίο οι άλλοι διασκεδάζουν ή κάνουν αστεία	1	2	3	4	5	6	7
25. Δεν αστειεύομαι συχνά με τους φίλους μου	1	2	3	4	5	6	7
26. Είναι εμπειρία μου το ότι σκεπτόμενοι κάποια διασκεδαστική πτυχή μιας κατάστασης είναι συχνά ένας αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων	1	2	3	4	5	6	7
27. Αν δεν μου αρέσει κάποιος συχνά χρησιμοποιώ το χιούμορ ή το πείραγμα για να τον μειώσω	1	2	3	4	5	6	7
28. Αν αντιμετωπίζω προβλήματα ή αισθάνομαι δυσαρεστημένος, συχνά το κρύβω λέγοντας αστεία, έτσι ώστε ακόμη και οι πιο στενοί φίλοι μου να μην ξέρουν πώς αισθάνομαι πραγματικά.	1	2	3	4	5	6	7
29. Συνήθως δεν μπορώ να σκεφτώ πνευματώδη πράγματα για να πω όταν είμαι με άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4	5	6	7
30. Δεν χρειάζεται να είμαι με άλλους ανθρώπους για να διασκεδάσω - συνήθως βρίσκω πράγματα για να γελάσω ακόμη και όταν είμαι μόνος μου.	1	2	3	4	5	6	7
31. Ακόμα κι αν κάτι είναι πραγματικά αστείο για μένα, δεν θα γελάσω ή θα αστευτώ με αυτό αν κάποιος μπορεί να αισθανθεί προσβλητικά.	1	2	3	4	5	6	7
32. Επιτρέποντας στους άλλους να γελούν μαζί μου είναι ο τρόπος μου για να κρατήσω τους φίλους και την οικογένειά μου σε καλή διάθεση	1	2	3	4	5	6	7

13