



Τμήμα Ιατρικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ



Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

Υπό

Κωνσταντίνας Παππά

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία
υποβληθείσα για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων απονομής του

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων

του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

----- 2020-----

© Κωνσταντίνα Παππά



Τμήμα Ιατρικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΕΝΗΛΙΚΩΝ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ



Τμήμα Νοσηλευτικής
Σχολή Επιστημών Υγείας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**Title: The role or fear and anxiety of pain for the professional adult
clinic care**

KONSTANTINA PAPPA

**Master Thesis presented to the University Ioannina School of Medicine as part of
the requirements for the Master of Science Degree in Adult Nursing.**

----- 2020-----

© KONSTANTINA PAPPA

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπων: ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ

Καθηγήτρια Ψυχολογίας Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Μέλη: ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΤΣΑΝΟΣ

*Αναπληρωτής Καθηγητής Γαστρεντερολογίας του Τμήματος Ιατρικής του
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΜΑΝΤΖΟΥΚΑΣ

Αναπληρωτής καθηγητής Ιατρικής, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ορισμός του φόβου

1.2 Ο ρόλος του φόβου και του άγχους

1.3 Η νευροβιολογία του φόβου

1.4 Η ανταπόκριση του ατόμου στο φόβο

1.5 Ο ρόλος του φόβου στην επαγγελματική κλινική φροντίδα ενηλίκων

1.6 Ο φόβος για τον πόνο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

1.2.1 Ορισμός του άγχους

1.2.2 Ο ρόλος του άγχους

1.2.3 Πρόκληση του άγχους

1.2.4 Η ανταπόκριση του ατόμου στο άγχος

1.2.5 Ο ρόλος του άγχους στην επαγγελματική κλινική φροντίδα ενηλίκων

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 Σκοπός της μελέτης

2.2 Ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

2.3 Υλικό και Μέθοδος

2.4 Δείγμα

2.5 Ερευνητική διαδικασία

2.6 Ερωτηματολόγιο και ερευνητικά εργαλεία

2.7 Στατιστική επεξεργασία

2.8 Αποτελέσματα της μελέτης

2.9 Συζήτηση αποτελεσμάτων

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αισθάνομαι έντονα την ανάγκη να επισημάνω τις ευχαριστίες μου, στην επιβλέπουσα της διπλωματικής μου εργασίας, κ. Μαίρη Γκούβα για την ανιδιοτελή προσφορά της, για τον σημαντικό χρόνο που μου αφιέρωσε και τις πολύτιμες πληροφορίες που μου μετέδωσε κατά την διάρκεια της συγγραφής της διπλωματικής μου εργασίας μου γιατί χωρίς την πολύτιμη βοήθεια της δεν θα ήταν δυνατή η πραγματοποίηση της εργασίας αυτής. Επιπλέον, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον κ. Στέφανο Μαντζούκα, και τον κ. Κατσάνο Κωνσταντίνο, μέλη της τριμελούς επιτροπής. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω και όλους τους καθηγητές για τις πολύτιμες γνώσεις που μου προσέφεραν κατά την διάρκεια της διετούς μου φοίτησης στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλές είναι οι μελέτες τα τελευταία χρόνια οι οποίες με τα σημαντικά αποτελέσματά τους οδηγούν στο συμπέρασμα ότι τα πρωτεύοντα και δευτερεύοντα συναισθήματα με την αρνητική και θετική λειτουργία τους μπορούν να δημιουργηθούν και να αναπαραχθούν στα μέλη μιας κοινωνίας (Jarymowicz&Bar-Tal, 2006). Έχει διαπιστωθεί ότι φυσιολογικές ενέργειες μπορούν να συνδεθούν με περισσότερα από ένα συναισθήματα σε κάθε άνθρωπο και το συναίσθημα μπορεί να επηρεάσει την πραγματικά βιωμένη συνείδηση. Τα εμπειρικά στοιχεία σχετικά με τη σχέση των συναισθημάτων του φόβου συχνά αναμιγνύονται (Cooperetall, 2007).

Ο φόβος και ο θυμός πολλές φορές αποτελούν τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος και όταν ένα άτομο παρενοχλείται, είτε αποκρίνεται με το θυμό και την επίθεση είτε με το φόβο και την φυγή (Stemmler, etall., 2007 - Lazarus, 1991). Άλλωστε και το κύκλωμα του φόβου και το κύκλωμα του θυμού βρίσκονται στο ίδιο σημείο στον εγκέφαλο, πιο συγκεκριμένα στην αμυγδαλή. Οι έρευνες έχουν δείξει ότι ζημία στην αμυγδαλή σχετίζεται με ελλείμματα στην αντίληψη των εκφράσεων του προσώπου στο φόβο. Τελευταία γίνονται έρευνες για τα ελλείμματα στην αντίληψη και άλλων συγκινήσεων ταυτόχρονα, όπως ο θυμός, αν και τα ελλείμματα στην αντίληψη των μικτών συναισθηματικών καταστάσεων δεν έχουν, ακόμα, καθιερωθεί οριστικά (Grahametall., 2007).

Το συναίσθημα του φόβου συνδέεται με μια μεγάλη ποικιλία άλλων συναισθημάτων, όπως μια παρατεταμένη εμπειρία φόβου ευαισθητοποιεί τον οργανισμό και το γνωστικό μας σύστημα με τέτοιο τρόπο που η έκφραση του αλληλεπιδρά στην παλέτα πολλών συναισθημάτων και συμβάλλει στην ανάδυση του θυμού, της οργής, της ενοχής, της περιέργειας, αλλά και της ελπίδας. Η διασύνδεση του φόβου με το θυμό είναι πλέον ξεκάθαρη. Και οι δύο αυτές συναισθηματικές απαντήσεις αποσκοπούν στην ίδια κατεύθυνση, οδηγούν στην αποφυγή μιας αποτυχίας ή στην πρόκληση ζημίας (Stemmler, etall., 2007). Σε αιφνίδια ή έντονη εγρήγορση τόσο η αντίδραση του φόβου, όσο και η αντίδραση του θυμού μπορούν να ενεργοποιηθούν ταυτόχρονα (LeDouxetall, 1990). Συνδεδεμένος με την επιθετικότητα, ο θυμός παρακινεί μια κατηγορηματική απάντηση όταν απειλούνται σημαντικοί στόχοι (Kuppens, etall., 2003). Αν και έχουν την ίδια αρνητική βάση, η κινητήρια κατεύθυνση είναι τελείως διαφορετική. Ο θυμός και η οργή στοχεύουν στην

προσέγγιση του στόχου με σκοπό την άρση του εμποδίου μέσω της επίθεσης, ενώ ο φόβος αποσκοπεί περισσότερο στη διαφυγή της απειλής (Stemmler, etall., 2007). Ακόμη, ο φόβος συνδέεται άμεσα με το συναίσθημα της αποστροφής. Η αποστροφή μπορεί να λειτουργήσει ομοίως με το φόβο, επειδή η διαφυγή ή η αποφυγή του ερεθίσματος ολοκληρώνει το αρνητικό συναίσθημα του φόβου (Woodyetall, 2005). Η αποστροφή συνδεδεμένη με την λειτουργία της αντίσπασης, παρακινεί την αποφυγή της μόλυνσης (Olatunji&Sawchuk, 2005), είτε τη φυσική (π.χ., λαμβάνοντας τα επιβλαβή τρόφιμα), είτε τη συμβολική (π.χ., ένα πρόσωπο, μια ιδέα, ή ένα αντικείμενο) (Rozinetall., 1999). Αν και η αποστροφή φαίνεται να αφορά περισσότερο τις αυτό-αναφορές γύρω από τα φοβικά αντικείμενα, οι Thorpe και Salkovskis υποστηρίζουν ότι η σχέση αυτή είναι περισσότερο συσχετιστική, παρά λειτουργική (Thorpe&Salkovskis, 1998).

Στο συμπεριφοριστικό επίπεδο, ο φόβος οδηγεί στην εύκολη και γρήγορη ανάκληση των αμυντικών ή/ και επιθετικών συμπεριφορών, που έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί σε προηγούμενο χρόνο, ενώ η ελπίδα απαιτεί την εξεύρεση και ανακάλυψη νέων συμπεριφορών για να επιτύχει τον επιθυμητό, θετικά πολύτιμο στόχο και προσπαθεί να τον πραγματοποιήσει. Κι αυτό είναι κάτι που δεν γίνεται εύκολα κάτω από συνθήκες πίεσης (Jarymowicz&Bar-Tal, 2006).

Στην θεωρία Watson, ο άνθρωπος θεωρείται ως μια ολότητα που βρίσκεται συνεχώς σε μια αλληλεπίδραση με το περιβάλλον του, ενώ η φροντίδα θεωρείται ως η πεμπουσία της νοσηλευτικής και το κεντρικό στοιχείο της κλινικής πρακτικής. Περιγράφει τις σημαντικότερες ανθρώπινες αξίες όπως είναι η ζωή, οι πνευματικές διαστάσεις της ζωής και η εσωτερική δύναμη που έχουν οι άνθρωποι και συλλαμβάνει την ιδέα της φροντίδας ως μια διαπροσωπική συνάντηση μεταξύ των ατόμων και ως ένα αλτρομιστικό και ανθρωπιστικό σύστημα αξιών, το αποτέλεσμα του οποίου είναι η προστασία και η ενδυνάμωση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (Reljić, Pajnikihar&Fekonja, 2018).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να επισημανθεί ο ρόλος τόσο του φόβου όσο και του άγχους όσον αφορά τον πόνο για την επαγγελματική και κλινική φροντίδα των ενηλίκων. Πιο συγκεκριμένα, στην αρχή θα γίνει ανάλυση της έννοιας του φόβου και του άγχους και ποιος είναι ο ρόλος τους στην επαγγελματική και κλινική φροντίδα ενηλίκων. Στην συνέχεια, αναλύεται η νευροβιολογία του φόβου καθώς και η ανταπόκριση του στον φόβο. Στον δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας γίνεται εκτενής αναφορά στο άγχος, καθώς και στον ρόλο του και την πρόκληση του άγχους στην κλινική φροντίδα ενηλίκων. Σημειώνεται επίσης, η ανταπόκριση του ατόμου στο άγχος, αλλά και γενικότερα αναλύεται η ανταπόκριση του άγχους στην επαγγελματική και κλινική φροντίδα ενηλίκων. Ακολουθεί το ερευνητικό κομμάτι της παρούσας εργασίας, στο οποίο γίνεται αναφορά στον σκοπό της έρευνας, τις ερευνητικές υποθέσεις, το υλικό και την μέθοδο που έχουν χρησιμοποιηθεί, το δείγμα, την ερευνητική διαδικασία που έχει ακολουθηθεί, και στην συνέχεια, δίνονται τα στοιχεία της στατιστικής επεξεργασίας, καθώς και η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας και η συζήτηση των αποτελεσμάτων αυτών.

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to highlight the role of both fear and anxiety in pain for non-occupational and clinical adult care. More specifically, the concept of fear and anxiety will first be analyzed and their role in occupational and clinical adult care. Next, we analyze the neurobiology of fear and its response to fear. The second chapter of the work makes extensive reference to stress, as well as its role and stress in adult clinical care. It also notes the individual's response to stress, and more generally the response to stress in occupational and clinical adult care. The following is the research part of this paper, which deals with the purpose of the research, the research hypotheses, the material and method used, the sample, the research process followed, and then provides the statistical data. , as well as analyzing the research results and discussing these results.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ορισμός του φόβου

Ο φόβος είναι ένα συναίσθημα που προκαλείται από τον αντιληπτό κίνδυνο ή απειλή που εμφανίζεται σε ορισμένους οργανισμούς, γεγονός που προκαλεί μεταβολές στις μεταβολικές και φυσιολογικές λειτουργίες των οργάνων και τελικά αλλαγή συμπεριφοράς, όπως η φυγή, η απόκρυψη στοιχείο ή ακόμη και τραυματικά φαινόμενα. Ο φόβος για τα ανθρώπινα όντα μπορεί να εμφανιστεί ως απάντηση σε ένα συγκεκριμένο ερέθισμα που συμβαίνει στο παρόν, ή προσδοκία μιας μελλοντικής απειλής που θεωρείται ως κίνδυνος για το σώμα ή τη ζωή. Η απάντηση στο φόβο προκύπτει από την αντίληψη του κινδύνου που οδηγεί στην αντιμετώπιση ή την αποφυγή της απειλής. Στους ανθρώπους και τα ζώα, ο φόβος διαμορφώνεται από τη διαδικασία της γνώσης και της μάθησης. Έτσι ο φόβος κρίνεται λογικός ή κατάλληλος και παράλογος ή ακατάλληλος. Ένας παράλογος φόβος ονομάζεται φοβία: Garcia, 2017).

Ψυχολόγοι όπως ο JohnB. Watson, ο RobertPlutchik και ο PaulEkman έχουν παρατηρήσει ότι το συναίσθημα του φόβου είναι αποτέλεσμα άλλων κύριων ή έμφυτων συναισθημάτων. Αυτό το υποθετικό σύνολο περιλαμβάνει συναισθήματα όπως η οξεία αντίδραση στρες, ο θυμός, το άγχος, ο φόβος, ο τρόμος, η χαρά, ο πανικός και η θλίψη. Ο φόβος είναι στενά συνδεδεμένος, αλλά πρέπει να διακρίνεται από το άγχος των συναισθημάτων, που συμβαίνει ως αποτέλεσμα απειλών που θεωρούνται ανεξέλεγκτες ή αναπόφευκτες (Ohman, 2000).

Η απάντηση στο φόβο εξυπηρετεί την επιβίωση δημιουργώντας κατάλληλες συμπεριφορικές αντιδράσεις και έτσι διατηρείται καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου (Olsson, 2007). Η κοινωνιολογική και οργανωτική έρευνα υποδηλώνει επίσης ότι οι φόβοι των ατόμων δεν εξαρτώνται αποκλειστικά από τη φύση τους, αλλά διαμορφώνονται επίσης από τις κοινωνικές τους σχέσεις και τον πολιτισμό τους, που καθοδηγούν την κατανόησή τους για το πότε και πόσο φόβο αισθάνεται (Gilletal., 2017).

Πολλές φυσιολογικές αλλαγές στο σώμα συνδέονται με το φόβο. Μια συχνή ανταπόκριση για την αντιμετώπιση του κινδύνου, είναι η επιτάχυνση του ρυθμού αναπνοής (υπεραερισμός), καρδιακό ρυθμό, αγγειοσυστολή των περιφερικών αιμοφόρων αγγείων που οδηγεί σε μεγάλη συγκέντρωση αίματος των κεντρικών αγγείων, αυξάνοντας την ένταση των μυών συμπεριλαμβανομένων των μυών που συνδέονται με το θυλάκιο της τρίχας, εφίδρωση, αυξημένη γλυκόζη αίματος, αυξημένο ασβέστιο στον ορό, εγρήγορση που οδηγεί σε διαταραχή ύπνου και δυσπεψία. Αυτός ο πρωταρχικός μηχανισμός μπορεί να βοηθήσει έναν οργανισμό να επιβιώσει είτε με το να τρέξει μακριά είτε να αντιμετωπίσει τον εκάστοτε φόβο (Edminson, 2012). Με τη σειρά των φυσιολογικών αλλαγών, η συνείδηση αντιλαμβάνεται πως προκαλείται το συναίσθημα του φόβου. Οι άνθρωποι αναπτύσσουν συγκεκριμένους φόβους ως αποτέλεσμα της μάθησης. Ο φόβος είναι αποτέλεσμα μάθησης. Αυτό έχει μελετηθεί στην ψυχολογία, ξεκινώντας με το πείραμα του LittleAlbert του JohnB. Watson το 1920, στο οποίο παρατηρούσε την αντίδραση ενός παιδιού στην παράλογη φοβία που είχε απέναντι στους σκύλους. Σε άλλη μελέτη, ένα αγόρι ηλικίας 11 μηνών είχε την τάση να φοβάται έναν λευκό αρουραίο στο εργαστήριο. Ο φόβος γενικεύτηκε για να συμπεριλάβει και άλλα λευκά, γούνινα αντικείμενα, όπως ένα κουνέλι, ένα σκυλί και ακόμη και μια σφαίρα από βαμβάκι (Edminson, 2012).

Υπάρχουν μελέτες που εξετάζουν περιοχές του εγκεφάλου που επηρεάζονται σε σχέση με το φόβο. Όταν εξετάζουμε αυτές τις περιοχές (όπως η αμυγδαλή), προτάθηκε ότι ένα άτομο μαθαίνει να φοβάται ανεξάρτητα από το αν οι ίδιοι έχουν βιώσει τραύμα ή εάν έχουν παρατηρήσει τον φόβο σε άλλους. Σε μια μελέτη που ολοκληρώθηκε από τον AndreasOlsson, την KatherineI. Nearing και την ElizabethA. Phelps, παρατηρήθηκε πως η αμυγδαλή επηρεάστηκε τόσο από τα άτομα που παρατηρούσαν την φοβία άλλων ατόμων όσο και από τα ίδια τα άτομα που βίωναν τον φόβο (Jonathan, 2009).

Ο φόβος επηρεάζεται από το πολιτιστικό και ιστορικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, στις αρχές του 20ου αιώνα, πολλοί Αμερικανοί φοβήθηκαν την πολιομυελίτιδα, μια ασθένεια που μπορεί να οδηγήσει σε παράλυση (Afica, 2011). Υπάρχουν συνεπείς διαπολιτισμικές διαφορές στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι ανταποκρίνονται στο φόβο. Οι κανόνες εμφάνισης επηρεάζουν πόσο πιθανό είναι να δείξουν οι άνθρωποι

την έκφραση του φόβου με γκριμάτσες του ίδιου τους του προσώπου (Jonathan, 2009).

Ο φόβος, είναι μέρος της ανθρώπινης φύσης. Πολλές μελέτες (Olsson, 2006) έχουν βρει ότι ορισμένοι φόβοι (π.χ. ζώα, ύψη) είναι πολύ πιο κοινοί από άλλους φόβους (π.χ. λουλούδια, σύννεφα). Από την άποψη της εξελικτικής ψυχολογίας, διαφορετικοί φόβοι μπορεί να είναι διαφορετικές προσαρμογές που ήταν χρήσιμες στο εξελικτικό παρελθόν του εκάστοτε ατόμου. Μπορεί να έχουν αναπτυχθεί σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. Ορισμένοι φόβοι, όπως ο φόβος για τα ύψη, μπορεί να είναι κοινός σε όλα τα θηλαστικά και να αναπτυχθούν κατά τη μέση ηλικία του ατόμου. Άλλοι φόβοι, όπως ο φόβος για τα φίδια, μπορεί να είναι κοινός σε όλους. Ακόμη άλλοι, όπως ο φόβος των ποντικών και των εντόμων, μπορεί να είναι μοναδικοί για τον άνθρωπο και να αναπτύσσονται κατά τις παλαιολιθικές και νεολιθικές χρονικές περιόδους (όταν τα ποντίκια και τα έντομα γίνονται σημαντικοί φορείς μολυσματικών ασθενειών και επιβλαβείς για τις καλλιέργειες και τα αποθηκευμένα τρόφιμα) (Jonathan, 2009; Garcia, 2017).

Ο φόβος είναι υψηλός μόνο εάν ο παρατηρούμενος κίνδυνος και σοβαρότητα είναι και οι δύο υψηλοί και είναι χαμηλός εάν ο κίνδυνος ή η σοβαρότητα είναι χαμηλοί (Ohman, 2011).

1.2 Ο ρόλος του φόβου και του άγχους

Η κύρια λειτουργία του φόβου και του άγχους είναι να λειτουργήσει ως σήμα κινδύνου προς το άτομο, απέναντι σε μία επικείμενη απειλή ή κινητική σύγκρουση έτσι ώστε να το προετοιμάσει για την αποφυγή του. Για ορισμένους συγγραφείς, ο φόβος και το άγχος είναι αδιαίρετοι, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι είναι ξεχωριστά φαινόμενα (Bracha, 2006).

Από την άλλη μεριά, άλλοι μελετητές ορίζουν το φόβο ως κατάσταση κινήτρων που προκαλείται από συγκεκριμένα ερεθίσματα που δημιουργούν αμυντική συμπεριφορά ή απόδραση (Warr, 2003). Τα ζώα μπορούν να μάθουν να φοβούνται

καταστάσεις στις οποίες έχουν εκτεθεί στο παρελθόν σε πόνο ή στρες και στη συνέχεια να εμφανίζουν συμπεριφορά αποφυγής όταν επανεμφανίζουν την κατάσταση. Τα νεαρά ζώα μπορεί να παρουσιάσουν μια έμφυτη αντίδραση φόβου στον ξαφνικό θόρυβο ή τις διαταραχές στο περιβάλλον, αλλά γρήγορα γίνονται εξοικειωμένοι με αυτά. Όταν χρησιμοποιούνται σε ένα οικείο περιβάλλον, τότε μπορεί να αναπτυχθεί ένας φόβος καινοτομίας (Davidson, 2010).

Οι ίδιοι ερευνητές έχουν επίσης κάνει τη σημαντική παρατήρηση ότι ο φόβος συχνά συγγέεται με άλλες πτυχές του κινήτρου. Έτσι, η σύγκρουση μεταξύ συμπεριφοράς φόβου και προσέγγισης μπορεί να οδηγήσει σε δραστηριότητες εκτόπισης. Τέτοιες δραστηριότητες εκτόπισης μπορεί να είναι η συμπεριφορική έκφραση μιας ανήσυχης κατάστασης, αλλά το άγχος είναι μια έννοια που προφανώς δεν χρησιμοποιείται από τους ηθολόγους, ίσως επειδή ο ορισμός τους για τον φόβο περιλαμβάνει στην πραγματικότητα και τις πιο βιολογικές πτυχές του άγχους (Warr, 2003).

Πολλοί συγγραφείς, ωστόσο, ισχυρίστηκαν ότι οι διαφορές στις αιτιολογίες τους, τα πρότυπα απόκρισης, τα χρονικά όρια και οι εντάσεις φαίνεται να δικαιολογούν μια σαφή διάκριση μεταξύ άγχους και φόβου (Strongman, 2006: Ekman, 2014). Παρόλο που και τα δύο είναι σήματα προειδοποίησης, φαίνονται να προετοιμάζουν το σώμα για διαφορετικές ενέργειες. Το άγχος είναι μια γενικευμένη απάντηση σε μια άγνωστη απειλή ή εσωτερική σύγκρουση, ενώ ο φόβος επικεντρώνεται σε γνωστό εξωτερικό κίνδυνο (Strongman, 2006: Ekman, 2014). Έχει προταθεί ότι «το άγχος μπορεί να γίνει κατανοητό μόνο λαμβάνοντας υπόψη ορισμένες από τις γνωστικές πτυχές του, επειδή μια βασική πτυχή του άγχους φαίνεται να είναι η αβεβαιότητα. Επίσης, είναι εύλογο να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι το άγχος μπορεί να διακριθεί από το φόβο στο ότι το αντικείμενο του φόβου είναι «πραγματικό» ή «εξωτερικό» ή «γνωστό» ή «αντικειμενικό». Οι ρίζες του άγχους είναι ασαφείς ή αβέβαιες (Ekman, 2014).

Άλλοι συγγραφείς επεσήμαναν ότι οι καταστάσεις που δεν έχουν σαφείς ενδείξεις περιστασιακών απρόβλεπτων ή πιθανών αποτελεσμάτων συνδέονται με σημαντικό στρες. Η αβεβαιότητα αναφορικά με αυτές τις καταστάσεις υπογραμμίζει την έλλειψη ελέγχου που συμβάλλει στο αίσθημα του άγχους και δυσχεραίνει την αντιμετώπιση. (Punksepp, 2008). Στο επίκεντρο αυτής της δομής είναι η αίσθηση της ανεξέλεγκτης

επικεντρωμένης σε μεγάλο βαθμό σε πιθανές μελλοντικές απειλές, κινδύνους ή άλλα επικείμενα δυνητικά αρνητικά γεγονότα, σε αντίθεση με τον φόβο, όπου ο κίνδυνος είναι παρόν και επικείμενος (Borod, 2010).

Το γεγονός ότι το άγχος και ο φόβος είναι πιθανώς διακριτές συναισθηματικές καταστάσεις δεν αποκλείει κάποια επικάλυψη στους υποκείμενους μηχανισμούς του εγκεφάλου και της συμπεριφοράς. Στην πραγματικότητα, το άγχος μπορεί να είναι απλώς μια πιο περίπλοκη μορφή φόβου, η οποία παρέχει στο άτομο αυξημένη ικανότητα προσαρμογής και προγραμματισμού για το μέλλον (Punksepp, 2008).

1.3 Η νευροβιολογία του φόβου

Είναι απαραίτητο για την επιβίωση, ένας οργανισμός να είναι σε θέση να ανιχνεύσει μια πιθανή απειλή για τη ζωή του. Ωστόσο, ο φόβος μπορεί να οδηγήσει σε παθολογικές καταστάσεις, όπως άγχος, φοβία, παράνοια ή διαταραχή μετατραυματικού στρες. Το νευρικό κύκλωμα που επεξεργάζεται τις πληροφορίες για το φόβο είναι καλά χαρτογραφημένο, αλλά αλλιώς, λίγα άλλα είναι γνωστά για τη βιολογική βάση αυτού του συναισθήματος. Τα τελευταία χρόνια, όμως, οι νευροεπιστήμονες διασαφήνισαν μερικούς από τους κυτταρικούς και μοριακούς μηχανισμούς που διέπουν το φόβο. Η καλύτερη κατανόηση αυτών των μηχανισμών θα μπορούσε να οδηγήσει σε νέες θεραπείες για διάφορες νευροψυχιατρικές καταστάσεις (Davidson, 2010).

Αν και η λέξη φόβος είναι δύσκολο να καθοριστεί, και ο καθένας ξέρει πώς αισθάνεται να φοβάται. Η φυσιολογική απάντηση στον φόβο ονομάζεται αντίδραση «μάχης ή πτήσης» ή «οξεία αντίδραση στρες» και περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον αμερικανικό φυσιολόγο Walter B. Cannon το 1929. Η αντίδραση οφείλεται στις ενέργειες της αδρεναλίνης, της νοραδρεναλίνης και η στεροειδής κορτιζόλη, της οποίας η απελευθέρωση προκαλείται από τον συμπαθητικό κλάδο του αυτόνομου νευρικού συστήματος: αυξάνεται ο ρυθμός της καρδιάς και επιταχύνει η αναπνοή. Ο μεταβολισμός του λίπους και της γλυκόζης στο ήπαρ αυξάνεται για να παρέχει την ενέργεια που μπορεί να χρειαστεί για να κινηθεί και επιπλέον η παραγωγή και η

απελευθέρωση ενδορφινών ενισχύεται. και τα κέντρα λήψης αποφάσεων του εγκεφάλου γίνονται γεμάτα δράση (Lewis, 2010, Ortony, 2010).

Ο φόβος μπορεί ευρέως να χαρακτηριστεί σε δύο τύπους. Ο συντηρητικός φόβος είναι η διαδικασία με την οποία ένα ασήμαντο και ακίνδυνο ερέθισμα γίνεται, από κοινού, ένα σημάδι κινδύνου. Η συσχέτιση μεταξύ ενός αθώου ερεθίσματος και μιας απάντησης φόβου μπορεί εύκολα να προκληθεί από την κλασική προετοιμασία, στην οποία το ερέθισμα συνδέεται επανειλημμένα με κάτι τρομακτικό, έως ότου φοβηθεί το ίδιο το ερέθισμα. Αντίθετα, ο μη επικυρωμένος φόβος δεν είναι βίωμα του ατόμου που το βιώνει, αλλά είναι «ενστικτώδης» αφού το άτομο μερικές φορές τι φοβάται ότι και οι πρόγονοί του (Larson, 2006).

Υπάρχει ένα μικρό μέρος του εγκεφάλου που έχει σχήμα αμυγδάλου και είναι γνωστό ότι εμπλέκεται σε συναισθήματα, συμπεριλαμβανομένου του φόβου. Συμμετέχει επίσης στην αναγνώριση των εκφράσεων του προσώπου και, επομένως, των συναισθημάτων. Τα άτομα με βλάβη στην αμυγδαλή έχουν δυσκολία στην αναγνώριση εκφράσεων του προσώπου σε άλλους. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι ερευνητές του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας ανέφεραν ότι οι έφηβοι με διπολική διαταραχή μπορεί να διαβάσουν εσφαλμένα τις εκφράσεις του προσώπου άλλων. Όταν ζητήθηκε να αξιολογηθεί η εχθρότητα μιας ουδέτερης έκφρασης του προσώπου, η αμυγδαλή αποδείχτηκε πιο ενεργή σε αυτούς τους εφήβους από ό, τι σε άλλους χωρίς την προϋπόθεση αυτή. Οι μελέτες απεικόνισης δείχνουν ότι όταν οι άνθρωποι παρουσιάζονται με ερεθίσματα ειδικά για τη φοβία και η αμυγδαλή ενεργοποιείται πιο γρήγορα σε εκείνους τους ανθρώπους με τη συγκεκριμένη φοβία απ' ό,τι σε άλλους χωρίς αυτήν (Nader, 2000: Keatingetal., 2002)

Η αμυγδαλή είναι μέρος του περιοριστικού συστήματος, ένα πολύπλοκο σύνολο δομών που περιλαμβάνει τον θάλαμο, τον υπόκαμπο, τον υποθάλαμο και τον οσφρητικό βολβό. Συνδέεται με το πρόσθιο μέρος του υπόκαμπου και εμπλέκεται, μεταξύ άλλων, στην κωδικοποίηση και εδραίωση μνήμης από φοβερές εμπειρίες. Η αμυγδαλή λαμβάνει τις κύριες εισόδους της από τους οπτικούς, ακουστικούς και σωματοαισθητικούς φλοιούς και τα κύρια αποτελέσματά της είναι στον υποθάλαμο, ο οποίος ελέγχει την παραγωγή ορμονών και την ομοιόσταση, καθώς και τα αυτόνομα κέντρα στο εγκέφαλο. Επομένως, η αμυγδαλή συνδυάζει αυτά τα αισθητήρια ερεθίσματα (κάτι τρομακτικό) με την αντίδραση του φόβου (Tudor, 2013).

Οι περισσότεροι ερευνητές πιστεύουν τώρα ότι η συσχέτιση μεταξύ των ελεγχόμενων και των μη ελεγχόμενων ερεθισμάτων που συμβαίνουν στη ρύθμιση του φόβου συνεπάγεται με τη συναπτική πλαστικότητα στην αμυγδαλή. Δηλαδή, η εκμάθηση της συσχέτισης μεταξύ των ερεθισμάτων απαιτεί την ενίσχυση των συνδέσεων στον πλευρικό πυρήνα της αμυγδαλής, που εδραιώνει τη μνήμη της ένωσης. Οι νευρώνες σε ένα μέρος της πλευρικής αμυγδαλής εμφανίζουν το είδος των ιδιοτήτων που θα απαιτούνταν για τον έλεγχο του φόβου. Αυτά τα κύτταρα λαμβάνουν εισροές από τις αισθητήριες περιοχές του θαλάμου και επίσης από τον εγκεφαλικό φλοιό. Οι προηγούμενες είσοδοι κωδικοποιούν ελεγχόμενους ερεθισμούς (π.χ. έναν συγκεκριμένο ήχο) και ο τελευταίος κωδικοποιεί μη ελεγχόμενα ερεθίσματα (π.χ. ένα ηλεκτρικό σοκ που συσχετίζεται με αυτόν τον ήχο) (Diaz, 2004).

Επειδή αυτές οι διαφορετικές εισροές συγκλίνουν στους ίδιους νευρώνες, η απόκριση των κυττάρων ενισχύεται όταν παρουσιάζονται ταυτόχρονα αμφότερα τα ελεγχόμενα και μη ελεγχόμενα ερεθίσματα. Αυτή η πλαστικότητα όμως είναι βραχύβια. Μόλις αποσυνδεθεί ο συνδυασμός και το ζώο δεν φοβάται πλέον το κλινικό ερέθισμα, αντιδρούν αντιθέτως οι αποκρίσεις μιας γειτονικής ομάδας κυττάρων. Αυτό μπορεί να εξηγήσει γιατί οι φόβοι που αντιμετωπίστηκαν με επιτυχία μπορεί μερικές φορές να πλημμυρίζουν πίσω μετά από ένα αγχωτικό γεγονός. Ήταν γνωστό εδώ και αρκετό καιρό ότι η κωδικοποίηση και η ενοποίηση των αναμνήσεων μπορεί να εμποδιστεί με την αναστολή της πρωτεϊνικής σύνθεσης στην αμυγδαλή, αλλά δεν ήταν σαφές ποιες πρωτεΐνες εμπλέκονται. Πρόσφατα, όμως, ο Gleb Shumyatsky και οι συνάδελφοί του στο Πανεπιστήμιο Rutgers στο Νιου Τζέρσεϋ ανακάλυψαν αρκετά γονίδια που εκφράζονται σε μεγάλο βαθμό στην αμυγδαλή και τα οποία φαίνεται να εμπλέκονται σε αυτή τη διαδικασία. Ένας από αυτούς κωδικοποιεί μια πρωτεΐνη που ονομάζεται stathmin (επίσης γνωστή ως ογκοπρωτεΐνη 18), η οποία είναι τώρα γνωστό ότι εμπλέκεται στη διαμεσολάβηση του σχηματισμού αναμνήσεων τόσο του κλινικού όσο και του ανεπιφύλακτη φόβου. Υπάρχει υψηλό επίπεδο έκφρασης του γονιδίου stathmin και αντίστοιχη υψηλή συγκέντρωση πρωτεΐνης stathmin, στην αμυγδαλή, αλλά όχι στον γειτονικό ιππόκαμπο (Woodgate, 2006). Τα μεταλλαγμένα ποντίκια που δεν είχαν το γονίδιο stathmin δεν μπόρεσαν να μάθουν νέους φόβους ή να ενεργήσουν ενστικτωδώς σε μια κατάσταση φόβου, δηλαδή είχαν ασθενέστερες αναμνήσεις από φοβερές εμπειρίες. Τα ποντίκια knockout του stathmin έδειξαν επίσης λιγότερο άγχος όταν παρουσιάστηκαν με νέους

λαβύρινθους για να εξερευνήσουν ή με δυνητικά επικίνδυνες καταστάσεις. Μετά από περαιτέρω εξέταση, παρατηρήθηκε ότι τα ποντίκια που δεν είχαν το γονίδιο *stathmin* είχαν ένα λιγότερο δυναμικό δίκτυο μικροσωληνίσκων από τα άγριου τύπου (κανονικά) ποντίκια. Οι μνήμες σχηματίζονται από τη δημιουργία νέων συναπτικών συνδέσεων, οι οποίες απαιτούν αναδιάταξη μικροσωληναρίων. Ελλείπει της πρωτεΐνης *stathmin*, οι μικροσωληνίσκοι δεν επανατοποθετούνται τόσο εύκολα και συνεπώς οι συνάψεις που κανονικά θα τροποποιηθούν κατά τη διάρκεια της δημιουργίας μνήμης δεν είναι τόσο πλαστικές όσο θα έπρεπε (Diaz, 2004). Πιο πρόσφατα, οι ερευνητές χρησιμοποίησαν τη λειτουργική απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (fMRI) για να δείξουν ότι ο ραχιαίος πρόσθιος φλοιός του κόλπου (rACC) ρυθμίζει τη δραστηριότητα στην αμυγδαλή, ενεργώντας αποτελεσματικά ως διακόπτης «on-off». Η JoyHirsch και οι συνεργάτες της στο Πανεπιστήμιο Columbia χρησιμοποίησαν μια παραλλαγή της δοκιμής Stroop, η οποία περιλαμβάνει την παρουσίαση λέξεων για χρώματα, τα οποία εκτυπώνονται σε χρώμα διαφορετικό από το νόημα της λέξης (π.χ. πράσινο). Αυτή η απόκλιση οδηγεί σε καθυστέρηση στην επεξεργασία των οπτικών πληροφοριών, αυξάνοντας τον χρόνο αντίδρασης που απαιτείται για την εκτέλεση της εργασίας (Welsh, 2012).

1.4 Η ανταπόκριση του ατόμου στο φόβο

Ο φόβος μπορεί να είναι τόσο παλαιός όσο η ζωή στη Γη. Είναι μια θεμελιώδης, βαθιά αντίδραση, εξελισσόμενη στο ιστορικό της βιολογίας, για την προστασία των οργανισμών από την αντιληπτή απειλή για την ακεραιότητά τους ή την ύπαρξή τους. Σκεπτόμενοι για το κύκλωμα του εγκεφάλου και την ανθρώπινη ψυχολογία, μερικά από τα κύρια χημικά που συμβάλλουν στην αντίδραση του φόβου εμπλέκονται επίσης σε άλλες θετικές συναισθηματικές καταστάσεις, όπως η ευτυχία και ο ενθουσιασμός (Parker, 2011).

Οι μελέτες και οι κλινικές αλληλεπιδράσεις, δείχνουν ότι ένας σημαντικός παράγοντας για το πώς βιώνει κανείς το φόβο έχει να κάνει με το πλαίσιο. Όταν ο «σκεπτόμενος» εγκέφαλος δίνει ανατροφοδότηση στον «συναισθηματικό» εγκέφαλο και αντιλαμβάνεται το άτομο ότι βρίσκεται σε έναν ασφαλές χώρο. Η αντίδραση του φόβου αρχίζει στον εγκέφαλο και εξαπλώνεται μέσω του σώματος για να κάνει

ρυθμίσεις για την καλύτερη άμυνα ή την αντίδραση του φόβου. Η αντίδραση φόβου αρχίζει σε μια περιοχή του εγκεφάλου που ονομάζεται αμυγδαλή. Αυτό το σε σχήμα αμυγδάλου σύνολο πυρήνων στον κροταφικό λοβό του εγκεφάλου είναι αφιερωμένο στην αντίληψη της συναισθηματικής σημασίας των ερεθισμάτων. Η αμυγδαλή ενεργοποιείται κάθε φορά που βλέπουμε ένα ανθρώπινο πρόσωπο με ένα συναίσθημα. Αυτή η αντίδραση είναι πιο έντονη από θυμό και φόβο. Ένα ερέθισμα απειλής, όπως το θέαμα ενός αρπακτικού, ενεργοποιεί μια απάντηση φόβου στην αμυγδαλή, η οποία ενεργοποιεί περιοχές που εμπλέκονται στην προετοιμασία για κινητικές λειτουργίες που εμπλέκονται στην διαδικασία του φόβου (Faulner, 2010).

Αυτό οδηγεί σε σωματικές αλλαγές που προετοιμάζουν το άτομο να είναι αποτελεσματικό στον κίνδυνο. Ο εγκέφαλος γίνεται υπερπληθής, οι βρόγχοι διαστέλλονται και η αναπνοή επιταχύνει. Επιπλέον αυξάνεται ο καρδιακός ρυθμός και υπάρχει αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Η ροή του αίματος και το ρεύμα της γλυκόζης στους σκελετικούς μύες αυξάνονται. Τα όργανα που δεν είναι ζωτικής σημασίας για την επιβίωση, όπως το γαστρεντερικό σύστημα επιβραδύνεται. Ένα μέρος του εγκεφάλου που ονομάζεται υπόκαμπος συνδέεται στενά με την αμυγδαλή. Ο υπόκαμπος και ο προμετωπικός φλοιός βοηθούν τον εγκέφαλο να ερμηνεύσει την αντιληπτή απειλή. Συμμετέχουν σε μια επεξεργασία στο υψηλότερο επίπεδο του πλαισίου, η οποία βοηθά ένα άτομο να γνωρίζει αν μια αντιληπτή απειλή είναι πραγματική (Swartz, 2013).

1.5 Ο ρόλος του φόβου στην επαγγελματική κλινική φροντίδα ενηλίκων

Τα στοιχεία δείχνουν ότι ο φόβος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των εμπειριών των ατόμων που χρησιμοποιούν ψυχιατρικές υπηρεσίες αλλά και στην επαγγελματική κλινική φροντίδα ενηλίκων (Bracha, 2016) Ωστόσο, οι συνθήκες, οι αιτίες και οι συνέπειες του φόβου σπάνια έχουν ερευνηθεί παρά τις προσκλήσεις για μια κοινωνιολογία του φόβου ότι «πρέπει να εξετάσει την πολιτιστική μήτρα εντός της οποίας πραγματοποιείται ο φόβος και να παρακολουθεί τα πρότυπα κοινωνικής δραστηριότητας που συνδέονται συστηματικά με αυτό» (Kolathil, 2011).

Ο φόβος και η ψυχική υγεία έχουν συνδεθεί με διάφορους τρόπους. Έχει υποστηριχθεί ότι ο φόβος οδηγεί το σύγχρονο σύστημα ψυχικής υγείας (Atifa, 2011). Η πολιτική για την ψυχική υγεία περιστρέφεται μεταξύ της προαγωγής των ατομικών ελευθεριών και των νομίμως περιοριστικών ελευθεριών, ενώ η «ασφάλεια» τονίζεται επί του παρόντος επί της «υποστήριξης». Οι σύγχρονες υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν γίνει όλο και πιο αποτρεπτικές από τον κίνδυνο, ιδίως με την εισαγωγή κοινοτικών διαταγμάτων θεραπείας ή κοινοτικής θεραπευτικής αγωγής σε Ευρώπη, Βόρεια Αμερική και Αυστραλασία. Έχει υποστηριχθεί ότι τέτοιες καταναγκαστικές πρακτικές, που τροφοδοτούνται από το στίγμα και το φόβο των «επικίνδυνων» χρηστών υπηρεσιών, εμποδίζουν την πρόσβαση των πολιτών στην υποστήριξη (Garcia, 2017). Για παράδειγμα, οι μελέτες έχουν εντοπίσει το φόβο της καταναγκαστικής μεταχείρισης ως εμπόδιο στην αναζήτηση βοήθειας. Ο φόβος έχει επίσης εννοηθεί ως αιτιώδης παράγοντας στην ψυχική δυσφορία. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, έχει υποστηριχθεί ότι οι άνθρωποι γίνονται όλο και πιο φοβισμένοι και αυτό επηρεάζει τις συλλογικές μας εμπειρίες ψυχικής δυσφορίας. Αυτοί οι συλλογικοί φόβοι τροφοδοτούνται από το κοινωνικο-ιστορικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ζούμε, συμπεριλαμβανομένων των θεσμών μας, της κυρίαρχης κουλτούρας και των κοινωνικών και υλικών σχέσεων (Olsson, 2007).

Υπάρχουν αποσπασματικές ενδείξεις ότι ο φόβος λειτουργεί διαφορετικά για διαφορετικές κοινωνικές ομάδες και ιδιαίτερα για χρήστες εθνικών υπηρεσιών μαύρης και μειονοτικής καταγωγής. Οι έρευνες αυτοκτονίας και ανθρωποκτονίας έχουν επανειλημμένα συνδέσει τις τραγωδίες με τον θεσμικό ρατσισμό, τα στερεότυπα και τις αντιλήψεις περί επικινδυνότητας (Warr, 2003). Η μελέτη "BreakingtheCirclesofFear" διερεύνησε τις εμπειρίες των Μαύρων χρηστών υπηρεσιών, των οικογενειών τους και των επαγγελματιών τους, μέσω της ανάλυσης του επιβλαβούς και διαδεδομένου ρόλου του φόβου, που ενημερώθηκε από τις εξερευνήσεις εξουσίας, ελέγχου, στιγματισμού και διακρίσεων (Ohman, 2000). Η προϋπόθεση της μελέτης ήταν ότι υπάρχουν πολλά στρώματα φόβου και ότι εάν συνδυάσετε αυτά τα διαφορετικά επίπεδα φόβου-φόβου των Μαύρων, φόβο ψυχικής ασθένειας και φόβου υπηρεσιών ψυχικής υγείας-φθάνετε σε έναν ολέθριο κύκλο φόβου, κύκλου που επηρεάζει αρνητικά τη δέσμευση των Μαύρων με υπηρεσίες και αντίστροφα, ορισμένες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι διαφορετικές κοινωνικές ομάδες αντιμετωπίζουν διαφορετικά τον φόβο ανάλογα με τις κοινωνικές θέσεις, τους

ρόλους και τις σχέσεις τους. Για παράδειγμα, οι μητέρες που πάσχουν από ψύχωση έχουν ιδιαίτερους φόβους για την επίδραση της αγωνίας τους στα παιδιά τους και για τον ενδεχομένως ενοχλητικό ρόλο των κοινωνικών υπηρεσιών (Davinson., 2011)

Η βιοματική έρευνα έχει δείξει ότι δίνοντας μια διάγνωση διανοητικής υγείας, οι χρήστες αναγκάζονται να αντιμετωπίσουν το φόβο και το στίγμα της ψυχικής δυσφορίας, επηρεάζοντας αρνητικά την αναζήτηση βοήθειας. Ωστόσο, ενώ το στίγμα φοβάται, δεν είναι πάντοτε έμπειρο. Οι εθνοτικές γυναίκες που βιώνουν διανοητική δυσφορία έδειξαν φόβους γύρω από τις διαγνώσεις που ήταν τόσο ισχυρές ώστε να βλάψουν την ανάκαμψη. Η έρευνα χρηστών των υπηρεσιών διαπίστωσε επίσης ότι ο φόβος διαδραματίζει βασικό ρόλο στη διαμόρφωση εμπειριών και την αποφυγή υπηρεσιών σε άτομα που θεωρούνται «δύσκολα να συμμετάσχουν» (Strongman, 2016).

Μια συνέπεια είναι ότι οι χρήστες των υπηρεσιών φοβούνται την αποκάλυψη προβλημάτων ψυχικής υγείας ακόμη και στους παθολόγους τους επειδή φοβούνται ότι θα χάσουν τον έλεγχο, την εξωτερική κρίση, τη θεραπεία, θα χάσουν τα παιδιά τους και θα θεσμοθετηθούν. Αυτή είναι μια εικόνα συνονθύλευμα που χτίστηκε από διαφορετικές έρευνες. Μέχρι σήμερα έχει γίνει ελάχιστη έρευνα σχετικά με τις συνθήκες, τις αιτίες και τις συνέπειες του φόβου και είναι απαραίτητο ένα πρωτότυπο εννοιολογικό μοντέλο του ρόλου του φόβου. Σε αυτή την εργασία αναπτύσσουμε και περιγράφουμε ένα εμπειρικά γειτονικό εννοιολογικό μοντέλο του ρόλου του φόβου στις ζωές των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας ενηλίκων και περιγράφουμε κάποιες συνέπειες συμπεριλαμβανομένης της επίδρασης στη δέσμευση με υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Lewis, 2010, Ortony, 2010).

1.6 Ο φόβος για τον πόνο

Όταν ένα άτομο τραυματίζεται, αρχίζει να συνδέει τον τραυματισμό με τη δραστηριότητα που τον προκάλεσε και θα αποφύγει αυτή τη δραστηριότητα καθώς και άλλες δραστηριότητες. Βραχυπρόθεσμα, η αποφυγή μπορεί να προάγει τη θεραπεία, αλλά με την πάροδο του χρόνου, ο φόβος του πόνου μπορεί στην πραγματικότητα να προκαλέσει χρόνιο πόνο, οδηγώντας σε αναπηρία και

κατάθλιψη. Ψυχολογικοί επιστήμονες μοιράστηκαν πολλές προσεγγίσεις για τη διερεύνηση αυτού του εκπληκτικού μοντέλου συμπεριφοράς πόνου. Μια τεχνική βασίστηκε στην κλασική προετοιμασία, στην οποία οι εθελοντές έλαβαν ένα σοκ ανταποκρινόμενοι σε ένα συγκεκριμένο κίνημα που πραγματοποίησαν. Όταν περίμεναν πόνο, οι άνθρωποι κινήθηκαν πιο αργά. Επίσης, τείνουν να κινούνται πιο αργά όταν εκτελούν νέες κινήσεις, παρόλο που αυτές οι κινήσεις δεν είχαν συνδεθεί με πόνο (Kolathil, 2011).

Μια άλλη προσέγγιση ήταν να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ του πόνου και της προσπάθειας ενός ατόμου να ολοκληρώσει μια εργασία. Οι στόχοι που συνδέονται με τον πόνο (π.χ. ανακούφιση του πόνου στον αυχένα) μπορεί να έρχονται σε σύγκρουση με τους στόχους επίτευξης (π.χ., φινίρισμα μιας έκθεσης πριν από μια προθεσμία), που επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αισθάνονται πόνο. Τα άτομα που είχαν τόσο ισχυρούς στόχους επίτευξης όσο και ισχυρούς στόχους αποφυγής του πόνου ανέφεραν περισσότερους πόνους και αναπηρίες. Η απεικόνιση του εγκεφάλου παρέχει επίσης περισσότερες πληροφορίες για τη συμπεριφορά αποφυγής. Οι ερευνητές έχουν δείξει ότι η πρόσθια νησίδα, ένα τμήμα του εγκεφαλικού φλοιού που έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται με την ευαισθητοποίηση των καταστάσεων του σώματος, είναι ενεργό όταν τα άτομα αισθάνονται πόνο. Επίσης, αυτή η περιοχή είναι πιο ενεργή όταν αντιλαμβάνονται μια μεγάλη απειλή πόνου. Έχουν επίσης βρεθεί συνδέσεις μεταξύ περιοχών που σχετίζονται με τον πόνο και περιοχές που φαίνεται ότι εμπλέκονται στην επεξεργασία του φόβου και της μνήμης (Parker, 2011).

Οι θεραπείες με βάση αυτό το μοντέλο έχουν επίσης δοκιμαστεί σε κλινικά μοντέλα. Η θεραπεία έκθεσης ή η έκθεση των ασθενών σε δραστηριότητες που έχουν αποφευχθεί λόγω πόνου έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τον πόνο και βοηθά τους ασθενείς να αποκαταστήσουν την κινητικότητα. Ο φόβος δεν είναι η πηγή όλου του πόνου, αλλά όπως έδειξαν αυτοί οι ψυχολογικοί επιστήμονες, μπορεί να τροφοδοτήσει έναν φαύλο κύκλο που μπορεί να σταματήσει μόνο όταν οι ασθενείς αναγνωρίσουν αυτόν τον φόβο (Halliwell, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

1.2.1. Ορισμός του άγχους

Το άγχος είναι ένα συναίσθημα που χαρακτηρίζεται από μια δυσάρεστη κατάσταση εσωτερικής αναταραχής, που συχνά συνοδεύεται από νευρική συμπεριφορά (Davison, 2008) Είναι τα υποκειμενικά δυσάρεστα συναισθήματα φόβου για τα αναμενόμενα γεγονότα, όπως το αίσθημα του επικείμενου θανάτου (Bouras, 2007).

Το άγχος είναι ένα αίσθημα ανησυχίας, συνήθως γενικευμένης και αδιάφορης ως υπερβολική αντίδραση σε μια κατάσταση που θεωρείται μόνο υποκειμενικά ως απειλητική (AmericanPsychiatricAssociation, 2018). Συχνά συνοδεύεται από μυϊκή ένταση, ανησυχία, κόπωση και προβλήματα συγκέντρωσης. Το άγχος μπορεί να είναι κατάλληλο, αλλά όταν βιώνεται τακτικά, το άτομο μπορεί να υποφέρει από μια διαταραχή άγχους. Το άγχος δεν είναι το ίδιο με το φόβο, το οποίο είναι μια απάντηση σε μια πραγματική ή αντιληπτή άμεση απειλή. Το άγχος συνεπάγεται την προσδοκία μελλοντικής απειλής (Barker, 2013). Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν το άγχος μπορούν να αποσυρθούν από καταστάσεις που έχουν προκαλέσει άγχος στο παρελθόν (Barker, 2013).

Το άγχος μπορεί να είναι είτε βραχυπρόθεσμο είτε μακροπρόθεσμο. Ενώ το βασικό χαρακτηριστικό του άγχους, αποτελεί ανησυχία για μελλοντικά γεγονότα, οι διαταραχές άγχους είναι μια ομάδα ψυχικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από συναισθήματα άγχους και φόβου (Οι διαταραχές άγχους είναι εν μέρει γενετικές, με μελέτες με δίδυμα στοιχεία που υποδηλώνουν γενετική επίδραση 30-40% στις ατομικές διαφορές στο άγχος (Barker, 2013).

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι επίσης σημαντικοί. Δύο μελέτες δείχνουν ότι τα μεμονωμένα περιβάλλοντα έχουν μεγάλη επίδραση στο άγχος, ενώ οι κοινές περιβαλλοντικές επιδράσεις (περιβάλλοντα που επηρεάζουν τα δίδυμα με τον ίδιο τρόπο) λειτουργούν κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας αλλά μειώνονται κατά την εφηβεία (WHO, 2019). Συγκεκριμένα μετρούμενα «περιβάλλοντα» που σχετίζονται με το άγχος περιλαμβάνουν την κακοποίηση παιδιών, το οικογενειακό ιστορικό διαταραχών ψυχικής υγείας και τη φτώχεια (Barker, 2013). Το άγχος σχετίζεται επίσης με τη χρήση ναρκωτικών, όπως το αλκοόλ, η καφεΐνη και οι βενζοδιαζεπίνες (οι οποίες συχνά συνταγογραφούνται για τη θεραπεία του άγχους).

Υπάρχουν διάφοροι τύποι άγχους. Υπάρχουσα ανησυχία μπορεί να συμβεί όταν ένα άτομο αντιμετωπίζει άγχος, μια υπαρξιακή κρίση ή συναισθήματα. Οι άνθρωποι μπορούν επίσης να αντιμετωπίσουν το μαθηματικό άγχος, το σωματικό άγχος, το φονικό στάδιο ή το άγχος της δοκιμής. Το κοινωνικό άγχος και το ξένο άγχος προκαλούνται όταν οι άνθρωποι ανησυχούν γύρω από τους ξένους ή άλλους ανθρώπους εν γένει (Smoller, 2018) Οι διαταραχές άγχους εμφανίζονται συχνά με άλλες διαταραχές ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, την διπολική διαταραχή, τις διαταραχές διατροφής ή ορισμένες διαταραχές της προσωπικότητας. Συχνά εμφανίζεται επίσης με χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως ο νευρωτισμός. Αυτή η παρατηρούμενη συνεμφάνιση οφείλεται εν μέρει στις γενετικές και περιβαλλοντικές επιδράσεις που μοιράζονται αυτά τα χαρακτηριστικά και το άγχος (Kendler, 2004).

1.2.2. Πρόκληση του άγχους

Οι καταστάσεις και οι πιέσεις που προκαλούν άγχος είναι γνωστές ως παράγοντες άγχους. Όλοι οι παράγοντες άγχους δεν προκαλούνται από εξωτερικούς παράγοντες. Το άγχος μπορεί επίσης να είναι εσωτερικό ή να αυτοπαράγεται, όταν ανησυχεί το άτομο υπερβολικά για κάτι που μπορεί ή όχι να συμβεί, ή να υπάρχουν παράλογες και απαισιόδοξες σκέψεις για τη ζωή (Bryson, 2007).

Τέλος, αυτό που προκαλεί άγχος εξαρτάται, τουλάχιστον εν μέρει, από την αντίληψη για αυτό. Κάτι που είναι αγχωτικό μπορεί να μην είναι αγχωτικό για κάποιον άλλο. Όταν ένα άτομο ευδοκμεί υπό την πίεση και αποδίδει καλύτερα μπροστά σε μια σύντομη προθεσμία, ένα άλλο θα αγχωθεί όταν οι απαιτήσεις εργασίας κλιμακώνονται (Bhui, 2012).

Οι συνήθεις εξωτερικές αιτίες άγχους περιλαμβάνουν: σημαντικές αλλαγές ζωής, δυσκολίες στις σχέσεις, οικονομικά προβλήματα, παιδιά και οικογένεια
Κοινές εσωτερικές αιτίες άγχους περιλαμβάνουν: απαισιοδοξία, αδυναμία αποδοχής,

αβεβαιότητα, άκαμπτη σκέψη, έλλειψη ευελιξίας, αρνητική αυτοδιάθεση, μη ρεαλιστικές προσδοκίες / τελειομανία (Bhui, 2012).

1.2.3. Η ανταπόκριση του ατόμου στο άγχος

Μια αγχωτική κατάσταση, μπορεί να προκαλέσει μια σειρά από ορμόνες στρες που παράγουν φυσιολογικές αλλαγές. Ένα αγχωτικό περιστατικό μπορεί να κάνει την καρδιά να χτυπά δυνατά και την αναπνοή να επιταχυνθεί. Αυτός ο συνδυασμός αντιδράσεων στο στρες είναι επίσης γνωστός ως αντίδραση "μάχης ή πτήσης" επειδή εξελίχθηκε ως μηχανισμός επιβίωσης, επιτρέποντας σε ανθρώπους και άλλα θηλαστικά να αντιδρούν γρήγορα σε καταστάσεις που απειλούν τη ζωή. Η άμεση ακολουθία ορμονικών αλλαγών και φυσιολογικών απαντήσεων βοηθάει κάποιον να καταπολεμήσει την απειλή ή να φύγει στην ασφάλεια. Το σώμα μπορεί επίσης να αντιδράσει υπερβολικά σε στρεσογόνους παράγοντες που δεν απειλούν τη ζωή, όπως η κυκλοφοριακή συμφόρηση, η πίεση εργασίας και οι οικογενειακές δυσκολίες (Cooper, 2006).

Με τα χρόνια, οι ερευνητές έχουν μάθει όχι μόνο πώς και γιατί συμβαίνουν αυτές οι αντιδράσεις, αλλά έχουν επίσης καταλάβει τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις που έχει το χρόνιο άγχος στη σωματική και ψυχολογική υγεία. Οι έρευνες υποδεικνύουν ότι το χρόνιο στρες συμβάλλει στην υψηλή αρτηριακή πίεση, προάγει το σχηματισμό κατακρημνιζόμενων αρτηριών και προκαλεί αλλαγές στον εγκέφαλο που μπορεί να συμβάλουν στο άγχος, την κατάθλιψη και τον εθισμό. Μια πιο προκαταρκτική έρευνα υποδηλώνει ότι το χρόνιο στρες μπορεί επίσης να συμβάλει στην παχυσαρκία, τόσο μέσω άμεσων μηχανισμών (προκαλώντας περισσότερη επιθυμία τροφής στους ανθρώπους) είτε έμμεσα (μειώνοντας τον ύπνο και την άσκηση) (Whitehead, 2017).

Η αντίδραση στρες αρχίζει στον εγκέφαλο. Όταν κάποιος αντιμετωπίζει ένα κίνδυνο, τα μάτια ή τα αυτιά (ή και τα δύο) στέλνουν τις πληροφορίες στην αμυγδαλή, μια περιοχή του εγκεφάλου που συμβάλλει στη συναισθηματική επεξεργασία. Η

αμυγδαλή ερμηνεύει τις εικόνες και τους ήχους. Όταν αντιλαμβάνεται τον κίνδυνο, στέλνει αμέσως σήμα κινδύνου στον υποθάλαμο (Jonge, 2002).

Όταν κάποιος βιώνει ένα αγχωτικό συμβάν, η αμυγδαλή, μια περιοχή του εγκεφάλου που συμβάλλει στη συναισθηματική επεξεργασία, στέλνει ένα σήμα κινδύνου στον υποθάλαμο. Αυτή η περιοχή του εγκεφάλου λειτουργεί σαν κέντρο διοίκησης, επικοινωνώντας με το υπόλοιπο σώμα μέσω του νευρικού συστήματος, έτσι ώστε το άτομο να έχει την ενέργεια για να πολεμήσει ή να φύγει. Ο υποθάλαμος λειτουργεί ως κέντρο διοίκησης. Αυτή η περιοχή του εγκεφάλου επικοινωνεί με το υπόλοιπο σώμα μέσω του αυτόνομου νευρικού συστήματος, το οποίο ελέγχει τέτοιες ακούσιες λειτουργίες του σώματος όπως η αναπνοή, η αρτηριακή πίεση, ο καρδιακός παλμός και η συστολή ή διαστολή των βασικών αιμοφόρων αγγείων και των μικρών αεραγωγών στους πνεύμονες που ονομάζονται βρογχιόλια. Το αυτόνομο νευρικό σύστημα έχει δύο συστατικά, το συμπαθητικό νευρικό σύστημα και το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα (Marine, 2006).

Αφού η αμυγδαλή στέλνει ένα σήμα κινδύνου, ο υποθάλαμος ενεργοποιεί το συμπαθητικό νευρικό σύστημα στέλνοντας σήματα μέσω των αυτόνομων νεύρων στους επινεφρίδιους αδένες. Αυτοί οι αδένες αποκρίνονται αντλώντας την ορμόνη επινεφρίνη (επίσης γνωστή ως αδρεναλίνη) στην κυκλοφορία του αίματος. Καθώς η επινεφρίνη κυκλοφορεί μέσω του σώματος, επιφέρει ορισμένες φυσιολογικές αλλαγές. Η καρδιά χτυπά ταχύτερα από το κανονικό, πιέζοντας το αίμα στους μύες, την καρδιά και άλλα ζωτικά όργανα. Ο ρυθμός παλμού και η αρτηριακή πίεση ανεβαίνουν. Το άτομο που υποβάλλεται σε αυτές τις αλλαγές αρχίζει επίσης να αναπνέει πιο γρήγορα. Οι μικροί αεραγωγοί στους πνεύμονες ανοίγουν ευρέως. Με αυτόν τον τρόπο, οι πνεύμονες μπορούν να πάρουν όσο το δυνατόν οξυγόνο με κάθε αναπνοή. Επιπλέον οξυγόνο αποστέλλεται στον εγκέφαλο, αυξάνοντας την εγρήγορση. Η όραση, η ακοή και οι άλλες αισθήσεις γίνονται εντονότερες. Εν τω μεταξύ, η επινεφρίνη προκαλεί την απελευθέρωση σακχάρου (γλυκόζης) στο αίμα και λιπών από χώρους προσωρινής αποθήκευσης στο σώμα. Αυτές οι θρεπτικές ουσίες κατακλύζουν στην κυκλοφορία του αίματος, παρέχοντας ενέργεια σε όλα τα μέρη του σώματος (Page, 2013; Brooker, 2001).

1.2.4. Ο ρόλος του άγχους στην επαγγελματική κλινική φροντίδα ενηλίκων

Η εννοιοποίηση του εργασιακού άγχους είναι ζωτικής σημασίας κατά την ανάπτυξη παρεμβάσεων για τον χώρο εργασίας. Το άγχος που σχετίζεται με την εργασία ορίζεται ως «μια βλαβερή αντίδραση που οι άνθρωποι πρέπει να ασκήσουν υπερβολικές πιέσεις και απαιτήσεις που τους τίθενται κατά τηνεργασία» (Cooper, 2001). Στην Μεγάλη Βρετανία έρευνες έχουν δείξει πώς οι επαγγελματίες υγείας παραπονούνται για άγχος, κατάθλιψη ή άγχος που προκαλείται από την εργασία τους. Το εκτιμώμενο οικονομικό κόστος για τη βρετανική οικονομία ως αποτέλεσμα του άγχους στην εργασία είναι σημαντικό, με απώλειες £ 14,3 δισ. το 2013 / 2014,2,2 και το υψηλότερο κόστος στη δημόσια υπηρεσία ανέρχεται σε £ 1,2 δισ. έτος. (Calil, 2016).

Το εργασιακό άγχος μπορεί να οδηγήσει σε σωματικές ασθένειες, καθώς και σε ψυχικές διαταραχές και ψυχικές ασθένειες (Craske, 2017). Η πρόσφατη αύξηση του εργασιακού άγχους συνδέεται με την παγκόσμια και εθνική ύφεση, την εργασιακή ανασφάλεια και την ένταση εργασίας (WHO, 2015) τονμεγαλύτερο φόρτο εργασίας και τις περισσότερες διαπροσωπικές συγκρούσεις (Chandola, 2010) και μπορεί να έχει αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των παιδιών μέσω της διακοπής της γονικής μέριμνας. Ουσιαστικά, το άγχος στο χώρο εργασίας μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της έκθεσης σε μια σειρά εργασιακών πιέσεων και φαίνεται να προκύπτει όταν οι άνθρωποι προσπαθούν να διαχειριστούν τις εργασιακές ασκήσεις ή άλλες μορφές πίεσης που σχετίζονται με την εργασία τους και αντιμετωπίζουν δυσκολία, πίεση, άγχος ή ανησυχία στην προσπάθεια αυτή. Οι παράγοντες άγχους εργασίας μπορούν να λάβουν διαφορετικές μορφές ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του χώρου εργασίας και μπορεί να είναι μοναδικοί σε έναν οργανισμό. Η θεωρία των θεωρητικών μοντέλων στρες θεωρεί ότι είτε σχετίζεται με δυσμενή γεγονότα και αγχωτικά περιβάλλοντα είτε με τις φυσιολογικές και ψυχολογικές απαντήσεις του ατόμου οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος (Calil, 2016).

Αν και τα θεωρητικά μοντέλα θεωρούν το άγχος ως αποτέλεσμα μιας ανισορροπίας μεταξύ των αντιλήψεων των εξωτερικών απαιτήσεων και των εσωτερικών πόρων, η συναίνεση μεταξύ των θεωρητικών ακαδημαϊκών μοντέλων και των λαϊκών αναπαραστάσεων των ορισμών του στρες δεν είναι καθόλου σαφείς. Ορισμοί του

άγχους στην ερευνητική βιβλιογραφία καθώς και εκείνοι που αναφέρουν οι λαϊκοί άνθρωποι διαφέρουν σημαντικά. Για παράδειγμα, οι Kinman&Jones διαπίστωσαν ότι υπήρξε έλλειψη συναίνεσης σχετικά με τις εννοιολογικές καταστάσεις στρες και χρησιμοποιήθηκαν διάφοροι προσωπικοί, κοινωνικοί, περιβαλλοντικοί και εργασιακοί παράγοντες για τον προσδιορισμό και την ερμηνεία της έννοιας του stress. Η Brooker&Eakin προτείνει ότι οι έννοιες όπως η εξουσία ή ο έλεγχος σε σχέση με το φύλο και την τάξη σχετίζονται με το άγχος, αλλά τα μοντέλα άγχους δεν τα λαμβάνουν ρητά υπόψη. Για παράδειγμα, ο Pageetal, διαπίστωσε ότι οι συμμετέχοντες αντιλήφθηκαν το άγχος ως ένα θηλυκό χαρακτηριστικό που συνδέεται με την αδυναμία, έτσι λίγοι άνθρωποι το παραδέχονται (Evans – Lacko, 2015).

Οι Cahil, Cooperetal και Marineetal, περιγράφουν κατηγορίες παρεμβάσεων διαχείρισης στρες που στοχεύουν άτομα ή οργανισμούς. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις αποσκοπούν στην πρόληψη των αιτιών που προκαλούν το άγχος, οι δευτερογενείς παρεμβάσεις αποσκοπούν στη μείωση της σοβαρότητας ή της διάρκειας των συμπτωμάτων και οι τριτογενείς ή αντιδραστικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στην παροχή αποκατάστασης ή την μεγιστοποίηση της λειτουργίας των ασθενών με χρόνιες παθήσεις υγείας (Cox, 2000).

Οι μεμονωμένες παρεμβάσεις μπορεί να περιλαμβάνουν την εκπαίδευση ευαισθητοποίησης στο στρες και τη θεραπεία γνωσιακής συμπεριφοράς (CBT) για ψυχολογικό και συναισθηματικό στρες. Οι οργανωτικές παρεμβάσεις επηρεάζουν τις ομάδες ανθρώπων στην εργασία και μπορεί να περιλαμβάνουν προσαρμογές στο χώρο εργασίας ή προσεγγίσεις διαχείρισης συγκρούσεων σε μια συγκεκριμένη οργάνωση. Ορισμένες παρεμβάσεις στοχεύουν τόσο το άτομο όσο και τον οργανισμό, π.χ. πολιτικές για την εξασφάλιση καλύτερης ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής και ομάδες υποστήριξης από ομότιμους. Η συστηματική ανασκόπηση του Bhuietal διαπίστωσε ότι οι παρεμβάσεις που στοχεύουν σε άτομα παρουσιάζουν μεγαλύτερα αποτελέσματα σε σύγκριση με τις οργανωτικές παρεμβάσεις σε επιμέρους αποτελέσματα, όπως τα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους. Ωστόσο, οι μεμονωμένες παρεμβάσεις δεν βελτίωσαν τα οργανωτικά αποτελέσματα όπως η απουσία, η οποία είναι ο σημαντικότερος δείκτης της απώλειας οργανωτικής παραγωγικότητας. Τα κενά των στοιχείων που εντοπίστηκαν στην παρούσα επισκόπηση περιελάμβαναν μελέτες που συνέκριναν διάφορους τύπους οργανισμών (π.χ. δημόσιο, ιδιωτικό και μη κυβερνητικό οργανισμό) και μελέτες που εξετάζουν

εάν απασχολούν και επωφελούνται παρόμοιων παρεμβάσεων, δεδομένου ότι διάφοροι τομείς αναπτύσσουν πολύ διαφορετικές τις επιχειρηματικές διαδικασίες, τα επίπεδα και τη συνεκτικότητα των πόρων και την εστίαση των κερδών, καθώς και τους στόχους δημόσιας υπηρεσίας ή φιλανθρωπικούς σκοπούς. Επιπλέον, οι μελέτες έτειναν να βασίζονται σε εργασιακές συνθήκες, αντί να εξετάζουν όλες τις παρεμβάσεις που εφαρμόζονται έξω από την εργασία που οι άνθρωποι θεωρούσαν χρήσιμες (Brui, 2012).

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 Σκοπός της μελέτης

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης 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 και του άγχους του πόνου στους επαγγελματίες νοσηλευτικής φροντίδας.

Σύγκριση της ομάδας των νοσηλευτών με αυξημένα επίπεδα φόβου και της ομάδας των νοσηλευτών με χαμηλά επίπεδα φόβου ως προς τα επίπεδα κλινικής φροντίδας.

Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

2.2 Ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

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 (Gatchel, etal., 2007). Η ιδιαίτερη συναισθηματική εμπειρία, που συνακολουθεί στρεσογόνες καταστάσεις προωθεί την αποτύπωση του γεγονότος και η έκθεση σε ψυχοπιεστικά γεγονότα μπορεί μόνιμα να αλλάξει τις νευροβιολογικές διαδικασίες ή τις δομές, με τέτοιο τρόπο που να οδηγήσει σε δυσμενείς επιπτώσεις στην ουδό διέγερσης και τη δυνατότητα αντιμετώπισης μιας μετέπειτα επώδυνης εμπειρίας. Ως προς το φόβο, λοιπόν, η υπόθεσή μας είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας που θα έδιναν θετικές απαντήσεις στο αίσθημα του φόβου θα παρουσίαζαν χαμηλά επίπεδα φροντίδας και χαμηλότερα σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας που θα έδιναν αρνητικές απαντήσεις στο συναίσθημα του φόβου.

2.3 Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα θα πραγματοποιηθεί στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Νοσηλευτική Φροντίδα Ενηλίκων» του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, από τον Ιανουάριο του 2019 έως τον Σεπτέμβριο του 2019.

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 και του άγχους του πόνου στους επαγγελματίες νοσηλευτικής φροντίδας.

2.4 Δείγμα

Προκειμένου να συλλεχθούν τα στοιχεία της παρούσας έρευνας, αναζητήσαμε νοσηλευτές από την κοινότητα οι οποίοι εργάζονται σε νοσοκομεία της περιφέρειας Ηπείρου.

Μοιράστηκαν ερωτηματολόγια στο σύνολο 100 και επεστράφησαν τα 63. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και τηρήθηκε πλήρη εμπιστευτικότητα και όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας για όλες τις πληροφορίες που αποκτήθηκαν στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας.

2.5 Ερευνητική διαδικασία

Η κατανόηση της ερευνητικής διαδικασίας αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά βήματα για την εκτέλεση διεξοδικής έρευνας ή μελέτης. Ας εξετάσουμε τις διάφορες φάσεις του ερευνητικού σχεδιασμού, καθώς και τα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας (Rummel, 2003).

Μια βαθύτερη κατανόηση της διαδικασίας της έρευνας θα μας βοηθήσει να προσδιορίσουμε τα παρόμοια χαρακτηριστικά που εμφανίζονται στους διάφορους τομείς και την ποικιλία στο σκοπό και τις προσεγγίσεις ορισμένων μελετών. Η κατανόηση της ερευνητικής διαδικασίας θα βοηθήσει επίσης να γίνει μία βαθύτερη κατανόηση των συνεπειών της απόκλισης από μια συστηματική προσέγγιση στην έρευνα, καθώς και τις συνεπαγόμενες συνέπειες της αποτελεσματικής και αναποτελεσματικής έρευνας (Rummel, 2003).

Με την υιοθέτηση του προτεινόμενου μοντέλου από τους Rummel και Ballaine (2003), υπάρχουν έξι βήματα στη διαδικασία της έρευνας. Αυτά περιλαμβάνουν τον προσδιορισμό του τομέα σπουδών, την επιλογή του θέματος, τη διαμόρφωση ενός ερευνητικού σχεδίου, τη συλλογή και την ανάλυση των δεδομένων και, τέλος, τη σύνταξη της μελέτης. Αυτά τα βήματα μπορούν να εκπροσωπούνται σε τρεις φάσεις, δηλαδή στη φάση σχεδιασμού και στη φάση της έρευνας και στη συνέχεια στη φάση της παρουσίασης (Rummel, 2003).

2.6. Ερωτηματολόγιο και ερευνητικά εργαλεία

Ερωτηματολόγιο Κοινωνικοδημογραφικών Στοιχείων

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

Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας

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

Ερωτηματολόγιο Νοσηλευτικής Φροντίδας NDI (NursingDimensionsInventoryquestionnaire).

Το Ερωτηματολόγιο Νοσηλευτικής Φροντίδας NDI που αναπτύχθηκε από τους Watsonetal. (1999) και σταθμίστηκε σε Ελληνικό δείγμα από τους Kotrotsiouetal. (2014). Το Ερωτηματολόγιο Νοσηλευτικής Φροντίδας NDI αποτελεί μια κλίμακα αυτοαξιολόγησης, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές έρευνες και εμφανίζεται

στη διεθνή βιβλιογραφία ως ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο εκτίμησης των αντιλήψεων για τη Νοσηλευτική Φροντίδα. Το Ερωτηματολόγιο Νοσηλευτικής Φροντίδας GR-NDI-24 περιλαμβάνει 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. Έτσι συνολικά από το Ερωτηματολόγιο μπορούν να εκτιμηθούν 3 δείκτες αντιλήψεων για τη Νοσηλευτική Φροντίδα (Κλινικό Έργο, Ανάγκες Ασθενών, Συνολική Νοσηλευτική Φροντίδα). Κάθε δείκτης υπολογίζεται ξεχωριστά, με άθροιση του σκορ των απαντήσεων στις επιμέρους προτάσεις που τον αποτελούν. 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 Ασθενών από 7 έως 35. Όσο μικρότερο είναι το εξαγόμενο σκορ του δείκτη τόσο σημαντικότερη θεωρείται η αντίληψη για την Νοσηλευτική Φροντίδα που εκφράζει ο δείκτης.

Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fearofpainquestionnaire (FPQ-III; McNeil&Rainwater, 1998).

Το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου (FPQ-III) δημιουργήθηκε από τους McNeil&Rainwater το 1998, και αντανακλά το βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση. Η κατασκευή του βασίστηκε στο συμπεριφορικό-αναλυτικό μοντέλο των Goldfried&D'Zurilla's (1969), με έμφαση στην ανάλυση μιας περιστασιακής κατάστασης (situationalanalysis)(McNeil&Rainwater,1998). Πρόκειται για την τρίτη έκδοση μιας αυτό-συμπληρούμενης κλίμακας, η οποία αποτελείται από 30 προτάσεις που περιγράφουν επώδυνες καταστάσεις του τύπου φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το... «να πάθω τροχαίο ατύχημα» ή ...«να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού» και κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (τύπου Likert) βασισμένη στο επίπεδο του φόβου του πόνου που κυμαίνεται από "καθόλου" (1) ως " υπερβολικά" (5). Το FPQ-

Παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και αξιοπιστία. Οι McNeil and Rainwater (1998), βρήκαν, για παράδειγμα ότι τα άτομα που αναφέρουν υψηλά επίπεδα φόβου του πόνου, αποφεύγουν περισσότερο τα επώδυνα ερεθίσματα, από ότι τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλότερο επίπεδο φόβου όπως μετρήθηκαν με το FPQ-III (Williamsetal., 2005). Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με το άθροισμα των εκτιμήσεων για κάθε επίπονη εμπειρία. Το συνολικό αποτέλεσμα παίρνει τιμές από 30 μέχρι 150. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερος κρίνεται ο φόβος. Η κλίμακα της μέτρησης του φόβου του πόνου απαρτίζεται και από τρεις υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα περιλαμβάνει το φόβο που σχετίζεται με ελαφρύ πόνο (MinorPainsubscale), η δεύτερη υποκλίμακα μετράει το επίπεδο του φόβου που προέρχεται από δριμύ πόνο (SeverePainsubscale) και η τρίτη υποκλίμακα δηλώνει το βαθμό του φόβου σε σχέση με τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (MedicalPainsubscale). Ο δείκτης Cronbach's alpha του FPQ-III στο ελληνικό δείγμα είναι 0,845. Το FPQ-III έχει, διεθνώς, χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα του φόβου του πόνου, που καταδεικνύουν την διαμεσολάβηση του φόβου στην ένταση και στην ποιότητα των επώδυνων ερεθισμάτων, τόσο σε άτομα με χρόνια πόνο, όσο και σε άτομα που δεν έχουν βιώσει άμεσα την εμπειρία του πόνου (Williamsetal, 2005; Hirshetal, 2007).

2.7 Στατιστική επεξεργασία

Αρχικά, για την ανάλυση της περιγραφής των δημογραφικών στοιχείων, και την συσχέτιση των αποτελεσμάτων που δόθηκαν από τις κλίμακες και τις υποκλίμακες μέτρησης του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιήθηκαν τα περιγραφικά στοιχεία των κατανομών. Αυτά περιλαμβάνουν τον μέσο όρο, αλλά και την σταθερή απόκλιση. Ακολούθησε στην συνέχεια η σύγκριση των μέσων τιμών ανάμεσα στις ομάδες. Οι κατανομές συγκρίθηκαν με την δοκιμασία t-test, όπου έγινε έλεγχος της κανονικότητας των μεταβλητών. Όσον αφορά τις στατιστικές συσχετίσεις των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ τους, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Pearson, ενώ οι διαφορές (p) που αφορούν τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας, χαρακτηρίστηκαν ως στατιστικά σημαντικές από το 5%, κάτι που σημαίνει ότι το p πρέπει να είναι < του 0,05 προκειμένου να θεωρηθεί στατιστικά σημαντικό.

Τέλος, η στατιστική επεξεργασία της παρούσας μελέτης πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS αλλά και μέσω του προγράμματος Excel.

Αξιοπιστία και εγκυρότητα ερωτηματολογίου

Τα ερωτηματολόγια είναι ένα χρήσιμο εργαλείο που χρησιμοποιείται για τη συλλογή πληροφοριών από τους ερωτώμενους σε ένα ευρύ φάσμα περιπτώσεων που ερευνάται στην επιστημονική κοινότητα. Υπάρχουν διάφορα στατιστικά στοιχεία που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση της αξιοπιστίας και την αξιολόγηση της εγκυρότητας ενός ερωτηματολογίου. Οι επιλογές των στατιστικών που θα ληφθούν υπόψη θα εξαρτηθούν από το σχεδιασμό της έρευνας αλλά και από τον σκοπό της. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα δεν είναι επίσης σταθερές, μπορεί να αλλάξουν με την πάροδο του χρόνου.

Οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, για την κατασκευή του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας, όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο σύμφωνα με εκτιμήσεις που έχουν γίνει στο παρελθόν

από άλλους ερευνητές όπου έχουν χρησιμοποιηθεί οι παρόμοιες κλίμακες, μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστες.

Περιγραφή των ερωτώμενων

Παρακάτω, ακολουθεί η περιγραφή όλων όσων συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα που δίνει το SPSS.

Πίνακας 1: Κατανομή ατόμων που έχουν λάβει μέρος στην έρευνα

	Άνδρες (N%)	Γυναίκες (N%)
Σύνολο	25 (39,68)	38 (60,32)

Στην παρούσα έρευνα, το δείγμα αποτελείται από νοσηλευτικό προσωπικό. Πιο συγκεκριμένα, οι τα 63 άτομα που έλαβαν μέρος στην έρευνα, οι 25 είναι άνδρες (ποσοστό 39,98%) ενώ 38 ήταν γυναίκες (ποσοστό 60,32%).

Πίνακας 2: Οικογενειακή κατάσταση ερωτηθέντων

Οικογενειακή Κατάσταση	Άνδρες	Γυναίκες
Έγγαμος	16 (64%)	15 (39,47%)
Άγαμος	7 (28%)	19 (50%)
Διαζευγμένος	2 (8%)	3 (1,89%)
Χήρος	0 (0%)	1 (1,59%)
		$\chi^2 p = 4,27$ $P = 0,234$

ΠΑΙΔΙΑ	
Ναι	36 (57,14%)
Όχι	27 (42,86%)

ΑΔΕΡΦΙΑ	
Ναι	52 (82,54%)
Όχι	11 (17,46%)

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των νοσηλευτών, τα ποσοστά φανερώνουν ότι περισσότεροι είναι οι παντρεμένοι συγκριτικά με εκείνους που ακόμη δεν έχουν παντρευτεί. Η στατιστική διαφορά μεταξύ αυτών, είναι ίση με το p, επομένως 0,234. Επιπλέον, οι νοσηλευτές οι οποίοι έχουν παιδιά (ποσοστό 82,4%), είναι περισσότεροι από εκείνους που δεν έχουν (17,46%). Τέλος, οι περισσότεροι από τους νοσηλευτές έχουν αδέρφια και πιο συγκεκριμένα το 82,54%, έναντι εκείνων που δεν έχουν που ο αριθμός τους ανέρχεται στους 11 (17,46%).

Πίνακας 3: Τόπος διαμονής ερωτηθέντων

Χωριό/ Κομόπολη	0 (0%)
Μικρή Πόλη	9 (14,29%)
Μεγάλη Πόλη	54 (84,71%)
	M.O.: 2,86 P=0.35

Οι νοσηλευτές οι οποίοι έλαβαν μέρος στην έρευνα, κατά την συντριπτική του; Πλειοψηφία, διαμένουν σε μεγάλη πόλη, και πιο συγκεκριμένα σε ποσοστό 84,71%. Ελάχιστοι είναι αυτοί που διαμένουν σε μικρή πόλη, και πιο συγκεκριμένα 9 μόλις

άτομα, με ποσοστό 14,29%. Η στατιστική διαφορά που υπάρχει είναι 0,35 και δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 4. Θέση, έτη εργασίας και βάρδιες

ΘΕΣΗ	
Προϊστάμενος νοσηλευτικής	5 (7,94%)
Υπεύθυνος νοσηλευτικής	14 (18,18%)
Νοσηλεύτης ΠΕ	11 (14,16%)
Νοσηλεύτης ΤΕ	33 (42,86%)
Νοσηλεύτης ΔΕ	14 (18,18%)

ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	
<5	22 (34,92%)
5-10 έτη	31 (49,21%)
10-20 έτη	7 (11,11%)
>20	3 (4,76%)

ΒΑΡΔΙΕΣ	
Ημερήσιες	6 (9,52%)
Νυχτερινές	0 (0%)
Εναλλασσόμενες	51 (90,48%)

Στους παραπάνω πίνακες, γίνεται αναφορά στην θέση των νοσηλευτών, τα έτη εργασίας τους στον νοσοκομειακό χώρο, αλλά και τις βάρδιες οι οποίοι δουλεύουν. Αναφορικά με την θέση των νοσηλευτών, παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αποτελείται από ΤΕ νοσηλευτές (ποσοστό 42,86%). Ακολουθούν οι απαντήσεις από τους νοσηλευτές ΔΕ, (18,18%) αλλά και τους υπεύθυνους (18,18%). Τέλος, οι νοσηλευτές ΠΕ (14,16%), αλλά και οι προϊστάμενοι, (7,94) βρίσκονται σε μικρότερα ποσοστά. Όσον αφορά τα έτη εργασίας των νοσηλευτών, οι περισσότεροι που έλαβαν μέρος στην έρευνα, έχουν χρόνια εργασίας 5-20 έτη (49,21%). Ακολουθούν οι

νοσηλευτές με έτη εργασίας, >5 έτη (34,92%), ενώ ελάχιστοι ήταν εκείνοι που απάντησαν και είχαν χρόνο εργασιακής εμπειρίας από 10 έτη και άνω και πιο συγκεκριμένα μόνο 10 άτομα. Τέλος, αναφορικά με τις βάρδιες, η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευτών (90,48%), εργάζονται με εναλλασσόμενες βάρδιες, ενώ ημερήσιες βάρδιες, κάνει μόνο το 9,52%.

Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων των ψυχομετρικών test

Στο κεφάλαιο αυτό, θα γίνει η ανάλυση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου, λαμβάνοντας υπόψη τις κλίμακες που έχουν χρησιμοποιηθεί, και αναφέρθηκαν εκτενέστερα σε προηγούμενα κεφάλαια. Κάθε κλίμακα, έχει διάφορες υποκλίμακες, οι οποίες θα αναλυθούν στην συνέχεια.

Οι κλίμακες μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν είναι οι ακόλουθες:

SCL -90

Nursing Dimensions Inventory Questionnaire

Fear of pain

Pain anxiety symptoms

Cardiac anxiety questionnaire

Προτάσεις αξιολόγησης επαγγελματικής εξουθένωσης

Παρακάτω θα δοθούν τα αποτελέσματα για την κάθε κλίμακα μέτρησης ξεχωριστά.

SCL -90

Στον παραπάνω πίνακα γίνεται ανάλυση της κλίμακας SCL – 90, καθώς και των υποκλιμακίων. Πιο συγκεκριμένα, στην οριζόντια στήλη αναγράφονται τα υποκλιμάκια (πονοκέφαλος, τρέμουλο, ζαλάδες, προβλήματα μνήμης, ανορεξία,

	Πονοκέφαλοι	Τρέμουλο	Ζαλάδες /Λιποθυμία	Προβλήματα Μνήμης	Ανορεξία	Πόνοςστηνμέση
Καθόλου (0)	3 (4,76)	3 (4,84)	30 (47,62)	21 (33,33)	21 (33,33)	0 (0)
Λίγο (1)	7 (11,11)	6 (9,68)	22 (34,92)	13 (20,63)	15 (23,81)	8 (12,70)
Μέτρια (2)	15 (23,81)	13 (20,97)	9 (14,29)	17 (26,98)	16 (25,4)	22 (34,92)
Αρκετά (3)	23 (36,51)	32 (51,61)	2 (3,17)	8 (12,70)	9 (14,29)	22 (34,92)
Υπερβολικά (4)	15(23,81)	8 (12,90)	0 (0)	4 (6,35)	2 (3,17)	11 (14,29)
M.O.	2,63	2,68	0,73	1,38	1,30	2,57
P	1,11	1,00	0,83	1,25	1,17	0,93

πόνος στην μέση) ενώ στην κάθετη στήλη, αναφέρονται οι απαντήσεις που δόθηκαν, καθώς επίσης και ο βαθμός. Όπου δόθηκε ως απάντηση το 0 σημαίνει καθόλου, 1 = λίγο, 2 = μέτρια, 3 = αρκετά, 4= υπερβολικά. Γίνεται καταγραφή λοιπόν των απαντήσεων που δόθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό τόσο ως ο αριθμός που απάντησαν, ενώ μέσα σε παρένθεση αναγράφεται το ποσοστό.

Παραπάνω αναγράφεται για το κάθε υποκλιμάκιο ο μέσος όρος των απαντήσεων που δόθηκαν, που σχετίζονται και με τις κλίμακες που αναφέρθηκαν προηγουμένων, ενώ τέλος αναγράφεται και η τυπική απόκλιση σε καθένα από τα παρακάτω υποκλιμάκια.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας λοιπόν, σύμφωνα με τον μέσο όρο που έχει δοθεί μέσω τη στατιστικής επεξεργασίας δεδομένων που προηγήθηκε, καταδεικνύουν τη συχνότητα οι νοσηλευτές που οι νοσηλευτές εμφάνιζαν τα παραπάνω συμπτώματα. Πιο συγκεκριμένα, πονοκέφαλο, οι νοσηλευτές εμφάνιζαν (2,63) σε μέτριο βαθμό. Το ίδιο συνέβη και με το τρέμουλο (2.68). Επιπλέον, λιποθυμία και ζαλάδα οι νοσηλευτές φαίνεται ότι εμφάνιζαν ελάχιστο (0,73). Επιπροσθέτως, τόσο τα προβλήματα μνήμης (1,38), όσο και η ανορεξία (1,30),

φαίνεται να εμφανίζονται λίγο στον μέσο όρο των ερωτηθέντων που απάντησαν στον ερωτηματολόγιο της έρευνας. Τέλος, αναφορικά με τον πόνο που παρουσιάζουν στην μέση, φαίνεται ότι είναι κάτι που τους απασχολεί σε μέτριο βαθμό.

	Δυσνοια	Μούδιασμα	Κόμπος στο λαιμό	Άσχημη άθιση	Νευρική κόπηση	Υποτονικότητα
Καθόλου (0)	31 (49,21)	37 (58,73)	20 (31,75)	18 (28,53)	3 (4,76)	0 (0)
Λίγο (1)	11 (17,46)	15 (23,81)	20 (31,75)	10 (15,87)	4 (6,35)	10 (15,87)
Μέτρια (2)	16 (25,40)	9 (14,29)	17 (26,48)	20 (31,75)	30 (47,62)	39 (61,90)
Αρκετά (3)	14 (7,94)	2 (3,17)	4 (6,35)	12 (19,05)	24 (38,10)	11 (17,46)
Υπερβολικά (4)	0 (0)	0 (0)	2 (3,17)	3 (4,76)	2 (3,17)	3 (4,76)
ΜΟ	0.92	0.62	1.17	0.56	2.29	2.11
P	1.04	0.85	1.06	1.23	0.83	0.72

Ο παραπάνω πίνακας, συνεχίζει τα συμπτώματα που έχουν οι νοσηλευτές και ο βαθμός ο οποίος παρουσιάζονται αυτά. Αναλυτικότερα, δύσπνοια φαίνεται πώς σύμφωνα με τον μέσο όρο που μας δόθηκε, ότι παρουσιάζουν οι νοσηλευτές λίγο (0,92) ενώ μούδιασμα σχεδόν καθόλου δεν εμφανίζουν (0,62) όπως και κακή διάθεση (0,56). Ο κόμπος στον λαιμό (1,17), παρουσιάζεται ελάχιστα, ενώ οι νοσηλευτές, σύμφωνα με τις απαντήσεις που έδωσαν, φαίνεται πώς παρουσιάζουν μέτρια νευρική κόπηση (2,29) αλλά και υποτονικότητα (2,11). Παρακάτω ακολουθεί και ο τελευταίος πίνακας με τα υποκλιμάκια της κλίμακας SCL -90.

	Τάσεις αυτοκτονίας	Κλάμα	Αίσθημα ντροπής	Μοναξιά	Κακοκεφιά
Καθόλου (0)	63 (100)	36 (57,14)	22 (34,92)	38 (60,32)	9 (14,29)
Λίγο (1)	0 (0)	10 (15,87)	23 (36,51)	17 (26,98)	5 (7,94)
Μέτρια (2)	0 (0)	13 (20,63)	17 (26,98)	5 (7,94)	33 (52,38)
Αρκετά (3)	0 (0)	4 (6,35)	1 (1,59)	3 (4,76)	14 (22,22)
Υπερβολικά (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (3,17)
ΜΟ	0,00	0,76	0,95	0,57	1,92
P	0,00	1,00	0,85	0,84	1,00

Τέλος, στο ερωτηματολόγιο ζητήθηκε να απαντήσουν οι ερωτώμενοι αν έχουν τάσεις αυτοκτονίας, και όλοι στο σύνολο τους απάντησαν πώς δεν έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Αναφορικά με το κλάμα και την μοναξιά, ο μέσος όρος απάντησε πώς κλαίει ελάχιστα (0,76) και (0,57) αντίστοιχα. Όσον αφορά το αίσθημα ντροπής, είναι κάτι που απασχολεί τους νοσηλευτές λίγο (0,95), ενώ οι κακοκεφιά παρουσιάζεται σε εκείνους σε μέτριο βαθμό (1,92).

NursingDimensionsInventoryQuestionnaire

Η κλίμακα αυτή αναφέρεται στις απόψεις των νοσηλευτών, αναφορικά με τις ανάγκες των ασθενών. Οι διαβαθμίσεις των απαντήσεων κωδικοποιούνται ως εξής: 1= Καθόλου Σημαντικό, 2= Λίγο Σημαντικό, 3= Σημαντικό, 4= Αρκετά Σημαντικό, 5= Πολύ Σημαντικό. Ακολουθούν οι ερωτήσεις, παρουσιάζοντας, τον μέσο όρο των νοσηλευτών, αλλά και την τυπική απόκλιση.

	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ (P)
Ενημέρωση φροντίδας ασθενή	4,90	0,30
Καθησυχασμός ασθενή	4,97	0,18
Φαρμακευτική αγωγή	4,16	0,68
Ευχάριστη διάθεση	4,90	0,30
Υποστήριξη ασθενή	4,97	0,18
Εξήγηση διαδικασίας που θα ακολουθηθεί	4,06	0,69
Ειλικρίνεια	4,79	0,45
Συνεργασία	4,94	0,25
Λήψη Ζωτικών Σημείων	4,90	0,30

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δείχνουν πώς οι νοσηλευτές, θεωρούν πολύ σημαντικές τις πράξεις τους απέναντι στους ασθενείς τους αλλά και τις ανάγκες των ασθενών τους. Αυτό μπορεί να το διακρίνει κανείς από τον μέσο όρο που φέρουν οι προτάσεις του παραπάνω πίνακα.

Fearofpain

Η παρούσα κλίμακα, δύνανται να εξετάσει τον βαθμό του φόβου ότι βιώνει ο κάθε άνθρωπος μία επίπονη κατάσταση. Κάθε πρόταση βαθμολογείται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (τύπου Likert) βασισμένη στο επίπεδο του φόβου του πόνου που κυμαίνεται από "καθόλου" (1) ως " υπερβολικά" (5). Παρακάτω, παρουσιάζεται ο μέσος όρος των απαντήσεων που έδωσαν οι νοσηλευτές σε κάποιες από τις ερωτήσεις της παρούσας κλίμακας, καθώς επίσης και η τυπική απόκλιση.

	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ (P)
Φόβος για τον πόνο	2,62	0,71
Αίσθηση ότι ο πόνος δεν θα περάσει	2,62	0,66
Αίσθηση πώς κάτι κακό θα συμβεί στο άτομο που τον βιώνει	2,06	1,06
Σκέψεις που αφορούν μόνο τον πόνο την στιγμή που τον βιώνει το άτομο	3,05	1,31
Λήψη φαρμακευτικής αγωγής για τον πόνο	1,04	1,00

Αναφορικά με τα στοιχεία που παρουσιάζονται στο παραπάνω πίνακα, όπου φαίνεται ο μέσος όρος των απαντήσεων των νοσηλευτών που ερωτήθηκαν όσον αφορά την αίσθηση των νοσηλευτών για τον φόβο για τον πόνο, φαίνεται ότι παρουσιάζουν μέτριο φόβο για τον πόνο στην πλειοψηφία τους.

Painanxiety symptoms

Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν οι νοσηλευτές αναφορικά με τον πόνο, φαίνονται στον παρακάτω πίνακα. Πιο συγκεκριμένα, ο πίνακας αναγράφει τα συμπτώματα στην πρώτη στήλη ενώ στην δεύτερη και την Τρίτη στήλη αναγράφονται ο μέσος όρος καθώς επίσης και η τυπική απόκλιση.

	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ (P)
Τρέμουλο	2,71	0,66
Ταχυκαρδία	3,57	1,04
Αδυναμία	2,95	1,35
Ναυτία	2,06	1,06
Ανησυχία	3,25	1,44

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης που προηγήθηκαν φαίνεται ότι οι νοσηλευτές παρουσιάζουν σε μέτρια ένταση το τρέμουλο (2,71), την αδυναμία (2,95), αλλά και την ναυτία (2,06). Σε μεγαλύτερο βαθμό όμως φαίνεται να παρουσιάζουν τόσο το αίσθημα των παλμών (3,57), όσο και την ανησυχία όταν βιώνουν το αίσθημα του πόνου (3,25).

Cardiac anxiety questionnaire

Ο παρακάτω πίνακας, παρουσιάζει τα αποτελέσματα της κλίμακας της καρδιακής λειτουργίας των νοσηλευτών αναφορικά με το άγχος, οι οποίοι έλαβαν μέρος στην έρευνα.

	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ (P)
Τρέχουσα υγεία	2,75	0,82
Υγεία 1 χρόνο πριν	2,76	0,71

Έντονη δραστηριότητα	1,60	0,64
Μέτρια δραστηριότητα	2,48	0,64
Ανέβασμα ορόφων	2,27	1,41
Περπάτημα υψηλής έντασης	2,25	2,75
Περπάτημα μέτριας έντασης	2,49	0,50
Κατάσταση συναισθηματικής υγείας	2,24	0,56

Ο παραπάνω πίνακας, παρουσιάζει την καρδιακή λειτουργία των νοσηλευτών, όταν επικρατεί το άγχος. Πιο συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές ερωτήθηκαν ποια είναι η τρέχουσα υγεία τους, τη στιγμή δηλαδή που συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο. Ο μέσος όρος είναι 2,75 με τυπική απόκλιση 0,82, με σημαντική στατιστική διαφορά. Η υγεία των νοσηλευτών ένα χρόνο πριν, είναι ίδια με ένα χρόνο πριν. Αναφορικά με την δραστηριότητα των νοσηλευτών, φαίνεται ότι μερικές φορές κάνουν μέτρια δραστηριότητα, αν και με μεγαλύτερη ευκολία κάνουν μέτρια δραστηριότητα. Γενικότερα, ίδιο χρόνο όμως φαίνεται ότι αφιερώνουν τόσο στο περπάτημα υψηλής έντασης, όσο και στο περπάτημα μέτριας έντασης. Τέλος, όσον την κατάσταση της συναισθηματικής τους υγείας, φαίνεται ότι είναι σύμφωνα με την κλίμακα σε μέτριο βαθμό (2,24) με τυπική απόκλιση 0,56, που είναι στατιστικά σημαντική διαφορά.

Προτάσεις αξιολόγησης επαγγελματικής εξουθένωσης

Η τελευταία κλίμακα αξιολόγησης του ερωτηματολογίου, αφορά ορισμένες προτάσεις που έχουν δοθεί για την αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο παρακάτω πίνακας, παρουσιάζει τόσο τις τυπικές αποκλίσεις, όσο και των μέσο όρο των απαντήσεων που δόθηκαν.

	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ (P)
--	-------------------	----------------------------

Εξάντληση	2,95	0,23
Συναισθηματικό κενό	2,74	0,12
Πρωινή κούραση	2,43	0,59
Εξουθένωση στην δουλειά	2,24	0,56
Απογοήτευση	1,73	0,68
Μεγάλη ενεργητικότητα	2,25	1,44
Στρες	2,75	0,85

Η επαγγελματική εξουθένωση καθώς και το συναισθηματικό κενό που βιώνουν οι νοσηλευτές, φαίνεται πώς είναι κάτι το οποίο τους ταλαιπωρεί σε μέτριο βαθμό (2,95) και (2,74) αντίστοιχα με τυπική απόκλιση που δεν είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,23$) και ($p=0,12$) αντίστοιχα. Όσον αφορά την πρωινή κούραση (2,43) αλλά και την μεγάλη ενεργητικότητα (2,25) και το στρες (2,75) οι νοσηλευτές φαίνεται πώς το βιώνουν σε μέτριο βαθμό. Τέλος, η απογοήτευση που βιώνουν στον χώρο εργασίας τους, δεν καταγράφεται σε μεγάλο βαθμό (1,78), αν και υπάρχει στατιστική διαφορά ($p = 0,68$).

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΑ ΚΑΙ ΜΕΙΩΜΕΝΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΦΟΒΟΥ

ΕΠΙΠΕΔΑ ΦΟΒΟΥ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

	Δείκτης F	P	
Προϊστάμενος	1,23	0,32	<0,05
Υπεύθυνος	2,75	0,01	NS
Νοσηλεύτης ΠΕ	1,79	0,03	NS
Νοσηλεύτης ΤΕ	2,11	0,11	<0,5
Νοσηλεύτης ΔΕ	2,07	0,03	NS

Ο παραπάνω πίνακας ο οποίος απαντά και στην ερευνητική υπόθεση της παρούσας έρευνας, φανερώνει πώς αυξημένα επίπεδα φόβου παρουσιάζουν οι υπεύθυνοι στο νοσηλευτικό χώρο (μέσος όρος απαντήσεων: 2.75 με τυπική απόκλιση η οποία δεν είναι στατιστικά σημαντική ($P=0,01$). Ακολουθούν οι νοσηλευτές ΤΕ με 2,11 μέσο όρο απάντησης σχετική με τον φόβο, όμως παρουσιάζεται και μικρή τυπική απόκλιση ($p = 0,11$) κάτι το οποίο σημαίνει ότι υπάρχει στατιστική διαφορά. Ακολουθούν οι νοσηλευτές ΔΕ, όπου σύμφωνα με τις απαντήσεις έχουν σχεδόν ίδια αίσθηση του φόβου συγκρινόμενοι με την προηγούμενη ομάδα που αναφέρθηκε.

Τέλος, μειωμένα επίπεδα του φόβου όσον αφορά την κλινική φροντίδα παρουσιάζουν οι προϊστάμενοι, αλλά και οι νοσηλευτές ΠΕ.

2.9 ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ερευνητική υπόθεση που έχει διατυπωθεί εξ αρχής, και σχετίζεται με την εκπόνηση της παρούσας εργασίας, έχει ως θέμα την εμπειρία του φόβου, αν αυτή, μπορεί να δημιουργήσει αρνητικά συναισθήματα που υπάρχουν ήδη στον οργανισμό ή αν επίσης δημιουργηθούν άλλα συναισθήματα από την εργασιακή εμπειρία των επαγγελματιών υγείας. Η υπόθεση αυτή, σύμφωνα με την έρευνα η οποία διεξήχθη, είναι αληθής, διότι οι νοσηλευτές οι οποίοι απάντησαν, αναφέρονται πως έχουν φόβο για τις πράξεις που διενεργούν, όμως αυτό έχει θετικό αντίκτυπο για τους ασθενείς τους, διότι είναι πιο προσεκτικοί στις νοσηλευτικές πράξεις που διεξάγουν.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας που ελήφθησαν από τα ερωτηματολόγια, φαίνεται ότι περισσότερο επιρρεπείς στον φόβο αναφορικά με την κλινική φροντίδα, είναι οι υπεύθυνοι νοσηλευτές, αλλά και οι νοσηλευτές ΤΕ, ενώ μειωμένα επίπεδα φόβου έχουν οι προϊστάμενοι αλλά και οι νοσηλευτές Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ)

Τέλος, είναι αναγκαίο να σημειωθεί πως τα αρνητικά συναισθήματα των νοσηλευτών, δεν προέρχονται μόνο από το φόβο και το άγχος ως προς τις ευθύνες του νοσηλευτικού επαγγέλματος, αλλά και κατ' επέκταση από τις ευθύνες που έχουν επωμιστεί κάτι το οποίο έχει αρνητικό αντίκτυπο στις σχέσεις τους με την οικογένεια τους, όσο και με τον προσωπικό τους χρόνο.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. p. 189. ISBN 978-0-89042-555-8.

AtifaAthar; M. Saleem Khan; Khalil Ahmed; Aiesha Ahmed; Nida Anwar (June 2011). "A Fuzzy Inference System for Synergy Estimation of Simultaneous Emotion Dynamics in Agents".International Journal of Scientific & Engineering Research.2 (6).

Barker P (2003). Psychiatric and Mental Health Nursing: The Craft of Caring. London: Edward Arnold. ISBN 978-0-340-81026-2.

Brooker A, Eakin J. Gender, class, work-related stress and health: toward a power-centred approach. *J Comm Applied SocPsychol* 2001; 11: 12.

Bryson L, Warner-Smith P, Brown P, Fray L. Managing the work-life roller-coaster: private stress or public health issue? *Soc Sci Med* 2007; 65: 1142–53.

Bracha, H. (2006). "Human brain evolution and the "Neuroevolutionary Time-depth Principle:" Implications for the Reclassification of fear-circuitry-related traits in DSM-V and for studying resilience to warzone-related posttraumatic stress disorder" (PDF). *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*.30 (5): 827–53. doi:10.1016/j.pnpbp.2006.01.008. PMID 16563589.

Borod JC (ed). *The Neuropsychology of Emotion*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2000

Bouras N, Holt G (2007). *Psychiatric and Behavioral Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities* (2nd ed.). Cambridge University Press. ISBN 9781139461306.

Craske, Michelle G.; Stein, Murray B.; Eley, Thalia C.; Milad, Mohammed R.; Holmes, Andrew; Rapee, Ronald M.; Wittchen, Hans-Ulrich (May 4, 2017). "Anxiety disorders". *Nature Reviews Disease Primers*.3: 17024.

Chandola T. *Stress at Work*. British Academy Policy Centre, 2010. (<http://www.britac.ac.uk/publications/stress-work>).

Cooper B. Economic recession and mental health: an overview. *NeuropsychiatrieKlinDiagnostTherRehabil* 2011; 25: 113–7.

Collier R. Recession stresses mental health system. *CMAJ* 2009; 181: E48–9.

Cooper C, Dewe P, O'Driscoll M. *Organizational Interventions, Organisational Stress: A Review and Critique of Theory, Research, and Applications*. Sage, 2001.

Cox T. *Stress Research and Stress Management: Putting Theory to Work* (HSE contract research report no 61/1993). Health and Safety Executive, 1993. (http://www.hse.gov.uk/research/crr_pdf/1993/crr93061.pdf).

Cox T, Griffiths A, Barlowe C. *Organisational Interventions for Work Stress: A Risk Management Approach* (HSE contract research report). Health and Safety Executive, 2000.

Cahill J. Psychosocial aspects of interventions in occupational safety and health. *Am J Industr Med* 1996; 29: 308–13.

Cooper, A. J., Perkins, A. M., & Corr, P. J. (2007). A confirmatory factor analytic study of anxiety, fear, and behavioral inhibition system measures. *Journal of Individual Differences*, 28(4), 179-187.

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.

Donias, S., Karastergiou, A., & Manos, N. (1991). Standardization of the symptom checklist-90-R rating scale in a Greek population. *Psychiatriki*. 2, 42-48.

Davidson JR. Affective style, mood and anxiety disorders. An affective neuroscience approach. In: Davidson JR, ed. *Anxiety Depression and Emotions*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2000:88–108.

Davison GC (2008). *Abnormal Psychology*. Toronto: Veronica Visentin. p. 154. ISBN 978-0-470-84072-6.

Davies R, Shocolinsky-Dwyer R, Mowat J, Evans J, Heslop P, Onyett S, Soteriou T. Effective involvement in mental health services: the role of assertive outreach and the voluntary sector. Bristol: Bristol Mind; 2009.

Dew K, Morgan S, Dowell A, McLeod D, Bushnell J, Collings S. ‘It puts things out of your control’: fear of consequences as a barrier to patient disclosure of mental

health issues to general practitioners. *Sociol Health Illn.* 2007;29(7):1059–1074. doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.01022.x.

De Jonge J, Dollard M. *Stress in the Workplace: Australian Master OHS and Environment Guide.* CCH Australia, 2002.

Diaz-Caneja A, Johnson S. The views and experiences of severely mentally ill mothers: a qualitative study. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol.* 2004;39:472–482.00

Ekman P., Davidson RJ (eds). *The Nature of Emotion.* Oxford, UK: Oxford University Press; 2014

Eskelinen L, Toikkanen J, Tuomi K, Mauno I, Nygard CH, Ilmarinen J. Symptoms of mental and physical stress in different categories of municipal work. *Scand J Work Envir Health* 1991; 17 (suppl 1): 82–6.

Evans-Lacko S, Knapp M, McCrone P, Thornicroft G, Mojtabai R. The mental health consequences of the recession: economic hardship and employment of people with mental health problems in 27 European countries. *PLoS ONE* 2013; 8: e69792.

Faulkner A, Layzell S. *Strategies for living: a report of user-led research into people's strategies for living with mental distress.* London: Mental Health Foundation; 2000

Garcia, R (2017). "Neurobiology of fear and specific phobias". *Learn Mem.* 24 (9): 462–471. doi:10.1101/lm.044115.116. PMC 5580526.PMID 28814472.

Gill, M.J. and Burrow, R., 2017. The function of fear in institutional maintenance: Feeling frightened as an essential ingredient in haute cuisine. *Organization Studies*

Gatchel, Robert J. (2004). Comorbidity of Chronic Pain and Mental Health Disorders: The Biopsychosocial Perspective. *American Psychologist*. Vol. 59(8), Nov., pp. 795-805.

Gouva M., Dragioti, E., Paschou, A. (2019). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Fear of Pain, *Interscientific health care*, (accepted).

Graham, R., Devinsky, O., & LaBar, K. S. (2007). Quantifying deficits in the perception of fear and anger in morphed facial expressions after bilateral amygdala damage. *Neuropsychologia*, 45(1), 42-54.

Halliwell E. In the face of fear: how fear and anxiety affect our health and society, and what we can do about it. London: Mental Health Foundation; 2009.

Health and Safety Executive Work Related Stress, Anxiety and Depression Statistics in Great Britain 2015. HSE, 2015.

Jonathan Turner (1 June 2000). On the Origins of Human Emotions: A Sociological Inquiry Into the Evolution of Human Affect. Stanford University Press. p. 76. ISBN 978-0-8047-6436-0.

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.

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.

Kotrotsiou, E., Gouva, M., Kotrotsiou, S., Malliarou, M., &Paralikas, T. (2014).Validation of the Greek Translation of the Nursing Dimensions Inventory questionnaire (NDI-35).Global journal of health science, 6(5), 30.

Kuppens, P., Van Mechelen, I., Smits, D. J., & De Boeck, P. (2003). The appraisal basis of anger: Specificity, necessity and sufficiency of components. *Emotion*, 3(3), 254.

Kalathil J (2011) Recovery and resilience: African, African Caribbean and South Asian women's narratives of recovering from mental distress. Mental Health Foundation, London

Kendler, Kenneth S. (July 2004). "Major Depression and Generalised Anxiety Disorder". FOCUS. 2 (3): 416–425. doi:10.1176/foc.2.3.416. ISSN 1541-4094.

Kinman G, Jones F. Lay representations of workplace stress: what do people really mean when they say they are stressed? *Work Stress* 2005; 19: 101–20.

Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion.*American psychologist*, 46(8), 819.

LeDoux, J. E., Cicchetti, P., Xagoraris, A., &Romanski, L. M. (1990). The lateral amygdaloid nucleus: sensory interface of the amygdala in fear conditioning. *Journal of Neuroscience*, 10(4), 1062-1069.

Larson, C. L., et al. (2006). Fear is fast in phobic individuals: Amygdala activation in response to fear-relevant stimuli. *Biol. Psychiatry*60: 410-417.

Laurance J. Pure madness: how fear drives the mental health system. London and New York: Routledge; 2003.

McNeil D., Berryman L. Components of dental fear in adults. *Behav Res Ther* 1989; 27:233–6

McNeil D.W., & Brunetti G.D., (1992). Pain and fear: A bioinformational perspective on responsivity to imagery, *Behaviour Research and Therapy*, 30, (5), pp. 513-520.

McNeil D.W., Au A.R., Zvolensky M.J., McKee D.R., Klineberg I.J., Ho C.C. Fear of pain in orofacial pain patients. *Pain* 2001 Jan;89(2-3):245-52.

McNeil W.D., & Rainwater J.A., (1998). Development of the Fear of Pain Questionnaire—III. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, (4), pp.389-410.

Nader, K. *et al.* (2000). Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval. *Nature* 406: 722-726.

Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occup Med* 2010; 60: 277–86.

Ohman, A. (2000). "Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive, and clinical perspectives". In M. Lewis & J.M. Haviland-Jones (Eds.). *Handbook of emotions*. pp. 573–93. New York: The Guilford Press.

Öhman, Arne; Mineka, Susan (2001). "Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning". *Psychological Review*. 108 (3): 483–522. doi:10.1037/0033-295X.108.3.483. PMID 11488376.

Olsson, A.; Phelps, E.A. (2007). "Social learning of fear". *Nature Neuroscience*. 10 (9): 1095–102. doi:10.1038/nn1968. PMID 17726475.

Olsson, A.; Nearing, K.I.; Phelps, E.A. (2006). "Learning fears by observing others: The neural systems of social fear transmission". *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2 (1): 3–11. doi:10.1093/scan/nsm005. PMC 2555428. PMID 18985115.

Ortony A., Turner TJ. What's basic about basic emotions? *Psychol Rev*. 2010;97:315–331

Olatunji, B. O., Lohr, J. M., Sawchuk, C. N., & Westendorf, D. H. (2005). Using facial expressions as CSs and fearsome and disgusting pictures as UCSs: Affective responding and evaluative learning of fear and disgust in blood-injection-injury phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(5), 539-555.

Panksepp J. *Affective Neuroscience*. New York, NY: Oxford University Press; 2008

Page KM, LaMontagne AD, Louie AM, Ostry AS, Shaw A, Shoveller JA. Stakeholder perceptions of job stress in an industrialized country: implications for policy and practice. *J Publ Health Policy* 2013; 34: 447–61.

Parker C, McCulloch A. Key issues from homicide inquiries. London: MIND; 2011.

Strongman KT. *The Psychology of Emotion*. Theories of Emotion in Perspective. Chichester, UK: John Wiley & sons; 2006

Reynolds, Chandra A. (June 16, 2013). "Robert Plomin, John C. DeFries, Valerie S. Knopik, Jenae M. Neiderhiser, Behavioral Genetics (6th Edition)". *Behavior Genetics*.43 (4): 360–361. doi:10.1007/s10519-013-9598-6. ISSN 0001-8244.

Reljić, N. M., Pajnikihar, M., &Fekonja, Z. (2018). Self-reflection during first clinical practice: The experiences of nursing students. *Nurse Education Today*.

Rozin, P., Haidt, J., & McCauley, C. R. (1999). Disgust: The body and soul emotion. *Handbook of cognition and emotion*, 429-445.

Rummel, J. F., Ballaine, W. C. (2003). *Research methodology in business*.Harper & Row.

Smoller, Jordan W.; Block, Stefanie R.; Young, Mirella M. (November 2009). "Genetics of anxiety disorders: the complex road from DSM to DNA". *Depression and Anxiety*.26 (11): 965–975. doi:10.1002/da.20623. ISSN 1091-4269.PMID 19885930.

Smoller, Jordan W.; Andreassen, Ole A.; Edenberg, Howard J.; Faraone, Stephen V.; Glatt, Stephen J.; Kendler, Kenneth S. (March 14, 2018). "Correction to: Psychiatric genetics and the structure of psychopathology". *Molecular Psychiatry*.24 (3): 471. doi:10.1038/s41380-018-0026-4. ISSN 1359-4184.PMID 29540840.

Swartz M, Swanson J, Hannon M. Does fear of coercion keep people away from mental health treatment? Evidence from a survey of persons with schizophrenia and mental health professionals.*BehavSci Law*. 2003;21:459–472. doi: 10.1002/bsl.539.

Solantaus T, Leinonen J, Punamaki RL. Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Dev Psychology* 2004; 40: 412–29.

Stranks J. *Stress at Work: Management and Prevention*. Elsevier Butterworth-Heinemann, 2015.

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.

Thorpe, S. J., &Salkovskis, P. M. (1998).Studies on the role of disgust in the acquisition and maintenance of specific phobias.*Behaviour research and therapy*, 36(9), 877-893.

Testa A, Giannuzzi R, Daini S, Bernardini L, Petrongolo L, GentiloniSilveri N (February 2013). "Psychiatric emergencies (part III): psychiatric symptoms resulting from organic diseases". *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. 17 Suppl 1: 86–99. PMID 23436670.

Tudor A. A (macro) sociology of fear? *Sociol Rev*. 2003;51(2):238–256. doi: 10.1111/1467-954X.00417.

Van Dorn R, Elbogen E, Redlich A, Swanson J, Swartz M, Mustillo S. The relationship between mandated community treatment and perceived barriers to care in persons with severe mental illness.*Int J Law Psychiatry*. 2006;29(6):495–506. doi: 10.1016/j.ijlp.2006.08.002.

Warr, M.; Stafford, M. (1983). "Fear of Victimization: A Look at the Proximate Causes". *Social Forces*.61 (4): 1033–43. doi:10.1093/sf/61.4.1033.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ - ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J EpidemiolComm Health* 2007; 61: 473–8.

World Health Organization (2009). Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care (PDF). Geneva. ISBN 978-92-4-154769-7. Archived (PDF) from the original on November 20, 2016

Woodgate R. Living in the shadow of fear: adolescents' lived experience of depression. *J AdvNurs*. 2006;56(3):261–269. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04020.x

Welsh & Tiffin Observations of a small sample of adolescents experiencing an at-risk mental state (ARMS) for psychosis. *Schizophr Bull*. 2012;38(2):215–218. doi: 10.1093/schbul/sbr139

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.

ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΩΣ ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΟΣ ΝΟΣΗΛ. ___ ΩΣ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ : ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ ___

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ: ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΝΟΣΗΛ. ___

ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ _____

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΠΕ _____ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ___

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΤΕ _____

ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΦΟΡΕΑΣ _____

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΕ _____

ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ : < 5 ΕΤΗ _____ ΟΙ ΒΑΡΔΙΕΣ ΣΑΣ

ΕΙΝΑΙ : ΗΜΕΡΗΣΙΕΣ _____

ΜΕΤΑΞΥ 5 – 10 ΕΤΗ _____

ΝΥΧΤΕΡΙΝΕΣ _____

ΜΕΤΑΞΥ 10 - 20 ΕΤΗ _____ ΕΝΑΛΛΑΣΟΜΕΝΕΣ

>20 ΕΤΗ _____

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: _____

¶

SCL-90

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
Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
Νοιώθετε νευρικότητα ή εσωτερική	0	1	2	3	4

τρεμούλα;					
Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δε φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4
Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
Τρέμετε;	0	1	2	3	4
Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
Έχετε ανορεξία;	0	1	2	3	4
Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4

Έχετε πόνουςστη μέση;	0	1	2	3	4
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
Νοιώθετεφοβισμένος;	0	1	2	3	4
Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονοούν;	0	1	2	3	4
Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
Νοιώθετε πόνουςστους μύς;	0	1	2	3	4
Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;	0	1	2	3	4
Έχετεδύσπνοια;	0	1	2	3	4
Αισθάνεσθεζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικάπράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4

Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
Αισθάνεσθε τετανωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4
Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4

Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
Αισθάνεσθε νευρικότητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

ΟΔΗΓΙΕΣ

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

	ΚΑΘΟ ΛΟΥ ΣΗΜΑ ΝΤΙΚ Ο	ΛΙΓΟ ΣΗΜΑ ΝΤΙΚ Ο	ΣΗΜΑ ΝΤΙΚ Ο	ΑΡΚΕ ΤΑ ΣΗΜΑ ΝΤΙΚ Ο	ΠΟΛ Υ ΣΗΜ ΑΝΤΙ ΚΟ
Να εμπλέκεις έναν ασθενή στη φροντίδα του/της	1	2	3	4	5
Να καθυστεράσεις τον ασθενή σχετικά με μια κλινική διαδικασία	1	2	3	4	5
Να ασχολείσαι με τα προβλήματα του κάθε ασθενή ατομικά	1	2	3	4	5
Να παρατηρείς τις επιδράσεις ενός φαρμάκου στον ασθενή	1	2	3	4	5
Να φροντίζεις τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενή	1	2	3	4	5
Να είσαι ευχάριστος με τους ασθενείς	1	2	3	4	5
Να προστατεύεις την ιδιωτικότητα του ασθενή	1	2	3	4	5

Na κανονίζεις να δει τον ασθενή ο εφημέριός του/της	1	2	3	4	5
Na βοηθάς τον ασθενή σε μια δραστηριότητα της καθημερινής ζωής (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)	1	2	3	4	5
Na διατηρείς τα αρχεία των ασθενών έως σήμερα	1	2	3	4	5
Na αναγνωρίζεις τον ασθενή ως πρόσωπο	1	2	3	4	5
Na εξηγείς μια κλινική διαδικασία στον ασθενή	1	2	3	4	5
Na ντύνεσαι προσεγμένα όταν εργάζεσαι με ασθενείς	1	2	3	4	5
Na κάθεσαι με έναν ασθενή	1	2	3	4	5
Na διερευνάς τον τρόπο ζωής του ασθενή	1	2	3	4	5
Na αναφέρεις την κατάσταση του ασθενή σε έναν ανώτερο ιεραρχικά	1	2	3	4	5
Na είσαι δίπλα στον ασθενή κατά τη διάρκεια μιας κλινικής διαδικασίας	1	2	3	4	5
Na είσαι ειλικρινής με τον ασθενή	1	2	3	4	5
Na ακούς τον ασθενή	1	2	3	4	5
Na συμβουλεύεσαι τον γιατρό για τον ασθενή	1	2	3	4	5
Na καθοδηγείς τον ασθενή για αυτοφροντίδα (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)	1	2	3	4	5
Na μετράς τα "ζωτικά σημεία" του ασθενή	1	2	3	4	5

(π.χ. σφυγμό και αρτηριακή πίεση)					
Να βάζεις τις ανάγκες του ασθενή πρώτα (δηλαδή πριν από τις δικές σου)	1	2	3	4	5
Να είσαι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία	1	2	3	4	5

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 νιώθατε αν θα βιώνατε κάποια τέτοια εμπειρία. Κυκλώστε έναν αριθμό για το κάθε ένα από τα παρακάτω πεδία, για να βαθμολογήσετε τον δικό σας **ΦΟΒΟ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ** σχετικά με την κάθε μία κατάσταση.



Φοβάμαι τον πόνο που σχετίζεται με το:	ΚΑΘ ΟΛΟ Υ	ΛΙ Γ Ο	ΜΕ ΤΡΙ Α	ΠΑ ΡΑ ΠΟ ΛΥ	ΥΠΕΡ ΒΟΛΙ ΚΑ
Να πάθω τροχαίο ατύχημα	0	1	2	3	4
Να δαγκώσω τη γλώσσα μου καθώς τρώω	0	1	2	3	4
Να σπάσω το χέρι μου	0	1	2	3	4

Να κόψω τη γλώσσα μου καθώς σαλιώνω ένα φάκελο	0	1	2	3	4
Να με χτυπήσει ένα βαρύ αντικείμενο στο κεφάλι	0	1	2	3	4
Να σπάσω το πόδι μου	0	1	2	3	4
Να χτυπήσω δυνατά κάπου τον αγκώνα μου, ώστε να μου «ξεραθεί» το χέρι	0	1	2	3	4
Να μου πάρουν αίμα με βελόνα για εξετάσεις	0	1	2	3	4
Να μαγκώσει το χέρι μου σε μια βαριά πόρτα αυτοκινήτου την ώρα που κλείνει με δύναμη	0	1	2	3	4
Να πέσω από τσιμεντένια σκάλα	0	1	2	3	4
Να μου κάνουν μια ένεση στο μπράτσο	0	1	2	3	4
Να κάψω τα δάκτυλά μου με ένα σπύρτο	0	1	2	3	4
Να σπάσω το λαιμό μου	0	1	2	3	4
Να μου κάνουν μια ένεση στους γλουτούς μου (οπίσθια)	0	1	2	3	4
Να καρφωθεί στο πέλμα του ποδιού μου ένα αγκάθι και να μου το αφαιρέσουν με τσιμπιδάκι	0	1	2	3	4
Να μου αφαιρέσει ένας οφθαλμίατρος ένα ξένο σώμα που έχει μπει στο μάτι μου	0	1	2	3	4
Να μου κάνουν μια ένεση μέσα στο στόμα	0	1	2	3	4
Να καώ στο πρόσωπο από αναμμένο τσιγάρο	0	1	2	3	4
Να κοπώ στο δάκτυλο από μια σελίδα χαρτιού	0	1	2	3	4
Να μου κάνουν ράμματα στα χείλη	0	1	2	3	4

Να μου αφαιρέσουν με ένα αιχμηρό εργαλείο μια κρεατοελιά από το πόδι μου	0	1	2	3	4
Να κοπώ καθώς ξυρίζομαι με ένα κοφτερό ξυραφάκι	0	1	2	3	4
Να καταπιώ ένα καυτό ρόφημα πριν κρυώσει	0	1	2	3	4
Να μου μπει σαπουνάδα στα μάτια μου καθώς λούζομαι ή κάνω μπάνιο	0	1	2	3	4
Να αρρωστήσω από μια ανίατη ασθένεια που προκαλεί καθημερινό πόνο	0	1	2	3	4
Να μου βγάλουν ένα δόντι	0	1	2	3	4
Να κάνω συνεχώς εμετό λόγω τροφικής δηλητηρίασης	0	1	2	3	4
Να μου μπει άμμος ή σκόνη στα μάτια μου	0	1	2	3	4
Να μου τροχίζουν ένα δόντι	0	1	2	3	4
Να πάθω μια μυϊκή κράμπα	0	1	2	3	4

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.

	ΠΟΤ Ε	ΣΠΑ ΝΙΑ	ΜΕΡΙΚ ΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝ Α	ΠΑΝ Α
Νομίζω ότι αν ο πόνος μου γίνει πολύ δυνατός, δεν θα μειωθεί ποτέ	0	1	2	3	4
Όταν πονάω φοβάμαι ότι κάτι πολύ κακό θα συμβεί	0	1	2	3	4
Όταν αισθάνομαι δυνατό πόνο πηγαίνω αμέσως στο κρεβάτι μου	0	1	2	3	4
Αρχίζω να τρέμω όταν κάνω μια δραστηριότητα που αυξάνει τον πόνο	0	1	2	3	4
Δεν μπορώ να σκεφτώ λογικά όταν πονάω	0	1	2	3	4
Θα σταματήσω κάθε δραστηριότητα με το που θα αισθανθώ τον πόνο να έρχεται	0	1	2	3	4
Ο πόνος φαίνεται να κάνει την καρδιά μου να σταματά ή να χτυπάει δυνατά και γρήγορα	0	1	2	3	4
Μόλις αρχίσω να πονάω παίρνω φάρμακο για να μειωθεί ο πόνος μου	0	1	2	3	4
Όταν πονάω νομίζω ότι μπορεί να είμαι σοβαρά άρρωστος	0	1	2	3	4
Κατά την διάρκεια επεισοδίων έντονου πόνου δυσκολεύομαι να σκεφτώ οτιδήποτε άλλο παρά μόνο τον πόνο	0	1	2	3	4
Αποφεύγω σημαντικές δραστηριότητες όταν πονάω	0	1	2	3	4

Όταν πονάω νοιώθω αδύναμος και ζαλισμένος	0	1	2	3	4
Η αίσθηση του πόνου με τρομάζει πολύ	0	1	2	3	4
Όταν τραυματίζομαι σκέφτομαι διαρκώς τον πόνο μου	0	1	2	3	4
Ο πόνος μου προκαλεί ναυτία	0	1	2	3	4
Όταν ο πόνος γίνεται πολύ έντονος νομίζω ότι μπορεί να παραλύσω ή να γίνω εντελώς ανήμπορος	0	1	2	3	4
Δυσκολεύομαι να συγκεντρωθώ όταν πονάω	0	1	2	3	4
Δυσκολεύομαι να χαλαρώσω το σώμα μου μετά από περιόδους πόνου	0	1	2	3	4
Ανησυχώ όταν πονάω	0	1	2	3	4
Προσπαθώ να αποφύγω δραστηριότητες που μου προκαλούν πόνο	0	1	2	3	4

SF-36

ΟΔΗΓΙΕΣ: Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιος/βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωσή 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' ότι ένα χρόνο πριν
.....1

Κάπως καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν
.....2

Περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν
.....3

Κάπως χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν
.....4

Πολύ χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν
.....5

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

	Ναι, Πολύ περιορίζονται	Ναι, Λίγο περιορίζονται	Όχι, δεν περιορίζονται Καθόλου
A. Έντονες δραστηριότητες, όπως τρέξιμο, σήκωμα βαρέων αντικειμένων, έντονη αθλητική άσκηση	1	2	3
B. Μέτριες δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενόςτραπεζιού, η χρήση της ηλεκτρικής σκούπας	1	2	3
Γ. Το σήκωμα και η μεταφορά των ψώνιων	1	2	3
Δ. Το ανέβασμα με τα πόδια μερικών ορόφων	1	2	3
Ε. Το ανέβασμα με τα πόδια ενός ορόφου	1	2	3

ΣΤ. Το σκύψιμο ή το γονάτισμα	1	2	3
Ζ. Το περπάτημα απόστασης μεγαλύτερης από ενάμιση χιλιόμετρο	1	2	3
Η. Το περπάτημα μιας απόστασης μερικών οικοδομικών τετραγώνων	1	2	3
Θ. Το περπάτημα μιας απόστασης ενός οικοδομικού τετραγώνου	1	2	3
Ι. Το να κάνετε μπάνιο ή να ντυθείτε	1	2	3

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

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Α. Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
Β. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
Γ. Περιορίσατε το είδος της δουλειάς ή των καθημερινών δραστηριοτήτων σας	1	2

Δ. Είχατε δυσκολία στην εκτέλεση της δουλειά σας ή των άλλων δραστηριοτήτων σας	1	2
---	---	---

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

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

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

Καθόλου.....1

Ελάχιστα

.....2

.....3 **Μέτρια**

.....4 **Αρκετά**

.....5 **Πάρα πολύ**

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

.....1 **Καθόλου**

.....2 **Πολύ ήπιο**

.....3 **Ήπιο**

.....4 **Μέτριο**

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	Μερικές φορές	Όχι συχνά	Ποτέ
A. Είχατε ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
B. Είσασταν ένα πολύ νευρικό άτομο;	1	2	3	4	5	6
Γ. Είχατε τόσο «τις μαύρες σας» που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6
Δ. Νοιώθατε ήρεμος/ή και γαλήνιος;	1	2	3	4	5	6
E. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα;	1	2	3	4	5	6
ΣΤ. Νοιώθατε αποκαρδιωμένος/η και μελαγχολικός/ή;	1	2	3	4	5	6
Z. Νοιώσατε εξαντλημένος/η;	1	2	3	4	5	6
H. Είσαστε ένας ευτυχισμένος άνθρωπος;	1	2	3	4	5	6
Θ. Νοιώσατε κουρασμένος/η;	1	2	3	4	5	6

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

Πάντα.....1

Τις πιο πολλές
φορές.....2

Μερικές φορές
.....3

Όχι
συχνά.....4

Ποτέ
..... 5

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

	Απόλυτ α σωστό	Μάλλον σωστό	ΔΓ	Μάλλον λάθος	Απόλυτα λάθος
A.Φαίνεται ότι αρρωσταίνετε λίγο ευκολότερα από τους άλλους	1	2	3	4	5
B.Είστε τόσο υγιής όσο κάθε άλλο άτομο	1	2	3	4	5

που γνωρίζετε					
Γ. Περιμένετε ότι η υγεία σας θα χειροτερέψει	1	2	3	4	5
Δ. 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.

¶

	ΠΟ ΤΕ	ΣΠΑ ΝΙΑ	ΜΕΡΙΚ ΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧ ΝΑ	ΠΑ ΝΤΑ
Αποφεύγω τη φυσική άσκηση	0	1	2	3	4
Ταχυπαλμίες με ξυπνούν τη νύχτα	0	1	2	3	4
Πόνοι στο στήθος / αίσθημα δυσφορίας με ξυπνούν τη νύχτα	0	1	2	3	4
Αποφεύγω την άσκηση ή άλλου είδους σωματική εργασία	0	1	2	3	4
Μπορώ να αισθανθώ την καρδιά μου στο στήθος μου	0	1	2	3	4

Αποφεύγω τις δραστηριότητες που με κάνουν να ιδρώνω	0	1	2	3	4
Όταν έχω αίσθημα δυσφορίας , ή όταν κτυπά γρήγορα η καρδιά μου:					
...ανησυχώ ότι μπορεί να πάθω καρδιακό επεισόδιο	0	1	2	3	4
...έχω δυσκολία να συγκεντρωθώ σε οτιδήποτε άλλο	0	1	2	3	4
.... φοβάμαι πάρα πολύ	0	1	2	3	4
.... επιθυμώ να εξεταστώ από έναν γιατρό	0	1	2	3	4

**Προτάσεις Αξιολόγησης Επαγγελματικής Εξουθένωσης
(MaslachBurnoutInventory – 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
Νιώθω συναισθηματικά άδειος / α από τη δουλειά μου.	
Νιώθω εξαντλημένος / η στο τέλος μιας εργάσιμη μέρας.	
Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μια ακόμα μέρα δουλειάς.	
Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς νιώθουν γενικά οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
Νιώθω ότι μεταχειρίζομαι μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών (ασθενείς) σαν να ήταν απρόσωπα αντικείμενα	
Αποτελεί πραγματικά φορτίο για μένα ότι πρέπει όλη την ημέρα να ασχολούμαι και να εργάζομαι με ανθρώπους.	
Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα που έχουν οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
Νιώθω εξουθενωμένος / η από τη δουλειά μου.	
Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά τη ζωή άλλων ανθρώπων.	
Έχω γίνει πιο σκληρός απέναντι στους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.	
Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει και δείχνω συναισθηματική σκληρότητα.	

Νιώθω μεγάλη ενεργητικότητα.	
Νιώθω απογοήτευση από τη δουλειά μου.	
Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά σ' αυτή τη δουλειά.	
Στην πραγματικότητα δε νοιάζομαι πολύ για το τι συμβαίνει σε μερικούς από τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου.	
Το γεγονός ότι στη δουλειά μου έχω άμεση σχέση με ανθρώπους με κάνει και νιώθω υπερβολική ένταση (στρες).	
Μπορώ εύκολα να δημιουργήσω μια άνετη ατμόσφαιρα με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
Νιώθω αναζωογονημένος / η όταν έχω δουλέψει σε στενή επαφή με τους αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς).	
Έχω κατορθώσει αρκετά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά αυτή.	
Νιώθω ότι έχω φτάσει στα όρια της αντοχής μου.	
Αντιμετωπίζω με ηρεμία τις συναισθηματικές φορτίσεις στη δουλειά μου.	
Αισθάνομαι ότι οι αποδέκτες των υπηρεσιών μου (ασθενείς) κατακρίνουν εμένα για μερικά από τα προβλήματα που έχουν.	