



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Τίτλος:** Διερεύνηση του βιώματος της Ντροπής και του Φόβου  
που συνδέεται με το αίσθημα του Πόνου σε  
Επαγγελματίες Υγείας

**Αναστασοπούλου Χαρίκλεια**  
**A.M.3032201601301**

**ΚΟΡΙΝΘΟΣ: 2018**

**Διερεύνηση του βιώματος της Ντροπής και του Φόβου που  
συνδέεται με το αίσθημα του Πόνου σε Επαγγελματίες Υγείας**

**Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή :**

- 1) **Σουλιώτης Κυριάκος**, Αναπληρωτής Καθηγητής-Γνωστικό αντικείμενο: Σχεδιασμός και Πολιτικές Υγείας, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής , Μεταπτυχιακό πρόγραμμα Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, *Επιβλέπων*.
- 2) **Γείτονα Μαίρη**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια- Γνωστικό αντικείμενο: Οικονομικά της Υγείας, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Μεταπτυχιακό πρόγραμμα Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, *Μέλος*.
- 3) **Σαρίδη Μαρία**, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Μεταπτυχιακό πρόγραμμα Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, *Μέλος*.

*Η εργασία αφιερώνεται στην οικογένειά μου*

Η έγκριση της μεταπτυχιακής εργασίας από το Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής της Σχολής Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα (Ν. 5343/32 αρ. 202 παρ. 2).

## Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια του Π.Μ.Π. «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» του Τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής. Για την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας συνέβαλλαν σημαντικοί άνθρωποι τους οποίους αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω. Πρώτα θέλω να ευχαριστήσω τον Επιβλέπων Καθηγητή της διπλωματικής εργασίας, Σουλιώτη Κυριάκο και την Επιστημονική Συνεργάτη Σαρίδη Μαρία για την εμπιστοσύνη και εκτίμηση που μου έδειξαν με την ανάθεση ενός εξαιρετικά πρωτότυπου θέματος και την πολύτιμη καθοδήγηση τους στο αχαρτογράφητο αυτό επιστημονικό πεδίο.

Τις ευχαριστίες μου εκφράζω και στην Καθηγήτρια Γείτονα Μαίρη, υπεύθυνη του μεταπτυχιακού προγράμματος, που μου έκανε την τιμή να είναι μέλος της Τριμελούς Επιτροπής αξιολόγησης της μεταπτυχιακής εργασίας.

Στη συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Δρ. Διαμαντόπουλο Επαμεινώνδα ο οποίος συνέδραμε στην στατιστική επεξεργασία του μεγάλου όγκου των πρωτογενών δεδομένων. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους συναδέλφους επαγγελματίες υγείας που είχαν την ευγενή καλοσύνη να διαθέσουν τον πολύτιμο χρόνο τους για να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια και να προσφέρουν πολύτιμα στοιχεία για την διεκπεραίωση της εργασίας.

Τέλος, ιδιαίτερες ευχαριστίες θέλω να απευθύνω στους γονείς μου, στον σύζυγό μου και στα παιδιά μας, για την καθοριστική τους βοήθεια και ηθική συμπαράσταση, υπήρξαν σημαντικοί αρωγοί στην προσπάθειά μου και στηρίγματα σε κάθε φάση της πορείας μου.

## Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ABSTRACT.....	9
Εισαγωγή .....	10
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	14
Ο Πόνος.....	14
1.1 Εννοιολογική θεώρηση του πόνου .....	14
1.2 Μέτρηση/εκτίμηση του πόνου .....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	24
Η Ντροπή.....	24
2.1 Εννοιολογική θεώρηση της ντροπής .....	24
2.2 Μέτρηση/εκτίμηση της ντροπής.....	25
2.3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση για τη ντροπή .....	26
2.3.1 Η μελέτη της ντροπής γενικά .....	26
2.3.2 Η μελέτη της ντροπής στον τομέα της υγείας .....	28
2.4 Η μελέτη της ντροπής σε σχέση με το πόνο και το τραύμα.....	29
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	34
Ερευνητικό Μέρος .....	34
3.1 Σκοπός.....	34
3.2 Ερευνητικές Υποθέσεις.....	35
3.2.1 Υλικό και Μέθοδος.....	35
3.2.2 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία .....	36
3.2.3 Στατιστική επεξεργασία.....	38
3.3 Αποτελέσματα .....	39
3.3.1 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων .....	39
3.3.2 Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης.....	39
3.3.3 Περιγραφή των ερωτώμενων .....	40
3.3.4 Πόνος που βιώνεται .....	46
3.3.5 Στρεσογόνο γεγονός.....	50
3.3.6 Θρησκευτικότητα.....	50
3.3.7 Κλίμακες που μελετήθηκαν .....	51
3.3.8 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής ( <i>Other As Shamer Scale – OAS</i> ) και κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής ( <i>Experience of Shame Scale- ESS</i> ) .....	52
3.3.9 Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - <i>Fear of pain questionnaire (FPQ-III; McNeil &amp; Rainwater, 1998)</i> .....	54
3.3.10 Συσχετίσεις των κλιμάκων των ερωτηματολογίων .....	56
3.3.11 Συσχέτιση ηλικίας και της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής.....	58
3.3.12 Τα παιδιά στην οικογένεια ως παράγοντες επιρροής της κλίμακας εξωτερικής ντροπής.....	58
3.3.13 Συσχέτιση σειράς γέννησης στην οικογένεια και κλίμακας εξωτερικής ντροπής .....	60
3.3.14 Συσχέτιση του βιώματος της ντροπής και της ηλικιακής διαφοράς με τη μητέρα .....	61
3.3.15 Συσχέτιση ειδικότητας και του φόβου για τον πόνο .....	62
3.3.16 Το στρεσογόνο γεγονός στην παιδική ηλικία ως παράγοντας επιρροής της ντροπής και του φόβου για τον πόνο .....	64

3.3.17 Το στρεσογόνο γεγονός στην ενήλικη ζωή ως παράγοντας επιρροής της ντροπής.....	66
3.3.18 Σύνοψη των παραγόντων που συσχετίζονται με την ντροπή και το φόβο του πόνου .....	68
3.3.19 Εφαρμογή γραμμικού μοντέλου για την πρόβλεψη των τιμών των ψυχομετρικών κλιμάκων .....	70
3.3.20 Γραμμικό μοντέλο πρόβλεψης της εξωτερικής ντροπής (OAS) .....	71
3.3.21 Ο πόνος ως παράγοντας επιρροής της εξωτερικής ντροπής .....	72
3.3.22 Γραμμικό μοντέλο πρόβλεψης του βιώματος της ντροπής (ESS) .....	73
3.3.23 Ο πόνος ως παράγοντας επιρροής του βιώματος της ντροπής .....	74
3.4 Συμπεράσματα – Συζήτηση.....	76
Βιβλιογραφία.....	82
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	88
Ερωτηματολόγια Έρευνας.....	88
ΑΙΤΗΣΗ- ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ .....	94

## Εικόνες

ΕΙΚΟΝΑ 1: ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΡΟΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ & ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ .....	17
ΕΙΚΟΝΑ 2: ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΠΟΥ ΔΗΛΩΝΕΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ.....	21
ΕΙΚΟΝΑ 3: ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΠΟΥ ΔΗΛΩΝΕΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΧΡΟΝΙΟΥ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ Η ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	22
ΕΙΚΟΝΑ 4: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΝΤΡΟΠΗΣ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ, Η.Π.Α.....	27
ΕΙΚΟΝΑ 5: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΝΤΡΟΠΗΣ, ΕΝΟΧΗΣ ΚΑΙ ΦΟΒΟΥ ΑΝΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ .....	28
ΕΙΚΟΝΑ 6: ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ .....	41
ΕΙΚΟΝΑ 7: ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕΤΑΞΥ ΑΓΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΚΟΡΙΤΣΙΩΝ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΜΕΓΑΛΩΣΕ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ .....	42
ΕΙΚΟΝΑ 8: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ .....	44
ΕΙΚΟΝΑ 9: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ .....	45
ΕΙΚΟΝΑ 10: ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ.....	46
ΕΙΚΟΝΑ 11: ΠΙΣΤΗ ΣΤΟ ΘΕΟ .....	50
ΕΙΚΟΝΑ 12: ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΝ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΥ ΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ ΚΕΝΟΥ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΚΑΤΟΧΗ ΠΑΙΔΙΩΝ .....	59
ΕΙΚΟΝΑ 13: ΤΙΜΕΣ ΤΗΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ .....	61
ΕΙΚΟΝΑ 14: ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΒΙΩΜΑ ΝΤΡΟΠΗΣ .....	62
ΕΙΚΟΝΑ 15: ΦΟΒΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ .....	63
ΕΙΚΟΝΑ 16: ΤΟ ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΟ ΓΕΓΟΝΟΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΕΠΙΡΡΟΗΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ...	66
ΕΙΚΟΝΑ 17: ΤΟ ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΟ ΓΕΓΟΝΟΣ ΕΝΗΛΙΚΗΣ ΖΩΗΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΕΠΙΡΡΟΗΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ.....	68

## Πίνακες

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΠΟΥ ΔΗΛΩΝΕΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ Η ΔΥΣΦΟΡΙΑΣ .....	19
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΠΟΥ ΔΗΛΩΝΕΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ (ΘΛΙΨΗΣ) .....	20
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ CRONBACH .....	40
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ.....	41
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ ΑΝΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΘΕΣΗ .....	45
ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΠΟΝΟΥ ΠΟΥ ΒΙΩΝΕΤΑΙ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΑΝΑ ΦΥΛΟ .....	47
ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΒΙΩΜΑ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΑΝΑ ΦΥΛΟ .....	47
ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΑΝΑ ΦΥΛΟ .....	49
ΠΙΝΑΚΑΣ 9: ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ (OTHER AS SHAMER SCALE-OAS).....	51
ΠΙΝΑΚΑΣ 10: ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΒΙΩΜΑ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ (EXPERIENCE OF SHAME SCALE-ESS).....	51
ΠΙΝΑΚΑΣ 11: ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ -FEAR OF PAIN QUESTIONNAIRE (FPQ-III; McNEIL & RAINWATER, 1998) .....	52
ΠΙΝΑΚΑΣ 12: ΤΙΜΕΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ ΚΑΙ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΒΙΩΜΑ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ .....	53
ΠΙΝΑΚΑΣ 13: ΤΙΜΕΣ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΩΝ ΤΩΝ OAS ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ 294 ΕΛΛΗΝΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ .....	54
ΠΙΝΑΚΑΣ 14: ΤΙΜΕΣ ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΩΝ ΤΩΝ ESS ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ 291 ΕΛΛΗΝΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ .....	54
ΠΙΝΑΚΑΣ 15: ΤΙΜΕΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ (FPQ-III).....	55
ΠΙΝΑΚΑΣ 16: ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΕΣ ΤΙΜΕΣ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ FPQ ΣΕ ΔΥΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΔΕΙΓΜΑΤΑ .....	55
ΠΙΝΑΚΑΣ 17: ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ PEARSON ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ .....	57
ΠΙΝΑΚΑΣ 18: ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ PEARSON ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ .....	57
ΠΙΝΑΚΑΣ 19: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΒΙΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ.....	58
ΠΙΝΑΚΑΣ 20: ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΣΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ .....	59
ΠΙΝΑΚΑΣ 21: ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΗΣ ΣΕΙΡΑΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ .....	60
ΠΙΝΑΚΑΣ 22: ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΔΙΑΦΟΡΑ ΜΕ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΚΑΙ ΤΟ ΒΙΩΜΑ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ .....	61
ΠΙΝΑΚΑΣ 23: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ .....	62
ΠΙΝΑΚΑΣ 24: ΟΜΑΔΟΠΟΙΗΣΗ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ ΒΑΣΕΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ .....	64
ΠΙΝΑΚΑΣ 25: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΟΥ ΓΕΓΟΝΟΤΟΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ.....	65
ΠΙΝΑΚΑΣ 26: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΟΥ ΓΕΓΟΝΟΤΟΣ ΕΝΗΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ.....	67
ΠΙΝΑΚΑΣ 27: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΝΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΤΟ ΦΟΒΟ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ .....	69
ΠΙΝΑΚΑΣ 28: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΑ ΓΡΑΜΜΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ.....	70
ΠΙΝΑΚΑΣ 29: ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΓΡΑΜΜΙΚΗΣ ΕΞΙΣΩΣΗΣ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΤΗΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ (OAS) .....	71
ΠΙΝΑΚΑΣ 30: ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΓΡΑΜΜΙΚΗΣ ΕΞΙΣΩΣΗΣ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΤΗΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ (OAS) .....	72
ΠΙΝΑΚΑΣ 31: ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΓΡΑΜΜΙΚΗΣ ΕΞΙΣΩΣΗΣ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΤΟΥ ΒΙΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ (ESS) .....	73
ΠΙΝΑΚΑΣ 32: ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΓΡΑΜΜΙΚΗΣ ΕΞΙΣΩΣΗΣ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΤΟΥ ΒΙΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΝΤΡΟΠΗΣ (ESS) .....	75
ΠΙΝΑΚΑΣ 33: ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΓΡΑΜΜΙΚΗΣ ΕΞΙΣΩΣΗΣ ΠΡΟΒΛΕΨΗΣ ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ (FPQ-III).....	76



**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**  
**της Αναστασοπούλου Χαρίκλεια**

**Διερεύνηση του βιώματος της Ντροπής και του Φόβου που  
 συνδέεται με το αίσθημα του Πόνου σε Επαγγελματίες  
 Υγείας**

**Σκοπός:** Η παρούσα μελέτη σκοπό έχει τη μέτρηση του αντιλαμβανόμενου πόνου και της αντιλαμβανόμενης ντροπής στους επαγγελματίες υγείας. **Δείγμα και Μέθοδος:** Το δείγμα αφορά σε 9 διαφορετικές ειδικότητες νοσοκομειακών επαγγελματιών υγείας. Σε 300 επαγγελματίες υγείας του Γ.Ν. Κορίνθου και των Κέντρων Υγείας του Νομού Κορίνθου, μοιράστηκαν 4 ερωτηματολόγια/κλίμακες μέτρησης φόβου του πόνου και της ντροπής (FPQ III, OAS, ESS καθώς και ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών και καταγραφής του είδους/εξειδίκευσης του πόνου) την περίοδο Μάιος-Σεπτέμβριος 2017. Το ποσοστό απόκρισης ανήλθε στο 86,7% (204 γυναίκες & 56 άνδρες). Εφαρμόστηκε στατιστικός έλεγχος εγκυρότητας, εσωτερικής αξιοπιστίας και περιγραφικά στατιστικά μέτρα για κατανομές. Η σύγκριση των κατηγοριών επαγγελματιών υγείας έγινε με την εφαρμογή του t-test, της ανάλυσης διακύμανσης ANOVA και της δοκιμασίας Tukey όπου ήταν απαραίτητο. Η διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της γραμμικής παλινδρόμησης. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα (p) τέθηκε στο 0,05. **Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 43,7 έτη, το 67,3% ήταν έγγαμοι/ες, και το 74,2% είχε παιδιά. Το 52,7% ήταν νοσηλευτικό προσωπικό και το 31,9% ήταν απόφοιτοι των ΤΕΙ. Το 47,7% δήλωσε παρουσία πόνου την περίοδο μελέτης καταγράφοντας στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,003$ ) μεταξύ ανδρών (30,4%) και γυναικών (52,5%). Το φύλο, η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης δεν βρέθηκαν να είναι παράγοντες επιρροής στην εξειδίκευση του πόνου σε (α) βαρύτητα του πόνου και (β) διάρκεια πόνου (χρόνιος). Η αύξηση της ηλικίας ωστόσο συσχετίζεται με μείωση του βιώματος της ντροπής ενώ το βίωμα σωματικού πόνου στο παρελθόν δεν συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής. Ο συνολικός φόβος για τον πόνο είναι σημαντικά μεγαλύτερος στους Διοικητικούς Υπαλλήλους από ότι στις υπόλοιπες ειδικότητες ενώ στους Ιατρούς αντιστοιχούσαν οι μικρότερες τιμές ( $p=0,03$ ). Τέλος, θετική συσχέτιση σημειώθηκε μεταξύ του συνολικού πόνου (FPQ) και της ντροπής (OAS) ( $r=0,286$ ), αλλά και του βιώματος της ντροπής (ESS) ( $r = 0,272$ ). **Συμπεράσματα:** Το φύλο, η ηλικία, η επαγγελματική ειδικότητα, η πίστη στο Θεό, το πλήθος των αδελφών, η σειρά γέννησης, η ηλικιακή διαφορά με τη μητέρα, το στρεσογόνο βίωμα στο παρελθόν και η ύπαρξη παιδιών, επηρεάζουν τα επίπεδα των επιμέρους συναισθημάτων ντροπής και φόβου του πόνου στους επαγγελματίες υγείας.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Επαγγελματίες Υγείας; Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (III); Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής-OAS, Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής-ESS; Ελλάδα

## ABSTRACT

By Anastasopoulou Charicleia

### **Exploratory study on shame and fear experience which is related with the feeling of pain in Health Professionals**

**Aim:** the present study aims to the measurement of the self-perceived feelings of pain and shame in health professionals. **Sample and Methodology:** The sample is referred to 9 different specialties of hospital health professionals. During the period May-September 2017, 4 questionnaires/scales of fear of pain and shame measurement (FPQ III, OAS, ESS plus a questionnaire of demographic characteristics and pain category registration) were distributed in 300 health professionals of the public General Hospital of Korinthos (Greece) and the Health Centers of the Korinthos prefecture. The response rate rise to 86,7% (204 women & 56 men). Statistical tests and descriptive statistics were employed for validity, reliability and distribution analysis. The health professional groups were compared by performing t-test, variation analysis ANOVA and Tukey test where it was necessary. Regression analysis was conducted in order to investigate correlations among the quantitative variables. Confidence levels are two-tailed and statistical significance was set at 0.05. **Results:** The average age of the sample was 43.7 years old, the 67.3% were married and 74.2% had children. The 52.7% was nursing personnel and 31.9% were graduated by Technological Educational Institutes. The 47.7% stated current experience of pain reporting statistical significant difference ( $p=0.003$ ) between men (30.4%) and women (52.5%). The sex, the age and the level of education didn't result as influencing factors in (a) pain weight and (b) duration of pain (chronic). Nevertheless, the advance of the age was significantly related to the decrease of a shame outcome but the bodily pain experience in the past was not related with higher levels of internal and external shame. The aggregate fear of pain was significantly superior in administrative employers compared to the other health professional groups. Physicians registered the lowest rate ( $p=0.03$ ). Finally, a positive relation was found between the aggregate pain (FPQ) and shame (OAS) ( $r=0.286$ ), and the experience of shame (ESS) ( $r=0.272$ ). **Conclusions:** The sex, the age, the professional specialty, the faith in god, the number of siblings, the birth order, the age-difference with the mother, the experience of a stressful event in the past and the existence of children, were found to have an impact on the emotional levels regarding shame and fear of pain topics in health professionals.

**Key-words:** Health Professionals; Fear of Pain Questionnaire (III); Other As Shamer Scale-OAS; Experience of Shame Scale (ESS); Greece

## Εισαγωγή

Ο πόνος προκαλείται από κάποιο ερέθισμα-βλάβη σε επίπεδο ιστών ή σε επίπεδο αμυντικού μηχανισμού εξουδετέρωσης μίας βλάβης. Η κατάσταση αναπλήρωσης της υγείας προκαλεί έτι περαιτέρω ορμονική δράση και συνειδησιακή υποστήριξη μέσω μίας κατάστασης συναγερμού.

Το ερέθισμα-βλάβη σε επίπεδο ιστών μπορεί να είναι ένα τραύμα. Στο σημείο του τραύματος παράγονται σωματικές ουσίες όπως η ισταμίνη, οι βραδυκινίνες, το γαλακτικό οξύ, οι προσταγλαδίνες και η ουσία P, μέσω των οποίων διαβιβάζεται ο πόνος από την οδό του νωτιαίου μυελού προς διάφορα κέντρα. Η διακοπή του πόνου μπορεί να επιτευχθεί κατά μήκος αυτής της οδού σε διάφορα σημεία.

Ο πόνος σύμφωνα με την επιστημονική ομάδα του International Association for the Study of Pain είναι μία «δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία η οποία συνδέεται με μία πραγματική ή δυνητική βλάβη των ιστών ή περιγράφεται ως κάτι ανάλογο» (IASP, βλ. [<https://www.iasp-pain.org/Taxonomy>]). Ο ορισμός αυτός αφήνει περιθώρια υποκειμενικής εκτίμησης του πόνου και συνεπάγεται τη δυσκολία περιγραφής του. Η υποκειμενική του διάσταση διέρχεται από την ιδιοσυγκρασία του ασθενή και της ψυχικής του κατάστασης. Με άλλα λόγια η εμπειρία του πόνου συνδυάζει αφενός μεν την ευπάθεια και την πηγή προέλευσής της (βλάβη υγείας) αφετέρου δε την ύπαρξη του ασθενή και τις συναισθηματικές του αντιδράσεις. Ο συνδυασμός αυτός καταλήγει στην αναγνώριση του πόνου με βάση την τρέχουσα ή/και την παρελθούσα εμπειρία πόνου.

Ο πόνος με τη συντηρητική αγωγή αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά. Η φαρμακευτική δράση μπορεί να είναι (α) αντιφλεγμονώδης, (β) τοπικής αναισθησίας και (γ) οπιοειδής. Κάθε περίπτωση λειτουργεί διαφορετικά. Έτσι στην πρώτη περίπτωση πραγματοποιείται αναστολή της παραγωγής των ουσιών που είναι οι διαβιβαστές πόνου, στη δεύτερη περίπτωση αποκλείονται τα περιφερικά και κεντρικά νεύρα ώστε το μήνυμα του πόνου να μην φτάσει στα εγκεφαλικά κέντρα και στην

τρίτη περίπτωση πραγματοποιείται τροποποίηση της καταγραφής και αφομοίωσης του ερεθίσματος.

Ο πόνος ταξινομείται με βάση διάφορα κριτήρια (Gebhart, 2000). Για παράδειγμα με βάση τη διάρκεια ο πόνος μπορεί να είναι οξύς, βραχυχρόνιος και χρόνιος. Με βάση το κριτήριο της ποιότητας διακρίνεται σε οξύς, αμβλύς, διάχυτος και μετακινούμενος. Με βάση το κριτήριο της έντασης διακρίνεται σε έντονο, μέτριο και ήπιο. Με βάση το κριτήριο εμφάνισης διακρίνεται σε συνεχή, διαλείπων, και περιοδικό.

Άλλες ταξινομήσεις χωρίζουν τον πόνο σε (α) δερματικό ή υποδόριο, (β) βαθύ σωματικό που περιλαμβάνει οστά, αγγεία, νεύρα κ.ά. και (γ) σπλαχνικό αναφερόμενος κυρίως στα όργανα και στο κρανίο.

Ο πόνος ως βίωμα επηρεάζει τη συμπεριφορά του ατόμου. Στη συμπεριφορά αυτή υπεισέρχονται κοινωνικοί, πολιτισμικοί και ψυχολογικοί παράγοντες (Peacock και Patel 2008). Στην διεθνή βιβλιογραφία έχουν καταγραφεί πολιτισμικές διαφορές στην αξία και στην εκδήλωση του πόνου (Hobara, 2005). Ωστόσο λιγότερο έχει εξετασθεί ο πόνος σε σχέση με ενδότερες ψυχολογικές καταστάσεις του ατόμου. Στην παρούσα μελέτη η ψυχολογική αυτή κατάσταση είναι η *ντροπή*.

Το αίσθημα της ντροπής σχετίζεται με αντιδράσεις ή ενέργειες που καλύπτουν ή αποκαλύπτουν τα συναισθήματα του ατόμου με τη χρήση του λόγου (ομιλίας), της σιωπής, της αποξένωσης και της κοινωνικής δράσης. Δεν πρόκειται πάντα για αρνητικό συναίσθημα καθώς μπορεί να λαμβάνει χώρα σε καθημερινή βάση και αντανακλά την ανθρώπινη φύση (Schneider, 1977). Διακρίνεται από το αίσθημα της ενοχής επειδή αυτή συνδέεται με την επιθυμία της συγνώμης. Η ντροπή αντίθετα εμπεριέχει την απόκρυψη, την απομάκρυνση και την αυτό-επαγρύπνηση ως προς μία ενδεχόμενη απόρριψη από το κοινωνικό σύνολο.

Με άξονα την διερεύνηση της σχέσης των δύο καταστάσεων (πόνος και ντροπή) η παρούσα μελέτη στο Γενικό Μέρος διεξάγει συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας. Με την περιγραφή του ερευνητικού προβληματισμού στα πεδία αυτά, γίνεται αναφορά στα εργαλεία εξέλιξης της έρευνας. Στο Ειδικό Μέρος διεξήχθη πρωτότυπη έρευνα με τη χρήση επιλεγμένων εργαλείων για την σύλληψη της ντροπής και του πόνου. Η πρωτοτυπία λαμβάνει μεγαλύτερες διαστάσεις στο γεγονός ότι ως δείγμα επιλέχθηκαν οι επαγγελματίες υγείας. Το νοσοκομειακό περιβάλλον εν γένει συνδέεται με την ανάπτυξη του αισθήματος ντροπής, κυρίως σε ασθενείς και συνοδούς. Ωστόσο η μελέτη της αντίληψης του πόνου και της ντροπής

σε επαγγελματίες υγείας αποτελεί μία ιδιαίτερα επιστημονική συμβολή στην έρευνα δεδομένου ότι έως τώρα οι επαγγελματίες υγείας δεν προσέλκυσαν το ενδιαφέρον των ερευνητών. Η πρωτοτυπία της παρούσας έρευνας στην κατηγορία του δείγματος (επαγγελματίες υγείας) αποκτά έτι περαιτέρω σημασία καθώς το ποσοστό αποκρισιμότητας στα ερωτηματολόγια άγγιξε το 100%, ποσοστό που σπάνια επιτυγχάνεται σε έρευνα ερωτηματολογίων.

Η μελέτη χωρίζεται σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αναφέρεται στην ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με τον πόνο και τη ντροπή. Στο πρώτο κεφάλαιο παρατίθενται οι έννοιες και τα μετρητικά συστήματα του πόνου αναφέροντας τις επιστημονικές εκδοχές μέτρησής του και την εξέλιξή τους. Παράλληλα παρουσιάζονται πίνακες με διακρατικές εκτιμήσεις/μετρήσεις αντίληψης του πόνου κατά κατηγορίες ηλικίας, φύλου και εκπαίδευσης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη ντροπή για την οποία διαπιστώθηκε ότι ερευνητικά μελετάται συνδυαστικά με άλλες ψυχολογικές καταστάσεις και συχνά συγχέεται με αυτές. Αναζητήθηκαν δεδομένα σε διακρατικό επίπεδο και προσδιορίστηκε το επιστημονικό κενό σχετικά με την μέτρηση της ντροπής γενικά αλλά πολύ περισσότερο ειδικά στον τομέα της υγείας.

Στο Δεύτερο Μέρος διεξήχθη το ερευνητικό μέρος της εργασίας με τη χρήση τεσσάρων ερωτηματολογίων τρία από τα οποία αποτελούν διαπιστευμένα ερωτηματολόγια μέτρησης της ντροπής και του πόνου. Πρόκειται για τα: (α) Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale – OAS), (β) Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS), (γ) Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου - Fear of pain questionnaire (FPQ-III) και (δ) Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων στο οποίο περιλαμβάνεται και η ύπαρξη ή μη πόνου στο παρόν και στο παρελθόν, η έντασή του και το είδος του. Σημαντικά ήταν τα ευρήματα που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση των 260 έγκυρων ερωτηματολογίων. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι τα επίπεδα σημαντικότητας ανέδειξαν ότι οι γυναίκες εργαζόμενες του τομέα υγείας παρουσιάζουν σε υψηλότερο ποσοστό βίωμα πόνου από ότι οι άντρες συνάδελφοί τους. Ο συνολικός φόβος για τον πόνο είναι σημαντικά μεγαλύτερος στους Διοικητικούς Υπαλλήλους ενώ μεταβλητές όπως η ηλικία, το οικογενειακό περιβάλλον στην παιδική ηλικία και στην τρέχουσα ενήλικη ζωή, το στρεσογόνο γεγονός στο παρελθόν και η πίστη στο Θεό αποτελούν μέρος των παραγόντων που βρέθηκαν να επηρεάζουν την αυτοαξιολόγηση για τα επίπεδα πόνου και ντροπής στους επαγγελματίες υγείας.

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### Ο Πόνος

#### 1.1 Εννοιολογική θεώρηση του πόνου

Ο πόνος καλύπτει ένα ευρύ φάσμα εννοιών το οποίο εξελίσσεται ως προς την ερευνητική προσέγγιση καθώς στηρίζεται στην υποκειμενική αντίληψη του πάσχοντα σχετικά με την έντασή του και τη διάρκεια. Ο πόνος, ειδικότερα στην περίπτωση του χρόνιου πόνου, μπορεί να αποτελέσει μία κατάσταση αναπηρίας ή ανικανότητας. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι ο πόνος σχετίζεται με σωματική βλάβη σε ιστούς και με ψυχολογικούς παράγοντες, είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό. Ωστόσο έχει προστεθεί και ένας τρίτος παράγοντας που είναι ο φόβος του πόνου (Gheldof et al., 2010; Swinkels-Meewisse et al., 2006; Vlaeyen και Linton, 2012; Wideman και Sullivan, 2010).

Ο πόνος ως μία ανεπιθύμητη κατάσταση υγείας, προκαλεί συμπεριφορές αποφυγής του ή ανακούφισης. Σε ορισμένες περιπτώσεις οι επίμονες συμπεριφορές αυτές έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική και εργασιακή απόδοση μέσω της αποφυγής ενεργειών και πράξεων (αδράνειας) με αποτέλεσμα την ανάπτυξη συνδρόμων. Πρόκειται για σύνδρομα σχετιζόμενα με την ψυχική υγεία και αναφέρονται ως επί των πλείστον (α) στην κατάθλιψη, (β) στο άγχος, (γ) στην αμέλεια και (δ) στην χαμηλή αυτοεκτίμηση (Vlaeyen και Linton, 2012).

Η αποτελεσματική εκτίμηση του πόνου είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς επιτρέπει στον θεράποντα να διερευνήσει την προέλευσή του και τη σχέση του με την ιδιοσυγκρασία του ασθενή, αναφορικά με τη συναισθηματική, τη γνωστική και την παρακινητική του φύση. Ο πόνος δεν περιχαράκωνεται στην ιατρική αντιμετώπιση αλλά επεκτείνεται σε πολλές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας καθώς ολοένα αναγνωρίζεται ότι στον πυρήνα του εμπεριέχει θέματα ηθικής αξίας και ανθρώπινου δικαιώματος, ενώ ο χειρισμός του κρίνεται ως πράξη εξανθρωπισμού (Ribeiro et al., 2015). Στο πλαίσιο αυτό ο πόνος είναι ένα πρόβλημα υγείας που χρήζει διεπιστημονικής προσέγγισης.

Ο χειρισμός του πόνου, δηλαδή η αναλγησία, απαιτεί ειδίκευση, ή γνωστική εξοικείωση ανάλογα με τον επαγγελματία υγείας και τη νόσο. Ωστόσο, η γνώση και οι δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας στην εκτίμηση και αντιμετώπιση του πόνου δεν είναι ομοιογενής καθώς τα κλινικά πρωτόκολλα αναλγησίας είναι περιορισμένα (Ribeiro et al., 2012).

Οι διαφορές αυτές μεταξύ των επαγγελματιών υγείας δημιουργούν το κατάλληλο περιβάλλον ώστε η αντίληψη του πόνου του ασθενή, του συναδέλφου επαγγελματία υγείας, του συνοδού και κάθε άλλου εμπλεκόμενου στην παροχή φροντίδας, να ποικίλει ανάλογα με το επίπεδο γνώσης αναλγησίας, μέτρησης κλπ.. Χαρακτηριστική είναι η μελέτη των de Oliveira Ribeiro et al., (2015) στη Βραζιλία όπου κατέγραψε υψηλά ποσοστά εσφαλμένης κατανόησης των μεθόδων εκτίμησης του πόνου σε ιατρούς (κατά 72,7%), σε νοσηλευτές (κατά 38,4%), σε φυσιοθεραπευτές (κατά 60%), σε ψυχολόγους (κατά 80%), και σε φαρμακοποιούς (κατά 37,5%). Επίσης μικρά ποσοστά σημειώθηκαν στους ανωτέρω επαγγελματίες υγείας ως προς την γνώση τους στα αναλγητικά/αντιφλεγμονώδη και οπιοειδή φάρμακα και στις μη φαρμακευτικές μεθόδους διαχείρισης του πόνου.

Στον αντίποδα όμως στην βιβλιογραφία αναφέρονται και άλλες μελέτες με επάρκεια γνώσεων και δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση του πόνου όπως στην περίπτωση των ογκολόγων και των νοσηλευτών σε ασθενείς με καρκίνο (López et al., 2017; Harden et al., 2017; Alnajjar et al., 2017). Από τις ανωτέρω μελέτες σημαντικό εύρημα ήταν η αυξημένη γνώση της θεραπείας του πόνου όταν οι επαγγελματίες υγείας συμμετείχαν σε διεπιστημονικές ομάδες διαχείρισης πόνου, ασκούσαν φροντίδα βάσει κατευθυντήριας οδηγίας ή είχαν συμμετάσχει σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα.

Η διεθνής βιβλιογραφία προσανατολίζεται κυρίως στην πρακτική και στην γνώση των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε νοσηλευτικές μονάδες, καθώς οι ενδονοσοκομειακοί ασθενείς βιώνουν περισσότερο την κατάσταση του πόνου (Andersson et al., 2016). Η διακρατική μελέτη των Morandi et al., (2017) έδειξε ότι η γνώση και η αξιολόγηση του πόνου στις μονάδες εντατικής νοσηλείας διαφέρει σημαντικά μεταξύ χωρών και Ηπείρων.



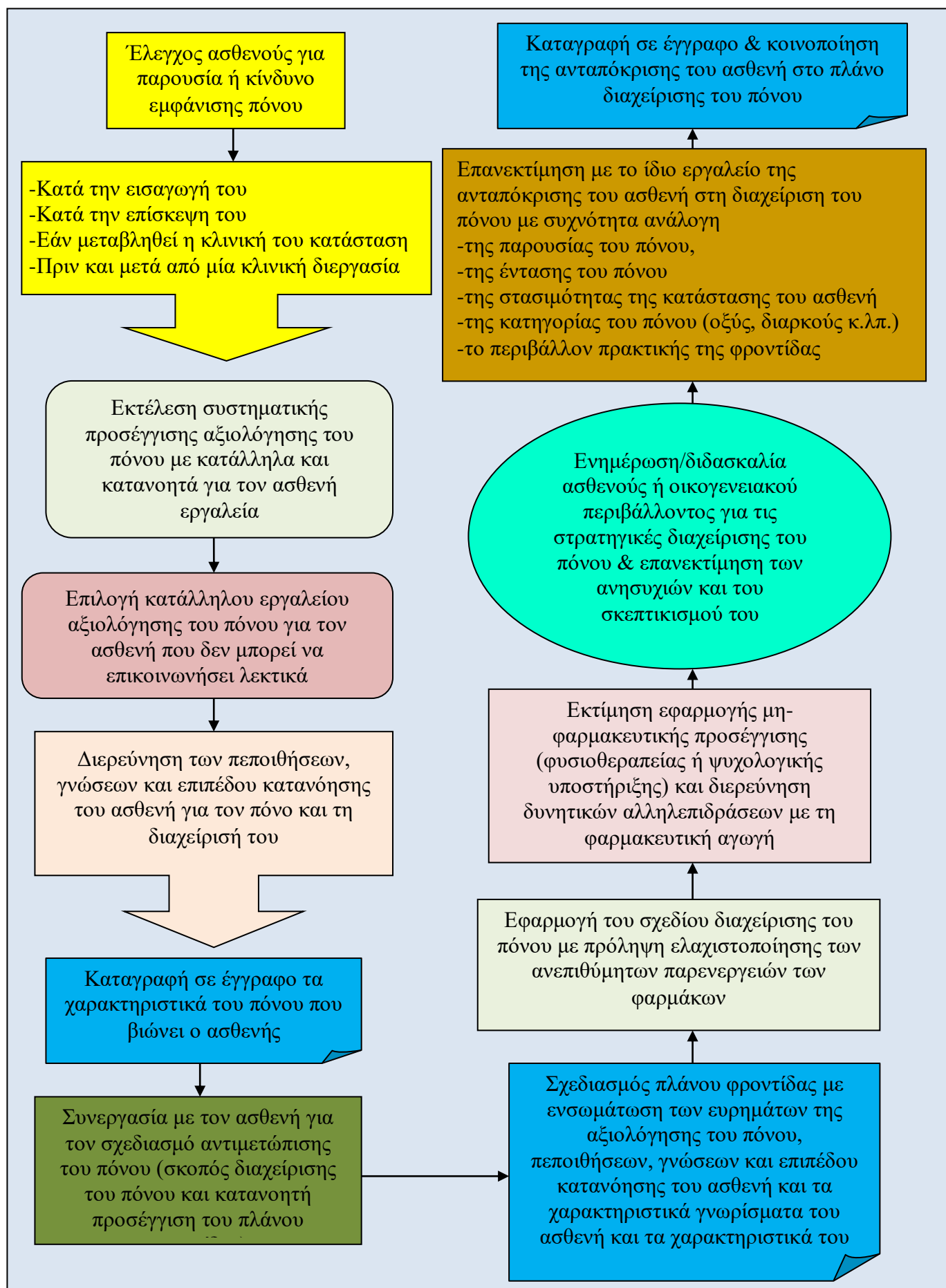
## 1.2 Μέτρηση/εκτίμηση του πόνου

Η συχνότητα του πόνου είναι υψηλή στις περιπτώσεις τραύματος. Η επιστημονική ενασχόληση με τη μέτρηση του πόνου και των συναρτώμενων συμπεριφορών αναφορικά με επιλεγμένες ασθένειες, οδήγησε στην ανάπτυξη εργαλείων συμπεριφορικής του πόνου (behavioral pain tools). Τα εργαλεία αυτά είναι κλίμακες και ως επί τω πλείστον αφορούν περιπτώσεις νοσηλευόμενων στις μονάδες εντατικής θεραπείας (Payen et al., 2001; Gélinas et al., 2006).

Άλλοι ερευνητές επιχείρησαν να εκτιμήσουν την ακρίβεια μέτρησης του πόνου μέσω συσκευών. Για παράδειγμα στην εργασία τους οι (Jendoubi et al., 2017) επιχείρησαν να συγκρίνουν τα αποτελέσματα της συσκευής αλγαισθησίας ANI (analgesia nociception index device) μέσω της οποίας καταγράφεται ο παρασυμπαθητικός τόνος σε ασθενείς με τραύμα στον εγκέφαλο και σε κατάσταση νάρκωσης. Αποτέλεσμα της έρευνας ήταν η ικανότητα της συσκευής να ανιχνεύσει τον πόνο ακόμα και σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε θεραπεία νορεπινεφρίνης.

Η εκτίμηση του πόνου καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολη στην περίπτωση των ασθενών που αδυνατούν να επικοινωνήσουν προφορικά. Στη διεθνή βάση καταγραφής κλινικών κατευθυντήριων γραμμών (βλ. National Guidelines Clearinghouse), η διαχείριση του πόνου περιλαμβάνει πάνω από 100 κατευθυντήριες οδηγίες με θέμα τη διαχείρισή του σε διάφορες περιπτώσεις τραυματισμού, χειρουργικής επέμβασης ή παθήσεων. Επίσης περιλαμβάνει κλινικές οδηγίες για αναλγησία και αναισθησία. Στη συνέχεια παρουσιάζεται με μορφή διαγράμματος ροής η κατευθυντήρια οδηγία εκτίμησης του πόνου (οποιοδήποτε πόνου) από το νοσηλευτικό προσωπικό (RNAO, 2013). Από το διάγραμμα διακρίνεται ότι δεν παραλείπεται ο ψυχολογικός παράγοντας και η προσωπικότητα του ασθενή αναφορικά με τις πεποιθήσεις του για τον πόνο και άλλα χαρακτηριστικά που διαμορφώνουν τον χαρακτήρα του. Η κατευθυντήρια οδηγία δεν προτείνει εργαλείο αξιολόγησης.

**Εικόνα 1: Διάγραμμα ροής αξιολόγησης & διαχείρισης του πόνου**



Υπάρχουν μελέτες οι οποίες αναφέρουν ότι σε ορισμένες περιπτώσεις τα εργαλεία συμπεριφορικής του πόνου υποτιμούν τα επίπεδά του (Berben et al., 2007; Aïssaoui et al., 2007). Στο πλαίσιο αυτό περισσότερο προσιτές κλίμακες αυτοαξιολόγησης αναπτύχθηκαν οι οποίες καλύπτουν ένα συνθετότερο φάσμα ψυχολογικού πόνου και θλίψης, εντάσσοντας επίσης στοιχεία ψυχοπαθολογίας για την ανίχνευση των πασχόντων από χρόνιο ο πόνο, χωρίς να αποκλείει ερωτηθέντες με απουσία ψυχιατρικής φύσης προβλήματα (Hardt, Gerbershagen και Franke, 2000). Το ερωτηματολόγιο αυτό αναφέρεται ως Symptom Check-List (SCL-90).

Ο φόβος του πόνου συνδέεται με συναισθηματικές αντιδράσεις οι οποίες λαμβάνουν χώρα από την προσμονή του πόνου ή κατά τη διάρκειά του (Lyby, Aslaksen και Flaten, 2011). Έτσι, εκτός από την μέτρηση του καθεαυτού πόνου, κλίμακες μέτρησης του φόβου του πόνου έχουν αναπτυχθεί. Το ερωτηματολόγιο Fear of Pain Questionnaire-III (FPQ-III), χρησιμοποιείται ευρέως σε υγιή δείγματα ή με κλινικό πρόβλημα (McNeil και Rainwater, 1998). Περιλαμβάνει 30 θέματα και τρεις υποκλίμακες για να αξιολογήσει τον φόβο ενός ατόμου σε σχέση με μία πληθώρα ερεθισμάτων παραγωγής πόνου (Vambheim, et al., 2017). Η κλίμακα διαβάθμισης είναι πεντάβαθμη Likert με το 1 να αντιπροσωπεύει το «καθόλου πόνος» και το 5 το «εξαιρετικός φόβος».

Στις διεθνείς στατιστικές και βάσεις δεδομένων ο πόνος αποτελεί μετρήσιμο και συγκρίσιμο μέγεθος σε χρονολογικές σειρές. Ειδικότερα η Eurostat καταγράφει το ποσοστό πληθυσμού που δηλώνει να έχει σωματικό πόνο ή σωματική δυσφορία κατά φύλο, ηλικία και επίπεδο εκπαίδευσης. Παρότι τα μοναδικά διαθέσιμα στοιχεία αναφέρονται στο 2008 από τους παρακάτω σχετικούς πίνακες μπορούν να διεξαχθούν πολύτιμα συμπεράσματα.

Από τα στοιχεία το Πίνακα 1 διαπιστώνεται ότι στην πλειονότητα των χωρών το ποσοστό του πληθυσμού με βίωμα σωματικού πόνου μειώνεται όσο ανώτερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης (μόνη εξαίρεση η Μάλτα). Με άλλα λόγια, τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης τείνουν να πονούν σε μεγαλύτερο ποσοστό, πιθανόν λόγω της μικρότερης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας ή λόγω ελλιπούς πρόληψης. Διακρίνεται επίσης ότι ο ρυθμός μείωσης του ποσοστού του πληθυσμού ανά βαθμίδα εκπαίδευσης μειώνεται από την Δευτεροβάθμια προς την Τριτοβάθμια εκπαίδευση. Οι μετρήσεις αυτές αντανακλούν ότι το βίωμα του σωματικού πόνου σχετίζεται με το επίπεδο εκπαίδευσης.

**Πίνακας 1: Ποσοστό πληθυσμού που δηλώνει παρουσία σωματικού πόνου ή δυσφορίας**

	Σύνολο (% πληθυσμού)	Α΄βάθμιας Εκπ΄.	Β΄Βάθμιας Εκπ.	Γ΄βάθμιας Εκπ.
<b>Ελλάδα</b>	<b>11,9</b>	<b>13,7</b>	<b>11,3</b>	<b>9,4</b>
Ισπανία	16,5	18,2	14,4	14,6
Κύπρος	12,7	16,4	10,7	10,0
Βουλγαρία	15,8	20,9	13,5	12,5
Τσεχία	11,2	15,5	11,0	5,9
Εσθονία	16,4	19,0	15,9	12,2
Λετονία	13,6	14,7	14,4	10,0
Ουγγαρία	16,9	20,7	16,0	13,8
Μάλτα	11,2	15,2	9,1	10,1
Πολωνία	22,3	27,5	21,8	17,3
Ρουμανία	17,4	25,7	13,5	8,7
Σλοβενία	21,1	26,5	20,0	16,2
Σλοβακία	14,3	20,0	14,1	10,2
Τουρκία	15,1	16,7	10,8	10,2

Πηγή: Eurostat, βλ. [\[http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_ehis\\_st4&lang=en\]](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_st4&lang=en).

Στον Πίνακα 2 εξετάζεται το βίωμα της ψυχολογικής οδύνης. Ενδιαφέρον δείχνει το γεγονός ότι σε όλες τις χώρες τα ποσοστά πληθυσμού με βίωμα ψυχολογικού πόνου είναι εξαιρετικά υψηλά (τουλάχιστον τα 2/3 του πληθυσμού). Επίσης διακρίνεται ότι σε όλες τις περιπτώσεις η συχνότητα του ψυχολογικού πόνου μεγαλώνει όσο αυξάνεται το επίπεδο εκπαίδευσης.

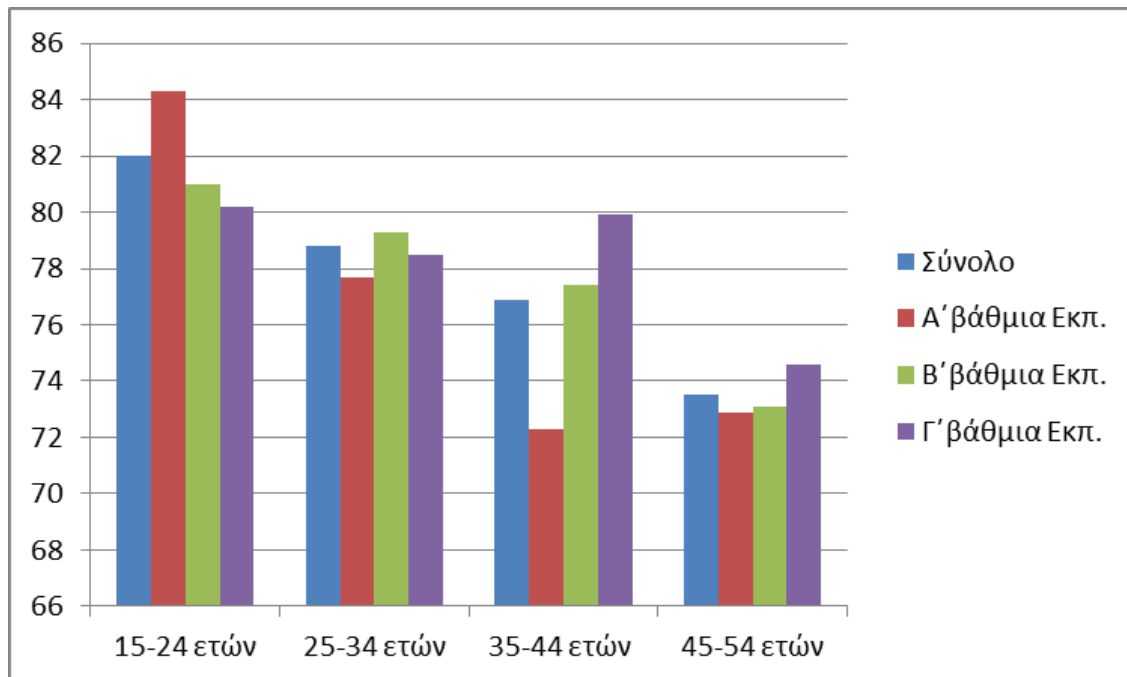
**Πίνακας 2: Ποσοστό πληθυσμού που δηλώνει παρουσία ψυχολογικού πόνου (θλίψης)**

	Σύνολο (% πληθυσμού)	Α΄βάθμιας Εκπ΄.	Β΄Βάθμιας Εκπ.	Γ΄βάθμιας Εκπ.
<b>Ελλάδα</b>	<b>75,3</b>	<b>71,9</b>	<b>77,6</b>	<b>78,0</b>
Ισπανία	77,4	75,1	79,4	80,8
Κύπρος	78,2	73,7	80,3	82,3
Βουλγαρία	75,0	71,5	76,2	78,4
Τσεχία	71,6	68,1	72,1	74,3
Αυστρία	79,1	75,7	80,1	81,0
Λετονία	70,2	68,7	70,0	72,9
Ουγγαρία	69,3	64,0	70,2	74,2
Μάλτα	70,3	66,4	71,5	74,4
Πολωνία	72,2	69,2	72,4	75,5
Ρουμανία	67,9	64,0	69,5	73,5
Σλοβενία	77,6	73,0	78,8	80,9
Σλοβακία	77,6	74,9	77,5	80,3
Τουρκία	60,8	59,8	63,0	65,0

Πηγή: Eurostat, βλ. [\[http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_ehis\\_st7&lang=en\]](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_st7&lang=en).

Από τους ανωτέρω πίνακες προκύπτει ότι τα άτομα με Πανεπιστημιακή εκπαίδευση τείνουν να υποφέρουν λιγότερο από σωματικό πόνο και περισσότερο από ψυχολογικό. Στην Εικόνα 2 παρουσιάζονται περισσότερα αναλυτικές πληροφορίες της συχνότητα του ψυχολογικού πόνου στην Ελλάδα ανά ηλικιακή ομάδα και επίπεδο εκπαίδευσης. Διακρίνεται ότι η ηλικιακή ομάδα 35-44 είναι αυτή που οι έχοντες Τριτοβάθμια εκπαίδευση παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ψυχολογικού πόνου. Αξιοπρόσεκτο είναι το γεγονός ότι στην ηλικιακή ομάδα 45-54 τα ποσοστά του ψυχολογικού πόνου είναι τα κατωτέρα και τείνουν να ευθυγραμμιστούν σε όλες τις ηλικίες. Αντίστοιχα τα ποσοστά του ψυχολογικού πόνου στην πρώτη ηλικιακή ομάδα 15-24 είναι τα ανώτερα και στις τρεις ομάδες οι οποίες συγκλίνουν σημαντικά.

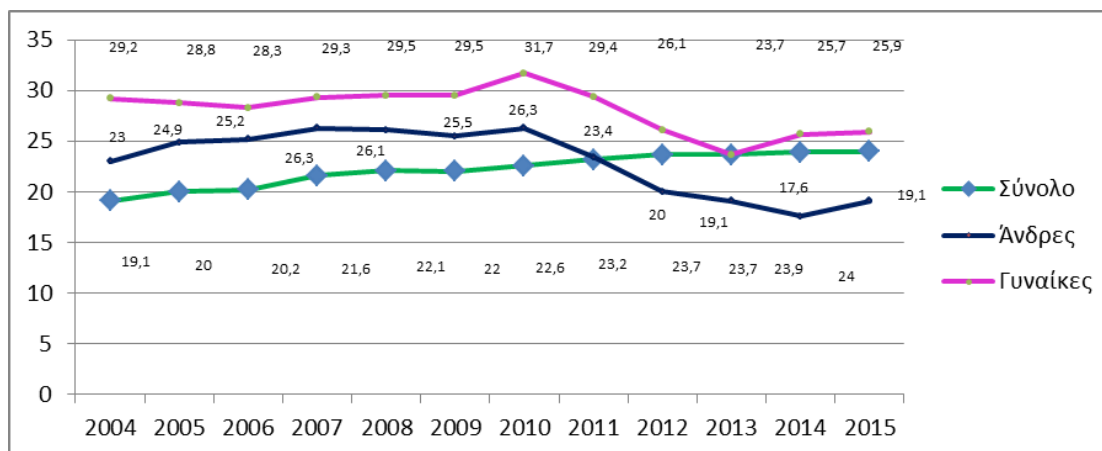
**Εικόνα 2: Ποσοστό πληθυσμού που δηλώνει παρουσία ψυχολογικού πόνου στην Ελλάδα ανά ηλικία και επίπεδο εκπαίδευσης**



Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων της Eurostat, βλ. [<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>]

Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα προβλήματα υγείας και τα χρόνια νοσήματα συνδέονται με την παρουσία πόνου σωματικού, ψυχολογικού ή και των δύο, στην Εικόνα 3 παρουσιάζεται το ποσοστό του πληθυσμού που δηλώνει την παρουσία χρόνιου νοσήματος ή προβλήματος υγείας στην Ελλάδα για την περίοδο 2004-2015. Από την Εικόνα διακρίνεται ότι περίπου από το 1/5 του πληθυσμού που ήταν το 2004 ο πληθυσμός με πρόβλημα υγείας, το 2005 αυξήθηκε στο 1/4 (αύξηση κατά 5 ποσοστιαίες μονάδες). Επίσης οι γυναίκες υποφέρουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας σε σχέση με τους άνδρες. Ως εκ τούτου αναμένεται οι γυναίκες να παρουσιάζουν σε υψηλότερο ποσοστό βίωμα πόνου.

**Εικόνα 3: Ποσοστό πληθυσμού που δηλώνει παρουσία χρόνιου νοσήματος ή προβλήματος υγείας στην Ελλάδα**



Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων της Eurostat, βλ. [\[http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do\]](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do)

Αναφορικά με τον σωματικό πόνο τα στατιστικά στοιχεία των Η.Π.Α. έδειξαν ότι η ηλικιακή ομάδα των 45-64 είναι αυτή που έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να δηλώσει παρουσία πόνου ενώ μετά τα 65 έτη η πιθανότητα αυτή φθίνει (National Center for Health Statistics, 2006). Ωστόσο από την Εικόνα 1 διακρίνεται ότι από τα 45 έτη και μετά ο ψυχολογικός πόνος περιορίζεται. Αυτό σημαίνει ότι ο σωματικός και ψυχολογικός πόνος δεν κινούνται παράλληλα αλλά μπορεί ακόμα να λειτουργήσουν και αντίστροφα ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Η καταμέτρηση του πόνου αποτελεί σημαντικό αντικείμενο μελέτης και σταδιακά εξειδικευμένες βάσεις δεδομένων αναλαμβάνουν το ρόλο της ψηφιακής κατηγοριοποίησής του και της παροχής των δεδομένων στο κοινό. Παράδειγμα αποτελεί η βάση δεδομένων της ομοσπονδιακής κυβέρνησης των Η.Π.Α. με την επωνυμία Interagency Pain Research Portfolio database (βλ. <https://paindatabase.nih.gov/>). Σύμφωνα με αυτό ο πόνος να κατηγοριοποιείται σε (α) αόριστο πόνο, (β) νευροπαθητικό, (γ) κρανιοπροσωπικό, (δ) χρόνιο πυελικό πόνο, (ε) μυοσκελετικό, (στ) οξύ-υπο-οξύ πόνο, (ζ) σπλαχνικό πόνο, (η) καρκινικό πόνο, (θ) δρεπανοκυτταρικό πόνο, (ι) καρδιαγγειακό πόνο, (κ) ρευματικό και ινομυαλγικό πόνο και (λ) κόπωση-διαταραχή ύπνου.

Άλλη βάση δεδομένων με την επωνυμία Quantitative Solutions εισχώρησε σε περισσότερο κλινικό περιεχόμενο με την μετα-ανάλυση κλινικών δοκιμών σχετικών με τον νευροπαθητικό πόνο για την διαβάθμιση του με βάση την ένταση, την ανακούφιση και άλλες παραμέτρους. Ωστόσο η βάση αυτή είναι υπό εξέλιξη και στο μέλλον θα ενσωματώσει στοιχεία για τον χρόνιο πόνο.

Κάποια στατιστικά στοιχεία παρέχονται από τον φορέα The Good Body των ΗΠΑ (βλ.<https://www.thegoodbody.com/chronic-pain-statistics/>) όπου εκτιμάται ότι, 1,5 δισεκατομμύριο άνθρωποι στον κόσμο υποφέρουν από χρόνιο πόνο, 100.000.000 βρίσκονται στις Η.Π.Α. και ένας στους 10 Αμερικανούς βίωσε καθημερινό πόνο διάρκειας τουλάχιστον τριών μηνών. Ο χρόνιος πόνος έχει υψηλότερη συχνότητα από άλλες ασθένειες όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος και οι καρδιακές παθήσεις (American Academy of Pain Medicine, 2017).

Τα στατιστικά επιβεβαιώνουν ότι διπλάσιος είναι ο αριθμός των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες που υποφέρουν από χρόνιο πόνο, κυρίως κρανιοπροσωπικό. Η επίπτωση του χρόνιου πόνου αντανακλάται στην ψυχολογική κατάσταση των πασχόντων με το 77% να παρουσιάζει κατάθλιψη. Σημαντικές επίσης είναι οι επιπτώσεις και στις αποφάσεις των πασχόντων ως προς την εργασία τους με το 20% να εγκαταλείπει τη δουλειά, το 17% να αλλάζει εργασιακό περιβάλλον, το 13% να αλλάζει κατοικία και το 13% να προσλαμβάνει άτομο για βοήθεια στο σπίτι. Στις Η.Π.Α. το κόστος του χρόνιου πόνου εκτιμάται στα 560\$-635\$ δισεκατομμύρια ετησίως, ποσό που αντιστοιχεί σε 2.000\$ κατά κεφαλή. Η σχέση του πόνου με την εργασία είναι στενή, καθώς στις Η.Π.Α. εκτιμάται ότι 36 εκατομμύρια εργαζόμενοι απουσιάζουν ετησίως από την εργασία τους εξ' αιτίας του πόνου με αποτέλεσμα την απώλεια της παραγωγικότητας της εργασίας. Η χαμένη παραγωγικότητα εκτιμάται στα 299\$-325\$ δισεκατομμύρια ετησίως και οι χαμένες ώρες παραγωγικής εργασίας κυμαίνονται στις 4,6 ανά εβδομάδα (Arthritis Center, 2005).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στην αναζήτηση κατευθυντήριας οδηγίας από το National Guidelines Clearinghouse, στην κατηγορία της ψυχιατρικής δεν βρέθηκε κάποια κατευθυντήρια οδηγία που να συνδέεται άμεσα με την ντροπή. Η πλησιέστερη οδηγία ήταν αυτή της διαταραχής κοινωνικού άγχους (National Collaborating Centre for Mental Health, 2013).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Η Ντροπή

#### 2.1 Εννοιολογική θεώρηση της ντροπής

Η ντροπή είναι μία εμπειρία του ατόμου που εναλλακτικά περιγράφεται από άλλες έννοιες όπως ο εξευτελισμός, η υποτίμηση, η ατίμωση, η ταπείνωση, και η γελοιοποίηση, και αντανακλά μία άσχημη κατάσταση για την ταυτότητα (την ύπαρξη) του ατόμου που τη βιώνει (Gilbert, 1989). Συνδέεται με ένα αίσθημα κατωτερότητας σε σχέση με το στερεότυπο ή το ιδανικό ή την κοινωνική αξία, βάση του οποίου συγκρίνεται το άτομο. Ουσιαστικά η ντροπή είναι μία εσωτερική διεργασία κοινωνικών συγκρίσεων και λειτουργεί ως μηχανισμός προειδοποίησης μίας επερχόμενης απειλής ότι οι τρίτοι αξιολογούν αρνητικά το υποκείμενο που βιώνει τη ντροπή και η αρνητική αυτή αξιολόγηση μπορεί να οδηγήσει σε τιμωρία του (Turner et al., 2013).

Η έννοια της ντροπής συχνά συγχέεται με την αμηχανία, την υπηρηφάνεια και την ενοχή (Feiring, 2005). Παρότι τα ανωτέρω αισθήματα έχουν κοινές ιδιότητες ή συσχετίζονται με τη ντροπή, πρόκειται για διακριτά συναισθήματα. Η ντροπή ως μηχανισμός αυτό-επίγνωσης έχει συχνά αρνητικές επιπτώσεις στη διάδραση των ατόμων που τη βιώνουν, με συνηθέστερες την ψυχική παραίτηση και τη φυγή εν αντιθέση μίας ενεργούς αντίδρασης αποκατάστασης του λάθους ή της απόκλισης από το στερεότυπο όπως συχνά συμβαίνει στην περίπτωση της ενοχής (Tangney et al., 1996).

Το αίσθημα της ντροπής ανάγεται στην θεώρηση της ηθικής ως δείκτης αναφοράς μεταξύ της ηθικής και μη-ηθικής συμπεριφοράς (Cohen et al., 2011). Οι ανωτέρω ερευνητές επιχείρησαν να αναπτύξουν ένα εργαλείο μέτρησης της ντροπής και της ενοχής (Guilt and Shame Proneness scale (GASP)) με τη χρήση δύο υποκλιμάκων αξιολόγησης της αρνητικής συμπεριφοράς. Ειδικά για τη ντροπή κατέδειξαν ότι υπάρχει σχέση με μια αποδυναμωμένη ψυχολογική λειτουργικότητα του ατόμου όπως για παράδειγμα η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η θλίψη και οι νευρώσεις.

Ωστόσο βασικό σημείο ανάλυσης ήταν η αναφορά στην έκθεση του ατόμου στο κοινό ως μείζονος σημασίας παράγοντα κατανόησης τυχόν προδιάθεσης στην ντροπή.

## 2.2 Μέτρηση/εκτίμηση της ντροπής

Το αίσθημα της ντροπής προέρχεται από εξωτερικές πηγές και επιδρά στην εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του (Teroni και Deonna, 2008). Η εκτίμηση της ντροπής σε μετρήσιμο μέγεθος αποτελεί σημαντικό στοιχείο κατανόησης της ανθρώπινης αντίδρασης αναφορικά με την ψυχοπαθολογία και την αντιμετώπισή της.

Η μέτρηση της ντροπής απετέλεσε ένα πεδίο αναζήτησης για τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας. Ωστόσο μόλις πρόσφατα η εξέλιξη των ψυχομετρικών δοκιμασιών (tests) αναπτύχθηκε αρκετά ώστε να περικλείει ικανό αριθμό καταστάσεων που διεγείρουν τα συναισθήματα.

Για την στατιστική ανάλυση της ντροπής αναπτύχθηκαν μέτρα-ερωτηματολόγια και τα πιο διαδεδομένα είναι (α) το Harder's Personal Feelings Questionnaire-2 (PFQ-2) , (β) το Self-Conscious Affect and Attribution Inventory (SCAAI), (γ) το Test of Self-Conscious Affect (TOSCA), και (δ) το Guilt and Shame Proneness Scale (GASP) (Harder και Greenwald, 1999; Tangney, 1990; Robins, Nofhle, και Tracy, 2007; Cohen, et al., 2011; Tracy, 2007).

Τα ερωτηματολόγια αυτά αφορούν στην υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για το αίσθημα της ντροπής είτε σε καταστάσεις που έχουν βιώσει είτε σε πιθανές καταστάσεις με τη χρήση συνήθως 5-βαθμης βαθμονομημένης κλίμακας. Στην περίπτωση του μέτρου PFQ-2 η ντροπή συνεκτιμάται με το αίσθημα της ενοχής σε ερωτήσεις αυτό-αξιολόγησης. Σε πιο σύνθετη συσχέτιση με άλλα συναισθήματα, όπως η εξωτερίκευση της ενοχής, η αποστασιοποίηση και η περηφάνια, το μέτρο SCAAI απευθύνθηκε σε νεανικές πληθυσμιακές ομάδες αναδεικνύοντας την διαφορετική λειτουργικότητά τους και την ισχυρή συσχέτισή τους. Το μέτρο TOSCA και οι εκδοχές του υποδειγματοποιούν την ντροπή και την ενοχή στη βάση υποθετικών σεναρίων. Η χρησιμότητά του ως παράγοντας κινδύνου ισχυροποιήθηκε στον τομέα της πρόβλεψης τυχόν ψυχολογικών παθήσεων (Woien et al., 2003).

Η εκτίμηση της ντροπής μπορεί να συνδυαστεί με το αίσθημα της στοχοποίησης (στίγμα) που μπορεί να νιώθει ένα άτομο λόγω μίας κατάστασής του. Στην περίπτωση αυτή αναδεικνύεται ο ρόλος των κοινωνικών συνθηκών ως ιδιαίτερα

έντονος. Παράδειγμα αποτελεί η ντροπή σε σχέση με τη φτώχεια και την επικείμενη εκδήλωση στιγματισμού των ατόμων που ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας.

## 2.3 Βιβλιογραφική ανασκόπηση για τη ντροπή

### 2.3.1 Η μελέτη της ντροπής γενικά

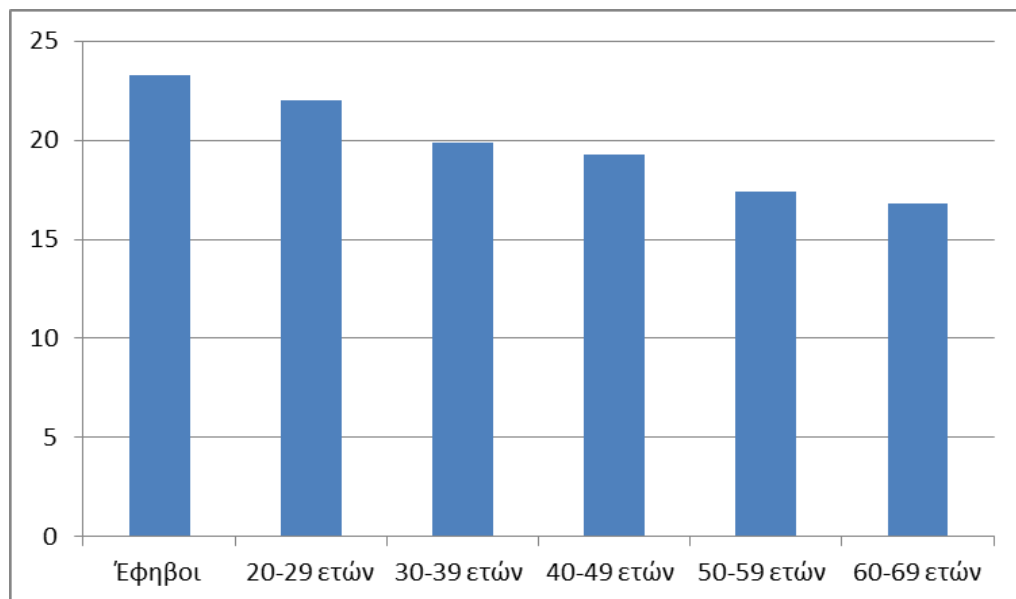
Μεταξύ άλλων συναισθημάτων, η ντροπή έχει επιστημονικό ενδιαφέρον ως προς την ανταπόκριση των ατόμων σε συναισθηματικά ερεθίσματα. Η έρευνα για τη ντροπή ρίχνει φως στην αυτό-αξιολόγηση του ατόμου σε σχέση με ένα αρνητικό βίωμα. Η ροπή του ατόμου να νιώσει ντροπή για κάτι μπορεί να προκαλέσει συναισθηματική αστάθεια και διαπροσωπικές ανισορροπίες. Η επιστημονική ενασχόληση με αυτό το πεδίο μελέτης αποτελεί χρήσιμο υλικό στην ψυχοθεραπεία.

Η ντροπή εκδηλώνεται ως φόβος, άγχος και τάσεις φυγής. Μπορεί να εκδηλώνεται επίσης ως μία κατάσταση μοναξιάς, εθισμού/εξαρτήσεων ή αίσθησης κενού και πόνου.

Η εκδήλωση της ντροπής μπορεί να είναι λεκτική ή μη λεκτική. Σύμφωνα με τον Retzinger (1995) η λεκτική εκδήλωση της ντροπής μπορεί να είναι (α) άμεση με τη χρήση σχετικών λέξεων όπως «ντροπιασμένος», «αμήχανος», «ταπεινωμένος», (β) με την απομόνωση ή εγκατάλειψη εκφρασμένη με όρους αποξένωσης, (γ) με τη γνωστοποίηση του αισθήματος γελιοποίησης, (δ) με αναφορά του ατόμου που βιώνει τη ντροπή ως ακατάλληλου, άχρηστου και αποτυχημένου, (ε) με εκδήλωση δυσανασχέτησης και (στ) με εκφράσεις που δηλώνουν ταραχή και μπερδεμένη κρίση.

Στατιστικές καταγραφές της ντροπής σε διεθνείς βάσεις δεδομένων δεν έχουν ακόμα αναπτυχθεί. Μεμονωμένες ωστόσο καταγραφές μπορούν να δώσουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη μεταβολή της ντροπής στον 21<sup>ο</sup> αιώνα. Στην Εικόνα 4 παρουσιάζεται το ιστόγραμμα εκτίμησης της ντροπής σε δείγμα Αμερικανών ανά ηλικιακή ομάδα. Διακρίνεται ότι η ντροπή έχει φθίνουσα πορεία όσο αυξάνεται η ηλικία του ατόμου με τους έφηβους να απέχουν από την τρίτη ηλικία 6,5 ποσοστιαίες μονάδες.

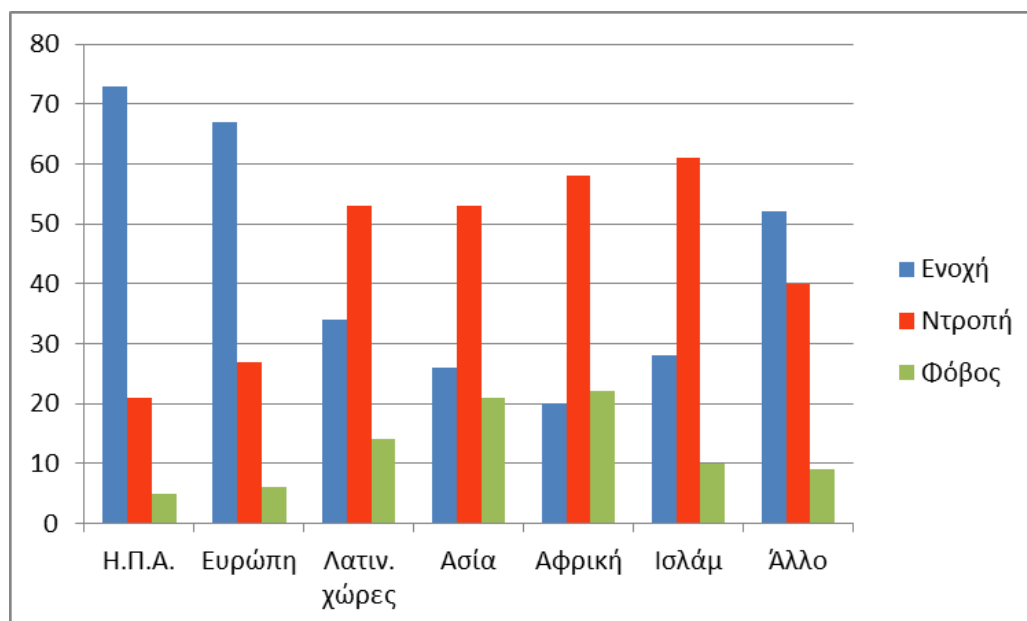
**Εικόνα 4: Εκτίμηση αισθήματος ντροπής ανά ηλικιακή ομάδα, Η.Π.Α.**



Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ιστοσελίδας HonorShame, βλ. [<http://honorshame.com/rise-shame-america/>] βάσει της διαδικτυακής έρευνας The Culture Test βλ. [<http://theculturetest.com/survey>].

Στην Εικόνα 5 παρουσιάζεται το ιστόγραμμα εκτίμησης της ντροπής με άξονα τις πολιτισμικές διαφορές που συνδέονται με τη χώρα γέννησης των ερωτηθέντων. Διακρίνεται ότι η ντροπή έχει αυξημένα ποσοστά στις χώρες της Ανατολής ενώ στον Δυτικό κόσμο υπερिशχύει το αίσθημα της ενοχής. Από τα ανωτέρω γραφήματα μπορεί να διεξαχθεί το συμπέρασμα ότι η ντροπή επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως το πολιτισμικό υπόβαθρο και η ηλικία.

**Εικόνα 5: Εκτίμηση αισθήματος ντροπής, ενοχής και φόβου ανά γεωγραφική περιοχή**



Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ιστοσελίδας HonorShame, βλ. [<http://honorshame.com/rise-shame-america/>] βάσει της διαδικτυακής έρευνας The Culture Test βλ. [<http://theculturetest.com/survey/>].

### 2.3.2 Η μελέτη της ντροπής στον τομέα της υγείας

Στον τομέα της υγείας, το αίσθημα της ντροπής ερευνήθηκε σε διαφορετικά επίπεδα και ομάδες-στόχους. Παράδειγμα αποτελεί η μελέτη της έκτασης της ντροπής σε σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ (Koulouras et al., 2017). Σημαντικό εύρημα της έρευνας ήταν το γεγονός ότι τα μέλη της οικογένειας που ζούσαν μαζί με τον ασθενή βίωναν υψηλότερο βαθμό εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής σε σχέση με τους συγγενείς με διαφορετική στέγη. Παράλληλα το επίπεδο εκπαίδευσης παρουσίασε στατιστική σημαντικότητα στην κλίμακα ντροπής, κατωτερότητας και κενότητας, με τους απόφοιτους Δημοτικού και Γυμνασίου να καταγράφουν υψηλότερη βαθμολογία των αρνητικών αυτών συναισθημάτων.

Άλλη μελέτη προσανατολίστηκε στο νοσοκομειακό-εργασιακό περιβάλλον και στο δίλλημα γνωστοποίησης των αιματολογικών εξετάσεων των επαγγελματιών υγείας που έχουν προσβληθεί από ηπατίτιδα C, ως προς το στίγμα που συνδέεται με τη νόσο αυτή και επακόλουθο αίσθημα ντροπής (Northrop, 2017).

Η πλειονότητα της βιβλιογραφίας προσανατολίστηκε στην μελέτη της ντροπής σε δείγμα ασθενών και σε επιλεγμένες διαταραχές της υγείας και ασθένειες. Παράδειγμα αποτελούν οι ασθενείς με άνοια (Aldridge, Fisher, και Laidlaw, 2017), με ψυχικές διαταραχές (Dorahy et al., 2017), με διαταραχές διατροφής και βάρους (Duarte και Pinto-Gouveia, 2017; Solomon-Krakus και Sabiston, 2017) με HIV (Pantelic et al., 2017; Hutchinson και Dhairyawan, 2017) με φλεγμονή του εντέρου (Trindade, Ferreira, και Pinto-Gouveia, 2017), με δερματοπάθειες (Anderson και Clarke, 2017) με το κάπνισμα (Zuzelo, 2017) και με προβλήματα ακοής (Broekhof et al., 2017).

Οι ανωτέρω μελέτες καταγράφουν επιπλοκές στις κοινωνικές σχέσεις των ασθενών ως αποτέλεσμα της ντροπής, με πρωταρχική τη συμπεριφορά αποφυγής κοινωνικών επαφών.

## **2.4 Η μελέτη της ντροπής σε σχέση με το πόνο και το τραύμα**

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η μελέτη του τραύματος σε σχέση με τη ντροπή προσανατολίστηκε στην κατηγορία του μετατραυματικού στρες στο πλαίσιο αποκατάστασης των ψυχολογικών λειτουργιών και της επανένταξης στην κοινωνία ή στην αγορά εργασίας ασθενών με βιώματα πολέμου (Yeterian, Berke και Litz, 2017), σωματικής κακοποίησης (Jones, Hughes και Unterstaller, 2001), καταστροφών (Setou, Maruyama, και Morimoto, 2005), πένθους (Dellmann, 2017) κ.ά..

Η βιβλιογραφία έδειξε ότι τα τραύματα ψυχικής φύσεως δεν οδηγούν πάντα στην ανάπτυξη του αισθήματος της ντροπής (Görg et al., 2017; Feiring, Taska και Chen, 2002). Ωστόσο η ανάμνηση και η συνειδητοποίηση ορισμένων τραυματικών εμπειριών βαριάς κακοποίησης επιφέρει στα θύματα το αίσθημα της ντροπής (Koss, 2000; Deblinger και Runyon, 2005; Ahrens, 2006).

Αντίστροφα προσέγγισε το θέμα της ντροπής η μελέτη του McCarthy-Jones (2017) καθώς υπέθεσε ότι η παρουσία της ντροπής σε προγενέστερο χρόνο μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας ανάπτυξης μίας σοβαρής ψυχικής διαταραχής. Με άλλα

λόγια διερεύνησε εάν η ντροπή είναι επακόλουθο μίας τραυματικής εμπειρίας τότε θα μπορούσε να αναχθεί σε αιτιολογικό παράγοντα της υπό μελέτη διαταραχής και ως εκ τούτου το τραύμα να αποτελεί παράγοντα πρόβλεψης της συγκεκριμένης πάθησης.

Στην βιβλιογραφία η αναζήτηση της σχέσης ντροπής με τον σωματικό πόνο ή το τραύμα δεν συγκεντρώνει μεγάλο όγκο εργασιών. Η εργασία των Paschou et al., (2010), διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της ντροπής και ενός παρελθοντικού σωματικού πόνου σε άτομα του γενικού πληθυσμού. Συνδυάζοντας τις κλίμακες OAS, ESS και SCL-90 τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι, οι ερωτηθέντες με εμπειρία παρελθοντικού σωματικού πόνου, κατέγραψαν υψηλότερα επίπεδα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής, ψυχοπαθολογίας και αυτοεπίκρισης σε σχέση με τους ερωτηθέντες χωρίς ανάλογη εμπειρία. Η μελέτη αυτή παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για περαιτέρω διερεύνηση σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (target-groups). Στο πλαίσιο αυτό επιλέχτηκε η ομάδα των επαγγελματιών υγείας καθώς όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν υπάρχει άλλη σχετική μελέτη με αυτό το δείγμα. Επιπροσθέτως οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν δείγμα περισσότερο σε θέματα στάσεων και αντιλήψεων, επιπέδου γνώσεων, συμμόρφωσης σε κλινικά πρωτόκολλα και συνδρόμου εργασιακής εξουθένωσης.

Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν ένα ιδιαίτερο δείγμα μελέτης δεδομένου ότι το επαγγελματικό τους περιβάλλον ταυτίζεται με τον πόνο σε επίπεδο ασθενή και σε επίπεδο φροντίδας υγείας που καλούνται να παράσχουν. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον αναμένεται οι επαγγελματίες υγείας να έχουν αναπτύξει μηχανισμούς ψυχικής αντίστασης στην παρουσία του πόνου είτε αφορά τους ασθενείς είτε ακόμα τους ίδιους. Για τους επαγγελματίες υγείας που γνωρίζουν την παθοφυσιολογία του πόνου, τη φαρμακευτική αντιμετώπιση και τα κλινικά πρωτόκολλα, ο βαθμός ανοχής του σωματικού πόνου σε σχέση με το φόβο ή τη ντροπή θα πρέπει να προσεγγιστεί με διαφορετικό τρόπο από τον γενικό πληθυσμό.

Στο πλαίσιο αυτό η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης, του επαγγελματικού αποκλεισμού, του στίγματος ή ακόμα και της ασφάλειας στην εργασία λόγω του βιώματος του πόνου στους επαγγελματίες υγείας λαμβάνει διαφορετικές διαστάσεις. Η φροντίδα υγείας δεν είναι απλά η εφαρμογή τεχνολογίας υγείας και τεχνογνωσίας. Ως εργασία περιλαμβάνει και συναισθηματικό μόχθο.

Για το λόγο αυτό η παρούσα μελέτη επιχειρεί να συνδέσει την παρουσία πόνου ως παράγοντα ανάπτυξης του αισθήματος της ντροπής σε ένα ιδιαίτερο δείγμα, τους επαγγελματίες υγείας.

Η πρόσφατη μελέτη των Zhu et al., (2017) πάνω στο θέμα της ντροπής και της ενοχής σε διαπροσωπικό πλαίσιο έδειξε ότι η ντροπή συνδεόταν με την απόρριψη μίας συμβουλής από έναν συνάδελφο, η οποία ωστόσο ήταν εσφαλμένη και η απόρριψή της ήταν ορθή. Η ενοχή συνδεόταν με την απώλεια εισοδήματος του συναδέλφου λόγω της εσφαλμένης συμβουλής. Από την ανωτέρω μελέτη συμπεραίνεται ότι η ντροπή είναι περισσότερο εγωκεντρικής φύσης καθώς εμπλέκει μία διαδικασία με αναφορά στην ταυτότητα του ατόμου που τη βιώνει. Άλλη μελέτη τεκμηριώνει ότι το αίσθημα της ντροπής και της ενοχής διαφέρει σημαντικά μεταξύ κοινωνικών πλαισίων (Crowder και Kemmelmeier, 2017) Το γεγονός αυτό είναι αναμενόμενο καθώς τα ιδανικά και τα στερεότυπα διαφέρουν μεταξύ των λαών και των εποχών.

Στην παρούσα μελέτη η ντροπή εκτιμάται μέσω της Κλίμακας Εσωτερικής Ντροπής (Experience of Shame Scale-ESS) (Andrews, et al., 2002). Η κλίμακα αυτή είναι τετράβαθμη (1-4) και περιλαμβάνει 25 ερωτήσεις. Στις ερωτήσεις αυτές η ντροπή διερευνάται σε σχέση με τις συνήθειες, τη συμπεριφορά, τις ικανότητες, την αποτυχία, την εμφάνιση, τα λάθη, την εκστόμιση ανοησιών, και την ταυτότητα του ερωτηθέντος. Σε συνδυασμό με το ερωτηματολόγιο της Κλίμακας Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale-OAS) (Goss, Gilbert και Allan, 1994) το οποίο αποδίδει την άποψη που έχουν οι ερωτηθέντες για το πώς τους βλέπουν οι άλλοι, επιχειρείται η σύνδεση του τραυματικού βιώματος με τη ντροπή. Οι 18 ερωτήσεις που περιλαμβάνει σε πεντάβαθμη κλίμακα του Likert, διαπραγματεύονται τα υποκειμενικά αισθήματα υποτίμησης, ταπείνωσης, ανασφάλειας, ασημαντότητας, ανικανότητας, μειονεκτικότητας και ελέγχου που μπορεί να νιώθει σε μικρό ή μεγάλο βαθμό ο ερωτώμενος για να εκτιμηθεί το μέγεθος του τραύματος ή του πόνου στην ψυχική του απόδοση. Με άλλα λόγια το ερωτηματολόγιο OAS είναι μέτρο αυτοεκτίμησης μέσα από το πρίσμα των τρίτων –πώς μας βλέπουν/κρίνουν οι άλλοι- και έμμεσα συναρτάται με την εμπειρία του πόνου στο παρελθόν ως αντανάκλαση της χαμηλής αυτοεκτίμησης. Αυτό σημαίνει ότι στην παρούσα μελέτη τίθεται η παραδοχή ότι το βίωμα πόνου στο παρελθόν εκδηλώνεται ως μετατραυματικό άγχος. Η διερεύνηση του βιώματος του πόνου σε κάθε ερωτηθέντα καθίσταται δυσχερής καθώς ο πόνος έχει πολλές κατηγορίες και απαιτεί ειδική προσέγγιση η ανίχνευση και η καταγραφή ενός εκάστου συμμετέχοντος στην έρευνα. Ωστόσο δεδομένου ότι η βιβλιογραφία συνδέει το χαμηλό βαθμό αυτοεκτίμησης με το βίωμα του πόνου



(σωματικού και ψυχικού) ή του μετατραυματικού στρες, το ερωτηματολόγιο OAS καλύπτει την έλλειψη πληροφορίας για το περιεχόμενο και την πηγή του πόνου.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Ερευνητικό Μέρος

#### 3.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εφαρμογή των κλιμάκων μέτρησης του αντιλαμβανόμενου πόνου και της αντιλαμβανόμενης ντροπής σε Ανθρώπινους Πόρους (Human Resources) σε εξειδικευμένο εργασιακό περιβάλλον. Παράλληλα η μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση της συμπληρωματικότητας της ντροπής και του πόνου εξετάζοντας αν σχετίζονται μεταξύ τους.

Το υπόβαθρο της μελέτης έγκειται στο αναπάντητο βιβλιογραφικά ερώτημα για το ποιοί είναι οι βασικοί παράγοντες που επιδρούν στην προσωπική αντίληψη του πόνου (αλγαισθητικός, μη αλγαισθητικός) και της διαβάθμισής του σε εξειδικευμένο δείγμα, που δεν ανήκει σε κάποια συγκεκριμένη διαγνωστική ομάδα ασθενών (DRGs). Επιπροσθέτως, αναπάντητο βιβλιογραφικά ερώτημα παραμένει ποιοι είναι οι βασικοί παράγοντες που επιδρούν στην προσωπική αντίληψη του ατόμου για το πώς οι άλλοι το βλέπουν (αξιολογούν) σε εξειδικευμένο δείγμα που δεν ανήκει σε κάποια συγκεκριμένη διαγνωστική ομάδα ασθενών ή στον γενικό πληθυσμό.

Το ερευνητικό κενό ως προς το δείγμα, δεν αφορά μόνο την εξειδίκευση του δείγματος σε επαγγελματίες υγείας, αλλά και τους Ανθρώπινους Πόρους, καθώς έως τώρα οι μελέτες κλιμάκων μέτρησης του αντιλαμβανόμενου πόνου και της αντιλαμβανόμενης ντροπής εφαρμόζονται σε ασθενείς συγκεκριμένης διαγνωστικής ομάδας ή στον γενικό πληθυσμό. Συνεπώς, ο σκοπός της παρούσας μελέτης εκτείνεται στην μέτρηση και ποσοτικοποίηση του φόβου για τον πόνο και τη ντροπή σε επίπεδο συγκεκριμένου εργασιακού περιβάλλοντος. Η σημασία της διαφοροποίησης του πεδίου εφαρμογής σε Ανθρώπινους Πόρους (ήτοι επαγγελματίες υγείας) προβάλλει ως ένα νέο επιστημονικό πεδίο μελέτης που ως τώρα δεν έχει διερευνηθεί και ως εκ τούτου η συμβολή της μελέτης στα υφιστάμενα ερευνητικά ευρήματα θα έχει βαθύτατες προεκτάσεις σε θέματα επαγγελματικά (ανάπτυξης ανθρωπίνου δυναμικού, εργασιακή συμβουλευτική, ψυχολογία υγείας κ.ά.) καθώς και κατανόησης του ειδικού βάρους των επαγγελματιών υγείας.

### 3.2 Ερευνητικές Υποθέσεις

Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση καταγράφονται οι παρακάτω ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης.

- Η επαγγελματική θέση συσχετίζεται με την ψυχική αντίσταση στην παρουσία του πόνου.
- Το εκπαιδευτικό επίπεδο του ατόμου επηρεάζει την αντίληψη του σωματικού πόνου.
- Οι γυναίκες εργαζόμενες του τομέα υγείας παρουσιάζουν σε υψηλότερο ποσοστό βίωμα πόνου από ότι οι άντρες συνάδελφοί τους.
- Η ηλικία ενός ατόμου συσχετίζεται με τη ντροπή που βιώνει ένα άτομο.
- Το βίωμα σωματικού πόνου στο παρελθόν συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής.
- Το σταθερό οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί παράγοντα επιρροής της ντροπής.
- Το τραυματικό βίωμα συνδέεται με τη ντροπή.

#### 3.2.1 Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα με Αριθμό Πρωτοκόλλου 10056 και ημερομηνία έγκρισης 08/05/2017, διεξήχθη στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού προγράμματος «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου που πραγματοποιήθηκε από το Μάιο του 2017 ως τον Σεπτέμβριο του 2017.

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελούταν από εργαζόμενους του τομέα υγείας στο Νομό Κορινθίας (Γ.Ν. Κορίνθου και Κέντρα Υγείας του Νομού) ενώ προϋπόθεση ήταν και η επιθυμία τους να συμμετέχουν σε αυτήν. Δόθηκε πληροφορημένη συγκατάθεση σε όλους τους συμμετέχοντες. Τηρήθηκε πλήρως η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα της μελέτης. Για το κάθε άτομο δημιουργήθηκε ένας απόρρητος ατομικός κωδικός και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα.

### 3.2.2 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

#### **A. Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) (Goss, Gilbert & Allan, 1994)**

Η Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale- OAS) είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλαμβάνει 30 δηλώσεις, εκ των οποίων οι 24 μετρούν την ντροπή και οι υπόλοιπες 6 την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Αφορά την εσωτερική ντροπή και οι προτάσεις που περιλαμβάνει αναφέρονται σε γενικές αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού (Goss, Gilbert και Allan, 1994). Οι Goss, Gilbert και Allan (1994) τροποποίησαν αυτό το ερωτηματολόγιο και κατασκεύασαν το OAS (Other As Shamer scale). Αυτό το εργαλείο δημιουργήθηκε για να διερευνήσει τις αντιλήψεις του ατόμου για το πώς το βλέπουν και πώς το κρίνουν οι άλλοι. Οι προτάσεις του OAS κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες, το αίσθημα κατωτερότητας (inferior), το αίσθημα κενού (empty) και την αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes). Ο τελικός βαθμός του OAS προκύπτει από την άθροιση των βαθμών κάθε ερώτησης. Το OAS έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες σχετικές με το συναίσθημα της ντροπής (όπως: Gilbert et al., 1996; Gilbert και Miles, 2000; Gilbert et al., 2003; Benn et al., 2005).

#### **B. Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) (Andrews, Qian & Valentine, 2002)**

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) κατασκευάστηκε το 2002 από τους Andrews, Qian και Valentine. Αφορμή για την κατασκευή του ήταν η αποτελεσματικότητα της δομημένης συνέντευξης των Andrews και Hunter (1997) για την αξιολόγηση του συναισθήματος της ντροπής, στην πρόβλεψη της ψυχοπαθολογίας.

Το ESS εκτιμά τρεις διαφορετικούς τύπους ντροπής, τη χαρακτηρισολογική (characterological shame) ντροπή, τη συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame), και τη σωματική ντροπή (bodily shame). Κάθε μία από αυτές αναφέρεται σε συγκεκριμένους τομείς, όπως οι συνήθειες του ατόμου (χαρακτηρολογική ντροπή), οι λανθασμένες πράξεις του (συμπεριφορική ντροπή) ή η εικόνα του σώματός του

(σωματική ντροπή). Συνολικά καλύπτονται 8 θέματα που αφορούν το συναίσθημα της ντροπής, καθένα από τα οποία έχει ένα βιωματικό, ένα γνωστικό και ένα συμπεριφορικό στοιχείο. Περιλαμβάνει συνολικά 25 ερωτήσεις-για τη σωματική ντροπή υπάρχει μία επιπλέον πρόταση που αναφέρεται στην αποφυγή των καθρεπτών- που απαντώνται σε μια τετράβαθμη κλίμακα η οποία υποδηλώνει τη συχνότητα με την οποία το άτομο έχει βιώσει αυτό που περιγράφει η κάθε πρόταση, εντός του περασμένου έτους (όπου 1= καθόλου, 2=λίγο, 3= συγκρατημένα και 4= πάρα πολύ).

Η Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS) εντάσσεται στα ερωτηματολόγια που μετρούν αποκλειστικά την τάση για την ντροπή (και όχι ταυτόχρονα και την τάση για ενοχή), και εκτιμά την ντροπή ως έναν σταθερό παράγοντα της διάθεσης του ατόμου και όχι ως παροδική αντίδραση σε συγκεκριμένες καταστάσεις (Tangney και Dearing, 2002).

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

Το ερωτηματολόγιο του φόβου του πόνου (FPQ-III) δημιουργήθηκε από τους McNeil και Rainwater το 1998, και αντανακλά το βαθμό του φόβου που προκαλεί μια επίπονη κατάσταση. Η κατασκευή του βασίστηκε στο συμπεριφορικό-αναλυτικό μοντέλο των Goldfried και D’Zurilla’s (1969), με έμφαση στην ανάλυση μιας περιστασιακής κατάστασης (situational analysis) (McNeil και 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-III 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 (Williams et al., 2008).

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 (Minor Pain subscale), η δεύτερη υποκλίμακα μετράει το επίπεδο του φόβου που προέρχεται από δριμύ πόνο (Severe Pain subscale) και η τρίτη υποκλίμακα δηλώνει το βαθμό του φόβου σε σχέση με τον πόνο που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale). Κάθε υποκλίμακα περιέχει 10 προτάσεις. Επίσης, το συνολικό σκόρ μπορεί να ληφθεί και με το άθροισμα των επιμέρους υποκλιμάκων. 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 χρόνιο πόνο, όσο και σε άτομα που δεν έχουν.

#### **Δ. Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων**

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος δόθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή), για την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία) αλλά και παραμέτρους που κρίθηκε πως αποτελούν παράγοντες επιρροής της ντροπής και του φόβου όπως ένα στρεσογόνο συμβάν αλλά και την πίστη στο Θεό.

##### 3.2.3 Στατιστική επεξεργασία

Για την περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος και τυπική απόκλιση (SD)).

Για τον έλεγχο της εσωτερικής αξιοπιστίας υπολογίστηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας του Cronbach. Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων

χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία  $\chi^2$ . Για τη διερεύνηση της στατιστικής συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ των δύο ομάδων υπολογίστηκε ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης του Pearson ενώ στην περίπτωση δύο διακριτών ποσοτικών μεταβλητών υπολογίστηκε ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης του Spearman.

Για τη σύγκριση δύο ανεξάρτητων δειγμάτων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t test δύο ανεξάρτητων δειγμάτων όταν συνέτρεχαν οι απαραίτητες προϋποθέσεις της κανονικότητας των κατανομών ενώ για τη σύγκριση περισσότερων των δύο ανεξάρτητων ομάδων χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης για έναν παράγοντα (ANOVA), ακολουθούμενη από την εκ των υστέρων (post hoc) δοκιμασία του Tukey για τον εντοπισμό ομοιογενών ομάδων. Τέλος, για την ποσοτικοποίηση της επιρροής των παραγόντων στις συνεχείς τιμές των κλιμάκων της ντροπής και του φόβου του πόνου, εφαρμόστηκε η μέθοδος της γραμμικής παλινδρόμησης.

Σε όλες τις στατιστικές διαδικασίες, οι διαφορές θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές όταν η στατιστική σημαντικότητα ήταν μικρότερη από 5% ( $p < 0,05$ ). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS v. 20.

### 3.3 Αποτελέσματα

#### 3.3.1 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων

Το δείγμα μας αποτελείται από 260 εργαζόμενους του τομέα υγείας. Η ερευνήτρια προσέγγιζε τους υποψήφιους και τους ενημέρωνε για τους στόχους της έρευνας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιούνταν παρουσία της ερευνήτριας η οποία διευκρίνιζε οποιαδήποτε ασάφεια της διαδικασίας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε 10 – 15 λεπτά.

#### 3.3.2 Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

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



**Πίνακας 3: Συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach**

<b>αα</b>	<b>Κλίμακα</b>	<b>N</b>	<b>Συντελεστής α του Cronbach</b>
1	Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (OAS)		
	Σύνολο εξωτερικής ντροπής	18	0,890
	Αίσθημα κατωτερότητας	7	0,726
	Αίσθημα κενού	4	0,784
	Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη	6	0,810
2	Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (ESS)		
	Σύνολο ντροπής	25	0,933
	Χαρακτηρολογική ντροπή	12	0,867
	Συμπεριφορική ντροπή	9	0,901
	Σωματική ντροπή	4	0,831
3	Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ-III)		
	Σύνολο	30	0,938
	Ελαφρύς πόνος	10	0,893
	Δριμύς πόνος	10	0,921
	Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις	10	0,839

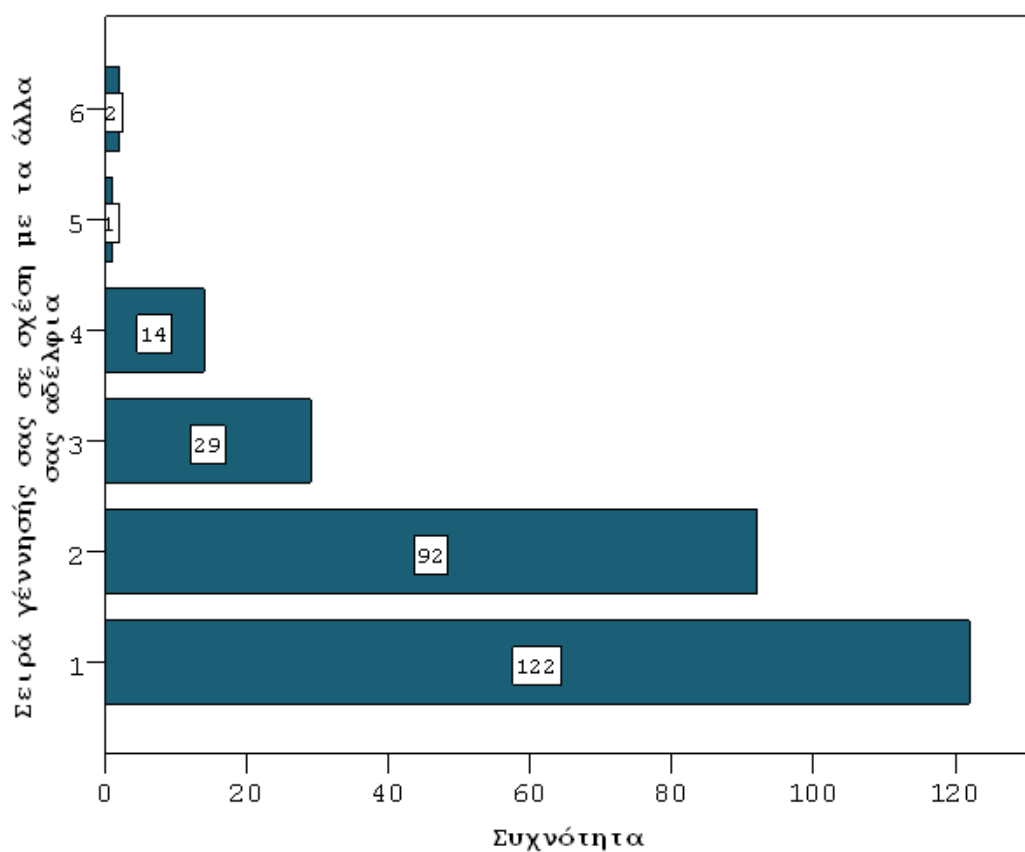
Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 3, οι δείκτες αξιοπιστίας των OAS, FPQ και ESS - 25 θεωρούνται ικανοποιητικοί και συμφωνούν με προηγούμενες εκτιμήσεις σε άλλες έρευνες (Goss et al., 1994; Andrews et al., 2002).

### 3.3.3 Περιγραφή των ερωτώμενων

#### *3.3.3.1 Στοιχεία από την οικογένεια προέλευσης*

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα, ως παιδιά αποτελούσαν το πρωτότοκο παιδί της οικογενείας τους σε ποσοστό 46,9% (N = 122), ενώ ήταν το δεύτερο παιδί σε ποσοστό 35,4% (N = 92). Στην Εικόνα 6 που ακολουθεί παρουσιάζεται η αναλυτική κατανομή της σειράς γέννησης των ερωτώμενων.

Εικόνα 6: Σειρά γέννησης



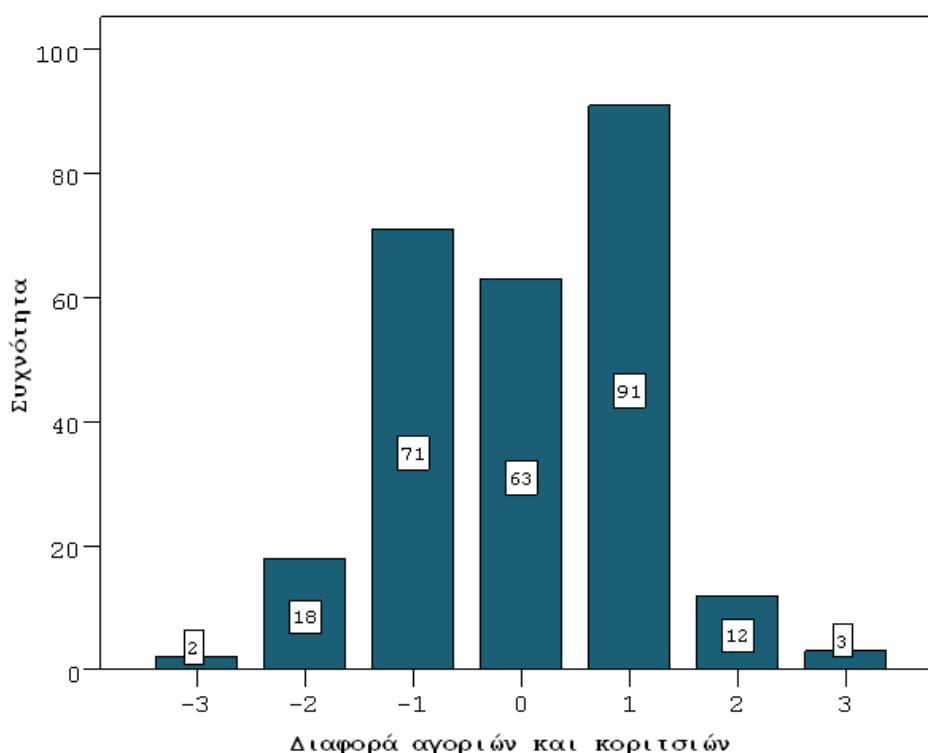
Πίνακας 4: Ηλικιακή διαφορά σε χρόνια με τους γονείς

	Μητέρα	Πατέρας
<20	41 (15,8%)	13 (5%)
20 έως 30	164 (63,1%)	113 (43,5%)
30 έως 40	48 (18,5%)	108 (41,5%)
40 έως 50	6 (2,3%)	24 (9,2%)
ΔΞ/ΔΑ	1 (0,4%)	2 (0,8%)
Σύνολο	260 (100%)	260 (100%)

Ως προς την ηλικιακή διαφορά του ερωτώμενου με τους γονείς του, η πλειοψηφία των ερωτώμενων είχαν 20 έως 30 χρόνια διαφορά με τη μητέρα τους ( $N = 164$ , 63,1%) ενώ στην ίδια ηλικιακή διαφορά ήταν και η επικρατούσα απάντηση ως προς τη διαφορά με τον πατέρα τους ( $N = 113$ , 43,5%). Η αναλυτική κατανομή των αποκρίσεων παρουσιάζεται στον Πίνακα 4.

Από τις αποκρίσεις σχετικά με το πλήθος των αγοριών και των κοριτσιών στην οικογένεια στην οποία άνηκαν οι ερωτώμενοι ως παιδιά, υπολογίστηκε η διαφορά του πλήθους των αγοριών και των κοριτσιών και χρησιμοποιήθηκε ως μεταβλητή στην συνέχεια της ανάλυσης. Η μεταβλητή αυτή κυμαινόταν από -3 (3 κορίτσια περισσότερα από τα αγόρια) έως +3 (3 αγόρια περισσότερα από τα κορίτσια). Η αναλυτική κατανομή παρουσιάζεται στην Εικόνα 7 που ακολουθεί.

**Εικόνα 7: Διαφορά μεταξύ αγοριών και κοριτσιών στην οικογένεια στην οποία μεγάλωσε ο ερωτώμενος**

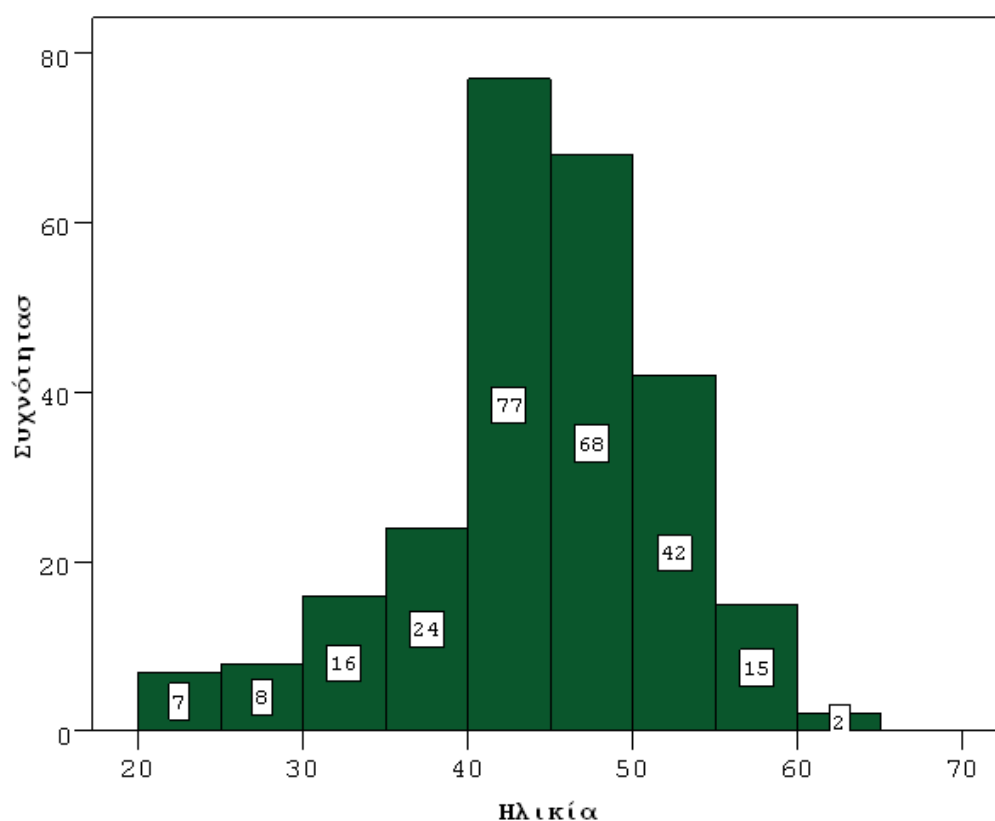


### 3.3.3.2 Δημογραφικά στοιχεία και επαγγελματική κατάσταση

Στην έρευνα συμμετείχαν 300 ερωτώμενοι εκ των οποίων απάντησαν οι 265. Από αυτούς οι 5 παρέδωσαν ερωτηματολόγια με ελλιπείς απαντήσεις και απορρίφθηκαν. Οι έγκυρες απαντήσεις αντιστοιχούν σε 260 ερωτηματολόγια (204 γυναίκες (78,5%) και 56 άνδρες (21,5%). Το ποσοστό απόκρισης στα ερωτηματολόγια της παρούσας έρευνας ανήλθε στο 86,7%. Το ποσοστό αυτό κρίνεται πολύ υψηλό για την εγκυρότητα τη έρευνας.

Στις έγκυρες απαντήσεις, η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 43,7 έτη ( $SD = 7,7$  έτη) ενώ οι γυναίκες δεν είχαν σημαντικά διαφορετική ηλικία από τους άνδρες (Γυναίκες: 43,7, Άνδρες: 43,8). Στην Εικόνα 8 παρουσιάζεται η κατανομή των ηλικιών των ερωτώμενων.

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων ήταν έγγαμοι/ες ( $N = 175$ , 67,3%). Οι 58 (22,3%) ήταν άγαμοι/ες, οι 21 (8,1%) διαζευγμένοι/ες και οι 6 (2,3%) χήροι/ες. Η πλειοψηφία ( $N = 193$ , 74,2%) είχαν παιδιά, με μέσο πλήθος παιδιών ανά ερωτώμενο να είναι 1,7 ( $SD = 1,1$ ). Οι γυναίκες του δείγματος είχαν περισσότερα παιδιά από τους άνδρες (1,8 παιδιά για τις γυναίκες έναντι 1,5 παιδιά για τους άνδρες) χωρίς όμως η διαφοροποίηση αυτή να προκύπτει στατιστικώς σημαντική ( $t(224) = 1,540$ ,  $p = 0,125$ ).

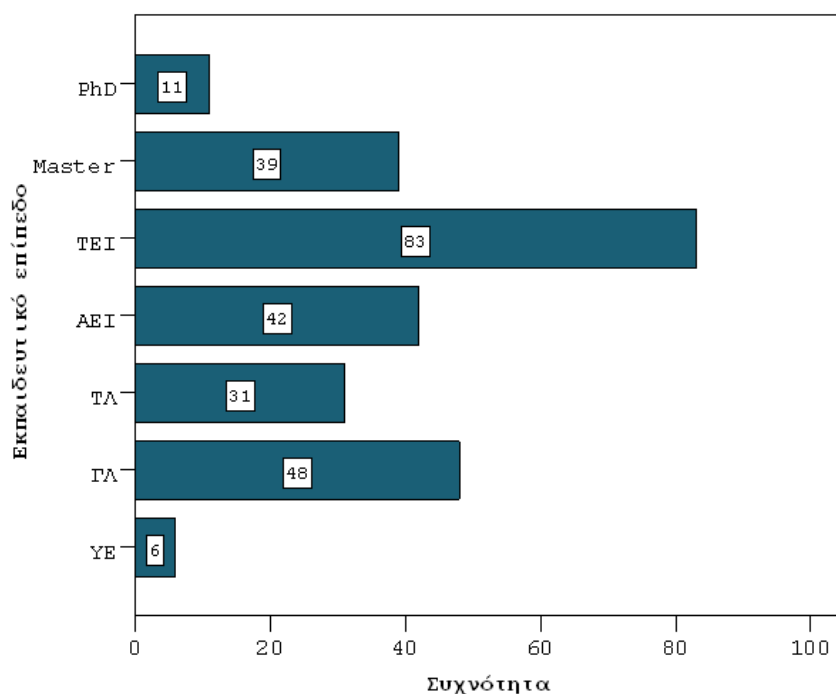
**Εικόνα 8: Κατανομή ηλικίας των ερωτώμενων**

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανήκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου στο οποίο εργαζόταν ( $N = 137, 52,7\%$ ). Η αναλυτική κατανομή των ερωτώμενων ανά επαγγελματικό κλάδο παρουσιάζεται στον Πίνακα 5.

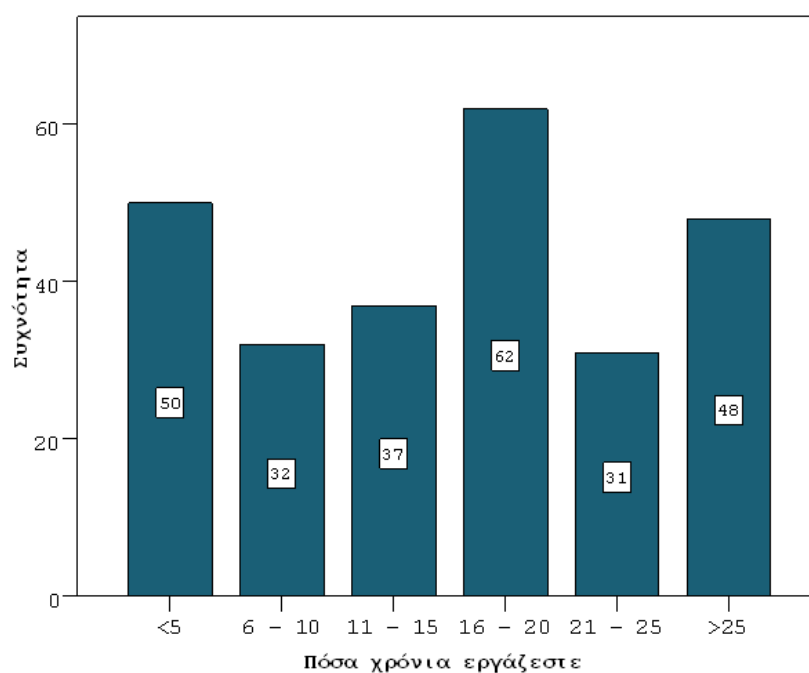
Στην Εικόνα 9 παρουσιάζεται η κατανομή του εκπαιδευτικού επιπέδου των ερωτώμενων. Η κατηγορία με τη μεγαλύτερη συχνότητα ήταν οι απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕΙ,  $N = 83, 31,9\%$ ), ακολουθούμενοι από τους απόφοιτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΓΛ,  $N = 48, 18,5\%$ ).

**Πίνακας 5: Κατανομή ερωτώμενων ανά επαγγελματική θέση**

Ιδιότητα	Συχνότητα (Ποσοστό)
Ειδικός ιατρός	40 (15,4%)
Ειδικευόμενος ιατρός	13 (5%)
Νοσηλευτικό προσωπικό	137(52,7%)
ΠΕ	5 (1,9%)
ΤΕ	76 (29,2%)
ΔΕ	48 (18,5%)
ΥΕ	8 (3,1%)
Μαία/της	9 (3,5%)
Επισκέπτης Υγείας	5 (1,9%)
Κοινωνικός λειτουργός	5 (1,9%)
Τεχνικός Ιατρικών εργαστηρίων	5 (1,9%)
Υπάλληλος τεχνικής υπηρεσίας	9 (3,5%)
Διοικητικός Υπάλληλος	37 (14,2%)
Σύνολο	260 (100%)

**Εικόνα 9: Κατανομή εκπαιδευτικού επιπέδου**

Στην Εικόνα 10 παρουσιάζεται η κατανομή της εργασιακής προϋπηρεσίας των ερωτώμενων. Η περισσότερο κοινή προϋπηρεσία των ερωτώμενων ήταν από 16 έως 20 έτη (Εικόνα 10).

**Εικόνα 10: Εργασιακή εμπειρία**

### 3.3.4 Πόνος που βιώνεται

Οι 124 από τους συμμετέχοντες (47,7% επί του συνόλου) δήλωσαν πως πονάνε αυτήν την περίοδο. Από αυτούς οι 107 ήταν γυναίκες (52,5% των γυναικών) ενώ οι 17 ήταν άνδρες (30,4% των ανδρών), διαφοροποίηση που καταδείχθηκε ως στατιστικά σημαντική (δοκιμασία  $\chi^2$ ,  $\chi^2(1) = 8,598$ ,  $p = 0,003$ ). Στον Πίνακα 6 παρουσιάζεται η κατανομή της βαρύτητας του πόνου που βιώνεται τη στιγμή συμμετοχής στην έρευνα ανά φύλο. Ως προς την βαρύτητα του πόνου, δεν βρέθηκε να διαφοροποιείται σημαντικά σε σχέση με το φύλο ( $\chi^2(5) = 10,516$ ,  $p = 0,062$ ). Ως προς το χρόνιο πόνο, οι 108 από τους συμμετέχοντες (42% επί του συνόλου) δήλωσαν πως έχουν βιώσει χρόνιο πόνο. Από αυτούς οι 90 ήταν γυναίκες (44,8% των γυναικών) ενώ οι 18 ήταν άνδρες (32,1% των ανδρών), διαφοροποίηση που δεν καταδείχθηκε ως στατιστικά σημαντική ( $\chi^2(1) = 2,869$ ,  $p = 0,09$ ).

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζεται η εξειδίκευση του χρόνιου πόνου ανά φύλο. Παρατηρούμε πως ως προς το βίωμα του χρόνιου πόνου δεν υπάρχει διαφοροποίηση ως προς το φύλο είτε στο σύνολο είτε και σε κάθε κατηγορία πόνου ξεχωριστά.

**Πίνακας 6: Βαρύτητα πόνου που βιώνεται τη στιγμή συμμετοχής στην έρευνα ανά φύλο**

Φύλο	καθόλου	1	2	3	4	εξαιρετικά σοβαρός πόνος	Σύνολο
Γυναίκα <sup>(1)</sup>	97 (47,5%)	21 (10,3%)	38 (18,6%)	25 (12,3%)	18 (8,8%)	5 (2,5%)	204 (100%)
Ανδρας <sup>(1)</sup>	39 (69,6%)	5 (8,9%)	7 (12,5%)	4 (7,1%)	1 (1,8%)	0 (0%)	56 (100%)
Σύνολο <sup>(2)</sup>	136 (52,3%)	26 (10%)	45 (17,3%)	29 (11,2%)	19 (7,3%)	5 (1,9%)	260 (100%)

(1): Τα αναφερόμενα ποσοστά είναι επί του φύλου

(2): Τα αναφερόμενα ποσοστά είναι επί του συνόλου των παρατηρήσεων

**Πίνακας 7: Βίωμα χρόνιου πόνου ανά φύλο**

Έχετε βιώσει χρόνιο πόνο	Γυναίκα <sup>(1)</sup>	Ανδρας <sup>(1)</sup>	Σύνολο <sup>(2)</sup>	p <sup>(3)</sup>
Σύνολο	90 (44,8%)	18 (32,1%)	108 (42%)	0,090
Σπλαχνικός πόνος	15 (7,4%)	4 (7,1%)	19 (7,3%)	0,957
Σωματικός πόνος	106 (52%)	21 (37,5%)	127 (48,8%)	0,055
Νευροπαθητικός πόνος	19 (9,3%)	2 (3,6%)	21 (8,1%)	0,162
Συμπαθητικός πόνος	37 (18,1%)	8 (14,3%)	45 (17,3%)	0,500

(1): Τα αναφερόμενα ποσοστά είναι επί του φύλου

(2): Τα αναφερόμενα ποσοστά είναι επί του συνόλου των παρατηρήσεων

(3): Δοκιμασία  $\chi^2$  για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας του φύλου από τον πόνο που αναφέρεται στην γραμμή.



Στον Πίνακα 8 παρουσιάζεται η κατανομή της βαρύτητας του χρόνιου πόνου που βιώνεται ανά φύλο. Το φύλο δεν βρέθηκε να είναι παράγοντας επιρροής της βαρύτητας του χρόνιου πόνου ( $\chi^2(5) = 4,964$ ,  $p = 0,420$ ).

Μεταξύ των ερωτώμενων που δήλωσαν πως πονάνε αυτή την περίοδο η ηλικία δεν βρέθηκε να σχετίζεται με τη βαρύτητα του πόνου (Spearman  $r(123) = -0,001$ ) ενώ ανάλογη ήταν η απουσία συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας και της βαρύτητας του χρόνιου πόνου (Spearman  $r(107) = -0,02$ ).

**Πίνακας 8: Κατανομή βαρύτητας χρόνιου πόνου ανά φύλο**

Φύλο	καθόλου	1	2	3	4	εξαιρετικά σοβαρός πόνος	Σύνολο
Γυναίκα <sup>(1)</sup>	113 (56,2%)	6 (3,0%)	27 (13,4%)	29 (14,4%)	17 (8,5%)	9 (4,5%)	201 (100%)
Άνδρας <sup>(1)</sup>	40 (71,4%)	2 (3,6%)	5 (8,9%)	5 (8,9%)	2 (3,6%)	2 (3,6%)	56 (100%)
Σύνολο <sup>(2)</sup>	153 (59,5%)	8 (3,1%)	32 (12,5%)	34 (13,2%)	19 (7,4%)	11 (4,3%)	257 (100%)

(1): Τα αναφερόμενα ποσοστά είναι επί του φύλου

(2): Τα αναφερόμενα ποσοστά είναι επί του συνόλου των παρατηρήσεων

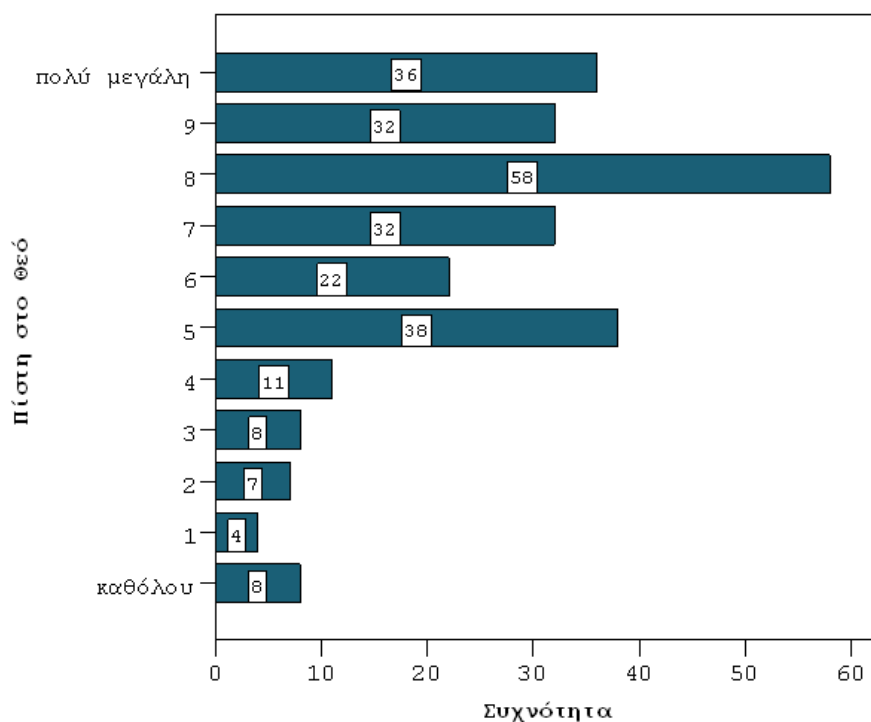
### 3.3.5 Στρεσογόνο γεγονός

Οι 73 από τους ερωτώμενους (28,1%) δήλωσαν πως βίωσαν ένα στρεσογόνο γεγονός κατά την παιδική τους ηλικία, ενώ οι 167 από αυτούς (64,2%) δήλωσαν πως συνέβη το ίδιο κατά την ενήλική τους ζωή. Ως προς τις παραπάνω δηλώσεις δεν βρέθηκε εξάρτηση των αποκρίσεων με το φύλο ( $\chi^2(1) = 0,836$ ,  $p = 0,361$  και  $\chi^2(1) = 0,384$ ,  $p = 0,535$  αντίστοιχα).

### 3.3.6 Θρησκευτικότητα

Οι αποκρίσεις των ερωτώμενων στη βαθμολόγηση της πίστης τους στο Θεό, σε κλίμακα από 1 έως 10, είχαν μέση βαθμολογία ίση με 6,8 (SD = 2,5). Δεν ανιχνεύθηκε διαφοροποίηση μεταξύ αντρών και γυναικών ( $\chi^2(10) = 14,138$ ,  $p = 0,167$ ) όπως και ούτε σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αποκρίσεων στην ερώτηση αυτή και της ηλικίας (Spearman  $r(255) = -0,055$ ). Η αναλυτική κατανομή των αποκρίσεων παρουσιάζεται στην Εικόνα 11.

**Εικόνα 11: Πίστη στο Θεό**



### 3.3.7 Κλίμακες που μελετήθηκαν

Κάθε ένας ερωτώμενος συμπλήρωσε 95 ερωτήσεις ταξινομημένες σε τέσσερα ερωτηματολόγια (Δημογραφικά:22 + OAS:18 + ESS:25 + FPQ:30). Από αυτές τις ερωτήσεις υπολογίστηκαν δώδεκα κλίμακες και υποκλίμακες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνας. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται το σύνολο των κλιμάκων που υπολογίστηκαν για κάθε ένα ερωτηματολόγιο. Για κάθε μία κλίμακα ή υποκλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίον βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

Στις επόμενες παραγράφους εμφανίζονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις του συνόλου των ερωτώμενων ομαδοποιημένες ανά ερωτηματολόγιο. Πρέπει να αναφερθεί πως δεν υπήρχαν στα δεδομένα της έρευνας μη συμπληρωμένες καταχωρήσεις. Συνεπώς, το σύνολο των στατιστικών που αναφέρονται στους πίνακες που παρουσιάζονται, υπολογίστηκαν από το σύνολο των 260 ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν. Επιπλέον, όπου κρίνεται απαραίτητο παρουσιάζεται ένα συγκριτικό γράφημα στο οποίο γίνεται συγκριτική παρουσίαση των μέσων τιμών και των τυπικών αποκλίσεων των κλιμάκων του ερωτηματολογίου.

**Πίνακας 9: Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale-OAS)**

<b>1</b>	Συνολική βαθμολογία από το άθροισμα των απαντήσεων στις 18 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.
<b>2</b>	Αίσθημα κατωτερότητας από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 4, 5, 6, 7 και 8.
<b>3</b>	Αίσθημα κενού (empty) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 15, 16, 17 και 18.
<b>4</b>	Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη (mistakes) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερ/ήσεις 3, 9, 11, 12, 13 & 14.

**Πίνακας 10: Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale-ESS)**

<b>1</b>	Χαρακτηρολογική ντροπή (characterological shame) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 19, 11 και 12.
<b>2</b>	Συμπεριφορική ντροπή (behavioral shame) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 και 21.
<b>3</b>	Σωματική ντροπή (bodily shame) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 22, 23, 24 και 25.
<b>4</b>	Συνολική ντροπή από το άθροισμα της χαρακτηρολογικής, της συμπεριφορικής και της σωματικής ντροπής.

**Πίνακας 11: Κλίμακα Μέτρησης του Φόβου του Πόνου -Fear of Pain Questionnaire (FPQ-III; McNeil & Rainwater, 1998)**

<b>1</b>	Ελαφρύς πόνος (Minor Pain subscale) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 4, 7, 12, 19, 22, 23, 24, 28 και 30.
<b>2</b>	Δριμύς πόνος (Severe Pain subscale) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 3, 5, 6, 9, 10, 13, 18, 25 και 27.
<b>3</b>	Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις (Medical Pain subscale) από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 11, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 26, 29.
<b>4</b>	Συνολικός πόνος (Total pain) από το άθροισμα του ελαφρύ του δριμύ και ου πόνου που προκαλείται από ιατρικές επεμβάσεις.

3.3.8 Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (Other As Shamer Scale – OAS) και κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (Experience of Shame Scale- ESS)

Στον Πίνακα 12 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες τιμές των ερωτηματολογίων OAS και ESS του δείγματος. Οι τιμές αυτές συγκρινόμενες με αυτές των Πινάκων 13 και 14 καταδεικνύουν πως το δείγμα μας εμφανίζει ανάλογη συνολική βαθμολογία στις κλίμακες της ντροπής με άλλα δείγματα ελλήνων πολιτών στα οποία στηρίχτηκε η εγκυρότητα δομής της ελληνικής μετάφρασης αυτών των κλιμάκων.

**Πίνακας 12: Τιμές κλίμακας εξωτερικής ντροπής και κλίμακας για το βίωμα της ντροπής**

Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής (OAS)	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Συνολική βαθμολογία	257	13,7	9,6
Αίσθημα κατωτερότητας	258	4,8	4,1
Αίσθημα κενού	259	2,4	2,6
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη	258	5,8	3,8
Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής (ESS)			
Συνολική ντροπή	259	44,2	12,8
Χαρακτηρολογική ντροπή	259	19,5	6
Συμπεριφορική ντροπή	260	17,8	5,9
Σωματική ντροπή	260	6,8	2,8

**Πίνακας 13: Τιμές υποκλιμάκων των OAS σε δείγμα 294 Ελλήνων πολιτών**

Items of OAS	Men n=108		Women n=183		Total N=291	
	M	SD	M	SD	M	SD
Inferior	4.70	4.21	4.97	3.83	4.87	3.97
Emptiness	2.06	2.64	2.61	2.57	2.40	2.61
Mistakes	5.65	4.10	6.14	3.86	5.96	3.95
Total OAS	13.07	10.55	14.42	9.72	13.91	10.04

Πηγή: Gouva et al., 2016a.

**Πίνακας 14: Τιμές υποκλιμάκων των ESS σε δείγμα 291 Ελλήνων πολιτών**

	Men n=108		Women n=183		Total N=291	
	M	SD	M	SD	M	SD
Characterological Shame	19.60	6.59	20.44	5.91	20.12	6.18
Behavioural Shame	16.95	6.06	19.11	5.75	18.30	5.95
Bodily Shame	6.13	2.47	7.41	2.87	6.93	2.80
Total ESS	42.47	13.99	46.96	12.34	45.27	13.15

Πηγή: Gouva et al., 2016b.

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

Στον Πίνακα 15 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες τιμές του ερωτηματολογίου FPQ του δείγματος ενώ στον Πίνακα 16 παρουσιάζονται ενδεικτικές τιμές από μία παρεμφερή ερευνητική δημοσίευση. Παρατηρούμε πως οι μέσες τιμές των υποκλιμάκων που παρατηρήθηκαν στο δείγμα μας είναι συγκρίσιμες με τις τιμές αναφοράς.

**Πίνακας 15: Τιμές κλίμακας μέτρησης του φόβου του πόνου (FPQ-III)**

	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση
Ελαφρύς πόνος	260	17 <sup>(1)</sup> (7 + 10)	6,6
Δριμύς πόνος	259	29,2 <sup>(1)</sup> (19,2 + 10)	9,9
Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις	258	19,3 <sup>(1)</sup> (9,3 + 10)	8
Συνολικός πόνος	258	65,6 <sup>(1)</sup> (35,6 + 30)	21

(1) Στην ελληνική εκδοχή του το FPQ – III η βαθμολόγηση ξεκινά από το 0 ενώ στην πρωτότυπη έκδοση στην αγγλική γλώσσα, ξεκινά από 1. Για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων με εργασίες που αναφέρουν την πρωτότυπη κλίμακα έγινε προσαρμογή του σκορ με άθροιση μονάδων ίσες με το πλήθος των ερωτήσεων της εκάστοτε κλίμακας ή υποκλίμακας.

**Πίνακας 16: Ενδεικτικές τιμές της κλίμακας FPQ σε δύο διαφορετικά δείγματα**

Mean score and SD for FPQ-III total and subscales

FPQ-III	Gender	Present study			McNeil and Rainwater		
		(N)	Mean	SD	(N)	Mean	SD
Total	Male	(90)	67.30	14.86	(293)	72.1	18.0
	Female	(184)	69.98	16.38	(367)	84.4	18.1
	Both	(274)	69.10	15.91	(660)	79.0	19.0
Severe	Male		29.16	7.32		30.7	8.7
	Female		30.92	7.27		35.8	8.0
	Both		30.34	7.32		33.5	8.7
Minor	Male		14.62	4.64		17.5	5.6
	Female		14.44	4.02		19.1	6.2
	Both		14.50	4.23		18.4	6.0
Medical	Male		22.07	6.68		23.9	7.6
	Female		22.99	7.63		29.5	8.4
	Both		22.69	7.33		27.0	8.5

Πηγή: Wijk, Arjen & Hoogstraten, Johan. (2006).



### 3.3.10 Συσχετίσεις των κλιμάκων των ερωτηματολογίων

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται επιλεγμένες συσχετίσεις μεταξύ της ηλικίας, της συνολικής βαθμολογίας στην κλίμακα εξωτερικής ντροπής (OAS), της συνολικής ντροπής (ESS) και του συνολικού πόνου (FPQ), ενώ στον Πίνακα 18 παρουσιάζονται αναλυτικά οι συσχετίσεις για το σύνολο των κλιμάκων και των υποκλιμάκων που καταγράφηκαν στην παρούσα έρευνα. Παρατηρούμε πως ορισμένες από τις συσχετίσεις μπορούν να χαρακτηριστούν αναμενόμενες, όπως για παράδειγμα η ισχυρή θετική γραμμική συσχέτιση του συνολικού σκορ της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής (ESS) και του συνολικού σκορ της κλίμακας εξωτερικής ντροπής (OAS) (0,629), ενώ αξιοσημείωτη είναι η απουσία ισχυρής συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας και των ψυχομετρικών κλιμάκων που καταγράφηκαν. Τέλος, ιδιαίτερη αναφορά αρμόζει να γίνει στη θετική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού πόνου (FPQ) και της ντροπής (OAS) ( $r = 0,286$ ), αλλά και του βιώματος της ντροπής (ESS) ( $r = 0,272$ ).

**Πίνακας 17: Συντελεστής συσχέτισης Pearson μεταξύ των κλιμάκων και της ηλικίας**

	Ηλικία	OAS	ESS
Συνολική βαθμολογία (OAS)	-,095		
Συνολική ντροπή (ESS)	<b>-,176(**)</b>	<b>,629(**)</b>	
Συνολικός πόνος (FPQ – III)	,040	<b>,286(**)</b>	<b>,272(**)</b>

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Πίνακας 18: Συντελεστής συσχέτισης Pearson μεταξύ των κλιμάκων**

	Ηλικία	OAS	Inferior	Empty	Mistakes	characterological	Behavioural	Bodily	ESS	Minor	Severe	Medical
OAS	-,095											
Inferior	-,093	<b>,880(**)</b>										
Empty	-,062	<b>,776(**)</b>	<b>,532(**)</b>									
Mistakes	-,075	<b>,895(**)</b>	<b>,666(**)</b>	<b>,602(**)</b>								
Characterological	-,161(**)	<b>,634(**)</b>	<b>,542(**)</b>	,438(**)	<b>,596(**)</b>							
Behavioural	-,152(*)	<b>,531(**)</b>	,430(**)	,378(**)	<b>,524(**)</b>	<b>,692(**)</b>						
Bodily	-,125(*)	,420(**)	,395(**)	,339(**)	,331(**)	<b>,591(**)</b>	<b>,549(**)</b>					
ESS	-,176(**)	<b>,629(**)</b>	<b>,533(**)</b>	,452(**)	<b>,591(**)</b>	<b>,911(**)</b>	<b>,901(**)</b>	<b>,745(**)</b>				
Minor	,048	,350(**)	,285(**)	,333(**)	,312(**)	,283(**)	,301(**)	,190(**)	,309(**)			
Severe	,043	,154(*)	,089	,142(*)	,186(**)	,103	,223(**)	,044	,159(*)	<b>,552(**)</b>		
Medical	,009	,275(**)	,234(**)	,261(**)	,226(**)	,209(**)	,264(**)	,224(**)	,265(**)	<b>,721(**)</b>	<b>,533(**)</b>	
Total Pain	,040	<b>,286(**)</b>	<b>,219(**)</b>	<b>,270(**)</b>	<b>,271(**)</b>	<b>,215(**)</b>	<b>,300(**)</b>	<b>,167(**)</b>	<b>,272(**)</b>	<b>,852(**)</b>	<b>,850(**)</b>	<b>,862(**)</b>

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

### 3.3.11 Συσχέτιση ηλικίας και της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής

Για την διευκρίνιση της γραμμικής συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας και του βιώματος της ντροπής, ( $r = -0,176$ ) υπολογίστηκε ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης του Pearson μεταξύ της ηλικίας και του συνόλου των 4 υποκλιμάκων της κλίμακας αυτής. Η ασθενής αρνητική συσχέτιση, επιβεβαιώθηκε σε όλες τις υποκλίμακες της κλίμακας για το βίωμα της ντροπής. Συμπεραίνεται πως η αύξηση της ηλικίας οδηγεί σε μείωση του βιώματος της ντροπής με την παρατήρηση πως η ασθενής τιμή του συντελεστή υποδεικνύει πως υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τις τιμές της ντροπής.

**Πίνακας 19: Συσχέτιση ηλικίας και βιώματος της ντροπής**

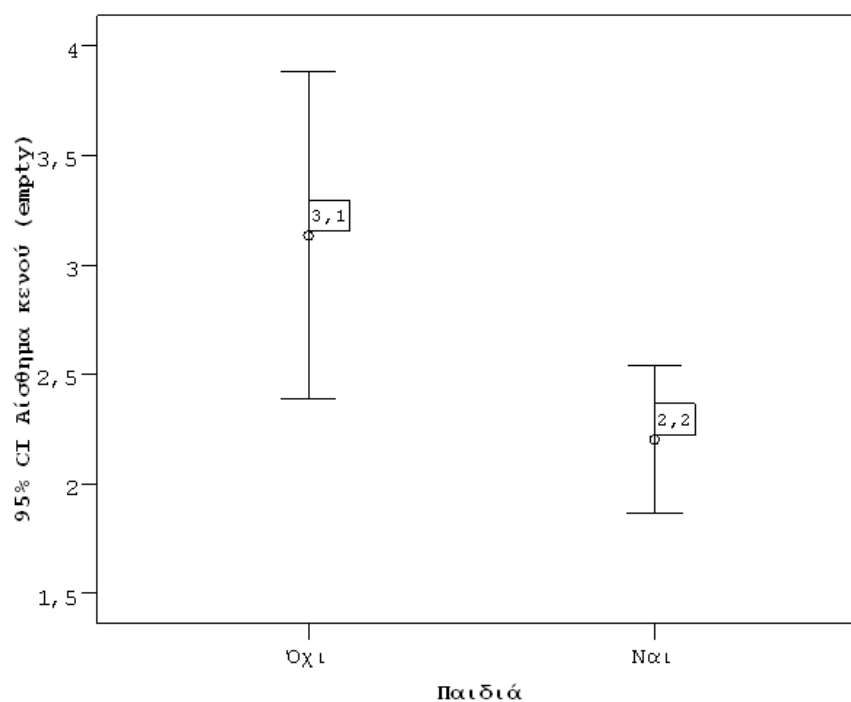
Κλίμακα	Συντελεστής συσχέτισης Pearson	p
Χαρακτηρολογική ντροπή	-0,161	,010
Συμπεριφορική ντροπή	-0,152	,014
Σωματική ντροπή	-0,125	,045
Συνολική ντροπή	-0,176	,004

### 3.3.12 Τα παιδιά στην οικογένεια ως παράγοντες επιρροής της κλίμακας εξωτερικής ντροπής

Για την ανίχνευση της επιρροής του παράγοντα «Παιδιά» στην εξωτερική ντροπή εφαρμόστηκε η δοκιμασία  $t - test$  ως έλεγχος δύο ανεξάρτητων δειγμάτων. Βρέθηκε πως οι ερωτώμενοι με παιδιά είχαν σημαντικά μικρότερη τιμή στην υποκλίμακα του αισθήματος κενού σε σύγκριση με όσους δεν είχαν παιδιά (Πίνακας 20). Η διαφοροποίηση αυτή αναπαρίσταται γραφικά στην Εικόνα 12 που ακολουθεί.

**Πίνακας 20: Επιρροή των παιδιών στην κλίμακα εξωτερικής ντροπής**

	Ναι	Όχι	Διαφορά (%)	p
Συνολική βαθμολογία	13,1 (9)	15,4 (10,8)	2,3 (17,6%)	0,093
Αίσθημα κατωτερότητας	4,6 (3,8)	5,4 (4,8)	0,8 (17,4%)	0,173
Αίσθημα κενού (empty)	2,2 (2,4)	3,1 (3,1)	0,9 (40,9%)	<b>0,011</b>
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη	5,7 (3,6)	6 (4,2)	0,3 (5,3%)	0,496

**Εικόνα 12: Διαφοροποίηση στην υποκλίμακα του αισθήματος κενού ως προς την κατοχή παιδιών**

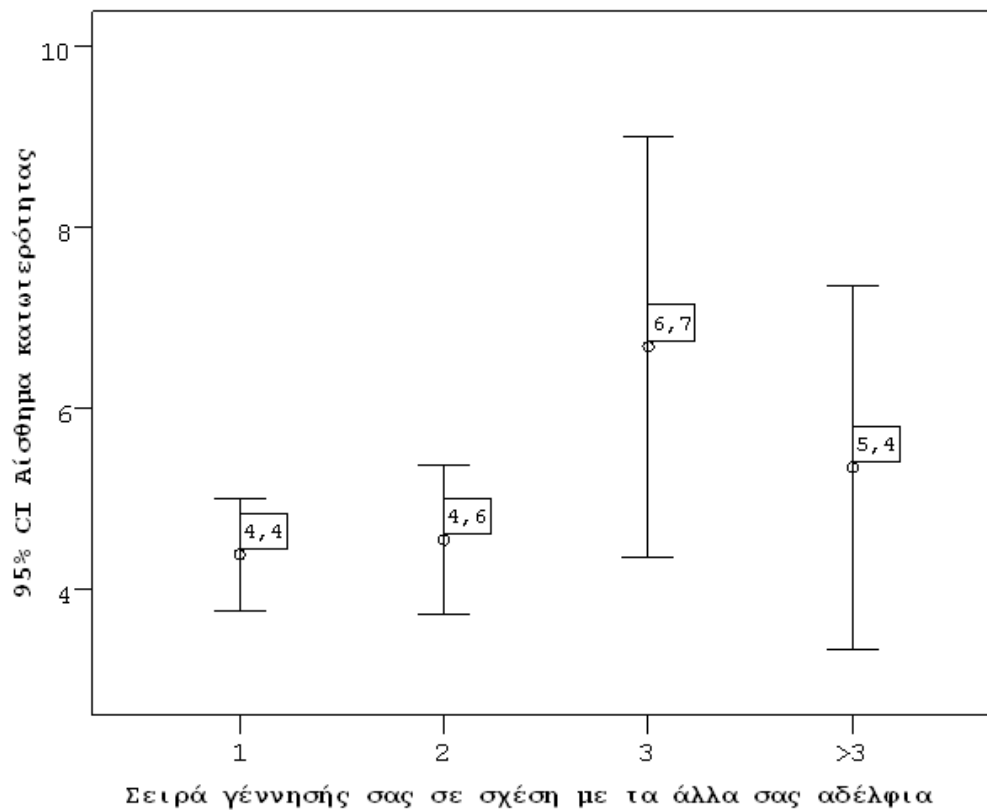
### 3.3.13 Συσχέτιση σειράς γέννησης στην οικογένεια και κλίμακας εξωτερικής ντροπής

Για την ανίχνευση της επιρροής του παράγοντα «Σειρά γέννησης» στην εξωτερική ντροπή εφαρμόστηκε η μέθοδος της ανάλυσης διακύμανσης. Βρέθηκε πως υπάρχει διαφοροποίηση της υποκλίμακας του αισθήματος κατωτερότητας ως προς τη σειρά γέννησης (Πίνακας 21).

**Πίνακας 21: Επιρροή της σειράς γέννησης στην κλίμακα εξωτερικής ντροπής**

	1 (N = 119)	2 (N = 92)	3 (N = 29)	4 (N = 17)	P
Συνολική βαθμολογία	13,1 (8,9)	12,9 (9,7)	18 (11,5)	15,3 (8,2)	0,057
Αίσθημα κατωτερότητας	4,4 (3,5)	4,6 (4)	6,7 (6,1)	5,4 (3,9)	<b>0,045</b>
Αίσθημα κενού (empty)	2,4 (2,6)	2,2 (2,6)	3,3 (2,9)	2,3 (1,9)	0,231
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη	5,5 (3,5)	5,5 (3,8)	7,1 (4)	6,9 (4,5)	0,096

Η διαφοροποίηση αυτή οφείλεται στην αύξηση της εξωτερικής ντροπής με την αύξηση της σειράς γέννησης, αύξηση που απεικονίζεται στην Εικόνα 13 που ακολουθεί. Από αυτό είναι εμφανής η αύξηση των τιμών μεταξύ των πρώτων δύο κατηγοριών και των τελευταίων δύο ενώ η παρατήρηση πως η εξωτερική ντροπή αποκτά τη μεγαλύτερη τιμή της στο μέρος των συμμετασχόντων που ήταν 3<sup>ο</sup> παιδί στην οικογένειά τους, αποδίδεται στο τυχαίο σφάλμα της δειγματοληψίας, καθώς δεν είναι δυνατόν να αποδοθεί σε κάποιον από τους παράγοντες που καταγράφηκαν στην παρούσα έρευνα.

**Εικόνα 13: Τιμές της εξωτερικής ντροπής ως προς τη σειρά γέννησης**

#### 3.3.14 Συσχέτιση του βιώματος της ντροπής και της ηλικιακής διαφοράς με τη μητέρα

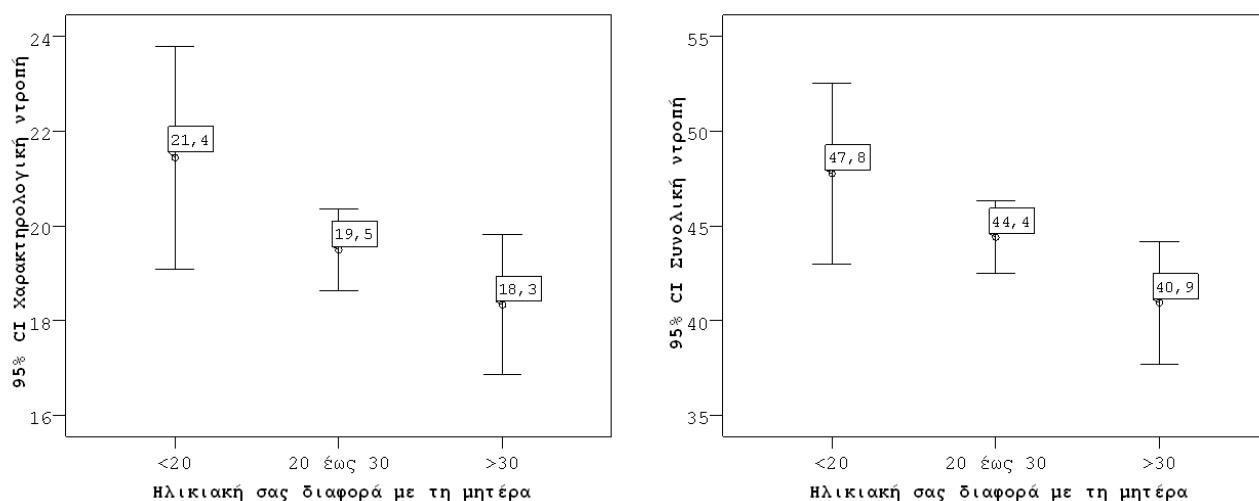
Για την ανίχνευση της επιρροής του παράγοντα «Ηλικιακή διαφορά με τη μητέρα» στο βίωμα της ντροπής εφαρμόστηκε η μέθοδος της ανάλυσης διακύμανσης. Βρέθηκε πως το βίωμα της ντροπής όπως αυτό αναπαριστάται από τις τρεις υποκλίμακες αλλά και το συνολικό άθροισμα της κλίμακας ESS μειώνεται καθώς αυξάνει η ηλικιακή διαφορά με τη μητέρα (Πίνακας 22).

**Πίνακας 22: Ηλικιακή διαφορά με τη μητέρα και το βίωμα της ντροπής**

	<20	20 έως 30	>30	p
Χαρακτηρολογική ντροπή	21,4 (7,5)	19,5 (5,6)	18,3 (5,4)	<b>0,040</b>
Συμπεριφορική ντροπή	18,7 (6,2)	18,1 (5,9)	16,1 (5,5)	0,062
Σωματική ντροπή	7,6 (3,3)	6,8 (2,8)	6,5 (2,6)	0,139
Συνολική ντροπή	47,8 (15,1)	44,4 (12,4)	40,9 (11,8)	<b>0,036</b>

Η μείωση αυτή προκύπτει να είναι στατιστικώς σημαντική για τη χαρακτηριστική ντροπή ( $p = 0,04$ ) αλλά και για το συνολικό βίωμα της ντροπής ( $p = 0,036$ ), διαφοροποιήσεις που αναπαριστώνται στην Εικόνα 14.

**Εικόνα 14: Ηλικιακή διαφορά με τη μητέρα και βίωμα ντροπής**



### 3.3.15 Συσχέτιση ειδικότητας και του φόβου για τον πόνο

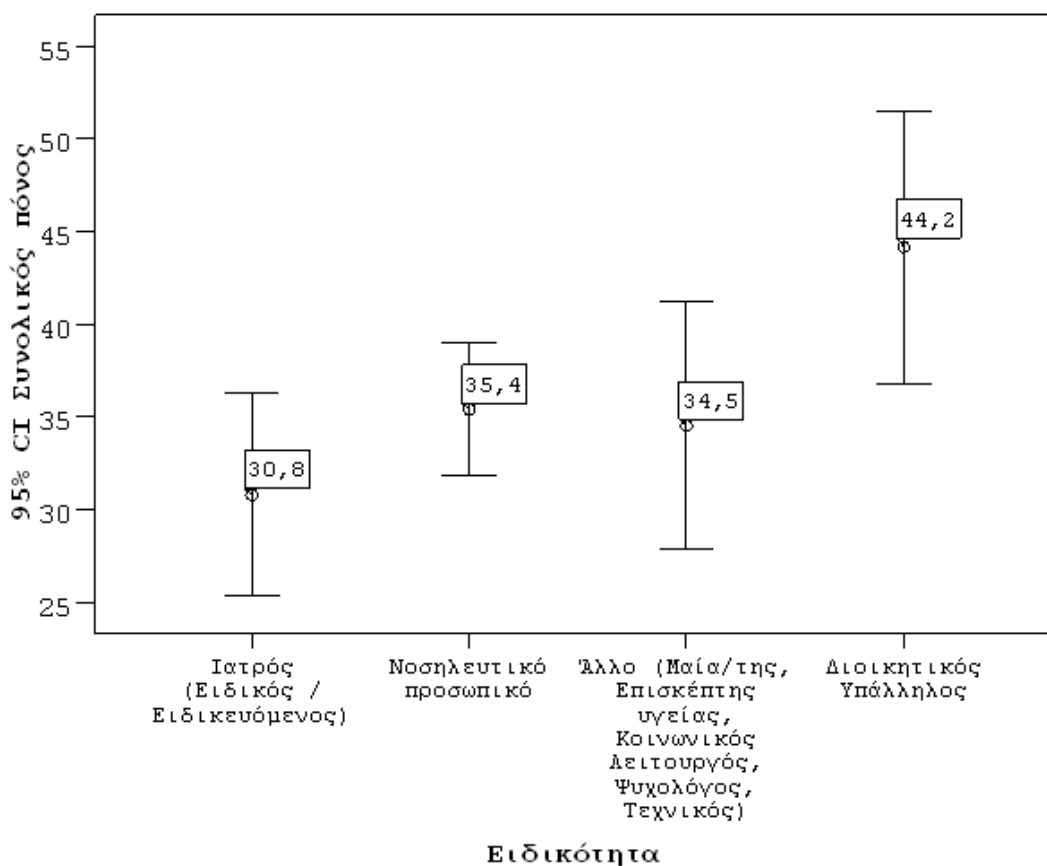
Για την ανίχνευση της επιρροής του παράγοντα «Ειδικότητα» στο φόβο του πόνου εφαρμόστηκε η μέθοδος της ανάλυσης διακύμανσης.

**Πίνακας 23: Συσχέτιση ειδικότητας και του φόβου του πόνου**

	Ιατρός (Ειδικός / Ειδικευόμενος)	Νοσηλευτικό προσωπικό	Άλλο (Μαία/της, Επισκέπτης υγείας, Κοινωνικός Λειτουργός, Ψυχολόγος, Τεχνικός)	Διοικητικός Υπάλληλος	P
Ελαφρύς πόνος	5,6 (5,8)	7,2 (6,5)	6,1 (6,8)	9,1 (7,4)	0,102
Δριμύς πόνος	17 (10,3)	18,9 (10,1)	20,5 (9,2)	22,7 (8,3)	0,059
Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις	8,2 (7,4)	9,3 (7,8)	7,9 (7,4)	12,3 (9,8)	0,071
Συνολικός πόνος	30,8 (19,8)	35,4 (21,2)	34,5 (18,9)	44,2 (21,7)	<b>0,030</b>

Βρέθηκε πως ο συνολικός φόβος για τον πόνο είναι σημαντικά μεγαλύτερος στους Διοικητικούς Υπαλλήλους από ότι στις υπόλοιπες ειδικότητες ενώ στους Ιατρούς αντιστοιχούσαν οι μικρότερες τιμές ( $p = 0,03$ ). Η διαφοροποίηση αυτή αποδίδεται στην Εικόνα 15.

**Εικόνα 15: Φόβος για τον πόνο ως προς την επαγγελματική θέση**



Η εκ των υστέρων ανάλυση με τη μέθοδο Tukey κατέδειξε πως δεν είναι δυνατός ο διαχωρισμός των Νοσηλευτών και των υπολοίπων ειδικοτήτων από δύο ακραίες κατηγορίες των Ιατρών και των Διοικητικών Υπαλλήλων, γεγονός που επιβεβαιώνει τη διαφοροποίηση Ιατρών με τους Διοικητικούς Υπαλλήλους ως προς το συνολικό βιωμένο πόνο ενώ καθιστά αναγκαία την επανάληψη της έρευνας για την επιβεβαίωση της σειράς ταξινόμησης μεταξύ των άλλων δύο κατηγοριών.



**Πίνακας 24: Ομαδοποίηση ειδικοτήτων βάσει του συνολικού πόνου**

Ειδικότητα	N	Subset for alpha = .05	
		1	2
Ιατρός (Ειδικός / Ειδικευόμενος)	53	30,79	
Άλλο (Μαία/της, Επισκέπτης υγείας, Κοινωνικός Λειτουργός, Ψυχολόγος, Τεχνικός)	33	34,52	34,52
Νοσηλευτικό προσωπικό	136	35,40	35,40
Διοικητικός Υπάλληλος	36		44,17

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a Uses Harmonic Mean Sample Size = 47,449.

b The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.

### 3.3.16 Το στρεσογόνο γεγονός στην παιδική ηλικία ως παράγοντας επιρροής της ντροπής και του φόβου για τον πόνο

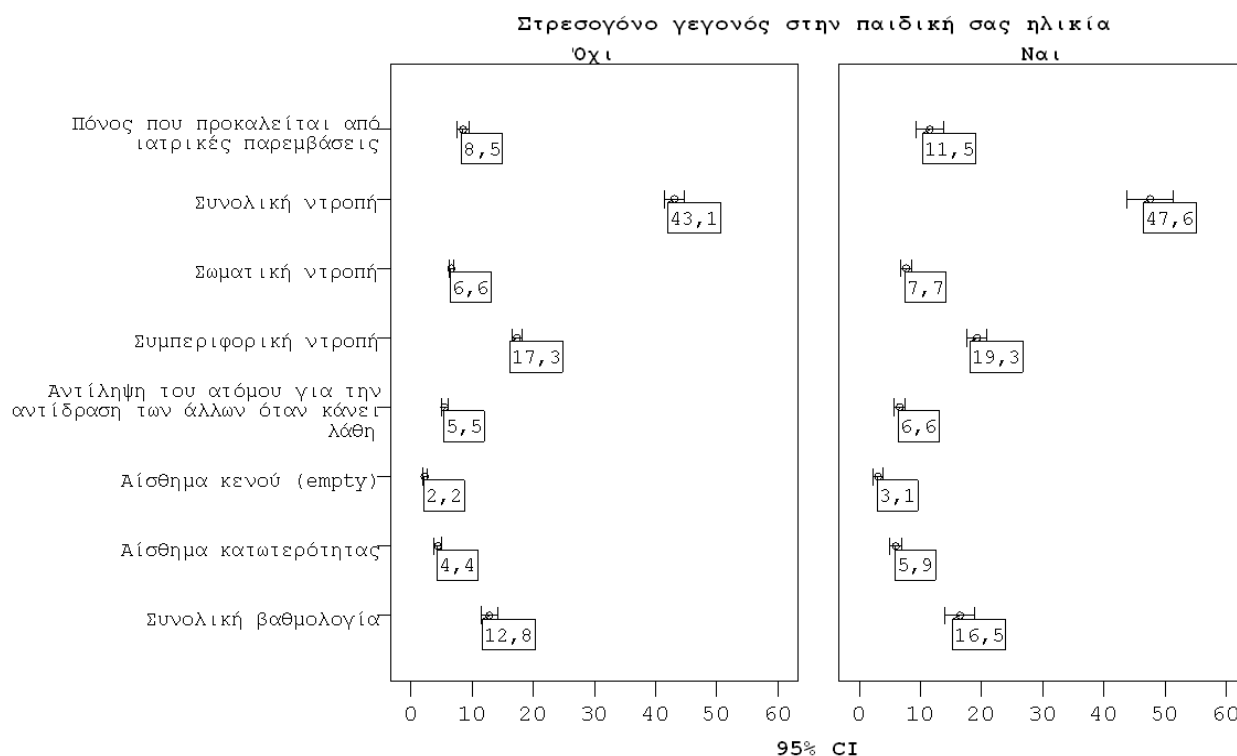
Για την ανίχνευση της επιρροής του παράγοντα «Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας» στις ψυχομετρικές κλίμακες που καταγράφηκαν στην έρευνας, εφαρμόστηκε η μέθοδος t – test για δύο ανεξάρτητα δείγματα. Βρέθηκε πως η αναφορά στρεσογόνου γεγονότος στην παιδική ηλικία αντιστοιχούσε σε μεγαλύτερες τιμές στο σύνολο των κλιμάκων και των υποκλιμάκων που μετρήθηκαν, διαφοροποίηση που επιπλέον ανιχνεύτηκε ως στατιστικώς σημαντική στις 8 από τις 12 συνολικά υποκλίμακες (Πίνακας 25).

**Πίνακας 25: Συσχέτιση στρεσογόνου γεγονότος παιδικής ηλικίας και  
ψυχομετρικών κλιμάκων**

	Στρεσογόνο γεγονός στην παιδική ηλικία		Διαφορά	p
	Όχι	Ναι		
Εξωτερική ντροπή (OAS)				
Συνολική βαθμολογία	12,8 (9,2)	16,5 (10,2)	3,7 (28,9%)	<b>0,006</b>
Αίσθημα κατωτερότητας	4,4 (4,1)	5,9 (3,9)	1,5 (34,1%)	<b>0,007</b>
Αίσθημα κενού	2,2 (2,3)	3,1 (3,2)	0,9 (40,9%)	<b>0,018</b>
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη	5,5 (3,8)	6,6 (3,7)	1,1 (20%)	<b>0,038</b>
Το βίωμα της ντροπής (ESS)				
Χαρακτηρολογική ντροπή	19,2 (5,4)	20,7 (7,2)	1,5 (7,8%)	0,081
Συμπεριφορική ντροπή	17,3 (5,5)	19,3 (6,8)	2 (11,6%)	<b>0,038</b>
Σωματική ντροπή	6,6 (2,4)	7,7 (3,6)	1,1 (16,7%)	<b>0,019</b>
Συνολική ντροπή	43,1 (11,4)	47,6 (15,9)	4,5 (10,4%)	<b>0,018</b>
Φόβος για τον πόνο (FPQ)				
Ελαφρύς πόνος	6,5 (6,2)	8,2 (7,4)	1,7 (26,2%)	0,052
Δριμύς πόνος	19,1 (10)	19,5 (9,7)	0,4 (2,1%)	0,627
Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις	8,5 (7,3)	11,5 (9,4)	3 (35,3%)	<b>0,008</b>
Συνολικός πόνος	34,1 (20)	39,2 (22,9)	5,1 (15%)	0,067

Οι διαφοροποιήσεις αναπαριστώνται γραφικά στην Εικόνα 16 που ακολουθεί.

**Εικόνα 16: Το στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας ως παράγοντας επιρροής των ψυχομετρικών κλιμάκων**



### 3.3.17 Το στρεσογόνο γεγονός στην ενήλικη ζωή ως παράγοντας επιρροής της ντροπής

Για την ανίχνευση της επιρροής του παράγοντα «Στρεσογόνο γεγονός ενήλικης ζωής» στις ψυχομετρικές κλίμακες που καταγράφηκαν στην έρευνα, εφαρμόστηκε η μέθοδος  $t$  – test για δύο ανεξάρτητα δείγματα. Βρέθηκε πως η αναφορά στρεσογόνου γεγονότος στην ενήλικη ζωή αντιστοιχούσε σε μεγαλύτερες τιμές στο σύνολο των κλιμάκων και των υποκλιμάκων που μετρήθηκαν, διαφοροποίηση που επιπλέον ανιχνεύτηκε ως στατιστικώς σημαντική στις 6 από τις 12 συνολικά υποκλίμακες (Πίνακας 26).

**Πίνακας 26: Συσχέτιση στρεσογόνου γεγονότος ενήλικης ηλικίας και  
ψυχομετρικών κλιμάκων**

	Στρεσογόνο γεγονός στην ενήλικη ζωή		Διαφορά	p
	Όχι	Ναι		
Εξωτερική ντροπή (OAS)				
Συνολική βαθμολογία	11,2 (9,8)	15,2 (9,1)	4 (35,7%)	<b>0,002</b>
Αίσθημα κατωτερότητας	4 (4,7)	5,3 (3,6)	1,3 (32,5%)	<b>0,016</b>
Αίσθημα κενού	2 (2,2)	2,7 (2,7)	0,7 (35%)	<b>0,023</b>
Αντίληψη του ατόμου για την αντίδραση των άλλων όταν κάνει λάθη	4,8 (3,7)	6,3 (3,7)	1,5 (31,3%)	<b>0,001</b>
Το βίωμα της ντροπής (ESS)				
Χαρακτηρολογική ντροπή	18,2 (5,2)	20,4 (6,3)	2,2 (12,1%)	<b>0,005</b>
Συμπεριφορική ντροπή	16,8 (5,7)	18,4 (6)	1,6 (9,5%)	0,050
Σωματική ντροπή	6,6 (2,6)	7 (2,9)	0,4 (6,1%)	0,370
Συνολική ντροπή	41,6 (11,8)	45,8 (13,3)	4,2 (10,1%)	<b>0,014</b>
Φόβος για τον πόνο (FPQ)				
Ελαφρύς πόνος	6,8 (6,2)	7 (6,8)	0,2 (2,9%)	0,807
Δριμύς πόνος	19,1 (10,6)	19,3 (9,5)	0,2 (1,0%)	0,822
Πόνος που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις	8,8 (7,3)	9,6 (8,4)	0,8 (9,1%)	0,411
Συνολικός πόνος	34,8 (20,7)	36 (21,2)	1,2 (3,4%)	0,656

Οι διαφοροποιήσεις αναπαριστώνται γραφικά στην Εικόνα 17 που ακολουθεί.

**Εικόνα 17: Το στρεσογόνο γεγονός ενήλικης ζωής ως παράγοντας επιρροής των ψυχομετρικών κλιμάκων**



### 3.3.18 Σύνοψη των παραγόντων που συσχετίζονται με την ντροπή και το φόβο του πόνου

Στον Πίνακα 27 παρουσιάζονται συνοπτικά τα αποτελέσματα, όπως αυτά προέκυψαν από τις κατάλληλες στατιστικές δοκιμασίες. Αναφέρονται μόνο τα συνολικά αθροίσματα των κλιμάκων με τις συντομογραφίες OAS (εξωτερική ντροπή), ESS (βίωμα της ντροπής) και FPQ – III (φόβος του πόνου), και η αντίστοιχη στατιστική σημαντικότητα καθώς η αναλυτική παρουσίαση πραγματοποιήθηκε στις προηγούμενες παραγράφους.

**Πίνακας 27: Παράγοντες που επηρεάζουν την ντροπή και το φόβο του πόνου**

Παράγοντας	OAS	ESS	FPQ - III
Φύλο <sup>(1)</sup>	μσ	μσ	μσ
Ηλικία <sup>(3)</sup>	μσ	<b>0,004</b>	μσ
Εκπαιδευτικό επίπεδο <sup>(2)</sup>	μσ	μσ	μσ
Οικογενειακή κατάσταση <sup>(2)</sup>	μσ	μσ	μσ
Παιδιά <sup>(1)</sup>	<b>0,093</b>	μσ	μσ
Πλήθος παιδιών <sup>(4)</sup>	μσ	μσ	μσ
Σειρά γέννησης <sup>(2)</sup>	<b>0,057</b>	μσ	μσ
Διαφορά στο φύλο των αδελφών <sup>(2)</sup>	μσ	μσ	μσ
Ηλικιακή διαφορά με τη μητέρα <sup>(2)</sup>	μσ	<b>0,036</b>	μσ
Ηλικιακή διαφορά με τον πατέρα <sup>(2)</sup>	μσ	μσ	μσ
Ειδικότητα <sup>(2)</sup>	μσ	μσ	<b>0,03</b>
Χρόνια εργασίας <sup>(2)</sup>	μσ	μσ	μσ
Πόνος αυτήν την περίοδο <sup>(1)</sup>	μσ	μσ	μσ
Χρόνιος πόνος στο παρελθόν <sup>(1)</sup>	μσ	μσ	μσ
Σπλαχνικός πόνος <sup>(1)</sup>	μσ	μσ	μσ
Σωματικός πόνος <sup>(1)</sup>	μσ	μσ	μσ
Νευροπαθητικός πόνος <sup>(1)</sup>	μσ	μσ	μσ
Συμπαθητικός πόνος <sup>(1)</sup>	μσ	μσ	μσ
Στρεσογόνο γεγονός παιδικής ηλικίας <sup>(1)</sup>	<b>0,006</b>	<b>0,018</b>	<b>0,067</b>
Στρεσογόνο γεγονός ενήλικης ζωής <sup>(1)</sup>	<b>0,002</b>	<b>0,014</b>	μσ
Πίστη στο Θεό <sup>(4)</sup>	μσ	μσ	μσ

μσ: Μη σημαντική συσχέτιση / διαφοροποίηση (στατιστική σημαντικότητα  $p > 0,1$ )

(1): Έλεγχος t – test δύο ανεξάρτητων δειγμάτων

(2): Ανάλυση διακύμανσης με έναν παράγοντα (1 – way ANOVA)

(3): Συντελεστής συσχέτισης Pearson

(4): Συντελεστής συσχέτισης Spearman

Σημειώνεται πως τα παραπάνω αποτελέσματα καταδεικνύουν πως υπάρχει μία στατιστική επιρροή χωρίς όμως να προσφέρεται κάποιος ποσοτικός δείκτης σχετικά με το μέγεθος αυτής της επιρροής. Στην επόμενη παράγραφο αξιοποιείται η μέθοδος της γραμμικής παλινδρόμησης με σκοπό τη συμπλήρωση της εικόνας που αναδεικνύεται από τον παραπάνω συγκεντρωτικό πίνακα.

3.3.19 Εφαρμογή γραμμικού μοντέλου για την πρόβλεψη των τιμών των ψυχομετρικών κλιμάκων

Για την ποσοτικοποίηση της επιρροής κάθε ενός από τους παράγοντες στις τιμές της ντροπής και του φόβου του πόνου εφαρμόστηκε η μέθοδος της γραμμικής παλινδρόμησης. Ως πιθανές ανεξάρτητες μεταβλητές τοποθετήθηκαν το σύνολο των παραγόντων που καταγράφηκαν στην έρευνα και πιο συγκεκριμένα οι εξής:

**Πίνακας 28: Παράγοντες που συμμετείχαν στα γραμμικά μοντέλα παλινδρόμησης**

Μεταβλητή	Περιγραφή
Φύλο	Άνδρας (1), Γυναίκα (0)
Ηλικία	Συνεχής μεταβλητή
Άγαμος	Ναι (1), Όχι (0)
Έγγαμος	Ναι (1), Όχι (0)
Παιδιά	Ναι (1), Όχι (0)
Πλήθος παιδιών	Διακριτή αριθμητική
Σύνολο αδελφών	Διακριτή αριθμητική
Διαφορά αγοριών και κοριτσιών	Διακριτή αριθμητική
Σειρά γέννησής σας σε σχέση με τα άλλα σας αδέλφια	Διακριτή αριθμητική
Ηλικιακή σας διαφορά με τη μητέρα	Ομαδοποιημένη ανά δεκαετία.
Ηλικιακή σας διαφορά με τον πατέρα	Ομαδοποιημένη ανά δεκαετία.
Διαφορά ηλικίας μεταξύ πατέρα και μητέρας (δεκαετίες)	Ομαδοποιημένη ανά δεκαετία.
Ιατρός (Ειδικός / ειδικευόμενος)	Ναι (1), Όχι (0)
Νοσηλευτικό προσωπικό	Ναι (1), Όχι (0)
Διοικητικό προσωπικό	Ναι (1), Όχι (0)
Νοσοκομείο	Ναι (1), Όχι (0)
Κ.Υ.	Ναι (1), Όχι (0)
Πόσα χρόνια εργάζεστε	Ομαδοποιημένη ανά πενταετία.
Πονάτε αυτή την περίοδο (τον τελευταίο μήνα)	Ναι (1), Όχι (0)
Εάν ναι βαθμολογείτε ανάλογα με την ένταση	Διακριτή αριθμητική (1 έως 5)
Έχετε βιώσει χρόνιο πόνο (>άνω των τριών μηνών)	Ναι (1), Όχι (0)
Εάν ναι βαθμολογείτε ανάλογα με την ένταση	Διακριτή αριθμητική (1 έως 5)
Σπλαχνικός πόνος	Ναι (1), Όχι (0)
Σωματικός πόνος	Ναι (1), Όχι (0)
Νευροπαθητικός πόνος	Ναι (1), Όχι (0)
Συμπαθητικός πόνος	Ναι (1), Όχι (0)
Στρεσογόνο γεγονός στην παιδική σας ηλικία	Ναι (1), Όχι (0)
Στρεσογόνο γεγονός στην ενήλικη ζωή σας	Ναι (1), Όχι (0)
Πίστη στο Θεό	Διακριτή αριθμητική (1 έως 10)

Για την επιλογή των στατιστικά σημαντικών μεταξύ των παραπάνω μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος stepwise σύμφωνα με την οποία στη γραμμική εξίσωση εισάγεται κάθε βήμα η πλέον σημαντική από τις ανεξάρτητες μεταβλητές μεταξύ αυτών που ικανοποιούν το αντίστοιχο στατιστικό κριτήριο βασισμένο στη κατανομή F, ενώ απορρίπτονται όσες από αυτές δεν κρίνονται σημαντικές βάσει της ίδιας διαδικασίας.

### 3.3.20 Γραμμικό μοντέλο πρόβλεψης της εξωτερικής ντροπής (OAS)

Το γραμμικό μοντέλο πρόβλεψης του σκορ της εξωτερικής ντροπής ήταν στατιστικά σημαντικό ( $F(2, 244) = 6,907, p = 0,001$ ) και εξηγούσε το 5,4% της μεταβλητότητας της κλίμακας της εξωτερικής ντροπής ( $R^2 = 0,054$ ). Περιείχε ως ανεξάρτητες μεταβλητές το στρεσογόνο γεγονός της ενήλικης ζωής (Std B = 0,189,  $p = 0,003$ ) και την πίστη στο Θεό (Std B = -0,130,  $p = 0,037$ ). Το τελικό προτεινόμενο μοντέλο από τη διαδικασία Stepwise ήταν το  $OAS = 3,791 * \text{Στρεσογόνο Ενήλικης ζωής} - 0,494 * \text{Πίστη Στο Θεό} + 14,565$ .

**Πίνακας 29: Συντελεστές γραμμικής εξίσωσης πρόβλεψης της εξωτερικής ντροπής (OAS)**

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p
	B	Std. Error	Beta		
(Σταθερά)	14,565	1,903		7,653	,000
Στρεσογόνο γεγονός στην ενήλικη ζωή	3,791	1,251	,189	3,031	,003
Πίστη στο Θεό	-,494	,236	-,130	-2,093	,037

a Dependent Variable: Συνολική βαθμολογία OAS

Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε πως το στρεσογόνο γεγονός της ενήλικης ζωής αντιστοιχούσε σε αύξηση 3,791 μονάδες στο σκορ της εξωτερικής ντροπής ενώ η αύξηση κατά μια μονάδα στην απόκριση της πίστης προς το Θεό αντιστοιχούσε σε μείωση της κατά 0,494 μονάδες.



### 3.3.21 Ο πόνος ως παράγοντας επιρροής της εξωτερικής ντροπής

Για τη διευκρίνιση της σχέσης μεταξύ του πόνου και της εξωτερικής ντροπής, και θεωρώντας τον πόνο που βιώνεται ως ένα παράγοντα που επηρεάζει τη γέννηση του αισθήματος της ντροπής επαναλήφθηκε η μέθοδος της γραμμικής παλινδρόμησης με πρόσθετες ανεξάρτητες μεταβλητές τις 4 υποκλίμακες της κλίμακας του φόβου του πόνου. Για την επιλογή των στατιστικά σημαντικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η διαδικασία Stepwise. Το γραμμικό μοντέλο πρόβλεψης του σκορ της εξωτερικής ντροπής ήταν στατιστικά σημαντικό ( $F(4, 246) = 13,408, p < 0,001$ ) και εξηγούσε το 17,9% της μεταβλητότητας της κλίμακας της εξωτερικής ντροπής ( $R^2 = 0,179$ ). Περιείχε ως ανεξάρτητες μεταβλητές την υποκλίμακα του ελαφρύ πόνου (Std B = 0,342,  $p < 0,001$ ), την ηλικία (Std B = -0,116,  $p = 0,048$ ), το στρεσογόνο γεγονός της ενήλικης ζωής (Std B = 0,19,  $p = 0,001$ ) και την πίστη στο Θεό (Std B = -0,119,  $p = 0,041$ ). Το τελικό προτεινόμενο μοντέλο ήταν το  $OAS = 0,5 * \text{Ελαφρύς πόνος} - 0,144 * \text{Ηλικία} + 3,798 * \text{Στρεσογόνο Ενήλικης ζωής} - 0,449 * \text{Πίστη Στο Θεό} + 17,167$ .

**Πίνακας 30: Συντελεστές γραμμικής εξίσωσης πρόβλεψης της εξωτερικής ντροπής (OAS)**

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p
	B	Std. Error	Beta		
(Σταθερά)	17,167	3,614		4,750	,000
Ελαφρύς πόνος	,500	,084	,342	5,916	,000
Ηλικία	-,144	,071	-,116	-2,010	,046
Στρεσογόνο γεγονός στην ενήλικη ζωή	3,791	1,251	,189	3,031	,003
Πίστη στο Θεό	-,494	,236	-,130	-2,093	,037

a Dependent Variable: Συνολική βαθμολογία OAS

Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε πως το στρεσογόνο γεγονός της ενήλικης ζωής αντιστοιχούσε σε αύξηση 3,791 μονάδες στο σκορ της εξωτερικής ντροπής, η αύξηση κατά μια μονάδα στην απόκριση της πίστης προς το Θεό αντιστοιχούσε σε μείωση

της κατά 0,494 μονάδες, ενώ αύξηση ενός έτους στην ηλικία αντιστοιχούσε σε μείωση 0,144 μονάδες στην κλίμακα της εξωτερικής ντροπής. Είναι σημαντική η παρατήρηση πως τόσο η επιρροή του στρεσογόνου γεγονότος της ενήλικης ζωής όσο και η επιρροή της πίστης στο Θεό διαφοροποιούνται ελάχιστα από το προηγούμενο μοντέλο κάτι που σημαίνει πως εξηγούν ένα μέρος της μεταβλητότητας της εξωτερικής ντροπής το οποίο είναι ανεξάρτητο από το φόβο του πόνου όπως αυτός αναπαριστάται από την κλίμακα του ελαφρύ πόνου.

### 3.3.22 Γραμμικό μοντέλο πρόβλεψης του βιώματος της ντροπής (ESS)

Το γραμμικό μοντέλο πρόβλεψης του σκορ του βιώματος της ντροπής ήταν στατιστικά σημαντικό ( $F(3, 245) = 7,725, p < 0,001$ ) και εξηγούσε το 8,6% της μεταβλητότητας της κλίμακας της εξωτερικής ντροπής ( $R^2 = 0,086$ ). Περιείχε ως ανεξάρτητες μεταβλητές την ηλικία ( $\text{Std B} = -0,187, p = 0,003$ ) το στρεσογόνο γεγονός της παιδικής ηλικίας ( $\text{Std B} = 0,173, p = 0,005$ ) και την ηλικιακή διαφορά με τη μητέρα ( $\text{Std B} = -0,138, p = 0,026$ ). Το τελικό μοντέλο ήταν το  $\text{ESS} = -0,309 * \text{Ηλικία} + 4,899 * \text{Στρεσογόνο παιδικής ηλικίας} - 2,929 * \text{Ηλικιακή διαφορά με τη μητέρα} + 62,133$ .

**Πίνακας 31: Συντελεστές γραμμικής εξίσωσης πρόβλεψης του βιώματος της ντροπής (ESS)**

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p
	B	Std. Error	Beta		
(Σταθερά)	62,133	4,951		12,550	,000
Ηλικία	-,309	,102	-,187	-3,031	,003
Στρεσογόνο γεγονός στην παιδική ηλικία	4,899	1,731	,173	2,830	,005
Ηλικιακή διαφορά με τη μητέρα	-2,929	1,310	-,138	-2,236	,026

a Dependent Variable: Συνολική ντροπή ESS

Ιδιαίτερα, βρέθηκε πως αύξηση κατά ένα έτος στην ηλικία αντιστοιχούσε σε μείωση 0,309 μονάδες στο βίωμα της ντροπής, το στρεσογόνο γεγονός της παιδικής ηλικίας αντιστοιχούσε σε αύξηση 4,899 μονάδες στο βίωμα της ντροπής, ενώ η αύξηση κατά μια δεκαετία στην ηλικία της μητέρας κατά τη γέννηση του ερωτώμενου αντιστοιχούσε σε μείωση της κατά 2,929 μονάδες.

### 3.3.23 Ο πόνος ως παράγοντας επιρροής του βιώματος της ντροπής

Για τη διευκρίνιση της σχέσης μεταξύ του πόνου και του βιώματος της ντροπής, και θεωρώντας τον πόνο που βιώνεται ως ένα παράγοντα που επηρεάζει τη γέννηση του αισθήματος της ντροπής επαναλήφθηκε η μέθοδος της γραμμικής παλινδρόμησης με πρόσθετες ανεξάρτητες μεταβλητές τις 4 υποκλίμακες της κλίμακας του φόβου του πόνου. Για την επιλογή των στατιστικά σημαντικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η διαδικασία Stepwise.

Το γραμμικό μοντέλο πρόβλεψης του σκορ του βιώματος της ντροπής ήταν στατιστικά σημαντικό ( $F(4, 247) = 12,538, p < 0,001$ ) και εξηγούσε το 16,9% της μεταβλητότητας της κλίμακας της εξωτερικής ντροπής ( $R^2 = 0,169$ ). Περιείχε ως ανεξάρτητες μεταβλητές την υποκλίμακα του ελαφρύ πόνου (Std B = 0,308,  $p < 0,001$ ), την ηλικία (Std B = -0,236,  $p < 0,001$ ), το στρεσογόνο γεγονός της ενήλικης ζωής (Std B = 0,169,  $p = 0,004$ ) και την ιδιότητα του έγγαμου (Std B = 0,157,  $p = 0,01$ ). Το τελικό προτεινόμενο μοντέλο ήταν το  $ESS = 0,595 * \text{Ελαφρύς πόνος} - 0,39 * \text{Ηλικία} + 4,512 * \text{Στρεσογόνο Ενήλικης ζωής} + 4,261 * \text{Έγγαμος} + 51,211$ .

**Πίνακας 32: Συντελεστές γραμμικής εξίσωσης πρόβλεψης του βιώματος της ντροπής (ESS)**

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p
	B	Std. Error	Beta		
(Σταθερά)	51,211	4,387		11,675	,000
Ελαφρύς πόνος	,595	,112	,308	5,295	,000
Ηλικία	-,390	,099	-,236	-3,927	,000
Στρεσογόνο γεγονός στην ενήλικη ζωή σας	4,512	1,555	,169	2,902	,004
Έγγαμος	4,261	1,634	,157	2,608	,010

a Dependent Variable: Συνολική ντροπή ESS

Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε πως το στρεσογόνο γεγονός της ενήλικης ζωής αντιστοιχούσε σε αύξηση 4,512 μονάδες στο σκορ του βιώματος της ντροπής, η αύξηση ενός έτους στην ηλικία αντιστοιχούσε σε μείωση 0,39 μονάδες, η αύξηση κατά ένα έτος στην ηλικία αντιστοιχούσε σε μείωση 0,39 μονάδες ενώ η ιδιότητα του έγγαμου αντιστοιχούσε σε αύξηση 4,261 μονάδες στην κλίμακα του βιώματος της ντροπής. Είναι σημαντική η παρατήρηση πως η επιρροή της ηλικίας στο νέο μοντέλο διαφοροποιείται ελάχιστα από το προηγούμενο ενώ αντίθετα η εισαγωγή του φόβου για τον ελαφρύ πόνο απομακρύνει τον παράγοντα του στρεσογόνου γεγονότος της παιδικής ηλικίας και την ηλικιακή διαφορά με τη μητέρα καθιστώντας τις μη σημαντικές. Η τελευταία αλλαγή σημαίνει πως ο ελαφρύς πόνος έχει τη δυνατότητα να εξηγήσει το μεγαλύτερο μέρος της επιρροής που αποδιδόταν σε αυτές στο προηγούμενο μοντέλο, γεγονός που αφήνει περιθώριο για την εισαγωγή δύο νέων άλλων μεταβλητών (Στρεσογόνο ενήλικης και Έγγαμος) που δεν είχαν χαρακτηριστεί ως σημαντικές στην προηγούμενη εφαρμογή της γραμμικής παλινδρόμησης.

### 3.3.24 Γραμμικό μοντέλο πρόβλεψης του φόβου του πόνου (FPQ – III)

Το γραμμικό μοντέλο πρόβλεψης του σκορ της φόβου του πόνου ήταν στατιστικά σημαντικό ( $F(2, 245) = 6,571, p = 0,001$ ) και εξηγούσε το 5,1% της μεταβλητότητας της κλίμακας της εξωτερικής ντροπής ( $R^2 = 0,051$ ). Περιείχε ως ανεξάρτητες μεταβλητές το σύνολο των αδελφών του ερωτώμενου (Std B = -0,155,  $p = 0,014$ ) και

την αν ανήκει στο διοικητικό προσωπικό ( $\text{Std B} = 0,151$ ,  $p = 0,016$ ). Το τελικό μοντέλο ήταν το  $\text{FPQ} = -2,698 * \text{Σύνολο αδελφών} + 9,096 * \text{Διοικητικό προσωπικό} + 38,555$ .

**Πίνακας 33: Συντελεστές γραμμικής εξίσωσης πρόβλεψης του φόβου του πόνου (FPQ-III)**

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	p
	B	Std. Error			
(Σταθερά)	38,555	2,276		16,940	,000
Σύνολο αδελφών	-2,698	1,089	-,155	-2,477	,014
Διοικητικό προσωπικό	9,096	3,756	,151	2,421	,016

a Dependent Variable: Συνολικός πόνος

Ιδιαίτερα, βρέθηκε πως αύξηση κατά ένα στο πλήθος των αδελφών (ανεξαρτήτου φύλου) αντιστοιχεί σε μείωση 2,698 μονάδες στον συνολικό πόνο ενώ η εργασία ως διοικητικό προσωπικό αντιστοιχούσε σε αύξηση του κατά 9,096 μονάδες.

### 3.4 Συμπεράσματα – Συζήτηση

Οι τιμές των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα για να ανιχνεύσουν και να αναπαραστήσουν την ντροπή και το φόβο του πόνου ήταν συγκρίσιμες με αυτές που έχουν αναφερθεί στο παρελθόν σε δείγματα πολιτών στην Ελλάδα (Gouva et al, 2016a, Gouva et al, 2016b) και σε άλλες χώρες που εφαρμόστηκαν οι κλίμακες (Van Wijk και Hoogstraten, 2006), γεγονός που καταδεικνύει πως το δείγμα στο οποίο βασίζονται τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν αντιπροσωπευτικό ως προς τα ψυχολογικά φαινόμενα της ντροπής και του φόβου του πόνου όπως αναπαριστώνται από τις κλίμακες OAS, ESS και FPQ – III. Επιπλέον, στην παρούσα εργασία επαληθεύτηκε η αξιοπιστία των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν καθώς στο σύνολο των κλιμάκων και των υποκλιμάκων που μετρήθηκαν ο συντελεστής εσωτερικής αξιοπιστίας του Cronbach ήταν πολύ καλός.

Ως προς τη θέση εργασίας του ερωτώμενου επιβεβαιώθηκε η ερευνητική υπόθεση πως η επαγγελματική θέση συσχετίζεται με την ψυχική αντίσταση στην παρουσία του πόνου. Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε πως οι Διοικητικοί υπάλληλοι επηρεάζονται περισσότερο από την έμμεση επαφή τους με τους ασθενείς που επισκέπτονται μονάδες υγείας καθώς σε αυτούς βρέθηκαν σημαντικά μεγαλύτερες τιμές του φόβου του πόνου σε σχέση με τους υπόλοιπους εργαζόμενους. Στον αντίποδα, οι Ιατροί είχαν τις μικρότερες τιμές στην κλίμακα αυτή, ενώ δεν ήταν δυνατός ο διαχωρισμός των Νοσηλευτών και των υπολοίπων ειδικοτήτων από τις δύο αυτές ακραίες κατηγορίες των Ιατρών και των Διοικητικών Υπαλλήλων. Η αντίθεση των Διοικητικών υπαλλήλων σε σχέση με τις υπόλοιπες ειδικότητες επιβεβαιώθηκε και ποσοτικοποιήθηκε περαιτέρω με τη μέθοδο της γραμμικής παλινδρόμησης στην οποία βρέθηκε πως οι Διοικητικοί υπάλληλοι αναμένεται να έχουν 9 μονάδες μεγαλύτερο σκορ στο φόβο του πόνου από τους υπολοίπους εργαζόμενους. Τα παραπάνω ευρήματα ενδεχομένως οφείλονται στο γεγονός πως οι επαγγελματίες υγείας έχουν αναπτύξει μηχανισμούς ψυχικής αντίστασης στην παρουσία και προσμονή του πόνου (Lyby, Aslaksen και Flaten, 2011), ενώ δεν συμβαίνει το ίδιο με τους Διοικητικούς υπαλλήλους οι οποίοι αντιλαμβάνονται εμπειρικά τον πόνο των ασθενών αλλά δεν παρακολουθούν την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους γεγονός που ενδεχομένως δημιουργεί ασυνείδητα ψυχολογικά φορτία που επηρεάζουν αρνητικά τη γενικότερη ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση. Αναδεικνύεται η αναγκαιότητα παρεμβατικών δράσεων στον πληθυσμό των διοικητικών υπαλλήλων με στόχο την μείωση αυτής της διαφοροποίησης.

Περαιτέρω, είναι χαρακτηριστική η πλήρης απουσία εξάρτησης των αντικειμενικών παραμέτρων που κατεγράφησαν στην παρούσα έρευνα σχετικά με την ύπαρξη, τη βαρύτητα και το είδος του πόνου είτε αυτός ήταν την περίοδο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είτε ήταν χρόνιος, με τις κλίμακες του φόβου του πόνου. Ιδιαίτερα, δεν επιβεβαιώθηκε η ερευνητική υπόθεση πως το εκπαιδευτικό επίπεδο του ατόμου επηρεάζει την αντίληψη του σωματικού πόνου. Επιπλέον, δεν επιβεβαιώθηκε η υπόθεση πως το βίωμα σωματικού πόνου στο παρελθόν συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής. Οι παρατηρήσεις αυτές, έρχονται σε αντίθεση με στατιστικές αναφορές που αφορούν το γενικό πληθυσμό (Eurostat) και αποδίδονται στο γεγονός πως οι επαγγελματίες υγείας έρχονται ομοιόμορφα αντιμέτωποι με ερεθίσματα και εικόνες σχετικές με τον πόνο, ανεξάρτητα από τη θέση τους (συνακόλουθα και εκπαιδευτικό τους επίπεδο) με

αποτέλεσμα να αναπτύσσουν ανάλογες ψυχοσυναισθηματικές άμυνες και αντιλήψεις σχετικά με αυτόν. Επιπλέον, η πλήρης απουσία εξάρτησης των αντικειμενικών παραμέτρων που κατεγράφησαν στην παρούσα έρευνα με το φόβο του πόνου, αναδεικνύει την υπόθεση πως ο φόβος αυτός βασίζεται σε ασυνείδητες υποκειμενικές φαντασιώσεις, υπόθεση που αρμόζει να επαληθευτεί σε γενικότερο δείγμα σε μελλοντική έρευνα.

Ένα συμπέρασμα που ενδεχομένως χαρακτηρίζει την παρούσα εργασία είναι η επιβεβαίωση της συσχέτισης του τραυματικού βιώματος είτε κατά το παρελθόν στην παιδική ηλικία είτε (ασθενέστερα) στην ενήλικη ζωή, τόσο με την ντροπή όσο και με το φόβο του πόνου, ένα συμπέρασμα που έχει αναφερθεί πολλές φορές στην βιβλιογραφία τόσο σε δείγματα από άλλες χώρες (Koss, 2000; Deblinger και Runyon, 2005; Ahrens, 2006) όσο και στην Ελλάδα (Paschou et al., 2010).

Αναδεικνύεται το ερώτημα σχετικά με το αν ένα τραυματικό βίωμα πράγματι αποτελεί την αιτία και δημιουργεί κατάλληλες προϋποθέσεις για την ανάπτυξη αυξημένης ντροπής και φόβου του πόνου ή ότι η παραπάνω συσχέτιση οφείλεται στην επιρροή κάποιων άλλων παραγόντων που συσχετίζονται τόσο με την τάση για αναγνώριση ενός γεγονότος ως στρεσογόνο όσο και με την εμπειρία της ντροπής και του φόβου του πόνου. Αυτό το ερώτημα, που έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία (McCarthy-Jones, 2017) δεν μπορεί να απαντηθεί στα πλαίσια της παρούσης εργασίας. Αρμόζει ωστόσο να αναφερθεί πως η εξάρτηση του τραυματικού βιώματος της παιδικής ηλικίας με τις τιμές των ψυχομετρικών κλιμάκων περιορίζει την αναζήτηση αυτών των παραγόντων στα πρώτα χρόνια ζωής του ατόμου κατά τη διάρκεια των πρώτων σταδίων ανάπτυξης, δηλαδή σε παράγοντες που προέρχονται από το γενικότερο οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει και αναπτύσσεται το άτομο. Προς την ίδια κατεύθυνση, από τη στιγμή που η ασφάλεια και σταθερότητα του οικογενειακού περιβάλλοντος δημιουργεί τη γενικότερη αίσθηση της ασφάλειας στο άτομο που μετέπειτα μπορεί να αποδοθεί στο Θείο στοιχείο, καταγράφεται η παρατήρηση πως η αύξηση κατά μια μονάδα στην απόκριση της πίστης προς το Θεό αντιστοιχεί σε μείωση της εξωτερικής ντροπής κατά 0,5 μονάδες.

Ως προς τη περαιτέρω συσχέτιση παραμέτρων της παιδικής ηλικίας με τη ντροπή και το φόβο του πόνου, βρέθηκε πως αύξηση κατά ένα στο πλήθος των αδελφιών (ανεξαρτήτου φύλου) αντιστοιχεί σε μείωση 2,7 μονάδες στον συνολικό φόβο του πόνου, παρατήρηση που ενδεχομένως οφείλεται στο γεγονός πως όσο περισσότερα αδέλφια έχει ένα παιδί τόσο μεγαλύτερη τριβή με τον πόνο του άλλου

αποκτά και τόσο πιο ρεαλιστικά αντιμετωπίζει και το δικό του πόνο στη μετέπειτα ζωή του. Επιπλέον, βρέθηκε πως η μεγαλύτερη σειρά γέννησης του ερωτώμενου συνδέεται με αυξημένες τιμές της κλίμακας του αισθήματος κατωτερότητας ενώ όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικιακή διαφορά με τη μητέρα τόσο μικρότερο ήταν το σκορ στη χαρακτηριστική ντροπή και το συνολικό βίωμα της ντροπής. Προς τη γενική κατεύθυνση πως οι ψυχολογικές αντιδράσεις του ατόμου παγιώνονται μέσα στα πρώτα στάδια της ζωής του ανθρώπου μέσα από τις εμπειρίες του στο οικογενειακό περιβάλλον που αυτός αναπτύσσεται, θα μπορούσαν να αποδοθούν διάφορες αιτίες στα ευρήματα αυτά, ωστόσο η ακριβής ερμηνεία των παραπάνω ευρημάτων δεν είναι εύκολο να γίνει στα πλαίσια της παρούσης εργασίας.

Μεταξύ της ηλικίας και του συνόλου των υποκλιμάκων για το βίωμα της ντροπής βρέθηκε πως υπάρχει ασθενής αρνητική γραμμική συσχέτιση όπως αυτή μετρήθηκε με το συντελεστή συσχέτισης του Pearson. Το μικρό μέγεθος της γραμμικής εξάρτησης υποδηλώνει πως υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τις τιμές της ντροπής. Μία επιπλέον πρωτοτυπία της παρούσης έρευνας είναι πως η εξάρτηση της ηλικίας με το βίωμα της ντροπής ποσοτικοποιήθηκε και πιο συγκεκριμένα πως η αύξηση ενός έτους στην ηλικία αντιστοιχεί σε μέση μείωση 0,31 μονάδες στο συνολικό σκορ της κλίμακας ESS για το βίωμα της ντροπής. Οι παραπάνω παρατηρήσεις καταδεικνύουν πως η ερευνητική υπόθεση πως η ηλικία ενός ατόμου συσχετίζεται με την ντροπή που βιώνει αυτό, γίνεται δεκτή.

Ως προς το φύλο δεν παρουσιάστηκε κάποια διαφοροποίηση στις τιμές των ψυχολογικών κλιμάκων μεταξύ ανδρών και γυναικών, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με όσα αναφέρονται στο γενικό πληθυσμό. Η έλλειψη διαφοροποίησης ενδεχομένως οφείλεται στην ιδιαιτερότητα της επαγγελματικής θέσης των συμμετεχόντων του δείγματος, και απορρίπτει την ερευνητική υπόθεση πως οι γυναίκες εργαζόμενες του τομέα υγείας παρουσιάζουν σε υψηλότερο ποσοστό βίωμα πόνου από ότι οι άντρες συνάδελφοί τους.

Περαιτέρω, βρέθηκε πως οι ερωτώμενοι με παιδιά είχαν σημαντικά μικρότερη τιμή στην υποκλίμακα του αισθήματος κενού σε σύγκριση με όσους δεν είχαν παιδιά, γεγονός που υποστηρίζει την υπόθεση πως το οικογενειακό περιβάλλον δημιουργεί δικλίδες ασφαλείας στην ψυχροσύνθεση ενός ατόμου που ενδεχομένως το βοηθάνε να αντεπεξέρθει στις δυσκολίες της ζωής. Επισημαίνεται ωστόσο πως η παραπάνω συσχέτιση δεν επιβεβαιώνεται με την ύπαρξη συζύγου ή συντρόφου αλλά με την



ύπαρξη παιδιών τα οποία ενδεχομένως δημιουργούν την αίσθηση ενός σημαντικού σκοπού στη ζωή.

Ένα συμπέρασμα που διαφωτίζει τη σχέση μεταξύ φόβου για τον πόνο και ντροπής είναι πως τόσο για την εξωτερική ντροπή όσο και για το βίωμα της ντροπής, η μοναδική έκφανση του φόβου του πόνου που βρέθηκε να επηρεάζει σημαντικά τις παραπάνω κλίμακες ήταν η υποκλίμακα του ελαφρύ πόνου, δηλαδή απουσίαζε η υποκλίμακα του δριμύ πόνου αλλά και του πόνου που προκαλείται από ιατρικές παρεμβάσεις. Το παραπάνω συμπέρασμα καταδεικνύει πως ο μηχανισμός γένεσης της ντροπής αποδυναμώνεται και τοποθετείται στο περιθώριο όταν αναδεικνύονται σημαντικά ζητήματα που έχουν να κάνουν με την επιβίωση του οργανισμού, όπου το άτομο παύει να ενοχοποιεί τον εαυτό του απέναντι στο βλέμμα του άλλου, από τη στιγμή που ανησυχεί για την εξέλιξη που μπορεί να έχει μία σωματική βλάβη που έχει υποστεί.

Συγκεντρωτικά, από την παρούσα εργασία αναδεικνύεται το περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσεται ένα άτομο ως μία σημαντική παράμετρος ως προς την ανάπτυξη του αισθήματος της ντροπής και του φόβου του πόνου. Δυστυχώς, η συσχέτιση του οικογενειακού περιβάλλοντος με τα ψυχολογικά φαινόμενα της ντροπής και του φόβου του πόνου δεν έχει μελετηθεί επαρκώς τόσο για τον γενικό πληθυσμό όσο και ειδικότερα για τους επαγγελματίες υγείας που αποτελούσαν τον πληθυσμό μελέτης. Η παραπάνω απουσία συγκριτικών μελετών δημιουργεί εμπόδια στην επιβεβαίωση και σύγκριση των περισσότερων από τα ευρήματα με άλλες χώρες και πληθυσμούς. Επιπλέον, είναι αξιοσημείωτο πως το σύνολο των γραμμικών μοντέλων που προσαρμόστηκαν στα δεδομένα αν και στατιστικώς σημαντικά ως προς την ικανότητα πρόβλεψης της ντροπής και του φόβου του πόνου, είχαν μικρή αποτελεσματικότητα όπως αυτή αναπαριστάται από το συντελεστή προσδιορισμού. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει πως πέρα από τους παράγοντες που κατεγράφησαν στην έρευνα, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που εξηγούν τη μεταβλητότητα της ντροπής και του φόβου του πόνου στον πληθυσμό αυτόν που απομένει να αναζητηθούν και να ταυτοποιηθούν.

Συμπερασματικά, κάτω από τους περιορισμούς του χρονικού πλαισίου και της γεωγραφικής κάλυψης της έρευνας, οι εργαζόμενοι του τομέα υγείας αναδεικνύονται από την παρούσα εργασία ως ένα σύνολο εργαζομένων το οποίο διαφοροποιείται από το γενικό πληθυσμό ως προς τους παράγοντες που επηρεάζουν την ντροπή και το φόβο του πόνου. Η ιδιαίτερη φύση της εργασίας τους και η συνεχής άμεση ή έμμεση

επαφή με τον πόνο του άλλου, ενδεχομένως διευκολύνει την ανάπτυξη ψυχικών δομών που επηρεάζουν τις συναισθηματικές αντιδράσεις, υπόθεση που αναδεικνύεται από τα αποτελέσματα της παρούσης εργασίας και αρμόζει να μελετηθεί σε μελλοντική έρευνα.

## Βιβλιογραφία

1. Ahrens C.E., (2006), Being silenced: the impact of negative social reactions on the disclosure of rape. *American Journal of Community Psychology*;38(3-4):263–274.
2. Aïssaoui Y., Zeggwagh A.A., Zekraoui A., Abidi K., Abouqal R., (2005), Validation of a behavioral pain scale in critically ill, sedated, and mechanically ventilated patients. *Anesthesia & Analgesia*;101(5):1470–6.
3. Aldridge H., Fisher P., Laidlaw K., (2017), Experiences of shame for people with dementia: An Interpretative Phenomenological Analysis. *Dementia*; Sep 29. Διαθέσιμο στο: [<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1471301217732430>].
4. Alnajar M.K., Darawad M.W., Alshahwan S.S., Samarkandi O.A., (2017), Knowledge and Attitudes Toward Cancer Pain Management Among Nurses at Oncology Units. *Journal of Cancer Education*; Sep 24. doi: 10.1007/s13187-017-1285-5.
5. American Academy of Pain Medicine, (2017), AAPM Facts and Figures on Pain. Διαθέσιμο στο: [[http://www.painmed.org/patientcenter/facts\\_on\\_pain.aspx](http://www.painmed.org/patientcenter/facts_on_pain.aspx)].
6. Andersson V., Bergman S., Hénoch I., Wickström E.K., Otterström-Rydberg E., Simonsson H., Ahlberg K., (2016), Pain and pain management in hospitalized patients before and after an intervention. *Scandinavian Journal of Pain*;Apr,15:22-29. doi: 10.1016/j.sjpain.2016.11.006.
7. Anderson S., Clarke V., (2017), Disgust, shame and the psychosocial impact of skin picking: Evidence from an online support forum. *Journal of Health Psychology*;Apr 10. Διαθέσιμο στο: [<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105317700254>]
8. Andrews B. & Hunter E., (1997), Shame, Early Abuse, and Course of Depression in a Clinical Sample: A Preliminary Study. *Cognition and Emotion*;11(4):373-381.
9. Andrews B., Qian M., & Valentine J.D., (2002), Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*;41:29-42.
10. Arthritis Center, (2005), Lost Productive Time and Cost Due to Common Pain Conditions in the US Workforce. Διαθέσιμο στο: [<https://www.hopkinsarthritis.org/arthritis-news/lost-productive-time-and-cost-due-to-common-pain-conditions-in-the-us-workforce/>].
11. Benn L., Harvey J.E., Gilbert P., Irons C., (2005), Social rank, interpersonal trust and recall of parental rearing in relation to homesickness. *Personality and Individual Differences*;38:1813-1822.
12. Berben S.A., Meijs T.H., van Dongen R.T., van Vugt A.B., Vloet L.C., Mintjes-de Groot J.J., et al., (2008), Pain prevalence and pain relief in trauma patients in the accident and emergency department. *Injury*;39(5):578–85.
13. Broekhof E., Kouwenberg M., Oosterveld P., Frijns J.H.M., Rieffe C., (2017), Use of the Brief Shame and Guilt Questionnaire in Deaf and Hard of Hearing Children and Adolescents. *Assessment*;Aug 11. Διαθέσιμο στο: [<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1073191117725169>]

14. Cohen T.R., Wolf S.T., Panter A.T., Insko C.A., (2011), Introducing the GASP scale: a new measure of guilt and shame proneness. *Journal of Personality and Social Psychology*;100(5):947-66.
15. Crowder M.K., Kemmelmeier M., (2017), Cultural Differences in Shame and Guilt as Understandable Reasons for Suicide. *Psychological Reports*; Sep 5. Διαθέσιμο στο: [\[http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0033294117728288\]](http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0033294117728288).
16. Deblinger E., Runyon M.K., (2005), Understanding and treating feelings of shame in children who have experienced maltreatment. *Child Maltreatment*;10(4):364–376.
17. Dellmann T., (2017), Are shame and self-esteem risk factors in prolonged grief after death of a spouse? *Death Studies*;Jul(13):1-12.
18. Dorahy M.J., Gorgas J., Seager L., Middleton W., (2017), Engendered Responses to, and Interventions for, Shame in Dissociative Disorders: A Survey and Experimental Investigation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*;Sep 14. Διαθέσιμο στο: [\[http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000740\]](http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000740).
19. Duarte C., Pinto-Gouveia J., (2017), The impact of early shame memories in Binge Eating Disorder: The mediator effect of current body image shame and cognitive fusion. *Psychiatry Research*; Sep 1. pii: S0165-1781(16)31937-0. doi: 10.1016/j.psychres.2017.08.086.
20. Feiring C., (2005), Emotional development, shame, and adaptation to child maltreatment. *Child Maltreatment*;10(4):307–310.
21. Feiring C., Taska L., Chen K., (2002), Trying to understand why horrible things happen: attribution, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreatment*;7(1):25–39.
22. Gebhart G.F., (2000), Definition of Pain and Distress and Reporting Requirements for Laboratory Animals. Proceedings of the Workshop Held June 22, 2000. National Academies Press:Washington (DC).
23. Gélinas C., Fillion L., Puntillo K.A., Viens C., Fortier M., (2006), Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *American Journal of Critical Care*;15(4):420–427.
24. Gheldof E.L., Crombez G., Van den Bussche E., Vinck J., Van Nieuwenhuysse A., Moens G., Mairiaux P., Vlaeyen J.W., (2010), Pain-related fear predicts disability, but not pain severity: a path analytic approach of the fear-avoidance model. *European Journal of Pain*;14(8):870-e871-879.
25. Gilbert P., (1989), *What is shame? Some core issues and controversies, in Shame*. Interpersonal Behaviour, Psychopathology, and Culture, eds Gilbert P., Andrews B., editors.: Oxford University Press;39–54:Oxford.
26. Gilbert P., Allan S., Goss K., (1996), Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*;3:23- 34.
27. Gilbert P., Cheung M.S-P., Grandfield T., Campey F., Irons C., (2003), Recall of Threat and Submissiveness in Childhood: Development of a New Scale and its Relationship with Depression, Social Comparison and Shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*;10:108-115.
28. Gilbert P., Miles J.N.V., (2000), Sensitivity to Social Put- Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self- other blame. *Personality and Individual Differences*;29:757-774.

29. Goldfried M.R. & D’Zurilla, T.J., (1969), A behavioral-analytic model for assessing competence. In: Spielberger C.D. (Ed.), *Current topics in clinical and community psychology*;1, pp. 151–195; Academic Press:New York.
30. Görg N., Priebe K., Böhnke J.R., Steil R., Dyer A.S., Kleindienst N., (2017), Trauma-related emotions and radical acceptance in dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder after childhood sexual abuse. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*; Jul 13, 4(15). Διαθέσιμο στο: [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5508787/>].
31. Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S., (1994), An exploration of shame measures-I: The Other As Shamer scale. *Personality and Individual Differences*;17(5):713- 717.
32. Gouva M., Paschou A., Kaltsouda A., Dragioti E., Paralikas T., Mantzoukas S. & Kotrotsiou E., (2016a), Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Other As Shamer Scale (OAS). *Interscientific Health Care*;8(4):159-164.
33. Gouva M., Kaltsouda A., Paschou A., Dragioti E., Kotrotsiou S., Mantzoukas S. & Kotrotsiou E., (2016b), Reliability and Validity of the Greek Version of the Experience of Shame Scale (ESS). *Interscientific Health Care*;8(4):151-158.
34. Harden K., Price D., Duffy E., Galunas L., Rodgers C., (2017), Palliative Care: Improving Nursing Knowledge, Attitudes, and Behaviors. *Clinical Journal of Oncology Nursing*;21(5):E232-E238.
35. Harder D.W., Creenwal, D.F., (1999), Further validation of the shame and guilt scales of the harder personal feelings questionnaire-2. *Psychological Reports*;85(1):271–281.
36. Hardt J., Gerbershagen H.U., Franke P., (2000), The symptom check-list, SCL-90-R: its use and characteristics in chronic pain patients. *European Journal of Pain*;4(2):137-48.
37. Hobara M., (2005), Beliefs about appropriate pain behavior: cross-cultural and sex differences between Japanese and Euro-Americans. *European Journal of Pain*;9(4):389–389.
38. HonorShame, (2017), The Rise of Shame in America. Διαθέσιμο στο: [<http://honorshame.com/rise-shame-america/>].
39. Hutchinson P., Dhairyawan R., (2017), Shame and HIV: Strategies for addressing the negative impact shame has on public health and diagnosis and treatment of HIV. *Bioethics*; Aug 23, 00:1-9. Διαθέσιμο στο: [<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bioe.12378/full>].
40. Jendoubi A., Abbes A., Ghedira S., Houissa M., (2017), Pain Measurement in Mechanically Ventilated Patients with Traumatic Brain Injury: Behavioral Pain Tools Versus Analgesia Nociception Index. *Indian Journal of Critical Care Medicine*;21(9):585-588.
41. Jones L., Hughes M., Unterstaller U., (2001), Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Victims of Domestic Violence. *Trauma, Violence and Abuse*;2(2):99-119.
42. López L.R., Camps H.C., Khosravi-Shahi P., Guillem P.V., Carrato M.A., Garcia-Foncillas J., Cruz J.J., Gascón V.P., Antón T.A., Diaz-Rubio E., Feyjoo S.M., Aranda A.E., (2017), Oncologist's knowledge and implementation of guidelines for breakthrough cancer pain in Spain: CONOCE study. *Clinical and Translational Oncology*; Oct 3. doi:

- 10.1007/s12094-017-1756-5. Διαθέσιμο στο: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28975575/#ftf].
43. Koss M.P., (2000), Blame, shame, and community: justice responses to violence against women. *American Psychologist*;16(3):336-358.
  44. Koulouras V., Konstanti Z., Lepida D., Papathanakos G., Gouva M., (2017), Shame feeling in the Intensive Care Unit patient's family members. *Intensive and Critical Care Nursing*;41(Aug):84-89.
  45. McCarthy-Jones S., (2017), Is Shame Hallucinogenic? *Frontiers in Psychology*; Aug 3;8:1310. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01310. Διαθέσιμο στο: [https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.01310/full].
  46. McNeil D.W., Rainwater A.J., (1998), Development of the fear of pain questionnaire-III. *Journal of Behavioral Medicine*;21(4):389-410.
  47. Lyby P.S., Aslaksen P.M., Flaten M.A., (2011), Variability in placebo analgesia and the role of fear of pain – an ERP study. *Pain*;152(10):2405-2412.
  48. Morandi A., Piva S., Ely E.W., Myatra S.N., Salluh J.I.F., Amare D., Azoulay E., Bellelli G., Csomos A., Fan E., Fagoni N., Girard T.D., Heras-La-Calle G., Inoue S., Lim C.M., Kaps R., Kotfis K., Koh Y., Misango D., Pandharipande P.P., Permpikul C., Cheng-Tan C., Wang D.X., Sharshar T., Shehabi Y., Skrobik Y., Singh J.M., Slooter A., Smith M., Tsuruta R., Latronico N., (2017), Worldwide Survey of the "Assessing Pain, Both Spontaneous Awakening and Breathing Trials, Choice of Drugs, Delirium. Monitoring/Management, Early Exercise/Mobility, and Family Empowerment" (ABCDE) Bundle. *Critical Care Medicine*;45(11):e1111-e1122.
  49. National Center for Health Statistics, (2006), Health, United States, 2006. Διαθέσιμο στο: [https://www.cdc.gov/nchs/data/hs/hs06.pdf].
  50. National Collaborating Centre for Mental Health, (2013), Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. London (UK): National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2013 May. 44 p. (Clinical guideline; no. 159).
  51. Northrop J.M., (2017), A dirty little secret: stigma, shame and hepatitis C in the health setting. *Medical Humanities*; Mar 31. pii: medhum-2016-011099. doi: 10.1136/medhum-2016-011099.
  52. Pantelic M., Boyes M., Cluver L., Meinck F., (2017), HIV, violence, blame and shame: pathways of risk to internalized HIV stigma among South African adolescents living with HIV. *Journal of the International AIDS Society*; Aug 21;20(1):21771. doi: 10.7448/IAS.20.1.21771.
  53. Paschou A., Damigos D., Mavreas V., Gouva M., (2010), An exploratory study on the relationship between shame and bodily pain. *Interscientific Health Care*;2(2):86-92.
  54. Payen J.F., Bru O., Bosson J.L., Lagrasta A., Novel E., Deschaux I., et al., (2001), Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*;29(12):2258-2263.
  55. Peacock S., Patel S., (2008), Cultural influences on pain. *Reviews in Pain*;1(2):6-9.
  56. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), (2013), Assessment and management of pain. Toronto (ON): 2013 Dec. p.101. Διαθέσιμο στο: [https://www.guideline.gov/summaries/summary/47796/assessment-and-management-of-pain?q=pain+assessment].

57. Retzinger S.M., (1995), Identifying shame and anger in discourse. *American Behavioral Scientist*;38(8):1104-1113.
58. Ribeiro M., Costa L., Ribeiro C., Nunes M., Santos B., DeSantana J., (2015), Knowledge of health professionals about pain and analgesia. *Revista Dor*;16(3): São Paulo July/Sept. Διαθέσιμο στο: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S180600132015000300204#B05].
59. Ribeiro M.C., Pereira C.U., Sallum A.M., Alves J.A., Albuquerque M.F., Fujishima P.A., (2012), Knowledge of doctors and nurses on pain in patients undergoing craniotomy. *Revista Latino-Americana Enfermagem*;20(6):1057-63.
60. Robins, R.W., Nofle E.E., Tracy J.L., (2007), *Assessing self-conscious emotions: A review of self-report and nonverbal measures*. In: Tracy J.L., Robins R.W., Tangney J.P., Tracy J.L., Robins R.W., Tangney J.P., (Eds.), *The self-conscious emotions: Theory and Research*. pp. 443-467; The Guilford Press:New York. Διαθέσιμο στο: [http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.477.5208&rep=rep1&type=pdf].
61. Schneider C.D., (1977), *Shame exposure & Privacy*. Beacon Press:Boston.
62. Setou N., Maruyama S., Morimoto K., (2005), Posttraumatic Stress Disorder after Disaster: Issues of screening and early support. *Japan Medical Association Journal*;48(7):353-362.
63. Solomon-Krakus S., Sabiston C.M., (2017), Body checking is associated with weight- and body-related shame and weight- and body-related guilt among men and women. *Body Image*;23(Sep):80-84.
64. Swinkels-Meewisse I.E., Roelofs J., Schouten E.G., Verbeek A.L., Oostendorp R.A., Vlaeyen J.W., (2006), Fear of movement/(re)injury predicting chronic disabling low back pain: a prospective inception cohort study. *Spine*;31(6):658-664.
65. Tangney J.P., (1990), Assessing individual differences in proneness to shame and guilt: Development of the Self-Conscious Affect and Attribution Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*;59(1):102-111. Διαθέσιμο στο: [http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.59.1.102].
66. Tangney J.P. & Dearing R.L., (2002), *Shame and Guilt*. The Guilford Press:New York, London.
67. Tangney J.P., Miller R.S., Flicker L., Barlow D.H., (1996), Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology*;70(6):1256-1269.
68. Teroni F., Deonna, J.A., (2008), Differentiating shame from guilt. *Consciousness and Cognition*;17 (3):725-740.
69. Tracy J., (2007), *Assessing Self-Conscious Emotions: A Review of Self-Report and Nonverbal Measures*. In: *The self-conscious emotions: Theory and research*. Guilford Press:New York.
70. Trindade I.A., Ferreira C., Pinto-Gouveia J., (2017), Shame and emotion regulation in inflammatory bowel disease: Effects on psychosocial functioning. *Journal of Health Psychology*; Jul 24:1359105317718925. doi: 10.1177/1359105317718925. Διαθέσιμο στο: [http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359105317718925].

71. Turner M.H., Bernard M., Birchwood M., Jackson C., Jones C., (2013), The contribution of shame to post-psychotic trauma. *British Journal of Clinical Psychology*;52(2):162–182.
72. Vambheim S.M., Lyby P.S., Aslaksen P.M., Flaten M.A., Åsli O., Martinussen L.M., (2017), The Fear of Pain Questionnaire-III and the Fear of Pain Questionnaire-Short Form: a confirmatory factor analysis. *Dove Medical Press Limited*;2017(10):1871—1878. Διαθέσιμο στο: [<https://doi.org/10.2147/JPR.S133032>]
73. Van Wijk, A.J. & Hoogstraten, J., (2006), Dutch translation of the Fear of Pain Questionnaire: Factor structure, reliability and validity. *European Journal of Pain*;10(6):479-486.
74. Vlaeyen J.W., Linton S.J., (2012), Fear-avoidance model of chronic musculoskeletal pain: 12 years on. *Pain*;153(6):1144-1147.
75. Wideman T.H., Sullivan M.J., (2010), Differential predictors of the long-term levels of pain intensity, work disability, healthcare use, and medication use in a sample of workers' compensation claimants. *Pain*;152(2):376-383.
76. Williams J.K., Smith D.C., Gotman N., Sabri B., An H., Hall J.A., (2008), Traumatized youth and substance abuse treatment outcomes: a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*;21:100–108.
77. Woien S.L. Ernst H.A.H., Patock-Peckham, J.A., Nagoshi C.T., (2003), Validation of the TOSCA to measure shame and guilt. *Personality and Individual Differences*;35(2):313–326.
78. Yeterian J.D., Berke D.S., Litz B.T., (2017), Psychosocial rehabilitation after war trauma with adaptive disclosure: Design and rationale of a comparative efficacy trial. *Contemporary Clinical Trials*;61(Oct):10-15.
79. Zhu R., Wu H., Xu Z., Tang H., Shen X., Mai X., Liu C., (2017), Early Distinction between Shame and Guilt Processing in an Interpersonal Context. *Society of Neuroscience*; Oct 10:1-14. doi: 10.1080/17470919.2017.1391119.
80. Zuzelo P.R., (2017), Smokers' Guilt and Shame: Reactions to Smoking and to Providers' Cessation Efforts. *Holistic Nursing Practice*;31(5):353-355.



## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

### **Ερωτηματολόγια Έρευνας**

- A. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών και Πόνου**
- B. Fear of Pain Questionnaire III – Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου**
- Γ. OAS – Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής**
- Δ. Experience of Shame Scale (ESS) – Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής**

## A. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών και Πόνου

### Ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών

ΦΥΛΟ : Γυναίκα ☐ Άνδρας ☐

ΗΛΙΚΙΑ : ☐

### ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Υποχρεωτική Εκπαίδευση ☐ Απόφοιτος Γενικού Λυκείου ☐

Απόφοιτος Τεχνικού Λυκείου ☐ Πτυχίο Α.Ε.Ι ☐ Πτυχίο Τ.Ε.Ι ☐

Μεταπτυχιακό δίπλωμα ☐ Διδακτορικό δίπλωμα ☐

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : Άγαμος/η ☐ Έγγαμος/η ☐ Διαζευγμένος/η ☐ Χήρος/α ☐

ΠΑΙΔΙΑ : Ναι ☐ Όχι ☐

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ : 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ >4 ☐

### ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ:

Αριθμός αδελφών: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ >4 ☐

Ποια είναι η σειρά γέννησής σας σε σχέση με τα άλλα σας αδέρφια

1<sup>ος</sup>/η ☐ 2<sup>ος</sup>/η ☐ 3<sup>ος</sup>/η ☐ 4<sup>ος</sup>/η ☐

Ποια είναι η ηλικιακή σας διαφορά με τη μητέρα σας

<20 ☐ >30 ☐ >40 ☐ >50 ☐

Ποια είναι ηλικιακή σας διαφορά με τον πατέρα σας .

<20 ☐ >30 ☐ >40 ☐ >5 ☐

### ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ :

Ειδικός ιατρός ☐ Ειδικευόμενος ιατρός ☐

Νοσηλευτικό προσωπικό Π.Ε ☐ Τ.Ε ☐ Δ.Ε ☐ Υ.Ε ☐

Μαία / της ☐ Επισκέπτης υγείας ☐

Κοινωνικός λειτουργός ☐ Ψυχολόγος ☐

Τεχνικός ιατρικών εργαστηρίων ☐ Υπάλληλος τεχνικής υπηρεσίας ☐

Διοικητικός υπάλληλος ☐

ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΕ : Νοσοκομείο ☐ Κ.Υ ☐ Άλλη τυπική δομή ☐

### ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΣΤΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ;

< 5 ☐ 6-10 ☐ 11- 15 ☐ 16-20 ☐ 21-25 ☐ >25 ☐

Πονάτε αυτή την περίοδο (τον τελευταίο μήνα)

Ναι ☐ Όχι ☐

**ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΟΝΟΥ**

Εάν ναι βαθμολογείστε ανάλογα με την ένταση (όπου 0 καθόλου, 1 πολύ ήπιος πόνος, 2 ήπιος, μέτριος πόνος, 4 σοβαρός πόνος, 5 εξαιρετικά σοβαρός πόνος)

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Έχετε βιώσει χρόνιο πόνο (>άνω των τριών μηνών)

ναι ☐ όχι ☐

Εάν ναι βαθμολογείστε ανάλογα με την ένταση (η διαβάθμιση ίδια με την παραπάνω)

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

**ΕΙΔΟΣ ΠΟΝΟΥ**

**Α. Αλγαισθητικός** ( προκαλείται από τη διέγερση ειδικών υποδοχέων πόνου που ονομάζονται αλγούποδοχείς και απαντούν σε ερεθίσματα όπως ψυχρό ,θερμό ,δόννηση ,διάταση, και χημικά ερεθίσματα που απελευθερώνονται από κύτταρα που έχουν υποστεί βλάβες)

1. Σπασμωδικός ☐

2. Σωματικός ή μυοσχελετικός πόνος ☐

**Μη αλγαισθητικός** (αυτός που προέρχεται από δυσλειτουργία ή βλάβη του περιφερικού ή του κεντρικού νευρικού συστήματος)

1. Νευροπαθητικός ☐

(προέρχεται από βλάβη ή δυσλειτουργία του περιφερικού ή κεντρικού νευρικού συστήματος)

2. Συμπαθητικός ☐ ( Προκύπτει από υπερδραστηριότητα του συμπαθητικού π. χ διάστρεμμα, κάταγμα, βλάβη μαλακών μορίων, μετεγχειρητικά.

Υπήρξε κάποιο στρεσογόνο γεγονός στην παιδική σας ηλικία ;

ναι ☐ όχι ☐

Υπήρξε κάποιο στρεσογόνο γεγονός στην ενήλικη ζωή σας ;

ναι ☐ όχι ☐

**Πίστη στο Θεό** ,ποια είναι η σχέση σας με το θρησκευτικό συναίσθημα (σε κλίμακα 0 ως 10 ,όπου 0 καθόλου, 10 υπερβολικά )

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

## B. Fear of Pain Questionnaire III – Κλίμακα μέτρησης του φόβου του πόνου

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

## Γ. ΟΑΣ – Κλίμακα Εξωτερικής Ντροπής

(ΟΑΣ)

Ενδιαφερόμαστε για το πώς οι άνθρωποι θεωρούν ότι οι άλλοι τους βλέπουν. Ακολουθεί ένας κατάλογος δηλώσεων που περιγράφει τα συναισθήματα ή τις εμπειρίες σχετικά με το πώς μπορεί να νοιώθετε για το πώς σας βλέπουν οι άλλοι άνθρωποι. Διαβάστε κάθε δήλωση και βάλτε σε κύκλο τον αριθμό δεξιά που δείχνει τη συχνότητα με την οποία βρίσκεται τον εαυτό σας να νιώθει ή να βιώνει αυτό που περιγράφεται στη δήλωση.

	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
1. Νιώθω ότι οι άλλοι με βλέπουν ως όχι αρκετά καλό.	0	1	2	3	4
2. Νομίζω ότι οι άλλοι με βλέπουν υποτιμητικά.	0	1	2	3	4
3. Οι άλλοι με ταπεινώνουν πολύ.	0	1	2	3	4
4. Νιώθω ανασφαλής σε σχέση με τη γνώμη των άλλων για μένα.	0	1	2	3	4
5. Οι άλλοι με βλέπουν σα να μην είμαι του ίδιου επιπέδου με εκείνους.	0	1	2	3	4
6. Οι άλλοι με βλέπουν σα μηδαμινό και ασήμαντο.	0	1	2	3	4
7. Οι άλλοι με βλέπουν σαν κάπως ελαττωματικό.	0	1	2	3	4
8. Οι άνθρωποι με βλέπουν ασήμαντο συγκριτικά με τους άλλους.	0	1	2	3	4
9. Οι άλλοι αναζητούν τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
10. Οι άνθρωποι με βλέπουν σα να παλεύω για την τελειότητα, δίχως, όμως, να είμαι ικανός να φθάσω τα δικά μου σταθμά.	0	1	2	3	4
11. Νομίζω ότι οι άλλοι μπορούν να δουν τα μειονεκτήματά μου.	0	1	2	3	4
12. Οι άλλοι είναι επικριτικοί ή τιμωρητικοί, όταν κάνω ένα λάθος.	0	1	2	3	4
13. Οι άνθρωποι απομακρύνονται από εμένα, όταν κάνω λάθη.	0	1	2	3	4
14. Οι άλλοι πάντα θυμούνται τα λάθη μου.	0	1	2	3	4
15. Οι άλλοι με θεωρούν εύθραυστο.	0	1	2	3	4
16. Οι άλλοι με βλέπουν κενό και ανεκπλήρωτο.	0	1	2	3	4
17. Οι άλλοι νομίζουν ότι κάτι μου λείπει.	0	1	2	3	4
18. Οι άλλοι νομίζουν ότι έχω χάσει τον έλεγχο του σώματος και των συναισθημάτων μου.	0	1	2	3	4

## Δ. Experience of Shame Scale (ESS) – Κλίμακα για το Βίωμα της Ντροπής

### Experience of Shame Scale (ESS)

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Όλοι, κατά περιόδους, μπορεί να έρθουν σε δύσκολη θέση, να νιώσουν συνεσταλμένοι ή να ντροπιαστούν. Αυτές οι ερωτήσεις αφορούν τέτοια συναισθήματα, εάν έχουν εμφανιστεί **οποιαδήποτε στιγμή στο προηγούμενο έτος**. Δεν υπάρχει καμία «σωστή» ή «λανθασμένη» απάντηση. Παρακαλούμε, διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΣΥΓΚΡΑΤΗΜΕΝΑ	ΠΑΡΑΠΟΛΥ
1. Έχετε νιώσει ντροπή για κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
2. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
3. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε κάποια από τις προσωπικές σας συνήθειες;	1	2	3	4
4. Έχετε νιώσει ντροπή για τη συμπεριφορά σας απέναντι στους άλλους;	1	2	3	4
5. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τη συμπεριφορά σας απέναντί τους;	1	2	3	4
6. Έχετε αποφύγει ποτέ ανθρώπους εξαιτίας της συμπεριφοράς σας;	1	2	3	4
7. Έχετε νιώσει ντροπή για αυτό που είστε;	1	2	3	4
8. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για αυτό που είστε;	1	2	3	4
9. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε από τους άλλους αυτό που είστε;	1	2	3	4
10. Έχετε νιώσει ντροπή για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
11. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για τις ικανότητές σας;	1	2	3	4
12. Έχετε αποφύγει ανθρώπους, εξαιτίας της αδυναμίας σας να κάνετε κάποια πράγματα;	1	2	3	4
13. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
14. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για εσάς, όταν κάνετε κάτι λάθος;	1	2	3	4
15. Έχετε προσπαθήσει να κρύψετε ή να συγκαλύψετε πράγματα, τα οποία ντρέπεστε που έχετε κάνει;	1	2	3	4
16. Έχετε νιώσει ντροπή για κάτι ανόητο που είπατε;	1	2	3	4
17. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι για εσάς, όταν είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
18. Έχετε αποφύγει την επαφή με οποιονδήποτε γνώριζε ότι είπατε κάτι ανόητο;	1	2	3	4
19. Έχετε νιώσει ντροπή, όταν αποτύχατε σε κάτι που ήταν σημαντικό για εσάς;	1	2	3	4
20. Σας έχει απασχολήσει τι σκέφτηκαν οι άλλοι, όταν αποτύχατε;	1	2	3	4
21. Έχετε αποφύγει ανθρώπους που σας είδαν να αποτυχαίνετε;	1	2	3	4
22. Έχετε νιώσει ντροπή για το σώμα σας ή κάποιο σημείο του;	1	2	3	4
23. Σας έχει απασχολήσει τι σκέπτονται οι άλλοι για την εμφάνισή σας;	1	2	3	4
24. Έχετε αποφύγει να κοιτάξετε τον εαυτό σας στον καθρέπτη;	1	2	3	4
25. Έχετε την επιθυμία να κρύψετε ή να συγκαλύψετε το σώμα σας ή κάποιο σημείο του σώματός σας;	1	2	3	4

## **ΑΙΤΗΣΗ- ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ**

**ΑΙΤΗΣΗ**

Αναστασοπούλου Χαρίκλειας  
 Νοσηλεύτρια ΤΕ  
 Μεταπτυχιακή φοιτήτρια  
 Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

**ΠΡΟΣ**

ΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
 ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ  
 ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

**ΘΕΜΑ :** «Έγκριση θέματος για εκπόνηση διπλωματικής εργασίας».

Αξιότιμα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου  
 Στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» επιθυμώ να εκπονήσω διπλωματική εργασία με θέμα : « Διερεύνηση του βιώματος της ντροπής και του φόβου που συνδέεται με το αίσθημα του πόνου σε επαγγελματίες υγείας».

Επιβλέπων καθηγητής είναι ο κ. Σουλιώτης Κυριάκος, Αναπληρωτής Καθηγητής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Επιστημονικός Σύμβουλος η κ. Σαρίδη Μαρία, Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου σας.

Για τη συλλογή των δεδομένων της διπλωματικής μου εργασίας θα χρησιμοποιηθεί ερωτηματολόγιο που απευθύνεται σε εργαζόμενους υπηρεσιών υγείας του νομού Κορινθίας (Κέντρα Υγείας και το Γ.Ν. Κορίνθου).

Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και θα τηρηθεί εμπιστευτικότητα των δεδομένων Τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν στην ακαδημαϊκή κοινότητα για επιστημονικούς λόγους . Δεν θα γίνει αναφορά στους συμμετέχοντες σε οποιαδήποτε φάση της μελέτης ή της παρουσίασής της.

Επισυνάπτω σύντομο πρωτόκολλο της μελέτης (σκοπός , μεθοδολογία , εργαλείο συλλογής δεδομένων , ερωτηματολόγιο , ηθικά θέματα και χρονοδιάγραμμα).

Για τυχόν περαιτέρω πληροφορίες επικοινωνήστε με την αιτούσα κ. Αναστασοπούλου Χαρά ( 2741088256 , 6947545808 ) ή με την επιστημονική σύμβουλο κ. Σαρίδη Μαρία ( 2741361563 ).

Μετά τιμής



## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

### Εισαγωγή

#### *Ντροπή*

Η ντροπή είναι κοινωνικό συναίσθημα και επηρεάζει την εικόνα του εαυτού, καθώς και την αντίληψη σχετικά με την γνώμη των άλλων για τον εαυτό. Είναι ένα επίπονο συναίσθημα το οποίο πολλές φορές είναι συνδεδεμένο με την αντίληψη ότι κάποιος έχει ατομικά χαρακτηριστικά (π.χ. σχήμα σώματος), στοιχεία προσωπικότητας (π.χ. να είναι βαρετός) ή έχει εμπλακεί σε συμπεριφορές (π.χ. να έχει πει ψέματα) που οι άλλοι θα βρουν απωθητικές και που θα οδηγήσουν στην απόρριψή του ή σε κάποιου είδους υποτίμησης. Περιλαμβάνει ολόκληρο το άτομο, την ψυχή και το σώμα του και εμπεριέχει την ενημερότητα για τον «ελαττωματικό εαυτό» κάποιου (Tangney & Dearing, 2002)

Ο κοινωνικός παράγοντας που πυροδοτεί ντροπή είναι αυτός που ο Heller (2003) αποκαλεί: «μάτι του Άλλου» η οποία εσωτερικεύεται έχοντας σαν αποτέλεσμα να ακολουθεί τα άτομα ακόμα και όταν είναι μόνα. Η ένταση της ντροπής έχει διακυμάνσεις μεταξύ των ανθρώπων, όμως η αρχική ντροπή είναι αναμενόμενο να εκφραστεί οπωσδήποτε σε όλους. Σε περίπτωση που δεν συμβεί αυτό σε κάποιο άτομο, ακόμη και στην παιδική του ηλικία, τότε θεωρείται ότι υπολείπεται κάποιας ικανότητας, σαν να υπάρχει έλλειψη κάποιας γνωστικής ικανότητας. (Heller, 2003). Παραταύτα είναι απαραίτητο να δημιουργηθούν ιδιαίτερες συνθήκες για την ανάπτυξη μιας χρόνιας αίσθησης κατωτερότητας και μιας ειδικής ευαισθησίας στα συναισθήματα ντροπής και πραγματικές ανεπάρκειες δεν είναι επαρκείς για να αναλύσουν αυτά τα συναισθήματα (Shapiro, 2003).

Η οικογένεια του ατόμου και οι γονικές σχέσεις στο σύνολο τους παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ευαισθησία που αναπτύσσει το άτομο στο συναίσθημα της ντροπής. Παραμένει αδιευκρίνιστο κατά πόσο είναι παθογόνος η απουσία σημάτων αξίας ή η παρουσία πιο ευθέων ντροπιαστικών και μειωτικών σημάτων (Gilbert και συν., 1996). Η ντροπή αποτελεί ένα περίπλοκο συναίσθημα, το οποίο χρήζει ιδιαίτερης μεταχείρισης από το θεραπευτή. Στην περίπτωση μιας ασθένειας, σπανίως το άτομο θα αναφερθεί στο συναίσθημα της ντροπής. Έρευνες αποδεικνύουν ότι οι συνέπειες του

συναισθήματος της ντροπής είναι σχεδόν πάντα επίμονες και καταστρεπτικές και μπορεί να μπλοκάρουν το θεραπευτικό σχήμα.

Ο Gilbert (1998) διαχωρίζει την ντροπή σε: **εξωτερική** και **εσωτερική**. Η **εξωτερική ντροπή** αφορά την πεποίθηση του ατόμου για το πώς οι άλλοι τον βλέπουν (Gilbert, 2000) ενώ η **εσωτερική ντροπή** αφορά την πεποίθηση του ατόμου και τις αρνητικές αξιολογήσεις του εαυτού. (Benn, et al., 2005). Εξωτερική και εσωτερική ντροπή συνήθως σχετίζονται (Goss, et al 1994).

### **Πόνος**

Σύμφωνα με την IASP (International Association for the Study of Pain), «ο πόνος ορίζεται ως μία δυσάρεστη αισθητική ή συναισθηματική εμπειρία, η οποία συνοδεύεται από πραγματική ή δυνητική βλάβη ή περιγράφεται ως τέτοια»

Δύο είναι οι μεγάλες κατηγορίες πόνου. **Ο οξύς** και **ο χρόνιος** πόνος. Διαφέρουν μεταξύ τους ως προς την παθοφυσιολογία, τη διάγνωση και τη θεραπεία τους.

Ο οξύς πόνος είναι αυτοπεριοριζόμενος και εξυπηρετεί μια προστατευτική βιολογική λειτουργία, λειτουργώντας ως προειδοποίηση μιας εξελισσόμενης ιστικής βλάβης. Είναι σύμπτωμα της εξέλιξης μιας νόσου και παρουσιάζεται γύρω από τον τραυματισμένο ή πάσχοντα ιστό. Τα ψυχολογικά συμπτώματα συνήθως που το συνοδεύουν είναι το ήπιο άγχος. Είναι βλαπτικής φύσεως και εμφανίζεται δευτεροπαθώς μετά από χημικό, μηχανικό και θερμικό ερέθισμα των A-δέλτα και C-πολυπαραγόντων υποδοχέων του πόνου. Κυριότερος εκπρόσωπος του είναι ο μετεγχειρητικός πόνος.

Από την άλλη πλευρά, ο χρόνιος πόνος δεν αποτελεί σύμπτωμα της εξέλιξης μιας νόσου, αλλά είναι ο ίδιος εξέλιξη μιας νόσου. Δεν υποχωρεί και δεν αυτοπεριορίζεται. Διακρίνεται σε καλοήγη και κακοήγη (με κύριο εκπρόσωπό του τον καρκινικό πόνο). Χαρακτηρίζουμε χρόνια κάθε πόνο που διαρκεί περισσότερο από 2-6 μήνες.

Εκτός από τον χρονική κατάταξη του πόνου (οξύς, χρόνιος), ταξινομούμε τον πόνο και με παθοφυσιολογικά κριτήρια σε :

**Α . ΑΛΓΑΙΣΘΗΤΙΚΟ** είναι ο πόνος που προκαλείται από την διέγερση ειδικών υποδοχέων του πόνου που ονομάζονται αλγούποδοχείς και τον διακρίνουμε σε :

**Σωματικό** προέρχεται από ιστούς όπως το δέρμα, οι μύες, τα οστά, οι σύνδεσμοι και συχνά αναφέρεται ως μυοσκελετικός.

**Σπλαχνικό** είναι ο πόνος που προέρχεται από τα σπλαχνικά όργανα των κοιλιοτήτων του σώματος τα οποία έχουν υποστεί βλάβη και δυσλειτουργούν.

Β. ΜΗ ΑΛΓΑΙΣΘΗΤΙΚΟ είναι ο πόνος που προέρχεται από δυσλειτουργία ή βλάβη του περιφερικού ή κεντρικού νευρικού συστήματος και διακρίνεται σε:

**Νευροπαθητικό και Συμπαθητικό**

### ***Ο φόβος του πόνου***

Ο φόβος που σχετίζεται με τον πόνο ουσιαστικά αντανακλά τον φόβο τραυματισμού ή επιδείνωσης της φυσικής κατάστασης του ατόμου μέσω δραστηριοτήτων που μπορεί να προκαλέσουν πόνο. Ο φόβος του πόνου σχετίζεται με αυξημένη αντίληψη στην ένταση του πόνου και υψηλότερα επίπεδα αναπηρίας μέσω της υιοθέτησης μιας παθητικής ή αποφευκτικής συμπεριφοράς, η οποία οδηγεί σε επιβάρυνση της φυσικής κατάστασης του ατόμου και εντονότερο πόνο. Αν δεν αντιμετωπιστεί, ο φόβος του πόνου μπορεί να αντιστρέψει την οποιαδήποτε βελτίωση μπορεί να προέλθει από τη φυσική αποκατάσταση (Sturgeon,2014).

### **Πόνος και επαγγελματίες υγείας**

Το πολυδιάστατο φαινόμενο του πόνου είναι ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ανθρώπινης εμπειρίας. Παρόλο την αλματώδη πρόοδο της επιστήμης η ανεπαρκής αντιμετώπιση του πόνου παραμένει ένα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Ο πόνος συνιστά πρόβλημα στη φροντίδα υγείας, αφού η έννοια του πόνου δεν προσαρμόζεται στις επιστημονικές προσεγγίσεις για την υγεία και την ασθένεια που έχουν υιοθετηθεί σήμερα από τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας.

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός του ερευνητικού έργου είναι η διερεύνηση του επιπέδου εσωτερικής και εξωτερικής ντροπής σε σχέση με το φόβο του πόνου που μπορεί να βιώσουν οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας.

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Για τη συλλογή του εμπειρικού υλικού θα χρησιμοποιηθεί Το δείγμα των συμμετεχόντων θα περιλαμβάνει το σύνολο των ατόμων που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο Γ.Ν.Κορίνθου καθώς και αυτών που εργάζονται στα Κέντρα Υγείας του Νομού.

## **ΕΡΓΑΛΕΙΑ – ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Θα διανεμηθεί ερωτηματολόγιο που θα συμπληρωθεί από τους εργαζόμενους των υπηρεσιών υγείας του νομού. Το ερωτηματολόγιο βασίστηκε στην

### ***Δομή ερωτηματολογίου***

1. Ερωτήσεις που αφορούν δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων
2. Την κλίμακα Experience of Shame Scale (ESS) για την εσωτερική ντροπή
3. Την κλίμακα Other As Shamer Scale (OAS) για την εξωτερική ντροπή
4. Την κλίμακα Fear of Pain Questionnaire για το φόβο του πόνου.

Η επιστροφή του συμπληρωμένου ανώνυμου ερωτηματολογίου θεωρείται ισοδύναμη με πληροφορημένη συναίνεση για τη συμμετοχή στη μελέτη. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτείται κατά προσέγγιση χρόνος 10 λεπτών.

## **ΗΘΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ**

Δεν θα γίνει αναφορά στα άτομα που θα συμμετάσχουν στην έρευνα. Η συμμετοχή θα είναι εθελοντική και δεν θα διαταραχθεί η εύρυθμη λειτουργία των δομών υγείας που προαναφέραμε κατά τη διάρκεια της συλλογής των δεδομένων. Θα τηρηθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων ενώ τα τελικά αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά στην ακαδημαϊκή κοινότητα για επιστημονικούς σκοπούς. Η συμμετοχή των εργαζομένων στη μελέτη θα γίνει μετά από την προφορική και εξατομικευμένη ενημέρωση. Η ενυπόγραφη συγκατάθεση θα δίδεται μέσω της υπογραφής του συμπληρωμένου ερωτηματολογίου.

## **ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ**

Η συλλογή των δεδομένων αναμένεται να ολοκληρωθεί έως το Σεπτέμβριο του 2017.

## ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Tangney, J.P., Dearing, R.L.** (2002). Shame and Guilt. The Guilford Press, New York, London.
2. **Heller, A.** (2003). Five approaches to the phenomenon of shame. *Social Research*, vol 70, p. 1016- 1030.
3. **Shapiro, D.** (2003). The tortured, not the torturers, are ashamed. *Social Research*, vol. 70, p. 1131- 1148.
4. **Gilbert, P., Allan, S., Goss, K.** (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 3, p. 23- 34.
5. **Gilbert, P. & Andrews, B.** (1998). Shame; Interpersonal Behavior: Psychopathology and Culture. Gilbert, P. & Andrews, B. (eds). New York, Oxford University Press.
6. **Goss, K., Gilbert, P. & Allan, S.,** 1994. An exploration of shame measures- I: The Other As Shamer scale. *Personality and Individual Differences*, 17, pp. 713- 717.
7. **Benn, L., Harvey, J.E., Gilbert, P. & Irons, C.,** 2005. Social rank, interpersonal trust and recall of parental rearing in relation to homesickness. *Personality and Individual Differences*, 38, pp. 1813- 1822.
8. **Gilbert, P.** (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research*, vol.70, p. 1205- 1230.
9. **Lewis, M.** (2003). The role of the Self in Shame. *Social Research*, vol. 70, p. 1182- 1204.
10. **Sturgeon AJ.** Psychological therapies for the management of chronic pain. *Psychol Res Behav Manag* 2014;7:115-124.
11. **Keir L, Wise A. B, Krebs C,** Ανατομία και Φυσιολογία του Ανθρώπινου σώματος, 1996, Εκδοτικός όμιλος «Ιων», Εκδόσεις «Έλλην».
12. **Γκιάλα Μ. Μ,** Αναισθησιολογία: Επείγουσα και Εντατική ιατρική- Αντιμετώπιση του Πόνου, Α' Έκδοση, Θεσ/κη 1998, Εκδόσεις University Studio Press.
13. **Κακαβελάκης Κ,** Φυσικοθεραπεία: Εφαρμογή βασικών γνώσεων στη Νοσηλευτική, Β' Έκδοση, Ηράκλειο 2005, Α.Τ.Ε.Ι. Ηρακλείου.
14. **Νοσηλευτικό Δελτίο Ε.Σ.Ν.Ε.** Τεύχος 141- Ιούλιος-Αύγουστος 2008 Αθήνα.

15. **Παπανδρέου Χ, Δαμίγος Δ**, Η αντιμετώπιση του Χρόνιου πόνου στους ηλικιωμένους, Ιατρικό Βήμα Μάιος- Ιούνιος 2008, [www.iatrikionline.gr](http://www.iatrikionline.gr)
16. **Προβελέγγιος Σ. Μ**, Βασικές Γνώσεις Ορθοπεδικής Νοσηλευτικής, Αθήνα 2005, Εκδόσεις Παρισσιανού.
17. **Πατηράκη –Κουρμπάνη, Ελισάβετ Ι., Ζώης Κωνσταντίνος** Η κουλτούρα των επαγγελματιών υγείας και η υποθεραπεία του πόνου in 2008/06 Hellenic Journal of Nursing.

./.