



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΠΜΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διερεύνηση του προεγχειρητικού άγχους ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε
ορθοπαιδική επέμβαση και της επίδρασης της αντιλαμβανόμενης από αυτούς
ενσυναίσθησης των ιατρών**

ΒΑΣΙΑΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΑΜ: 166953

Επιβλέπων καθηγητής
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ ΘΕΟΧΑΡΗΣ

ΒΕΡΟΙΑ, 2026

«Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή Βασιάδη Ιωάννη που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο Βασιάδης Ιωάννης εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του Βασιάδη Ιωάννη, ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, μεταφόρτωση (downloading), ανάρτηση (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του Βασιάδη Ιωάννη. Ο Βασιάδης Ιωάννης διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων».



**Διερεύνηση του προεγχειρητικού άγχους ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε
ορθοπαιδική επέμβαση και της επίδρασης της αντιλαμβανόμενης από αυτούς
ενσυναίσθησης των ιατρών**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

ΒΑΣΙΑΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Ορθοπαιδικός χειρουργός

A.M. 166953

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Θεοχάρης Κωνσταντινίδης ΣΕΠ-ΕΑΠ

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Μαρία Σαρίδη ΣΕΠ-ΕΑΠ

ΒΕΡΟΙΑ, 2026

Ευχαριστίες

Στο σημείο αυτό επιθυμώ να εκφράσω τις ειλικρινείς ευχαριστίες μου προς τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Θεοχάρη Κωνσταντινίδη για τη συνδρομή του μέσα από ουσιαστικές συμβουλές στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας και για το ενδιαφέρον και την τυπικότητα που επέδειξε καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της διαδρομής.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον διευθυντή της Ορθοπαιδικής Κλινικής της Μονάδας Νάουσας του Γενικού Νοσοκομείου Ημαθίας, κ. Αλέξανδρο Ελευθερόπουλο, καθώς και τους συναδέλφους για τη στήριξη της προσπάθειάς μου, αλλά και τους ασθενείς της Κλινικής που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα.

Τέλος, οφείλω το μεγαλύτερο ευχαριστώ στην οικογένειά μου, χωρίς τη στήριξη και κατανόηση της οποίας δεν θα είχε καταστεί δυνατή η ολοκλήρωση αυτού του εγχειρήματος.

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη	10
Abstract.....	12
Εισαγωγή	14
Κεφάλαιο πρώτο Προεγχειρητικό άγχος	26
1.1 Ορισμός και μορφές του προεγχειρητικού άγχους	16
1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν το προεγχειρητικό άγχος ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε ορθοπαιδικές επεμβάσεις.....	16
1.3 Επίδραση του προεγχειρητικού άγχους στην κατάσταση υγείας των ασθενών	18
1.4 Διαχείριση και μείωση του προεγχειρητικού άγχους των ασθενών	18
1.4.1 Η σημασία της ψυχολογικής προετοιμασίας και ενημέρωσης πριν το χειρουργείο	20
Κεφάλαιο δεύτερο.....	26
Ενσυναίσθηση των ιατρών και διαχείριση του προεγχειρητικού άγχους	26
2.1 Ορισμός και διαστάσεις της ενσυναίσθησης στον τομέα της φροντίδας υγείας	26
2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση ιατρού-ασθενούς	28
2.2.1 Παράγοντες που σχετίζονται με τους ιατρούς	31
2.2.2 Παράγοντες που σχετίζονται με τους ασθενείς	31
2.3 Η σημασία της ενσυναίσθησης	33
2.4 Συσχέτιση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης από τους ασθενείς ενσυναίσθησης των ιατρών και της διαχείρισης του προεγχειρητικού άγχους	33
Κεφάλαιο τρίτο	35
Μεθοδολογία της έρευνας	35

3.1	Σκοπός της μελέτης.....	35
3.2	Ερευνητικά ερωτήματα.....	35
3.3	Δείγμα και δειγματοληψία	35
3.4	Μέθοδοι συλλογής δεδομένων – Ερευνητικά εργαλεία	36
3.5	Ηθική και δεοντολογία.....	37
3.6	Στατιστική ανάλυση.....	38
	Κεφάλαιο Τέταρτο	39
	Αποτελέσματα.....	39
4.1	Δημογραφικά στοιχεία δείγματος	39
4.2	Άγχος ασθενών.....	42
4.3	Φόβος χειρουργικής επέμβασης	45
4.4	Ενσυναίσθηση ιατρών.....	47
4.5	Έλεγχος διαφορών ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	49
4.6	Συσχέτιση άγχους ασθενών, φόβου για την επέμβαση και ενσυναίσθησης ιατρών	61
4.7	Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον φόβο για την επέμβαση	63
	Σύνοψη αποτελεσμάτων	67
	Κεφάλαιο πέμπτο	69
	Συζήτηση.....	69
5.1	Συζήτηση.....	69
5.2	Περιορισμοί της έρευνας	71
	Κεφάλαιο έκτο	73
	Συμπεράσματα	73

6.1	Συμπεράσματα	73
6.2	Προτάσεις	73
	Βιβλιογραφία	75
	Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία	79
	Παράρτημα 1 Έντυπο συναίνεσης.....	81
	Παράρτημα 2 Έντυπο ενημέρωσης	83
	Παράρτημα 3 Ερωτηματολόγιο	86

Ευρετήριο Πινάκων

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενών	40
Πίνακας 2. Στοιχεία για την πάθηση και το αν είχαν υποβληθεί ξανά σε επέμβαση	41
Πίνακας 3. Μέσος όρος (ΜΟ) και τυπική απόκλιση (ΤΑ) για τις δηλώσεις του άγχους κατάστασης (STAI-X1)	42
Πίνακας 4. Μέσος όρος (ΜΟ) και τυπική απόκλιση (ΤΑ) για τις δηλώσεις του άγχους ως χαρακτηριστικό των ασθενών (STAI-X2)	44
Πίνακας 5. Μέσος όρος (ΜΟ) και τυπική απόκλιση (ΤΑ) για τις δηλώσεις που αξιολογούν το φόβο έναντι της χειρουργικής επέμβασης.....	46
Πίνακας 6. Μέσος όρος (ΜΟ) και τυπική απόκλιση (ΤΑ) για τις δηλώσεις που αξιολογούν το επίπεδο ενσυναίσθησης των ιατρών.....	48
Πίνακας 7. Σύγκριση ως προς το φύλο των ασθενών: αποτελέσματα μη παραμετρικού κριτηρίου Mann-Whitney	50
Πίνακας 8. Σύγκριση ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών: αποτελέσματα μη παραμετρικού κριτηρίου Kruskal Wallis.....	51
Πίνακας 9. Σύγκριση ως προς το επάγγελμα των ασθενών: αποτελέσματα μη παραμετρικού κριτηρίου Kruskal Wallis.....	53
Πίνακας 10. Σύγκριση ως προς την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών: αποτελέσματα μη παραμετρικού κριτηρίου Kruskal Wallis.....	55
Πίνακας 11. Σύγκριση ως προς το με ποιόν ζούν οι ασθενείς: αποτελέσματα μη παραμετρικού κριτηρίου Kruskal Wallis.....	57
Πίνακας 12. Σύγκριση ως προς το αν οι ασθενείς είχαν υποβληθεί ξανά σε επέμβαση: αποτελέσματα μη παραμετρικού κριτηρίου Mann-Whitney	59
Πίνακας 13. Σύγκριση ως προς το αν οι ασθενείς γνώριζαν από τι πάσχουν: αποτελέσματα μη παραμετρικού κριτηρίου Mann-Whitney	60
Πίνακας 14. Αποτελέσματα συντελεστή συσχέτισης Spearman μεταξύ άγχους ασθενών, φόβου για την επέμβαση και ενσυναίσθησης ιατρών	62
Πίνακας 15. Αποτελέσματα γραμμικής παλινδρόμησης (forward selection) με εξαρτημένη μεταβλητή το φόβο για βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της επέμβασης και ανεξάρτητες το άγχος, την ενσυναίσθηση των ιατρών και τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών.....	64

Πίνακας 16. Αποτελέσματα γραμμικής παλινδρόμησης (forward selection) με εξαρτημένη μεταβλητή το φόβο για μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της επέμβασης και ανεξάρτητες το άγχος, την ενσυναίσθηση των ιατρών και τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών..... 66

Συντομογραφίες – Ακρωνύμια

MO	Μέσος όρος
TA	Τυπική απόκλιση
JSPPE	Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy
SFQ	Surgical Fear Questionnaire
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STAI	State-Trait Anxiety Inventory

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ενσυναίσθηση των ιατρών αποτελεί βασικό στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης και αναφέρεται στην ικανότητα του ιατρού να κατανοεί τα συναισθήματα, τις ανησυχίες και την οπτική του ασθενούς, δείχνοντας παράλληλα ενδιαφέρον και υποστήριξη. Στην παρούσα έρευνα εξετάστηκε η ενσυναίσθηση των ιατρών, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε ορθοπαιδική χειρουργική επέμβαση, καθώς και η σχέση της με το άγχος και τον φόβο των ασθενών πριν το χειρουργείο.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση προεγχειρητικού άγχους των ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε ορθοπαιδική χειρουργική επέμβαση, αλλά και να εξαχθούν αποτελέσματα αναφορικά με την επίδραση που ασκεί η αντιλαμβανόμενη από αυτούς ενσυναίσθηση των ιατρών στη διαχείρισή του.

Υλικό και Μέθοδος: Η έρευνα μέσω ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 101 ασθενών, της Ορθοπαιδικής Κλινικής της Μονάδας Νάουσας του Γενικού Νοσοκομείου Ημαθίας, το χρονικό διάστημα Μάρτιος – Μάιος 2026. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια «State-Trait Anxiety Inventory (STAI)», «Surgical Fear Questionnaire (SFQ)» και η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου «Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy (JSPPE)». Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 29 (2022) (Statistical Package for Social Sciences).

Αποτελέσματα: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 101 ασθενείς, κυρίως γυναίκες και με μέση ηλικία τα 60,1 έτη. Οι ασθενείς εμφάνισαν μέτριο επίπεδο άγχους τόσο ως κατάσταση ($MO = 43,3$, $TA = 15,5$) όσο και ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας ($MO = 44,4$, $TA = 8,6$). Καταγράφηκε μέτριος φόβος για τις βραχυπρόθεσμες ($MO = 20,1$, $TA = 10,1$) και μακροπρόθεσμες συνέπειες της χειρουργικής επέμβασης ($MO = 20,7$, $TA = 13,8$). Επίσης, οι ασθενείς αξιολόγησαν την ενσυναίσθηση των ιατρών σε μέτριο επίπεδο ($MO=18,5$, $TA=1,7$). Οι γυναίκες παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερο άγχος ($U = 558,00$, $p = 0,002$) και φόβο για το χειρουργείο συγκριτικά με τους άντρες ($U = 634,50$, $p = 0,013$). Οι άντρες αναγνώρισαν υψηλότερο επίπεδο ενσυναίσθησης των ιατρών ($U = 619,50$, $p = 0,009$). Οι ασθενείς που δεν γνώριζαν από τι πάσχουν εμφάνισαν μεγαλύτερο άγχος ($U = 380,50$, $p < 0,001$) και φόβο για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες της επέμβασης ($U = 549,50$, $p = 0,015$). Τέλος, η ενσυναίσθηση των ιατρών συσχετίστηκε αρνητικά με το άγχος ($\rho = -0,633$, $p < 0,001$) και τον φόβο των ασθενών ($\rho = -0,547$, $p < 0,001$), δηλαδή όσο αυξανόταν η ενσυναίσθηση τόσο μειώνονταν το άγχος και ο φόβος.

Συμπεράσματα: Η έρευνα ανέδειξε ότι η ενσυναίσθηση των ιατρών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών πριν από μια χειρουργική επέμβαση. Οι ασθενείς που αντιλαμβάνονται μεγαλύτερη κατανόηση και ενδιαφέρον από τους ιατρούς τους παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και φόβου. Επιπλέον, δημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο, η εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση και η γνώση της πάθησης επηρεάζουν σημαντικά την ψυχολογική εμπειρία των ασθενών πριν το χειρουργείο. Τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν την ανάγκη ενίσχυσης της επικοινωνίας και της συναισθηματικής υποστήριξης από τους επαγγελματίες υγείας.

Λέξεις – Κλειδιά: ενσυναίσθηση ιατρών, ορθοπαιδική χειρουργική επέμβαση, προεγχειρητικό άγχος, φόβος

Abstract

Introduction: Physician empathy is a fundamental component of the therapeutic relationship and refers to the physician's ability to understand the patient's feelings, concerns, and perspective, while also demonstrating interest and support. The present study examined physician empathy as perceived by patients scheduled to undergo orthopedic surgery, as well as its relationship with patients' anxiety and fear prior to surgery.

Aim: The aim of the present study was to investigate the factors contributing to preoperative anxiety among patients undergoing orthopedic surgery and to determine the impact of perceived physician empathy on its management.

Material and Methods: This questionnaire-based study was conducted on a sample of 101 patients from the Orthopaedic Department of the Naousa Unit of the General Hospital of Imathia during the period March–May 2026. The State-Trait Anxiety Inventory, the Surgical Fear Questionnaire and the Greek version of the questionnaire "Jefferson Scale of Patient Perceptions of Physician Empathy" (JSPPPE) were used in the research. Statistical analysis was performed using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 29 (2022) software.

Results: The study sample consisted of 101 patients, predominantly women, with a mean age of 60.1 years. Patients exhibited a moderate level of anxiety both as a state (Mean = 43.3, SD = 15.5) and as a personality trait (Mean = 44.4, SD = 8.6). A moderate level of fear was recorded regarding both the short-term (Mean = 20.1, SD = 10.1) and long-term consequences of surgery (Mean = 20.7, SD = 13.8). In addition, patients rated physicians' empathy at a moderate level (Mean = 18.5, SD = 1.7). Women reported significantly higher levels of anxiety ($U = 558.00, p = 0.002$) and fear of surgery compared to men ($U = 634.50, p = 0.013$). Men perceived higher levels of physician empathy ($U = 619.50, p = 0.009$). Patients who were unaware of their medical condition exhibited greater anxiety ($U = 380.50, p < 0.001$) and greater fear regarding the long-term consequences of surgery ($U = 549.50, p = 0.015$). Finally, physician empathy was negatively correlated with both anxiety ($\rho = -0.633, p < 0.001$) and fear ($\rho = -0.547, p < 0.001$), indicating that higher levels of empathy were associated with lower levels of anxiety and fear.

Conclusions: The study highlighted that physician empathy plays a significant role in patients' psychological status before surgery. Patients who perceive greater understanding and concern from their physician's experience lower levels of anxiety and fear. Furthermore, demographic factors such as gender, education, marital status, and knowledge of the medical condition significantly influence patients' psychological experiences before surgery. The findings



underline the need to strengthen communication and emotional support provided by healthcare professionals.

Keywords: fear, orthopaedic surgery, physician empathy, preoperative anxiety.

Εισαγωγή

Το άγχος αναφέρεται στην ένταση και ανησυχία που βιώνουν τα άτομα, όταν εκτίθενται σε εξωτερικά ερεθίσματα που υπερβαίνουν την προσαρμοστική τους ικανότητα και επηρεάζουν τα συναισθήματα, τη νοημοσύνη και τη συμπεριφορά τους (Alattas et al., 2017). Στον τομέα της υγείας ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στο προεγχειρητικό άγχος, ως έμφυτη αντίδραση στον απρόβλεπτο χαρακτήρα των χειρουργικών επεμβάσεων και τη συνακόλουθη νοσηλεία (Bayrak et al., 2019). Παρά το γεγονός ότι πρόκειται για συνηθισμένο φαινόμενο, δεν πρέπει να παραγνωρίζεται η επιρροή του, καθώς συνιστά σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα της κατάστασης των ασθενών, τόσο διεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά.

Διάφορες μελέτες έχουν εστιάσει τόσο στους παράγοντες που προκαλούν και εντείνουν το προεγχειρητικό άγχος όσο και στους πιθανούς τρόπους παρέμβασης που θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ευεργετικά για τους ασθενείς, μειώνοντας την ανησυχία τους (Barel et al., 2018). Μεταξύ άλλων, διαπιστώθηκε ότι η κατάλληλη ενημέρωση και ψυχολογική προετοιμασία του ασθενούς μέσω της αποτελεσματικής επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας μειώνει την ανησυχία, τον φόβο και περιορίζει την περίοδο νοσηλείας (Bayrak et al., 2019). Θετική επίδραση στο προεγχειρητικό άγχος έχει η ενσυναίσθηση (empathy) των επαγγελματιών υγείας. Σχετικές μελέτες έχουν δείξει ότι το άγχος και η ένταση των ασθενών υποχωρούν, όσο αυξάνεται το αίσθημα αποδοχής και κατανόησης από τους ιατρούς (Olson, 1995; Βενιού and Τεντολούρης, 2013).

Η ενσυναίσθηση υπογραμμίζει την ανθρωπιστική πλευρά της φροντίδας του ασθενούς και θα πρέπει να διέπει τη συμπεριφορά όλων των επαγγελματιών υγείας (Hojat et al., 2002; Kerasidou et al., 2021). Ειδικότερα, στο πλαίσιο των διαρκών αλλαγών και της υιοθέτησης από το σύστημα υγείας ενός διεπιστημονικού μοντέλου ομαδικής προσέγγισης, λόγω των περιορισμένων πόρων και της τεχνολογικής προόδου, οι ρόλοι αναδιαμορφώνονται και ο ασθενής θεωρείται πλέον μέλος της ομάδας (Fields et al., 2004). Η ενσυναίσθηση του ιατρού διευκολύνει τον ουσιαστικό διάλογο και την επαρκή πληροφόρηση του ασθενούς, δημιουργώντας στον τελευταίο αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης, που με τη σειρά του περιορίζει το άγχος και την ανησυχία (Τσουνής και Σαράφης, 2014). Ο ασθενής είναι σε θέση να κατανοήσει καλύτερα την ιατρική ορολογία,

τη διάγνωση και την αναγκαιότητα της επέμβασης, ενώ, συμμορφούμενος στις ιατρικές συστάσεις και συμμετέχοντας ενεργά στη λήψη αποφάσεων αναπτύσσει το αίσθημα της αυτοαποτελεσματικότητας, που συντελεί στην πληρέστερη ικανοποίηση των προσδοκιών του (Halpern, 2003; Swasey et al., 2013).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση προεγχειρητικού άγχους των ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε ορθοπαιδική χειρουργική επέμβαση αλλά και να εξαχθούν αποτελέσματα αναφορικά με την επίδραση που ασκεί η αντιλαμβανόμενη από αυτούς ενσυναίσθηση των ιατρών στη διαχείρισή του.

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελείται από έξι κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση του προεγχειρητικού άγχους και ειδικότερα αναλύονται ο ορισμός και οι μορφές που προσλαμβάνει, οι παράγοντες που το επηρεάζουν, η επίδραση του προεγχειρητικού άγχους στην υγεία των ασθενών και οι τρόποι διαχείρισής του από τους ίδιους τους ασθενείς και τους ιατρούς. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ενσυναίσθηση των ιατρών στη διαχείριση του προεγχειρητικού άγχους των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, παρατίθενται ο ορισμός και οι διαστάσεις της ενσυναίσθησης, οι παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση ιατρού – ασθενούς, καθώς και η συσχέτιση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης από τους ασθενείς ενσυναίσθησης των ιατρών και της διαχείρισης του προεγχειρητικού άγχους. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας και στο τέταρτο τα αποτελέσματα της. Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται η συζήτηση της έρευνας και στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά τα γενικά και ειδικά συμπεράσματα της έρευνας καθώς και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα στο πεδίο.

Κεφάλαιο πρώτο

Προεγχειρητικό άγχος

1.1 Ορισμός και μορφές του προεγχειρητικού άγχους

Το προεγχειρητικό άγχος αποτελεί μια μορφή στρες ή φόβου που βιώνουν ορισμένα άτομα πριν από την υποβολή τους σε μια χειρουργική επέμβαση. Οι αυξήσεις της κορτιζόλης και των προφλεγμονωδών κυτταροκινών που σχετίζονται με το στρες, ιδιαίτερα της ιντερλευκίνης-6, φαίνεται να αλληλεπιδρούν με το ανοσοποιητικό σύστημα, τον μεταβολισμό και το κεντρικό νευρικό σύστημα (Syed et. al., 2025) με αποτέλεσμα το προεγχειρητικό άγχος να εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους, περιλαμβάνοντας συναισθηματικά, ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα. Η νοσηλεία, ανεξάρτητα από τη φύση της νόσου, αποτελεί από μόνη της παράγοντα πρόκλησης άγχους για πολλούς ασθενείς που προετοιμάζονται για κάποια επέμβαση. Όταν το στρες είναι συνεχές και παρατεταμένο και δεν αναγνωρίζεται έγκαιρα, ενδέχεται να επιδράσει αρνητικά την πορεία της υγείας του ασθενούς (Goebe et al., 2011; Theofilidis, Paramythiotis, Michalopoulos, 2024).

1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν το προεγχειρητικό άγχος ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε ορθοπαιδικές επεμβάσεις

Η πλειονότητα των ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε κάποια χειρουργική επέμβαση εμφανίζει σε ένα μεγάλο ποσοστό - που κυμαίνεται περίπου από 60% έως 92% - προεγχειρητικό άγχος, του οποίου η ένταση σχετίζεται με το είδος της επέμβασης (Perks, Chakravarti, Manninen, 2009; Pokharel et al., 2011). Η προεγχειρητική περίοδος συχνά βιώνεται από τον/την ασθενή και τα μέλη της οικογένειάς του/της ως απειλητική, εξαιτίας των φυσικών μεταβολών και συχνά του πόνου του ασθενούς, καθώς και των κοινωνικών και ψυχολογικών επιπτώσεων που συνοδεύουν την επέμβαση (Garcia et al., 2018; Suriano et al., 2009; Best, et al., 2015).

Οι παράγοντες που συμβάλλουν σημαντικά στην εμφάνιση και την ανάπτυξη του προεγχειρητικού άγχους είναι, η πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών, η αβεβαιότητα για το

τι πρόκειται να συμβεί, η παραμονή στο νοσοκομείο πριν από την επέμβαση, η αίσθηση απώλειας αυτονομίας και ελέγχου (Πατελάρου, Μπελέση & Τσίου, 2015), η πιθανή αναβολή της επέμβασης, οι φόβοι για πιθανά λάθη του ιατρού ή του νοσηλευτικού προσωπικού κατά τη διάρκειά της εγχείρησης, η ανησυχία για μη πλήρη ανάρρωση (Ebirim & Tobin et al., 2010), η αναμονή έως την ημερομηνία του χειρουργείου, ο φόβος για τον μετεγχειρητικό πόνο, η ανησυχία για την οικογένεια, ακόμη και η σκέψη του θανάτου, ενώ φαίνεται πως και το φύλο του ασθενούς παίζει ρόλο (Moser et al., 2003).

Επιπρόσθετοι παράγοντες που έχουν δείξει να σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα άγχους πριν από την επέμβαση, είναι η ύπαρξη ιστορικού κακοήθειας, η παρουσία ήπιων ψυχικών διαταραχών, η πολυπλοκότητα της χειρουργικής πράξης, προηγούμενες εμπειρίες χειρουργείου, το κάπνισμα και μια γενικότερη απαισιόδοξη στάση απέναντι στο μέλλον (Caumo et al., 2001; Carr et al., 2006; Nigussie et al., 2014). Παράλληλα, η ανεπαρκής ενημέρωση των ασθενών αποτελεί σημαντικό αίτιο ενίσχυσης του άγχους (Hawighorst et al., 2004; Πατελάρου, Μπελέση & Τσίου, 2015). Αντίθετα, η σωστή και πλήρης πληροφόρηση σχετικά με τη θεραπεία, τη διαδικασία της επέμβασης και τις πιθανές επιπλοκές δίνει στους ασθενείς τη δυνατότητα να κατανοήσουν καλύτερα την κατάσταση τους και να συμμετέχουν ενεργά στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία τους. Για τους επαγγελματίες υγείας, η παροχή αυτής της ενημέρωσης είναι κρίσιμος παράγοντας για την εξασφάλιση ποιοτικής φροντίδας (Walker, 2007).

Το προεγχειρητικό άγχος έχει συνδεθεί με αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας, ενώ παράλληλα αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα που ενισχύει τον μετεγχειρητικό πόνο (Kalkman et al., 2003; Williams et al., 2003; Cserép et al., 2012). Ο φόβος που σχετίζεται με την επέμβαση μπορεί να οδηγήσει σε εντονότερο πόνο μετά το χειρουργείο, σε δυσκολότερη ανάρρωση και σε χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Peters et al., 2007; Peters et al., 2010). Συνεπώς, η αποτελεσματική αντιμετώπιση τόσο του άγχους όσο και του φόβου πριν από την επέμβαση αποτελεί καθοριστικό στοιχείο για τη μείωση των επιπλοκών και για την επιτάχυνση της ανάρρωσης των ασθενών (Garcia et al., 2018).

1.3 Επίδραση του προεγχειρητικού άγχους στην κατάσταση υγείας των ασθενών

Το προεγχειρητικό άγχος επιδρά αρνητικά στην κατάσταση της υγείας των ασθενών. Πολλοί ασθενείς εκδηλώνουν παρατεταμένο φόβο, τρόμο, δυσκολία στη χαλάρωση των μυών της γνάθου, δυσκολία στην εξασφάλιση φλεβικής πρόσβασης, βήχα κατά τη χορήγηση της αναισθησίας και αυξημένες ανάγκες σε αναισθητικά φάρμακα. Οι αντιδράσεις αυτές μπορεί να προκαλέσουν αύξηση της αρτηριακής πίεσης ή διαταραχές στον καρδιακό ρυθμό. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι καταστάσεις αυτές γίνονται αρκετά σοβαρές, με ενδεχόμενο να οδηγήσουν σε αναβολή ή ακύρωση της προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης (Bailey, 2010).

Σε επεμβάσεις ολικής αρθροπλαστικής ισχίου, η ψυχολογική πίεση επιβαρύνει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, αυξάνοντας την ευαισθησία σε λοιμώξεις, ενώ παράλληλα επηρεάζεται αρνητικά η αποκατάσταση μετά το χειρουργείο, καθώς το άγχος συνδέεται με μειωμένη σωματική δραστηριότητα και ελλιπή συμμόρφωση σε προγράμματα και οδηγίες μετεγχειρητικής κινησιοθεραπείας, επιβραδύνοντας τη λειτουργικότητα της άρθρωσης (Cao et al., 2025).

1.4 Διαχείριση και μείωση του προεγχειρητικού άγχους των ασθενών

Τα άτομα που προγραμματίζονται να υποβληθούν σε αναισθησία και χειρουργική επέμβαση εμφανίζουν γενικότερα αυξημένη ανησυχία. Είναι αναγκαίο να διαχειριστούν την κατάσταση αυτή με ψυχραιμία και εσωτερική σταθερότητα, ώστε να διατηρήσουν τον έλεγχο των συναισθηματικών τους αντιδράσεων, αλλιώς, το άγχος ενδέχεται να επιδράσει αρνητικά την πορεία της μετεγχειρητικής αποκατάστασης (Kjohlhede et al., 2012).

Για τη διαχείριση και μείωση του προεγχειρητικού άγχους, οι ασθενείς καταφεύγουν σε ποικίλες στρατηγικές, που περιλαμβάνουν συναισθηματικές, γνωστικές και συμπεριφορικές διεργασίες. Ο τρόπος με τον οποίο κάθε άτομο ανταποκρίνεται στις στρατηγικές αυτές συνδέεται άμεσα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του και τη συνολικότερη στάση του απέναντι σε ψυχολογικές προκλήσεις. Παράλληλα, οι ενέργειες που υιοθετούνται προσαρμόζονται ανάλογα με τις εκάστοτε συνθήκες,

αντανακλώντας μια δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ των προσωπικών στοιχείων του ατόμου και των απαιτήσεων της συγκεκριμένης κατάστασης. Με βάση το μοντέλο του άγχους του Lazarus (1993), ο στρεσογόνος παράγοντας καθαυτός δεν αποτελεί την άμεση αιτία εκδήλωσης άγχους. Το άγχος προκύπτει ως συνέπεια της προσωπικής και υποκειμενικής αξιολόγησης της απειλής από το άτομο. Κατά συνέπεια, η διαχείρισή του καθίσταται πιο αποτελεσματική, όταν υποστηρίζεται ολιστικά από τους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα στην περίπτωση ασθενών που εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα προεγχειρητικής έντασης.

Ερευνητικά δεδομένα συγκλίνουν στο ότι διάφορες παρεμβάσεις συμβάλλουν θετικά στη μείωση του άγχους των ασθενών, ενώ παράλληλα συνδέονται με ευνοϊκές επιδράσεις όπως η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, η ενίσχυση της αντοχής στον πόνο και η βελτίωση της ικανότητας διαχείρισης δυσχερών καταστάσεων (Sullivan et.al., 2009). Επιπλέον, η επισκόπηση σχετικών παρεμβάσεων πριν από χειρουργικές επεμβάσεις αναδεικνύει τη χρησιμότητα απλών τεχνικών χαλάρωσης, όπως η ελεγχόμενη βαθιά αναπνοή (Petry, 2000) και η αυτοϋπνωση (Meyer et al., 2022), οι οποίες συμβάλλουν στην ενίσχυση της μετεγχειρητικής πορείας.

Από τη δεκαετία του 1990 και μετά, σε πολλά νοσοκομεία των Ηνωμένων Πολιτειών εφαρμόζονται εναλλακτικές προσεγγίσεις με στόχο τη μείωση του άγχους σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση. Ενδεικτικά, αξιοποιούνται μέθοδοι (ανάλογα την εγχείρηση) όπως η μουσικοθεραπεία, η υπνοθεραπεία, η γιόγκα και το μασάζ (Whitworth et al., 1998), η αρωματοθεραπεία και η γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία (Wang et. al., 2022), οι οποίες έχουν δείξει ότι παρέχουν πολλαπλά οφέλη στους ασθενείς.

Παράλληλα, για τον περιορισμό των αρνητικών συναισθημάτων και του άγχους, καθώς και για τη διευκόλυνση της χειρουργικής διαδικασίας, είναι απαραίτητο το νοσηλευτικό προσωπικό να διαθέτει επαρκή κατάρτιση και εξειδικευμένες γνώσεις στη διαχείριση τέτοιων καταστάσεων. Οι νοσηλευτές οφείλουν να αναπτύσσουν ουσιαστική επικοινωνία με τους ασθενείς, να εντοπίζουν έγκαιρα πιθανά προβλήματα και να παρεμβαίνουν κατάλληλα, με στοχευμένες ενέργειες, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο (Santos, 2010). Επιπρόσθετα, έχει επισημανθεί από τη διεθνή βιβλιογραφία ότι οι

κατευθυντήριες οδηγίες για τις παρεμβάσεις δεν πρέπει να απευθύνονται αποκλειστικά σε ασθενείς, αλλά να περιλαμβάνουν και το οικογενειακό τους περιβάλλον, καθώς και άλλα πρόσωπα που κρίνονται σημαντικά για την υποστήριξή τους (Renca et al., 2010).

Σημαντική συμβολή στη διαχείριση του προεγχειρητικού άγχους παρέχει και η φαρμακευτική αγωγή. Ειδικότερα, η χορήγηση διαζεπάμης κατά τη διάρκεια της νύχτας πριν από τη χειρουργική επέμβαση έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στη μείωση της έντασης και στη βελτίωση της συνολικής κατάστασης του ασθενούς, καθώς και στη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης λοιμώξεων κατά τον πρώτο μήνα μετά τη χειρουργική επέμβαση (Rosen et al., 2008).

1.4.1 Η σημασία της ψυχολογικής προετοιμασίας και ενημέρωσης πριν το χειρουργείο

Η προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση διαφοροποιείται από την επείγουσα, καθώς παρέχει στους ασθενείς τον απαραίτητο χρόνο τόσο για προσωπική προετοιμασία όσο και για οργανωμένη προεγχειρητική υποστήριξη. Αντίθετα, στην επείγουσα χειρουργική, η προετοιμασία είναι δυσκολότερο να πραγματοποιηθεί με συστηματικό και ελεγχόμενο τρόπο, γεγονός που επηρεάζει και την αποτελεσματικότητα των σχετικών παρεμβάσεων. Επιπλέον, οι ψυχολογικές πιέσεις και οι στρατηγικές αντιμετώπισης διαφέρουν ανάλογα με το είδος της αναισθησίας. Σε επεμβάσεις που πραγματοποιούνται με τοπική αναισθησία, οι ασθενείς συχνά καλούνται να συμμετέχουν ενεργά, γεγονός που απαιτεί διαφορετική μορφή προετοιμασίας σε σύγκριση με επεμβάσεις υπό γενική αναισθησία, όπου ο ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση απώλειας συνείδησης. Σε αυτή την περίπτωση, η ψυχολογική προετοιμασία περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων που στοχεύουν στη διαμόρφωση του τρόπου με τον οποίο το άτομο αισθάνεται, σκέφτεται και συμπεριφέρεται. Μεταξύ των παρεμβάσεων που έχουν αποδειχθεί ωφέλιμες - για τουλάχιστον μία μετεγχειρητική έκβαση - περιλαμβάνονται η παροχή πληροφοριών για τη διαδικασία, η αισθητηριακή ενημέρωση, οι συμπεριφορικές οδηγίες, οι γνωστικές παρεμβάσεις, οι τεχνικές χαλάρωσης, η ύπνωση και οι παρεμβάσεις που εστιάζουν στο συναίσθημα (Powell et al., 2016).

Η ενημέρωση πριν το χειρουργείο αφορά στην περιγραφή του τι πρόκειται να συμβεί, από ποιον, πότε και με ποιον τρόπο. Η επικοινωνιακή διαδικασία που αφορά στην ενημέρωση του ασθενούς και τη λήψη της συγκατάθεσής του για την πραγματοποίηση της χειρουργικής επέμβασης ή άλλης θεραπευτικής πράξης με δυνητικά σοβαρούς κινδύνους, αποτελεί ένα ιδιαίτερα απαιτητικό και πολυδιάστατο πεδίο της ιατρικής πρακτικής. Η χειρουργική παρέμβαση διαφοροποιείται ουσιαστικά από άλλες μορφές θεραπείας, καθώς εμπεριέχει εγγενείς αβεβαιότητες, πιθανότητα επιπλοκών, τον παράγοντα του ανθρώπινου λάθους, καθώς και την ανάγκη για μετεγχειρητική φροντίδα και συνεχή παρακολούθηση. Η διαμόρφωση της ιατρικής σύστασης για χειρουργική αντιμετώπιση προϋποθέτει την εις βάθος κατανόηση εξατομικευμένων χαρακτηριστικών του ασθενούς, όπως οι καθημερινές του δραστηριότητες και οι συνήθειες του. Ταυτόχρονα, καθίσταται απαραίτητη η παροχή ολοκληρωμένης, σαφούς και τεκμηριωμένης πληροφόρησης από τον ιατρό, σε συνδυασμό με την ενεργή κατανόηση εκ μέρους του ασθενούς του θεραπευτικού σκεπτικού. Η κατανόηση αυτή έχει να κάνει με τη φύση της νόσου, τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές, καθώς και τις πιθανές εκβάσεις που συνδέονται τόσο με την αποδοχή όσο και με την απόρριψη της προτεινόμενης χειρουργικής παρέμβασης (Cainzos & González-Vinagre, 2014; Pugliese, Solari, & Ferreres, 2014; Wheeler, 2006).

Η χρονική διάσταση της ενημέρωσης έχει καθοριστική σημασία, καθώς η πλήρης και συστηματική πληροφόρηση οφείλει να προηγείται της επέμβασης. Κατά το στάδιο του προγραμματισμού, ο ασθενής διαθέτει τον αναγκαίο χρόνο ώστε να επεξεργαστεί κριτικά τις παρεχόμενες πληροφορίες, να αξιολογήσει τις διαθέσιμες επιλογές και να κατανοήσει ουσιαστικά τα δεδομένα που σχετίζονται με την επικείμενη θεραπευτική πράξη (Hughes, 2002; Kruzik, 2009).

Η επαρκής και στοχευμένη ενημέρωση του ασθενούς αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για τη διαμόρφωση θετικής εμπειρίας κατά τη χειρουργική πορεία και την ενίσχυση της θετικής μετεγχειρητικής έκβασης. Η παροχή σαφών και κατανοητών πληροφοριών σε όλα τα στάδια της φροντίδας —πριν από την επέμβαση, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και μετά το εξιτήριο— έχει συσχετιστεί από τη διεθνή βιβλιογραφία, με μειωμένη εμφάνιση επιπλοκών και περιορισμό των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο (Gustafsson, 2011; Tomás et al., 2016; Varadhan, Lobo, & Ljungqvist, 2010).

Παράλληλα, η ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και επαγγελματιών υγείας διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση του άγχους. Η συνεχής παρουσία, η ετοιμότητα ανταπόκρισης και η αξιοποίηση μη λεκτικών στοιχείων επικοινωνίας που ενισχύουν το αίσθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας, συμβάλλουν σημαντικά στην ψυχολογική αποφόρτιση και στην αύξηση της ικανοποίησης του ασθενούς (Berg, et al., 2013). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η εκπαίδευση του ασθενούς δεν περιορίζεται στη μετάδοση γνώσεων, αλλά λειτουργεί ως μέσο μείωσης της αβεβαιότητας και ενίσχυσης της κατανόησης των θεραπευτικών επιλογών, διευκολύνοντας τη συμμόρφωση στις οδηγίες αποκατάστασης (Suhonen & Leino-Kilpi, 2006).

Ωστόσο, το περιεχόμενο της ενημέρωσης δεν είναι ενιαίο για όλους τους ασθενείς. Έχει διαπιστωθεί ότι οι περισσότεροι ενδιαφέρονται πρωτίστως για πληροφορίες που σχετίζονται με την ίδια τη νόσο και τις ιατρικές της διαστάσεις, παρά για ζητήματα που αφορούν πιθανές αλλαγές στον τρόπο ζωής (Suhonen, Nenonen, Laukka, & Välimäki, 2005). Ταυτόχρονα, εδώ και χρόνια, υπογραμμίζεται η ανάγκη εξατομίκευσης της πληροφόρησης, ώστε να ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες, τις προσδοκίες και το επίπεδο κατανόησης κάθε ασθενούς (Καλλέργης, 2003).

Ιδιαίτερη σημασία φαίνεται να αποδίδεται και στη διαμόρφωση μιας προσωπικής και ουσιαστικής σχέσης με τον θεράποντα ιατρό. Σε ασθενείς που επρόκειτο να υποβληθούν σε προγραμματισμένες ορθοπαιδικές επεμβάσεις, όπως αρθροπλαστική ισχίου και γόνατος, καταγράφηκε έντονη ανάγκη για αναλυτική ενημέρωση σχετικά με τη διαδικασία της επέμβασης και την πορεία αποκατάστασης, ενώ η ενημέρωση για τους πιθανούς κινδύνους αξιολογήθηκε ως λιγότερο σημαντική (Hoermann et al., 2001).

Συνολικά, προκύπτει ότι η αποτελεσματική ενημέρωση δεν αποτελεί απλώς μια τυπική διαδικασία, αλλά μια δυναμική και προσαρμοζόμενη πρακτική, η οποία συνδυάζει την παροχή επιστημονικής γνώσης με την κατανόηση των ψυχολογικών αναγκών του ασθενούς.

Η συμβολή του νοσηλευτικού προσωπικού θεωρείται καθοριστική τόσο για την επαρκή ενημέρωση του ασθενούς όσο και για τη διευκόλυνση της προσαρμογής του στο άγνωστο και συχνά αγχογόνο περιβάλλον του νοσοκομείου. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, οι ασθενείς βρίσκονται σε συχνότερη και πιο άμεση επαφή με τους νοσηλευτές

παρά με τους ιατρούς, γεγονός που ενισχύει την επικοινωνία και τους επιτρέπει να εκφράζουν απορίες, ανησυχίες και ανάγκες πληροφόρησης (Busby & Gilchrist, 1992 ; Ozaras & Abaan, 2018).

Επιπλέον, οι νοσηλευτές έχουν συνεχή εικόνα της κλινικής κατάστασης των ασθενών, παρακολουθώντας στενά την πορεία τους και ενημερώνοντας εγκαίρως τους θεράποντες ιατρούς για τυχόν μεταβολές ή προβλήματα. Μέσω αυτής της διαδικασίας συμβάλλουν ουσιαστικά στον έγκαιρο εντοπισμό και την αντιμετώπιση πιθανών κινδύνων, στοιχείο που έχει συσχετιστεί και με το επίπεδο στελέχωσης του νοσηλευτικού προσωπικού και την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας (Griffiths et al., 2016). Επίσης, σημαντικός είναι και ο ρόλος τους στην υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος, καθώς παρέχουν καθοδήγηση και πρακτικές οδηγίες σχετικά με τη φροντίδα του ασθενούς μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο (Kent, 1998).

Τέλος, ιδιαίτερη βαρύτητα αποδίδεται και στη συμβολή των νοσηλευτών του χειρουργείου, οι οποίοι συνοδεύουν τον ασθενή σε κρίσιμα στάδια της χειρουργικής διαδικασίας. Συγκεκριμένα, συμμετέχουν στην προετοιμασία του πριν από την επέμβαση, τον υποδέχονται και τον παρακολουθούν στη φάση της ανάνηψης, ενώ παραμένουν δίπλα του και κατά την αφύπνιση και την επιστροφή του για περαιτέρω παρακολούθηση. Η συνεχής αυτή παρουσία ενισχύει το αίσθημα της ασφάλειας. Γι' αυτόν τον λόγο έχει αναδειχθεί η σημασία της προεγχειρητικής γνωριμίας του ασθενούς με την ομάδα που θα αναλάβει τη φροντίδα του κατά τη μετακίνησή του στους χώρους του χειρουργείου (Carter & Evans, 1996), καθώς αυτή συμβάλλει στη μείωση του προεγχειρητικού άγχους.

Όσον αφορά στην ελληνική πραγματικότητα, οι έρευνες δείχνουν ότι η επαρκής ενημέρωση, η αποτελεσματική επικοινωνία και η ενσυναίσθηση των επαγγελματιών υγείας συμβάλλουν σημαντικά στη μείωση του προεγχειρητικού άγχους και στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Αντίθετα, η ελλιπής ενημέρωση σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα άγχους και φόβου, αναδεικνύοντας τη σημασία της ασθενοκεντρικής φροντίδας και της ανάπτυξης σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας.

Ειδικότερα, στη μελέτη της Κουργιαντάκη και των συνεργατών (2017), η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 124 χειρουργικών ασθενών Γενικού Νοσοκομείου της

Αττικής, διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ του βαθμού προεγχειρητικής ενημέρωσης και του προεγχειρητικού άγχους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειονότητα των ασθενών ήταν ικανοποιημένη από την ενημέρωση που έλαβε πριν από το χειρουργείο, αν και περισσότεροι από τους μισούς επιθυμούσαν επιπλέον πληροφορίες. Η ενημέρωση θεωρήθηκε ιδιαίτερα βοηθητική, ενώ οι κυριότερες πηγές άγχους ήταν η έκβαση της επέμβασης και ο μετεγχειρητικός πόνος. Επιπλέον, η επιθυμία για περισσότερη ενημέρωση συσχετίστηκε με αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ οι ασθενείς που ένιωθαν επαρκώς ενημερωμένοι ή θεωρούσαν ότι η ενημέρωση τους βοήθησε παρουσίαζαν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα. Παράλληλα, το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο συνδέθηκε με αυξημένο προεγχειρητικό άγχος. Συνολικά, τα ευρήματα ανέδειξαν τη σημασία της αποτελεσματικής ενημέρωσης και επικοινωνίας ως παραγόντων που συμβάλλουν στη μείωση του προεγχειρητικού άγχους και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των ασθενών.

Η έρευνα της Παπά (2018) για το προεγχειρητικό άγχος 150 ασθενών που επρόκειτο να υποβληθούν σε προγραμματισμένες επεμβάσεις και η συσχέτιση με την ικανοποίηση από την ενημέρωση χειρουργών και αναισθησιολόγων στο Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπείου Βούλας, έδειξε πως όσο ελαττώνονται τα επίπεδα ικανοποίησης από τις παρεχόμενες πληροφορίες, τόσο αυξάνονται τα επίπεδα άγχους και φόβου και αντίστροφα.

Ο Ναούμ (2019) στην έρευνα που πραγματοποίησε σε δείγμα 126 ασθενών, για τις αντιλήψεις τους όσον αφορά την ενσυναίσθηση των ιατρών και την αξιολόγηση της ικανοποίησής τους από τις προσφερόμενες υπηρεσίες σε στρατιωτική μονάδα της Πολεμικής Αεροπορίας έδειξε ότι οι συμμετέχοντες ήταν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από την ενσυναίσθηση των ιατρών, καθώς και από το ιατρικό προσωπικό και τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες. Το ιατρείο-εξεταστήριο αξιολογήθηκε θετικά, ενώ το αναρρωτήριο συγκέντρωσε χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Επιπλέον, δεν βρέθηκε σημαντική σχέση μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και της ικανοποίησής τους. Αντίθετα, η ενσυναίσθηση των ιατρών αναδείχθηκε ως ο σημαντικότερος παράγοντας που επηρέαζε θετικά τη συνολική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.

Η έρευνα του Πάνου (2020), η οποία διερεύνησε το προεγχειρητικό άγχος 107 ασθενών που επρόκειτο να υποβληθούν σε προγραμματισμένη ορθοπαιδική επέμβαση, στην Α' Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική του Πανεπιστημιακού-Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», έδειξε ότι περίπου ένας στους δέκα ασθενείς παρουσίαζε υψηλά επίπεδα άγχους, ενώ τέσσερις στους δέκα εμφάνιζαν μέτριο μόνιμο άγχος. Επιπλέον, τέσσερις στους δέκα ασθενείς παρουσίασαν υψηλό βραχυπρόθεσμο φόβο, ενώ η πλειονότητα δήλωσε ικανοποιημένη από την παρεχόμενη πληροφόρηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες ήταν περισσότερο ικανοποιημένες από την πληροφόρηση σε σχέση με τους άνδρες, ενώ η ηλικία δεν φάνηκε να επηρεάζει το άγχος, τον φόβο ή την ικανοποίηση. Αντίθετα, η προηγούμενη εμπειρία χειρουργικής επέμβασης σχετίστηκε με την ικανοποίηση από την ενημέρωση. Τέλος, διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ των μορφών άγχους και φόβου, καθώς και αρνητική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων άγχους και της ικανοποίησης από την παρεχόμενη πληροφόρηση.

Κεφάλαιο δεύτερο

Ενσυναίσθηση των ιατρών και διαχείριση του προεγχειρητικού άγχους

2.1 Ορισμός και διαστάσεις της ενσυναίσθησης στον τομέα της φροντίδας υγείας

Ο όρος «ενσυναίσθηση» (empathy) στον χώρο της ιατρικής περιγράφει την ικανότητα του θεραπευτή/ιατρού να αντιλαμβάνεται και να κατανοεί τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις ανάγκες του ασθενούς, καθώς και να ανταποκρίνεται σε αυτά με τρόπο που να εκφράζει ουσιαστική κατανόηση. Για αρκετούς θεωρείται μία από τις βασικότερες δεξιότητες του ιατρού και του νοσηλευτικού προσωπικού (Μούσσας, Καρκανιάς & Παπαδοπούλου, 2010).

Η ενσυναίσθηση συνιστά βασική προϋπόθεση για την ποιοτική σχέση μεταξύ του επαγγελματία της υγείας και του ασθενούς και εκδηλώνεται ως μια σύνθετη διεργασία που εμπλέκει τόσο γνωστικές όσο και συναισθηματικές λειτουργίες. Από τη μία πλευρά, η *γνωστική της διάσταση* αφορά την ικανότητα κατανόησης της εσωτερικής εμπειρίας του άλλου και την προσέγγιση της πραγματικότητάς του μέσα από τη δική του οπτική. Από την άλλη, η *συναισθηματική της διάσταση* σχετίζεται με την ικανότητα αναγνώρισης και μερικής συναισθηματικής συμμετοχής στα βιώματα του άλλου ατόμου. Παρ' όλα αυτά, η ενσυναίσθηση δεν ταυτίζεται με τη συναισθηματική συγχώνευση, καθώς η συμπόνια, αν και εδράζεται στην ενσυναίσθηση, διαφοροποιείται ως προς τον προσανατολισμό της προς την ενεργή ανταπόκριση στις ανάγκες του άλλου (Kerasidou & Horn, 2016).

Η διάκριση ενσυναίσθησης και συναισθηματικής συγχώνευσης αποκτά ιδιαίτερη σημασία στην κλινική πράξη, καθώς η υπερβολική συναισθηματική ταύτιση ενδέχεται να οδηγήσει σε ψυχική επιβάρυνση του ιατρού. Η ανησυχία για αυτή τη συναισθηματική εμπλοκή είναι κατανοητή, ωστόσο η πλήρης αποστασιοποίηση δεν συνιστά επαρκή επαγγελματική στάση. Αντιθέτως, απαιτείται μια ισορροπημένη προσέγγιση, όπου ο ιατρός παραμένει συναισθηματικά διαθέσιμος χωρίς να χάνει τα όρια της επαγγελματικής του λειτουργίας. Με άλλα λόγια, η ενσυναίσθηση προϋποθέτει συναισθηματική κατανόηση χωρίς εσωτερική ταύτιση με τον ασθενή, ενώ η παράλληλη ανάπτυξη

αυτοεπίγνωσης επιτρέπει τη διαχείριση των συναισθηματικών αντιδράσεων χωρίς προσωπική επιβάρυνση (Kerasidou & Horn, 2016).

Παρόλα αυτά, η πρακτική εφαρμογή της ενσυναίσθησης στην ιατρική δεν είναι απλή διαδικασία, καθώς οι επαγγελματίες της υγείας εκτίθενται συχνά σε συνθήκες υψηλής συναισθηματικής πίεσης. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση, καταθλιπτικά συμπτώματα ή φαινόμενα *burn out*. Όπως επισήμανε ο Davis (1990:707–711), η ενσυναίσθηση δεν αποτελεί στατικό χαρακτηριστικό αλλά εξελίσσεται μέσα από την επαγγελματική εμπειρία, η οποία ενισχύει την αυτογνωσία, τη συνειδητοποίηση της επαγγελματικής ταυτότητας και την κατανόηση των προσωπικών ορίων και αξιών.

Ωστόσο συμβαίνει η ενσυναίσθηση να μειωθεί με την πάροδο του χρόνου, ιδιαίτερα λόγω άγχους, φόρτου εργασίας και συναισθηματικής εξάντλησης. Πολλοί ιατροί μπορεί να δυσκολεύονται να τη διατηρήσουν σε τέτοιες συνθήκες. Επιπλέον, η συνεχής αντιμετώπιση της συναισθηματικής δυσφορίας των ασθενών μπορεί να είναι απαιτητική (Halpern, 2003).

Πώς μπορούν οι ιατροί να παραμείνουν ενσυναισθητικοί; Ένας τρόπος είναι να διατηρούν την περιέργεια τους για τη ζωή των ασθενών τους. Δείχνοντας ειλικρινές ενδιαφέρον, μπορούν να ενισχύσουν τη σχέση τους μαζί τους. Η εκπαίδευση και η κατάρτιση μπορούν επίσης να βοηθήσουν στη βελτίωση της επικοινωνίας και των δεξιοτήτων ακρόασης (Halpern, 2003). Άλλος τρόπος είναι η ανάπτυξη μηχανισμών αυτοπαρατήρησης και εσωτερικού στοχασμού θεωρείται κρίσιμη για την ψυχολογική ανθεκτικότητα του ιατρού. Ο αυτοστοχασμός λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στην επαγγελματική εξουθένωση και ταυτόχρονα υποστηρίζει την καλλιέργεια της ενσυναίσθησης με τη διατήρηση των συναισθηματικών ορίων. Η διαδικασία αυτή μπορεί να ενισχυθεί μέσω δομημένων εργαλείων αυτοαξιολόγησης, όπως ερωτηματολόγια αναστοχασμού, τα οποία ενθαρρύνουν την επεξεργασία των εμπειριών και των συναισθηματικών αντιδράσεων που αυτές προκαλούν (Martin, Mazzola, Brandano et al., 2015). Όμως, όπως επισημαίνει ο Weng (2008), ορισμένες έρευνες δείχνουν ότι οι ιατροί δεν αξιολογούν πάντα σωστά τον εαυτό τους, γι' αυτό, είναι προτιμότερο η αξιολόγηση των ικανοτήτων τους να γίνεται και από άλλους ειδικούς (όχι μόνο από τους ίδιους).

2.2 Παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση ιατρού-ασθενούς

Η σχέση ιατρού-ασθενούς έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης θεωρητικής και εμπειρικής μελέτης, με διαφορετικά μοντέλα να αναδεικνύουν τους παράγοντες που τη διαμορφώνουν και επηρεάζουν τη δυναμική της.

Ένας πρώτος θεμελιώδης παράγοντας προκύπτει από τη θεωρία του Parsons (στο Μαντή & Τσελέπη 2000; Βένιου & Τεντολούρης, 2013) και είναι αυτός της *κοινής συναίνεσης*, η οποία βασίζεται σε συμπληρωματικούς κοινωνικούς ρόλους. Στο πλαίσιο αυτό, τόσο ο ιατρός όσο και ο ασθενής διαθέτουν συγκεκριμένα δικαιώματα, υποχρεώσεις και προσδοκίες που διασφαλίζουν τη λειτουργικότητα της αλληλεπίδρασης. Ο ιατρός στοχεύει στην αποκατάσταση της υγείας, ενώ ο ασθενής στην ανάρρωση. Ο ρόλος του ασθενούς χαρακτηρίζεται από προσωρινότητα, λειτουργική εξάρτηση και περιορισμό της κοινωνικής δραστηριότητας, γεγονός που καθιστά αναγκαία την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας και τη συμμόρφωση με τις οδηγίες. Αντίστοιχα, ο ιατρός κατέχει θεσμικά κατοχυρωμένη εξουσία που βασίζεται στη γνώση, με δικαιώματα όπως η φυσική και ψυχολογική εξέταση και η επαγγελματική αυτονομία, ενώ η κοινωνία αναγνωρίζει τον ρόλο του μέσα από υψηλή επαγγελματική καταξίωση.

Παρόμοια θεώρηση προσφέρει και το μοντέλο των Szasz και Hollender (στο Βένιου & Τεντολούρης, 2013), το οποίο διαγράφει τους παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση ιατρού - ασθενούς μέσα από τρεις τύπους σχέσεων, ανάλογα με την κλινική κατάσταση του ασθενούς και τον βαθμό συμμετοχής του: 1) σχέση ενεργητικότητας-παθητικότητας, ο ασθενής δεν μπορεί να συμμετάσχει λόγω της σοβαρής του κατάστασης (π.χ. βρίσκεται σε κώμα, αναισθησία ή έχει σοβαρό τραυματισμό) και αποδέχεται παθητικά την ιατρική παρέμβαση 2) σχέση κατευθυνόμενης συνεργασίας, ο ασθενής διατηρεί την ικανότητα κατανόησης και εκτέλεσης οδηγιών από τον ιατρό, ο οποίος παρέχει τις κατευθύνσεις 3) σχέση κοινής συμμετοχής, που αφορά κυρίως χρόνιες παθήσεις ή επαναλαμβανόμενες επισκέψεις. Εδώ, η θεραπευτική διαδικασία διαμορφώνεται μέσω συνεργασίας, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει και παρεμβάσεις αλλαγής συμπεριφοράς, όπως είναι η διακοπή καπνίσματος ή άλλων εξαρτήσεων

Συμπληρωματικά, ο Balint (στο Τσιμτσίου, 2006) προσεγγίζει τη σχέση ιατρού-ασθενούς ως «εταιρεία αμοιβαίας επένδυσης», τονίζοντας τη σημασία δυο σημαντικών

παραγόντων: α) της μακροχρόνιας εμπιστοσύνης και β) της σταθερής θεραπευτικής σχέσης. Η χρήση όρων όπως «ο γιατρός μου» ή «ο ασθενής μου» δεν υποδηλώνει σχέση εξουσίας, αλλά μια συναισθηματική και λειτουργική συνέχεια της φροντίδας.

Αντίθετα, ο Freidson (1970) στην παλαιότερη έρευνα, ανέδειξε ως καταλυτικό παράγοντα που επηρεάζει τη σχέση ιατρού – ασθενούς τις *διαφορετικές προτεραιότητες* των δύο μερών. Ο ασθενής συχνά επιθυμεί αυξημένη προσοχή και χρόνο, ενώ ο ιατρός καλείται να διαχειριστεί μεγάλο αριθμό περιστατικών σε συγκεκριμένο και συχνά πιεστικό χρονικό διάστημα, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα εξατομικευμένης ενασχόλησης.

Παρόμοια, οι Bloor και Horobin (1975), ήδη από τη δεκαετία του 1970, απέδωσαν τις συγκρούσεις ιατρών - ασθενών στις *διαφορετικές προσδοκίες* σχετικά με τον ρόλο του ασθενούς. Ο ιατρός αναμένει ο ασθενής να είναι ενημερωμένος, να αναζητά βοήθεια σε κατάλληλες περιστάσεις και να συμμορφώνεται πλήρως με τις οδηγίες, ενώ η μη συμμόρφωση αποτελεί βασική πηγή δυσλειτουργίας στη σχέση τους.

Η σχέση ιατρού–ασθενούς μπορεί να επηρεαστεί και από επιμέρους παράγοντες όπως η γλώσσα του σώματος, το περιβάλλον, ο τρόπος ομιλίας και η συνολική επικοινωνιακή στρατηγική. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να επηρεάσουν τη δυναμική της αλληλεπίδρασης, καθώς κάθε πλευρά παρουσιάζει την ταυτότητα, τις προσδοκίες και τις στρατηγικές της με στόχο την επίτευξη του θεραπευτικού αποτελέσματος (Βένιου & Τεντολούρης, 2013).

Άλλος ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς αφορά το μορφωτικό επίπεδο και τη διαφοροποίηση στο επίπεδο γνώσεων. Σύμφωνα με τα ευρήματα ερευνών, η απόκλιση αυτή φαίνεται να οδηγεί σε περιπτώσεις όπου οι ιατροί παρέχουν περιορισμένη πληροφόρηση στους ασθενείς. Παράλληλα, άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, κατά κανόνα, έχουν ήδη αναζητήσει και αποκτήσει σημαντικό μέρος της απαραίτητης πληροφόρησης πριν από την ιατρική επίσκεψη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να διαμορφώνουν αυξημένες προσδοκίες, γεγονός που σε αρκετές μελέτες συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Αναγνωστοπούλου, Σίσκου & Γαλάνης, 2012). Επιπλέον, ο τρόπος διεξαγωγής της ιατρικής συνέντευξης, όπου ο ιατρός διατηρεί τον αποκλειστικό ρόλο υποβολής ερωτήσεων χωρίς να ενθαρρύνει τον διάλογο, ενισχύει την αντίληψη

ιεραρχικής σχέσης, αναδεικνύοντας την υπεροχή του ιατρού και την ανάγκη ελέγχου της επικοινωνιακής διαδικασίας (Μαντή & Τσελέπη, 2000).

Ένας ακόμη παράγοντας αφορά τα προβλήματα αβεβαιότητας στην ενημέρωση, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις σοβαρών ή μη αναστρέψιμων νοσημάτων. Σε τέτοιες καταστάσεις, ο ιατρός συχνά έρχεται αντιμέτωπος με ένα ηθικό δίλημμα: η πλήρης ενημέρωση του ασθενούς μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την εμπιστοσύνη και την επαγγελματική του αξιοπιστία, ενώ η απόκρυψη ή μερική αποκάλυψη της αλήθειας ενδέχεται να παρατείνει την κατάσταση αβεβαιότητας και να δημιουργήσει μελλοντικά ζητήματα εμπιστοσύνης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η επιλογή περιορισμένης ενημέρωσης αιτιολογείται από την πρόθεση προστασίας του ασθενούς και ενίσχυσης της ψυχολογικής του αντοχής. Ενδεικτικά, μια μελέτη της Brokalaki και των συνεργατών (2005) σε νοσοκομεία των Αθηνών έδειξε ότι σημαντικό ποσοστό ασθενών με καρκίνο δεν ήταν ενήμερο για τη διάγνωσή τους. Από όσους δεν είχαν ενημερωθεί, το 69% θα επιθυμούσε μεγαλύτερη πληροφόρηση από τον θεράποντα ιατρό, ενώ αντίθετα μόνο το 13% όσων γνώριζαν τη διάγνωση θα προτιμούσε να μην είχε ενημερωθεί.

Τέλος, σημαντική επίδραση στη σχέση ιατρού–ασθενούς ασκούν και τα κοινωνικο-οικονομικά και ταξικά εμπόδια επικοινωνίας. Η διαφορά κοινωνικής θέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς μπορεί να δημιουργήσει δυσκολίες στην κατανόηση και στην αποτελεσματική επικοινωνία. Ασθενείς χαμηλότερου κοινωνικού και μορφωτικού επιπέδου ή μέλη μειονοτικών ομάδων συχνά δυσκολεύονται να κατανοήσουν την ιατρική ορολογία, αλλά και να εκφράσουν με σαφήνεια τα συμπτώματά τους (Μαντή & Τσελέπη, 2000). Παράλληλα, οι ίδιες κοινωνικές ανισότητες φαίνεται να επηρεάζουν και τη συμπεριφορά των ιατρών, καθώς έρευνες δείχνουν ότι ασθενείς διαφορετικής εθνικότητας, ιδιαίτερα άτομα μαύρης φυλής, καθώς και ασθενείς χαμηλότερου εισοδήματος ή εκπαίδευσης, λαμβάνουν συχνά λιγότερη πληροφόρηση σε σχέση με άλλους ασθενείς, γεγονός που υπογραμμίζει την επίδραση κοινωνικών παραγόντων στην παροχή ιατρικής φροντίδας (Kelly-Irving et al., 2011).

2.2.1 Παράγοντες που σχετίζονται με τους ιατρούς

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την σχέση ιατρού και ασθενούς και σχετίζονται με τους ιατρούς και τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας περιλαμβάνουν:

- Τις «διαπροσωπικές σχέσεις ασθενών και ιατρών». Αυτές διαμορφώνονται από την ποιότητα της πληροφόρησης που παρέχει ο ιατρός, καθώς και από τις επαγγελματικές και επικοινωνιακές του δεξιότητες, επηρεάζοντας άμεσα την αντίληψη των ασθενών. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς προτιμούν μια πιο εξατομικευμένη προσέγγιση, η οποία συμβάλλει θετικά στη σχέση του με τον ιατρό (Haddad, Potvin, Roberge, Pineault & Remondin, 2000).

- Την «επικοινωνία». Οι ασθενείς επιζητούν μια σχέση εμπιστοσύνης και εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι, όταν οι ιατροί επιδιώκουν συνεργασία μαζί τους και τους ενθαρρύνουν να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία τους (Raftopoulos, 2010 ; Coulter, 2005). Στο πλαίσιο της σωστής επικοινωνίας εκ μέρους των ιατρών σημαντική θέση κατέχει η ειλικρίνεια. Η πρακτική της ανειλικρίνειας από τους ιατρούς έχει προβλέψει αρνητικές συνέπειες. Η ειλικρίνεια ορίζεται ως: «Δικαιοσύνη και ευθύτητα στη συμπεριφορά» ή «...άρνηση να πει κανείς ψέματα, να κλέψει ή να εξαπατήσει με οποιονδήποτε τρόπο» (Merriam-Webster, 2005:596).

- Τη «συμβουλευτική». Πολλοί ασθενείς που απευθύνονται σε ιατρούς επιθυμούν επαγγελματίες με ενημερωμένη γνώση των σύγχρονων ιατρικών εξελίξεων, από τους οποίους μπορούν να λαμβάνουν υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας (Crow et al., 2002).

- Τον «χρόνο εξέτασης, που περνούν οι ασθενείς με τον ιατρό». Και αυτός αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ικανοποίησή των ασθενών, η οποία φαίνεται να αυξάνεται όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια της επαφής και της εξέτασης (Crow et al., 2002).

2.2.2 Παράγοντες που σχετίζονται με τους ασθενείς

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τους ασθενείς συνδέονται με τα χαρακτηριστικά των ίδιων των ασθενών και περιλαμβάνουν το μορφωτικό και κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο, την κατάσταση της υγείας τους, καθώς και το φύλο, την ηλικία και την

εθνικότητά τους (Bowling, Rowe & McKee, 2013; Rahmovist & Bara, 2010; Raftopoulos, 2010; Crow et al., 2002; Ραφτόπουλος, 2002; Grogan, Conner, Willits & Norman, 2000).

Σημαντικός παράγοντας στη σχέση ιατρού – ασθενούς που σχετίζεται με τους ασθενείς είναι επίσης οι προσδοκίες τους, οι οποίες περιλαμβάνουν δύο διαστάσεις: α) τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αναμένουν να παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας ιδανικά, υπό βέλτιστες συνθήκες και β) τον τρόπο με τον οποίο εκτιμούν ότι στην πράξη θα τους παρασχεθούν οι υπηρεσίες υγείας. Η ικανοποίηση προκύπτει από τον βαθμό στον οποίο υπάρχει αντιστοιχία μεταξύ των προσδοκιών αυτών και της πραγματικής εμπειρίας από τις υπηρεσίες υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο, «η εκπλήρωση των προσδοκιών οδηγεί σε ικανοποίηση των ασθενών, ενώ οι ανεκπλήρωτες προσδοκίες σε δυσαρέσκεια» (Bowling, Rowe & McKee, 2013).

Άλλος ένας παράγοντας είναι η ευθύνη του ασθενούς, δηλαδή ο ρόλος που αναλαμβάνει ο ίδιος για να έχει ενεργό συμμετοχή στη φροντίδα της υγείας του και στη σχέση του με τον ιατρό. Ο Wen (2013) προτείνει ορισμένες συμβουλές που μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι ασθενείς για να είναι πιο υπεύθυνοι στη θεραπεία τους και πιο συνεπείς στη σχέση τους με τον ιατρό τους: να απαντούν με ειλικρίνεια στις καίριες ερωτήσεις του ιατρού, να κάνουν τις δικές τους ερωτήσεις, να εκφράζουν χωρίς ενδοιασμό τις ανησυχίες τους, να είναι ευγενικοί και σεβαστικοί προς τον ιατρό τους. Η κακή επικοινωνία και η ανειλικρίνεια δεν αποτελούν πρόκληση μόνο για τους ιατρούς αλλά και τους ασθενείς. Σύμφωνα με τον Black (2013), οι ασθενείς πρέπει να έχουν ενεργό ρόλο όταν πρόκειται για την υγεία τους, και γι' αυτό, οι ασθενείς να μιλούν με τους ιατρούς τους και να εξηγούν καθαρά τι νιώθουν σωματικά και ψυχικά (Black, 2013; Handzo, 2012). Ο Corbett (2012) επισημαίνει ότι οι ιατροί προσπαθούν να κάνουν το σωστό, αλλά οι ασθενείς πρέπει να εκφράζονται σχετικά με τις ατομικές τους ανάγκες και αξίες. Σύμφωνα με τον Corbett (2012), αν ένας ασθενής δεν εκφραστεί, οι ιατροί θα κάνουν υποθέσεις βασισμένες στις δικές τους εμπειρίες και αντιλήψεις για το ποιες είναι οι ανάγκες του, και αυτή η προσέγγιση μπορεί να μην είναι η καλύτερη για τον ασθενή.

2.3 Η σημασία της ενσυναίσθησης

Οι άνθρωποι δεν μπορούν να κατανοήσουν και να μεταδώσουν στον ίδιο βαθμό μη λεκτικά μηνύματα. Επίσης, δεν είναι στο ίδιο βαθμό ευαίσθητοι ή δεκτικοί στα συναισθήματα των συνανθρώπων τους. Επειδή η ενσυναίσθηση έχει πολύ μεγάλη σημασία στη φροντίδα των ασθενών, οι ιατροί που δεν την έχουν αναπτύξει επαρκώς – αν και οφείλουν – πρέπει να βρουν τρόπους για να το πετύχουν. Σε κάθε περίπτωση όμως, για την απόκτηση της ενσυναίσθησης απαιτείται προσπάθεια και πειθαρχία (DiMatteo & Martin, 2011:183)

Όσον αφορά τη *γνωστική συνιστώσα* της ενσυναίσθησης, ο ιατρός οφείλει να παρατηρεί προσεκτικά τη συμπεριφορά του ασθενούς και να αναγνωρίζει αυτά που βλέπει. Θα πρέπει να κατανοεί πως βιώνει ο ασθενής σωματικά και ψυχολογικά την κατάσταση του. Η *συναισθηματική συνιστώσα* της ενσυναίσθησης περιλαμβάνει την επίδειξη ευαισθησίας σε αυτά που βιώνει ο ασθενής και την ακρόαση όσων θέλει να εκφράσει για αυτά που νιώθει, μέσω λέξεων, χειρονομιών και πράξεων. Ο ιατρός οφείλει να συνδέσει αυτά που ακούει πως νιώθει ο ασθενής με την προσωπική συναισθηματική του εμπειρία, σε μια προσπάθεια κατανόησης αυτών ακριβώς που βιώνει ο ασθενής (DiMatteo & Martin, 2011:184). Τέλος, η ενσυναίσθηση περιλαμβάνει και την *επικοινωνιακή συνιστώσα*, σύμφωνα με την οποία ο ιατρός δείχνει στον ασθενή ότι τον καταλαβαίνει, και ότι τον ενδιαφέρει μια ουσιαστική σύνδεση μαζί του (DiMatteo & Martin, 2011:184 ; Hojat, 2007).

2.4 Συσχέτιση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης από τους ασθενείς ενσυναίσθησης των ιατρών και της διαχείρισης του προεγχειρητικού άγχους

Σύγχρονες ανασκοπήσεις δείχνουν ότι η συχνότητα του προεγχειρητικού άγχους είναι γενικά υψηλή και επηρεάζει σημαντικό ποσοστό ασθενών στο χειρουργικό περιβάλλον (Kok et al., 2023). Παράλληλα, η σύγχρονη έρευνα δείχνει ότι η ενσυναίσθηση των επαγγελματιών υγείας συνδέεται με καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, μεγαλύτερη εμπιστοσύνη και μειωμένο ψυχολογικό στρες

(Keshtkar et al., 2024). Στο πλαίσιο της χειρουργικής φροντίδας, η ενσυναίσθηση φαίνεται να δρα ως προστατευτικός παράγοντας έναντι του προεγχειρητικού άγχους. Παρεμβάσεις που βασίζονται στην υποστηρικτική επικοινωνία, τη συναισθηματική κατανόηση και την ενεργητική ακρόαση έχουν συσχετιστεί με μείωση των επιπέδων άγχους πριν από χειρουργείο (Holzer et al., 2024). Παράλληλα, πρόσφατες έρευνες επιβεβαιώνουν ότι οι μη φαρμακευτικές ψυχολογικές παρεμβάσεις πριν από τις χειρουργικές επεμβάσεις (όπως ενημέρωση, καθησυχασμός και ενσυναισθητική προσέγγιση) – στατιστικά - οδηγούν σε σημαντική μείωση του προεγχειρητικού άγχους (Riedel & Jack, 2024).

Η ενσυναίσθηση δεν λειτουργεί μόνο ως συναισθηματική υποστήριξη, αλλά και ως μηχανισμός ενίσχυσης της εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και ιατρού. Η αποτελεσματική επικοινωνία μειώνει την αβεβαιότητα, η οποία αποτελεί βασικό παράγοντα πρόκλησης άγχους πριν από τις χειρουργικές επεμβάσεις. Επιπλέον, η αίσθηση ότι ο ιατρός κατανοεί τις ανησυχίες του ασθενούς συμβάλλει στη μείωση της αντιλαμβανόμενης απειλής και στην ενίσχυση της ψυχολογικής ασφάλειας (Kok et al., 2023). Νεότερες έρευνες στον τομέα της ιατρικής επικοινωνίας δείχνουν ακόμη ότι η ενσυναίσθηση αποτελεί κεντρικό παράγοντα ποιοτικής φροντίδας και έχει άμεση επίδραση στους δείκτες άγχους (Zhang et al., 2023).

Κεφάλαιο τρίτο

Μεθοδολογία της έρευνας

3.1 Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν η διερεύνηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση προεγχειρητικού άγχους των ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε ορθοπαιδική χειρουργική επέμβαση αλλά και να διαπιστωθεί η επίδραση που ασκεί η αντιλαμβανόμενη από αυτούς ενσυναίσθηση των ιατρών στη διαχείρισή του, ώστε:

- Να αναδειχθούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση του προεγχειρητικού άγχους των ασθενών που υποβάλλονται σε ορθοπαιδική επέμβαση καθώς και οι μορφές που μπορεί αυτό να προσλάβει.
- Να αξιολογηθεί ο αντιλαμβανόμενος από τους ασθενείς βαθμός ενσυναίσθησης των ιατρών και κατά πόσο μπορεί να επηρεάσει τη διαχείριση του άγχους.

3.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Με βάση τον σκοπό της έρευνας τα ερευνητικά ερωτήματα ήταν τα εξής:

1. Ποιες μορφές προσλαμβάνει το προεγχειρητικό άγχος σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε ορθοπαιδική επέμβαση;
2. Ποιοι παράγοντες συντελούν στην εκδήλωση και αύξησή του;
3. Ποιες είναι οι συνέπειές του στην κατάσταση υγείας (σωματική και ψυχική) των ασθενών;
4. Πώς εκτιμάται από τους ασθενείς η ενσυναίσθηση των ιατρών;
5. Πώς συμβάλλει η αντιλαμβανόμενη ενσυναίσθηση των ιατρών στη διαχείριση του άγχους των ασθενών;

3.3 Δείγμα και δειγματοληψία

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 101 ασθενείς της Ορθοπαιδικής Κλινικής της Μονάδας Νάουσας του Γενικού Νοσοκομείου Ημαθίας, άνδρες και γυναίκες διαφόρων ηλικιών, οι οποίοι εισήλθαν στην κλινική για προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση

το χρονικό διάστημα Μάρτιος – Μάιος 2026. Από την έρευνα αποκλείστηκαν άτομα που δήλωσαν πως δεν επιθυμούσαν να συμμετέχουν, άτομα που στη διάρκεια της έρευνας θέλησαν να αποχωρήσουν για οποιονδήποτε λόγο, καθώς και άτομα που δεν μιλούσαν καθόλου την ελληνική γλώσσα, γιατί δεν μπορούσαν να κατανοήσουν τα ερωτηματολόγια.

3.4 Μέθοδοι συλλογής δεδομένων – Ερευνητικά εργαλεία

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας διανεμήθηκαν στους ασθενείς τέσσερα ερωτηματολόγια:

- *Ερωτηματολόγιο Κοινωνικών - Δημογραφικών στοιχείων*

Περιέχει 11 ερωτήσεις που αφορούν τη συλλογή πληροφοριών, όπως το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση, την προηγούμενη εμπειρία επέμβασης.

- *Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης STAI – X-I*

Το ερωτηματολόγιο STAI (State – Trait Anxiety Inventory) για τον προσδιορισμό του άγχους αναπτύχθηκε το 1970 από τους ψυχολόγους Spielberger, Gorsuch και Lushene (1970). Απαρτίζεται από δύο μέρη αποτελούμενα από 20 ερωτήσεις το καθένα. Οι ερωτήσεις του πρώτου μέρους διερευνούν το άγχος ως κατάσταση (state anxiety), εν προκειμένω το άγχος για την επικείμενη χειρουργική επέμβαση. Οι ερωτήσεις του δεύτερου μέρους αφορούν το άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου (trait anxiety). Κάθε ερώτηση μπορεί να βαθμολογηθεί από «1-καθόλου» έως «4-πάρα πολύ». Το ερωτηματολόγιο STAI έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα από τους Λιάκο και Γιαννίτση το 1984, αλλά και πιο πρόσφατα (Fountoulakis et al (2006) και αποδείχθηκε ότι διαθέτει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα.

- *Ερωτηματολόγιο SFQ Φόβου Χειρουργικής Επέμβασης*

Αναπτύχθηκε από τον Theunissen και συνεργάτες και αποτελείται από 10 ερωτήσεις. Οι πρώτες 4 αφορούν τις βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου και οι υπόλοιπες αναφέρονται σε απώτερο χρονικό διάστημα. Η βαθμολογία των απαντήσεων εκκινεί από το 0, που αντιστοιχεί στην απάντηση «δεν φοβάμαι καθόλου» και φτάνει κλιμακωτά μέχρι το 10 που αντιστοιχεί στην απάντηση «φοβάμαι πολύ». Η στάθμιση του ερωτηματολογίου SFQ έγινε από την Παππά (2018).

- *Ερωτηματολόγιο Jefferson* σχετικά με τις αντιλήψεις των ασθενών για την ενσυναίσθηση των ιατρών

Για την αντιλαμβανόμενη από τους ασθενείς ενσυναίσθηση των ιατρών θα χρησιμοποιηθεί η ελληνική έκδοση της κλίμακας του Jefferson σχετικά με τις αντιλήψεις των ασθενών για την ενσυναίσθηση των ιατρών (Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy (JSPPPE) των Kane et al., (2007), που περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις. Την επιμέλεια της ελληνικής μετάφρασης έχει ο Δομάγερ, ο οποίος και παραχώρησε την άδεια για τη χρήση του. Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου Jefferson χρησιμοποιήθηκε από την Τυριτίδου (2018) και αποδείχθηκε η αξιοπιστία και η εγκυρότητά της.

3.5 Ηθική και δεοντολογία

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην προστασία των δικαιωμάτων και των προσωπικών δεδομένων όλων των συμμετεχόντων, τα οποία περιλάμβαναν την ασφάλειά τους από οποιαδήποτε μορφή σωματικής ή ψυχολογικής επιβάρυνσης, την πλήρη και σαφή ενημέρωση, την ελεύθερη επιλογή συμμετοχής, καθώς και τη διασφάλιση της ανωνυμίας, του απορρήτου και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων (Γαλάνης, 2012; Σαχίνη-Καρδάση, 2000). Παράλληλα, για την πραγματοποίηση της μελέτης ελήφθησαν όλες οι απαραίτητες εγκρίσεις, τόσο από το Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο μέσω του επιβλέποντα καθηγητή ως προς το ερευνητικό σχέδιο και τη μεθοδολογία, όσο και από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Ημαθίας, και τη διοίκηση της Ορθοπαιδικής Κλινικής της Μονάδας Νάουσας. Επιπλέον, εξασφαλίστηκε η νόμιμη χρήση των ερευνητικών εργαλείων μέσω άδειας από τους δημιουργούς ή τους υπεύθυνους μετάφρασής τους. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως για τον σκοπό της μελέτης και παρείχαν γραπτή συγκατάθεση, με τη συμμετοχή τους να είναι απολύτως εθελοντική και τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια να διατηρούνται ανώνυμα και εμπιστευτικά.

3.6 Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση εφαρμόστηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 29 (2022) (Statistical Package for Social Sciences) για να οργανώσει, να αναλύσει και να παρουσιάσει τα ποσοτικά δεδομένα της έρευνας. Για την παρουσίαση των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν συχνότητες και σχετικές συχνότητες. Για την αποτίμηση του άγχους των ασθενών, του φόβου της χειρουργικής επέμβασης και της ενσυναίσθησης των ιατρών, χρησιμοποιήθηκαν μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις. Για την εκτίμηση των διαφορών ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, αφού πρώτα αξιολογήθηκε η κανονικότητα με βάση το κριτήριο Kolmogorov Smirnov, χρησιμοποιήθηκαν τα μη παραμετρικά κριτήρια Mann–Whitney και Kruskal–Wallis. Για τη συσχέτιση του άγχους, του φόβου και της ενσυναίσθησης χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman. Τέλος, πραγματοποιήθηκε γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον φόβο για την επέμβαση.

Κεφάλαιο Τέταρτο

Αποτελέσματα

4.1 Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

Στον Πίνακα 1 δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία των 101 ασθενών που συμμετείχαν στο δείγμα της έρευνας. Συνολικά συμμετείχαν 25 (24,8%) άντρες και 76 (75,2%) γυναίκες. Η πλειοψηφία του δείγματος είχαν ελληνική υπηκοότητα ($n=98,97\%$) και διέμεναν μόνιμα στο Νομό Ημαθίας ($n=85,84.2\%$). Τα στοιχεία σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών στο δείγμα της έρευνας έδειξαν πως το 43,6% ($n = 44$) εξ αυτών ήταν απόφοιτοι δημοτικού, το 11,9% ($n=12$) ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου το 21,8% ($n = 22$) ήταν απόφοιτοι Λυκείου και το 20,8% ($n=21$) ήταν απόφοιτοι Πανεπιστημίου/ΤΕΙ. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ασχολούνταν με τα οικιακά ($n=63, 62,4\%$) ενώ μικρότερο ποσοστό ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι ($n=18, 17,8\%$), συνταξιούχοι ($n=10, 9,9\%$) και δημόσιοι υπάλληλοι ($n=8, 7,9\%$). Αντίστοιχα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ήταν έγγαμοι ($n=45, 44,6\%$) και ζούσαν είτε με τον/τη σύζυγο ($n=42, 41,6\%$) ή τον/τη σύζυγο και τα παιδιά τους ($n=44, 43.6\%$). Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν ίση με 60.1 έτη.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία ασθενών

		ν	%
Φύλο	Άντρας	25	24,8%
	Γυναίκα	76	75,2%
Εθνικότητα	Ελληνική	98	97,0%
	Άλλη	3	3,0%
Τόπος μόνιμης κατοικίας	Ημαθία	85	84,2%
	Άλλος	16	15,8%
Εκπαίδευση	Έως δημοτικό	44	43,6%
	Γυμνάσιο	12	11,9%
	Λύκειο	22	21,8%
	Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ	21	20,8%
	Άλλο	2	2,0%
Επάγγελμα	Οικιακά	63	62,4%
	Δημόσιος υπάλληλος	8	7,9%
	Ιδιωτικός υπάλληλος	18	17,8%
	Συνταξιούχος	10	9,9%
	Άλλο	2	2,0%
Οικογενειακή κατάσταση:	Άγαμος/η	25	24,8%
	Έγγαμος/η	45	44,6%
	Χήρος/α	25	24,8%
	Διαζευγμένος/η	6	5,9%
Ζω με	Σύζυγο	42	41,6%
	Σύζυγο και παιδιά	44	43,6%
	Μόνος/η μου	10	9,9%
	Με σύντροφο	3	3,0%
	Άλλο	2	2,0%

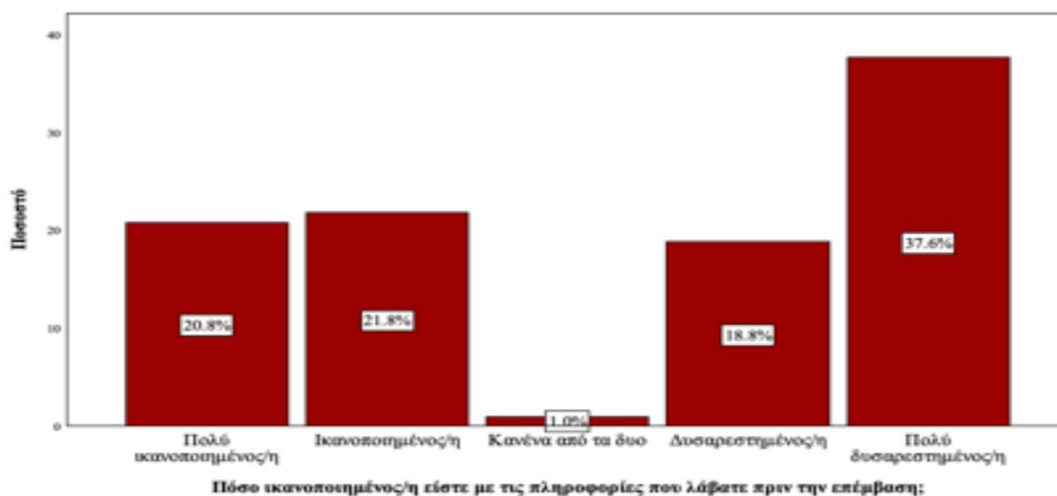
Από τον Πίνακα 2 προκύπτει πως το 67,3% (ν = 69) είχαν υποβληθεί και στο παρελθόν σε επέμβαση εκ των οποίων οι 46 (67,3%) είχαν υποβληθεί σε ορθοπαιδική

επέμβαση και οι 23 (33,3%) είχαν υποβληθεί σε άλλου είδους επέμβαση. Τέλος, το 20,8% ($n = 21$) των ασθενών δεν γνώριζαν από τι έπασχαν.

Πίνακας 2. Στοιχεία για την πάθηση και το αν είχαν υποβληθεί ξανά σε επέμβαση

		n	%
Προηγούμενη επέμβαση	Όχι	32	32,7%
	Ναι	69	67,3%
Είδος επέμβασης	Ορθοπαιδική	46	66,7%
	Άλλη	23	33,3%
Γνωρίζετε από τι πάσχετε	Όχι	21	20,8%
	Ναι	80	79,2%

Τέλος, στο Διάγραμμα 1 δίνονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης σχετικά με το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις πληροφορίες που έλαβαν πριν την επέμβαση. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 42,6% των ασθενών ήταν ικανοποιημένοι ή πολύ ικανοποιημένοι από τις πληροφορίες που έλαβαν πριν την επέμβαση. Αντίθετα, το 56,4% των ασθενών ήταν δυσαρεστημένοι ή πολύ δυσαρεστημένοι από τις πληροφορίες που έλαβαν πριν την επέμβαση.



Διάγραμμα 1. Επίπεδο ικανοποίησης από τις πληροφορίες που έλαβαν οι ασθενείς πριν την επέμβαση

4.2 Άγχος ασθενών

Στον Πίνακα 3 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα για τις δηλώσεις του άγχους κατάστασης (STAI-X1). Υψηλότερος μέσος όρος καταγράφηκε στις δηλώσεις «Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η». (MO = 3,0, TA = 0,9), «Αισθάνομαι ασφαλής» (MO = 3,0, TA = 1,0), «Αισθάνομαι ήρεμος/η» (MO = 2,9, TA = 0,9) και «Αισθάνομαι άνετα» (MO = 2,9, TA = 1,0). Αντίθετα, χαμηλότερος μέσος όρος καταγράφηκε στις δηλώσεις «Βρίσκομαι σε διέγερση» (MO = 1,9, TA = 1,1) και «Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή» (MO = 1,7, TA = 1,0).

Πίνακας 3. Μέσος όρος (MO) και τυπική απόκλιση (TA) για τις δηλώσεις του άγχους κατάστασης (STAI-X1)

	MO	TA
Αισθάνομαι ήρεμος/η.	2,9	0,9
Αισθάνομαι ασφαλής.	3,0	1,0
Νιώθω μια εσωτερική ένταση.	2,1	1,1
Έχω αγωνία	2,4	1,2
Αισθάνομαι άνετα.	2,9	1,0
Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	2,1	1,1
Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες.	2,0	1,1
Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	2,6	1,0
Αισθάνομαι άγχος.	2,2	1,2
Αισθάνομαι βολικά.	2,8	1,0
Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	2,8	0,9
Αισθάνομαι νευρικότητα.	2,1	1,2
Αισθάνομαι ήσυχος/η.	2,7	1,0
Βρίσκομαι σε διέγερση.	1,9	1,1
Είμαι χαλαρωμένος/η.	2,5	1,0

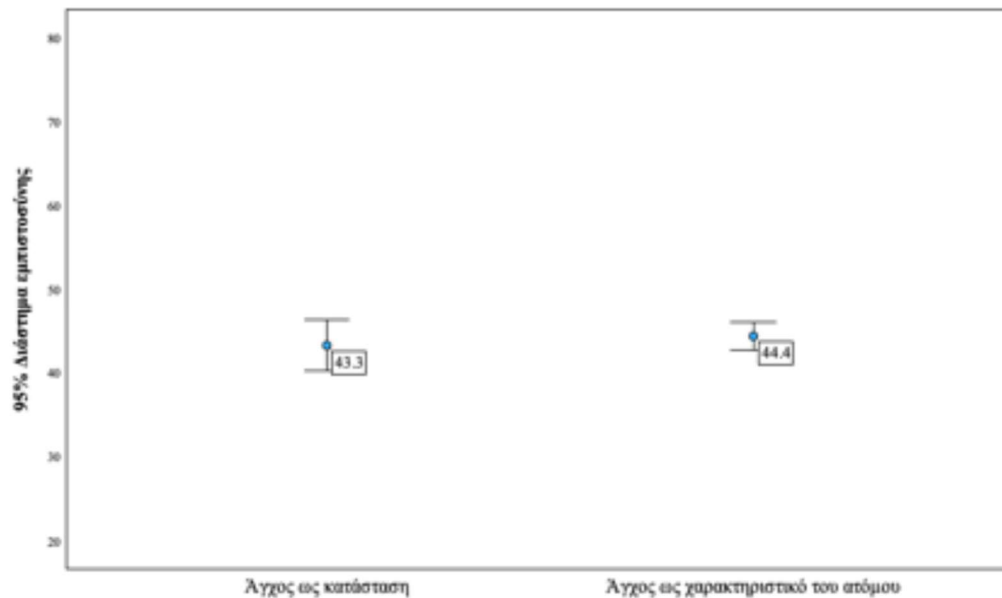
Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η.	3,0	0,9
Ανησυχώ.	2,3	1,1
Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή.	1,7	1,0
Αισθάνομαι υπερένταση	2.1	1,1
Αισθάνομαι ευχάριστα.	2,6	1,1

Στον Πίνακα 4 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα για τις δηλώσεις του άγχους ως χαρακτηριστικό (STAI-X2). Υψηλότερος μέσος όρος καταγράφηκε στις δηλώσεις «Μου λείπει η αυτοπεποίθηση» (MO = 3,0, TA = 1,1) και «Αισθάνομαι ασφαλής» (MO = 3,3, TA = 0,9). Αντίθετα, χαμηλότερος μέσος όρος καταγράφηκε στις δηλώσεις «Έρχομαι σε κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά μου» (MO = 1,8, TA = 1,1), «Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω» (MO = 1,9, TA = 1,0) και «Μένω πίσω στις δουλειές μου γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα» (MO = 1,9, TA = 1,0).

Πίνακας 4. Μέσος όρος (ΜΟ) και τυπική απόκλιση (ΤΑ) για τις δηλώσεις του άγχους ως χαρακτηριστικό των ασθενών (STAI-X2)

	ΜΟ	ΤΑ
Αισθάνομαι ευχάριστα.	2,7	1,0
Κουράζομαι εύκολα.	2,4	0,9
Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	2,1	1,1
Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνονται να είναι οι άλλοι.	2,3	1,1
Μένω πίσω στις δουλειές μου γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	1,9	1,0
Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	2,7	1,0
Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η, και συγκεντρωμένος/η.	2,9	0,9
Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω.	1,9	1,0
Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	2,0	0,9
Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	2,0	1,1
Έχω την τάση να βλέπω να πράγματα δύσκολα.	2,1	0,9
Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	3,0	1,1
Αισθάνομαι ασφαλής.	3,3	0,9
Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή δυσκολίας.	2,3	1,1
Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	2,0	1,0
Είμαι ικανοποιημένος/η.	2,3	1,2
Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και μ' ενοχλεί.	2,7	0,9
Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	2,1	1,0
Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	2,2	1,1
Έρχομαι σε κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1,8	1,1

Στο Διάγραμμα 2 δίνονται τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα της ανάλυσης για το μέσο επίπεδο άγχους των ασθενών. Τα ευρήματα ανέδειξαν ισοδύναμο μέσο επίπεδο άγχους κατάστασης (MO = 43,3, TA = 15,5) και άγχους ως χαρακτηριστικό (MO = 44,4, TA = 8,6). Συνολικά, οι ασθενείς στο δείγμα της μελέτης εμφανίζουν ένα μέτριο επίπεδο άγχους κατάστασης και ένα μέτριο επίπεδο άγχους ως χαρακτηριστικό.



Διάγραμμα 2. Μέσος όρος και 95% διάστημα εμπιστοσύνης για το επίπεδο άγχους κατάστασης και το επίπεδο άγχους ως χαρακτηριστικό για τους ασθενείς του δείγματος

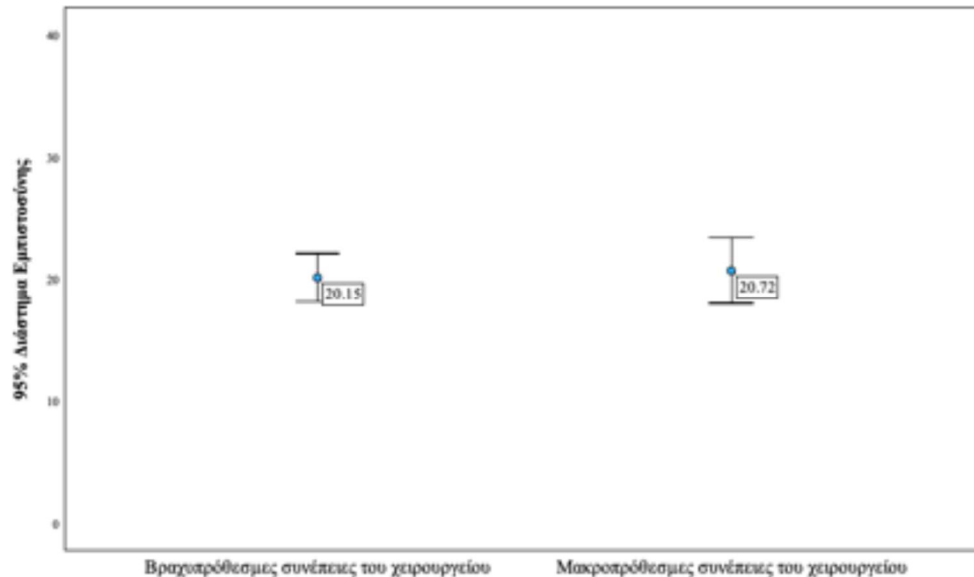
4.3 Φόβος χειρουργικής επέμβασης

Στον Πίνακα 5 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα για τις δηλώσεις που αξιολογούν τον φόβο έναντι της χειρουργικής επέμβασης. Υψηλότερος μέσος όρος καταγράφηκε στις δηλώσεις «Φοβάμαι τη χειρουργική επέμβαση» (MO = 5,3, TA = 3,0) και «Φοβάμαι τον πόνο μετά τη χειρουργική επέμβαση» (MO = 5,8 TA = 2,9). Αντίθετα, χαμηλότερος μέσος όρος καταγράφηκε στις δηλώσεις «Φοβάμαι ότι η υγεία μου θα επιδεινωθεί εξαιτίας της χειρουργικής επέμβασης» (MO = 2,7, TA = 2,7), «Φοβάμαι ότι θα αποτύχει η χειρουργική επέμβαση» (MO = 2,5, TA = 2,6) και «Φοβάμαι ότι θα μείνω μέσα στο νοσοκομείο» (MO = 2,6, TA = 3,2).

Πίνακας 5. Μέσος όρος (ΜΟ) και τυπική απόκλιση (ΤΑ) για τις δηλώσεις που αξιολογούν τον φόβο έναντι της χειρουργικής επέμβασης

	ΜΟ	ΤΑ
Φοβάμαι τη χειρουργική επέμβαση.	5,3	3,0
Φοβάμαι την αναισθησία.	4,6	3,4
Φοβάμαι τον πόνο μετά τη χειρουργική επέμβαση.	5,8	2,9
Φοβάμαι τις δυσάρεστες ανεπιθύμητες ενέργειες (όπως η ναυτία) μετά τη χειρουργική επέμβαση.	4,5	3,3
Φοβάμαι ότι η υγεία μου θα επιδεινωθεί εξαιτίας της χειρουργικής επέμβασης.	2,7	2,7
Φοβάμαι ότι θα αποτύχει η χειρουργική επέμβαση.	2,5	2,6
Φοβάμαι ότι θα μείνω μέσα στο νοσοκομείο.	2,6	3,2
Ανησυχώ για την οικογένειά μου.	4,9	3,5
Φοβάμαι ότι δεν θα αναρρώσω πλήρως από τη χειρουργική επέμβαση.	3,4	3,3
Φοβάμαι τη μεγάλη διάρκεια της αποκατάστασης μετά τη χειρουργική επέμβαση.	4,7	3,2

Στο Διάγραμμα 3 δίνονται τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα της ανάλυσης για τις διαστάσεις του φόβου χειρουργικής επέμβασης. Τα ευρήματα ανέδειξαν ισοδύναμο μέσο επίπεδο φόβου για τις βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου (ΜΟ = 20,1, ΤΑ = 10,1) και φόβου για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου (ΜΟ = 20,7, ΤΑ = 13,8). Συνολικά, οι ασθενείς στο δείγμα της μελέτης εμφανίζουν ένα μικρό προς μέτριο επίπεδο φόβου για τις βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου και για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου.



Διάγραμμα 3. Μέσος όρος και 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τις διαστάσεις του φόβου χειρουργικής επέμβασης

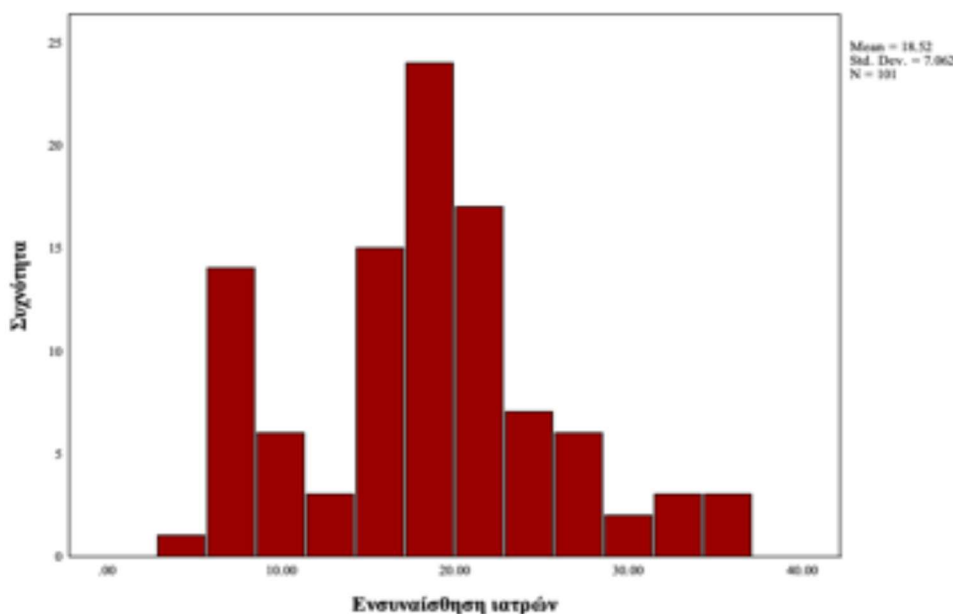
4.4 Ενσυναίσθηση ιατρών

Στον Πίνακα 6 δίνονται τα αναλυτικά αποτελέσματα για τις δηλώσεις που αξιολογούν το επίπεδο ενσυναίσθησης των ιατρών. Υψηλότερος μέσος όρος καταγράφηκε στη δήλωση «Ο ιατρός μπορεί να δει τα πράγματα από τη δική μου οπτική (βλέπει τα πράγματα όπως τα βλέπω εγώ)» ($MO = 4,1$, $TA = 1,7$) ενώ χαμηλότερος μέσος όρος καταγράφηκε στη δήλωση «Ο ιατρός δείχνει να νοιάζεται για μένα και την οικογένειά μου» ($MO = 3,5$, $TA = 1,5$) και στη δήλωση «Ο ιατρός κατανοεί τα συναισθήματα, τα αισθήματα και τις ανησυχίες μου» ($MO = 3,5$, $TA = 1,6$).

Πίνακας 6. Μέσος όρος (ΜΟ) και τυπική απόκλιση (ΤΑ) για τις δηλώσεις που αξιολογούν το επίπεδο ενσυναίσθησης των ιατρών

	ΜΟ	ΤΑ
Ο ιατρός μπορεί να δει τα πράγματα από τη δική μου οπτική (βλέπει τα πράγματα όπως τα βλέπω εγώ).	4,1	1,7
Ο ιατρός ρωτάει σχετικά με το τι συμβαίνει στην καθημερινή μου ζωή.	3,6	1,5
Ο ιατρός δείχνει να νοιάζεται για μένα και την οικογένειά μου.	3,5	1,5
Ο ιατρός κατανοεί τα συναισθήματα, τα αισθήματα και τις ανησυχίες μου.	3,5	1,6
Είναι ιατρός με κατανόηση.	3,8	1,6

Στο Διάγραμμα 4 δίνεται η κατανομή για τη βαθμολογία του επιπέδου ενσυναίσθησης των ιατρών με βάση τις αντιλήψεις των ασθενών. Η ανάλυση έδειξε πως η μέση βαθμολογία της ενσυναίσθησης των ιατρών είναι ίσο με 18,5 (ΤΑ = 7,1). Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν πως γενικά οι ασθενείς με βάση την εμπειρία τους αντιλαμβάνονται πως οι ιατροί επέδειξαν ένα μέτριο επίπεδο ενσυναίσθησης.



Διάγραμμα 4. Κατανομή του επιπέδου ενσυναίσθησης των ιατρών με βάση τις αντιλήψεις των ασθενών

4.5 Έλεγχος διαφορών ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε ανάλυση με χρήση μη παραμετρικών ελέγχων για να διερευνηθεί το κατά πόσο καταγράφεται στατιστικά σημαντική διαφορά στις μεταβλητές της έρευνας ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Η επιλογή των μη παραμετρικών ελέγχων προτιμήθηκε λόγω της μη κανονικότητας των μεταβλητών της έρευνας (η κανονικότητα των μεταβλητών αξιολογήθηκε με βάση το κριτήριο Kolmogorov Smirnov).

Από την εφαρμογή του μη παραμετρικού κριτηρίου Mann–Whitney προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο σε τέσσερις μεταβλητές. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερο επίπεδο άγχους ως κατάσταση (*Mean Rank* = 56,2) συγκριτικά με τους άντρες (*Mean Rank* = 35,3) ($U = 558,00, p = 0,002$). Επίσης, οι γυναίκες εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερο φόβο για τις βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου (*Mean Rank* = 55,2) σε σχέση με τους άντρες (*Mean Rank* = 38,4) ($U = 634,50, p = 0,013$). Παρόμοια, οι γυναίκες (*Mean Rank* = 56,1) εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερο φόβο για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου συγκριτικά με τους άντρες (*Mean Rank* = 35,4) ($U = 559,00, p = 0,002$). Αντίθετα, οι άντρες (*Mean Rank* = 64,2) αναγνώρισαν σε σημαντικό μεγαλύτερο βαθμό την ενσυναίσθηση των ιατρών συγκριτικά με τις γυναίκες (*Mean Rank* = 46,7) ($U = 619,50, p = 0,009$) (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Σύγκριση ως προς το φύλο των ασθενών: αποτελέσματα μη παραμετρικού κριτηρίου Mann-Whitney

	Φύλο	N	Mean Rank	Sum of Ranks	p
Άγχος ως κατάσταση	Άντρας	25	35,3	883,0	0,002
	Γυναίκα	76	56,2	4268,0	
	Σύνολο	101			
Άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου	Άντρας	25	52,1	1303,5	0,822
	Γυναίκα	76	50,6	3847,5	
	Σύνολο	101			
Ενσυναίσθηση ιατρών	Άντρας	25	64,2	1605,5	0,009
	Γυναίκα	76	46,7	3545,5	
	Σύνολο	101			
Βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	Άντρας	25	38,4	959,5	0,013
	Γυναίκα	76	55,2	4191,5	
	Σύνολο	101			
Μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	Άντρας	25	35,4	884,0	0,002
	Γυναίκα	76	56,1	4267,0	
	Σύνολο	101			

	Mann-Whitney U	p
Άγχος ως κατάσταση	558,0	0,002
Άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου	921,5	0,822
Ενσυναίσθηση ιατρών	619,5	0,009
Βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	634,5	0,013
Μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	559,0	0,002

Από το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal–Wallis προέκυψαν τέσσερις στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς με εκπαίδευση Πανεπιστημίου/ΤΕΙ (Mean Rank = 65,69), εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερο επίπεδο άγχους ως κατάσταση ενώ χαμηλότερο επίπεδο καταγράφηκε στους ασθενείς με εκπαίδευση έως δημοτικό (Mean Rank = 38,75) ($H = 14,3$, $df = 3$, $p = 0,003$). Παρόμοια, ως προς το άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου, σημαντικά υψηλότερο επίπεδο καταγράφηκε στους ασθενείς με εκπαίδευση γυμνασίου (Mean Rank = 68,54), ενώ χαμηλότερο επίπεδο καταγράφηκε στους ασθενείς με εκπαίδευση έως δημοτικό (Mean Rank = 38,99) ($H = 13,8$, $df = 3$, $p = 0,003$). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι ασθενείς με εκπαίδευση Πανεπιστημίου/ΤΕΙ (Mean Rank = 64,79) εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερο φόβο για τις βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου, ενώ χαμηλότερο φόβο εμφάνισαν οι ασθενείς με εκπαίδευση έως δημοτικό (Mean Rank = 41,36) ($H = 11,4$, $df = 3$, $p = 0,010$). Παρόμοια, ως προς τις μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου, υψηλότερος μέσος φόβος καταγράφηκε στους ασθενείς με εκπαίδευση γυμνασίου (Mean Rank = 61,42), ενώ χαμηλότερος φόβος καταγράφηκε στους ασθενείς με εκπαίδευση έως δημοτικό (Mean Rank = 40,50) ($H = 10,0$, $df = 3$, $p = 0,019$). (Πίνακας 8).

Πίνακας 8. Σύγκριση ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών: αποτελέσματα μη παραμετρικού κριτηρίου Kruskal Wallis

	Εκπαίδευση	N	Mean Rank	p
Άγχος ως κατάσταση	Έως δημοτικό	44	38,75	0,003
	Γυμνάσιο	12	57,67	
	Λύκειο	22	53,34	
	Πανεπιστήμιο ΤΕΙ	21	65,69	
	Σύνολο	99		
Άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου	Έως δημοτικό	44	38,99	0,003
	Γυμνάσιο	12	68,54	
	Λύκειο	22	53,61	

	Πανεπιστήμιο /ΤΕΙ	21	58,69	
	Σύνολο	99		
Ενσυναίσθηση ιατρών	Έως δημοτικό	44	54,11	0,640
	Γυμνάσιο	12	45,13	
	Λύκειο	22	47,52	
	Πανεπιστήμιο /ΤΕΙ	21	46,76	
	Σύνολο	99		
Βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	Έως δημοτικό	44	41,36	0,010
	Γυμνάσιο	12	60,42	
	Λύκειο	22	47,48	
	Πανεπιστήμιο /ΤΕΙ	21	64,79	
	Σύνολο	99		
Μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	Έως δημοτικό	44	40,50	0,019
	Γυμνάσιο	12	61,42	
	Λύκειο	22	52,39	
	Πανεπιστήμιο /ΤΕΙ	21	60,88	
	Σύνολο	99		
		Kruskal- Wallis H	df	p
Άγχος ως κατάσταση		14,3	3	0,003
Άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου		13,8	3	0,003
Ενσυναίσθηση ιατρών		1,7	3	0,640
Βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου		11,4	3	0,010
Μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου		10,0	3	0,019

Στον Πίνακα 9 δίνονται τα αποτελέσματα του μη παραμετρικού κριτηρίου Kruskal Wallis για τη σύγκριση ως προς το επάγγελμα των ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν μια στατιστικά σημαντική διαφορά με τους συνταξιούχους (Mean Rank = 70,70) να αναγνωρίζουν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό την ενσυναίσθηση των ιατρών ($H = 9,7$, $df = 3$, $p = 0,021$).

Πίνακας 9. Σύγκριση ως προς το επάγγελμα των ασθενών: αποτελέσματα μη παραμετρικού κριτηρίου Kruskal Wallis

	Επάγγελμα	N	Mean Rank	p
Άγχος ως κατάσταση	Οικιακά	63	50,74	0,181
	Δημόσιος υπάλληλος	8	65,88	
	Ιδιωτικός υπάλληλος	18	47,97	
	Συνταξιούχος	10	36,30	
	Σύνολο	99		
Άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου	Οικιακά	63	48,33	0,055
	Δημόσιος υπάλληλος	8	71,50	
	Ιδιωτικός υπάλληλος	18	54,19	
	Συνταξιούχος	10	35,75	
	Σύνολο	99		
Ενσυναίσθηση ιατρών	Οικιακά	63	44,74	0,021
	Δημόσιος υπάλληλος	8	43,94	
	Ιδιωτικός υπάλληλος	18	59,61	
	Συνταξιούχος	10	70,70	
	Σύνολο	99		
	Οικιακά	63	50,57	0,234

Βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	Δημόσιος υπάλληλος	8	62,13	
	Ιδιωτικός υπάλληλος	18	51,00	
	Συνταξιούχος	10	34,90	
	Σύνολο	99		
Μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	Οικιακά	63	48,18	0,412
	Δημόσιος υπάλληλος	8	63,13	
	Ιδιωτικός υπάλληλος	18	54,22	
	Συνταξιούχος	10	43,35	
	Σύνολο	99		

	Kruskal-Wallis H	df	p
Άγχος ως κατάσταση	4,9	3	0,181
Άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου	7,6	3	0,055
Ενσυναίσθηση ιατρών	9,7	3	0,021
Βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	4,3	3	0,234
Μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	2,9	3	0,412

Στον Πίνακα 10 δίνονται τα αποτελέσματα του μη παραμετρικού κριτηρίου Kruskal Wallis για τη σύγκριση ως προς την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι άγαμοι/ες (Mean Rank = 60,72) εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερο επίπεδο άγχους ως χαρακτηριστικό του ατόμου, ($H = 10,1$, $df = 3$, $p = 0,017$). Αντίστοιχα, οι διαζευγμένοι/ες (Mean Rank = 66,00) εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερο φόβο για τις βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου. Παρόμοια, οι διαζευγμένοι/ες ασθενείς (Mean Rank = 78,42) εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερο φόβο για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου ($H = 14,4$, $df = 3$, $p = 0,002$) (Πίνακας 10).

Πίνακας 10. Σύγκριση ως προς την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών: αποτελέσματα μη παραμετρικού κριτηρίου Kruskal Wallis

	Οικογενειακή κατάσταση:	N	Mean Rank	p
Άγχος ως κατάσταση	Άγαμος/η	25	55,66	0,361
	Έγγαμος/η	45	53,60	
	Χήρος/α	25	42,46	
	Διαζευγμένος/η	6	47,67	
	Σύνολο	101		
Άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου	Άγαμος/η	25	60,72	0,017
	Έγγαμος/η	45	52,92	
	Χήρος/α	25	35,86	
	Διαζευγμένος/η	6	59,17	
	Σύνολο	101		
Ενσυναίσθηση ιατρών	Άγαμος/η	25	50,20	0,725
	Έγγαμος/η	45	53,79	
	Χήρος/α	25	49,36	
	Διαζευγμένος/η	6	40,25	
	Σύνολο	101		
Βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	Άγαμος/η	25	51,00	0,046
	Έγγαμος/η	45	56,24	
	Χήρος/α	25	37,96	
	Διαζευγμένος/η	6	66,00	
	Σύνολο	101		

Μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	Άγαμος/η	25	62,06	0,002
	Έγγαμος/η	45	48,64	
	Χήρος/α	25	37,60	
	Διαζευγμένος/η	6	78,42	
	Σύνολο	101		

	Kruskal-Wallis H	df	p
Άγχος ως κατάσταση	3,2	3	0,361
Άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου	10,1	3	0,017
Ενσυναίσθηση ιατρών	1,3	3	0,725
Βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	8,0	3	0,046
Μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	14,4	3	0,002

Στον Πίνακα 11 δίνονται τα αποτελέσματα του μη παραμετρικού κριτηρίου Kruskal Wallis για τη σύγκριση ως προς το με ποιον μένουν οι ασθενείς. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως ασθενείς που ζουν με σύντροφο (Mean Rank = 60,50) αναγνώρισαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό την ενσυναίσθηση των ιατρών ($H = 9,7$, $df = 3$, $p = 0,021$). (Πίνακας 11).

Πίνακας 11. Σύγκριση ως προς το με ποιόν ζουν οι ασθενείς: αποτελέσματα μη παραμετρικού κριτηρίου Kruskal Wallis

	Ζω με	N	Mean Rank	p
Άγχος ως κατάσταση	Σύζυγο	42	52,80	0,181
	Σύζυγο και παιδιά	44	44,94	
	Μόνος/η μου	10	56,70	
	Με σύντροφο	3	62,67	
	Σύνολο	99		
Άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου	Σύζυγο	42	61,07	0,055
	Σύζυγο και παιδιά	44	39,78	
	Μόνος/η μου	10	47,15	
	Με σύντροφο	3	54,33	
	Σύνολο	99		
Ενσυναίσθηση ιατρών	Σύζυγο	42	48,25	0,021
	Σύζυγο και παιδιά	44	49,86	
	Μόνος/η μου	10	54,80	
	Με σύντροφο	3	60,50	
	Σύνολο	99		
Βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	Σύζυγο	42	56,79	0,234
	Σύζυγο και παιδιά	44	45,93	
	Μόνος/η μου	10	35,85	
	Με σύντροφο	3	61,83	
	Σύνολο	99		
	Σύζυγο	42	56,23	0,412
	Σύζυγο και παιδιά	44	42,89	

Μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	Μόνος/η μου	10	51,80
	Με σύντροφο	3	61,17
	Σύνολο	99	

	Kruskal- Wallis H	df	p
Άγχος ως κατάσταση	4,9	3	0,181
Άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου	7,6	3	0,055
Ενσυναίσθηση ιατρών	9,7	3	0,021
Βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	4,3	3	0,234
Μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	2,9	3	0,412

Στον Πίνακα 12 δίνονται τα αποτελέσματα του μη παραμετρικού κριτηρίου Mann–Whitney για τη σύγκριση των ασθενών ως προς το αν είχαν υποβληθεί ξανά σε επέμβαση. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς που είχαν υποβληθεί ξανά σε επέμβαση και σε εκείνους που δεν είχαν υποβληθεί ξανά σε επέμβαση ($p > 0,05$).

Πίνακας 12. Σύγκριση ως προς το αν οι ασθενείς είχαν υποβληθεί ξανά σε επέμβαση: αποτελέσματα μη παραμετρικού κριτηρίου Mann-Whitney

	Προηγούμενη επέμβαση	N	Mean Rank	Sum of Ranks	P
Άγχος ως κατάσταση	Όχι	33	52,06	1718,00	0,799
	Ναι	68	50,49	3433,00	
	Σύνολο	101			
Άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου	Όχι	33	47,86	1579,50	0,452
	Ναι	68	52,52	3571,50	
	Σύνολο	101			
Ενσυναίσθηση ιατρών	Όχι	33	52,14	1720,50	0,785
	Ναι	68	50,45	3430,50	
	Σύνολο	101			
Βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	Όχι	33	56,00	1848,00	0,231
	Ναι	68	48,57	3303,00	
	Σύνολο	101			
Μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	Όχι	33	44,33	1463,00	0,110
	Ναι	68	54,24	3688,00	
	Σύνολο	101			

	Mann-Whitney U	P
Άγχος ως κατάσταση	1087,0	0,799
Άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου	1018,5	0,452
Ενσυναίσθηση ιατρών	1084,5	0,785
Βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	957,0	0,231
Μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	902,0	0,110

Στον Πίνακα 13 δίνονται τα αποτελέσματα του μη παραμετρικού κριτηρίου Mann-Whitney για τη σύγκριση ως προς το αν οι ασθενείς γνώριζαν από τι πάσχουν. Τα αποτελέσματα πως οι ασθενείς που δεν γνώριζαν από τι πάσχουν (Mean Rank = 72,88) εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερο επίπεδο άγχους ως χαρακτηριστικό του ατόμου συγκριτικά με τους ασθενείς που γνώριζαν από τι πάσχουν (Mean Rank = 45,26) ($U = 380,50$, $p < 0,001$). Επίσης, οι ασθενείς που γνώριζαν από τι πάσχουν (Mean Rank = 54,11) αναγνώρισαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό την ενσυναίσθηση των ιατρών σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν γνώριζαν από τι πάσχουν (Mean Rank = 39,17) ($U = 591,50$, $p = 0,037$). Τέλος, οι ασθενείς που δεν γνώριζαν από τι πάσχουν (Mean Rank = 64,83) εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερο φόβο για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου σε σύγκριση με τους ασθενείς που γνώριζαν από τι πάσχουν (Mean Rank = 47,37) ($U = 549,50$, $p = 0,015$).

Πίνακας 13. Σύγκριση ως προς το αν οι ασθενείς γνώριζαν από τι πάσχουν: αποτελέσματα μη παραμετρικού κριτηρίου Mann-Whitney

	Γνωρίζετε από τι πάσχετε	N	Mean Rank	Sum of Ranks	p
Άγχος ως κατάσταση	Όχι	21	55,17	1158,50	0,463
	Ναι	80	49,91	3992,50	
	Σύνολο	101			
Άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου	Όχι	21	72,88	1530,50	<0,001
	Ναι	80	45,26	3620,50	
	Σύνολο	101			
Ενσυναίσθηση ιατρών	Όχι	21	39,17	822,50	0,037
	Ναι	80	54,11	4328,50	
	Σύνολο	101			
	Όχι	21	55,95	1175,00	0,383
	Ναι	80	49,70	3976,00	

Βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	Σύνολο	101			
Μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	Όχι	21	64,83	1361,50	0,015
	Ναι	80	47,37	3789,50	
	Σύνολο	101			

	Mann-Whitney U	p
Άγχος ως κατάσταση	752,5	0,463
Άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου	380,5	<0,001
Ενσυναίσθηση ιατρών	591,5	0,037
Βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	736,0	0,383
Μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	549,5	0,015

4.6 Συσχέτιση άγχους ασθενών, φόβου για την επέμβαση και ενσυναίσθησης ιατρών

Στον Πίνακα 14 δίνονται τα αποτελέσματα του συντελεστή συσχέτισης Spearman μεταξύ άγχους ασθενών, φόβου για την επέμβαση και ενσυναίσθησης ιατρών. Από την ανάλυση προκύπτει πως το άγχος ως κατάσταση σχετίζεται σημαντικά και θετικά με το άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου ($\rho = 0,708$, $p < 0,001$). Επίσης, η ενσυναίσθηση των ιατρών σχετίζεται σημαντικά και αρνητικά τόσο με το άγχος ως κατάσταση ($\rho = -0,633$, $p < 0,001$), όσο και με το άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου ($\rho = -0,548$, $p < 0,001$). Τα αποτελέσματα έδειξαν πως ο φόβος για τις βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου σχετίζεται σημαντικά και θετικά με το άγχος ως κατάσταση ($\rho = 0,650$, $p < 0,001$) και με το άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου ($\rho = 0,610$, $p < ,001$), ενώ σχετίζεται σημαντικά και αρνητικά με την ενσυναίσθηση των ιατρών ($\rho = -0,547$, $p < 0,001$). Παρόμοια, ο φόβος για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου σχετίζεται σημαντικά και θετικά με το άγχος ως κατάσταση ($\rho = ,537$, $p < 0,001$), με το άγχος ως

χαρακτηριστικό του ατόμου ($\rho = 0,554$, $p < 0,001$) και με τον φόβο για τις βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου ($\rho = 0,636$, $p < 0,001$), ενώ σχετίζεται σημαντικά και αρνητικά με την ενσυναίσθηση των ιατρών ($\rho = -0,471$, $p < 0,001$).

Πίνακας 14. Αποτελέσματα συντελεστή συσχέτισης Spearman μεταξύ άγχους ασθενών, φόβου για την επέμβαση και ενσυναίσθησης ιατρών

		Άγχος ως κατάσταση	Άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου	Ενσυναίσθη ση ιατρών	Βραχυπρόθεσμ ες συνέπειες του χειρουργείου	Μακροπρό θεσμες συνέπειες του χειρουργεί ου
Άγχος ως κατάσταση	rho	--				
	p	.				
	N	101				
Άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου	rho	0,708**	--			
	p	<0,001	.			
	N	101	101			
Ενσυναίσθηση ιατρών	rho	-0,633**	-0,548**	--		
	p	<0,001	<0,001	.		
	N	101	101	101		
Βραχυπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	rho	0,650**	0,610**	-0,547**	--	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	.	
	N	101	101	101	101	
Μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου	rho	0,537**	0,554**	-0,471**	0,636**	--
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	.
	N	101	101	101	101	101

4.7 Γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον φόβο για την επέμβαση

Στον Πίνακα 15 δίνονται τα αποτελέσματα της γραμμικής παλινδρόμησης (forward selection) με εξαρτημένη μεταβλητή τον φόβο για βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της επέμβασης και ανεξάρτητες το άγχος, την ενσυναίσθηση των ιατρών και τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως το τελικό μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης προέκυψε πως είναι στατιστικά σημαντικό, $F(5, 93) = 25,286, p < 0,001$. Το σύνολο των μεταβλητών προβλέπει το 58% της μεταβλητότητας του φόβου για τις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της επέμβασης.

Από την ανάλυση προέκυψε πως στατιστικά σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες του φόβου για τις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της επέμβασης είναι το άγχος κατάστασης ($B = 0,244, \beta = 0,380, p < 0,001$), το άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου ($B = 0,384, \beta = 0,328, p = 0,002$), η προηγούμενη επέμβαση ($B = -4,701, \beta = -0,220, p = 0,003$), το φύλο ($B = 4,983, \beta = 0,217, p = 0,005$) και το με ποιον ζουν οι ασθενείς ($B = -1,909, \beta = -0,151, p = 0,042$). Τα ευρήματα δείχνουν πως η αύξηση του άγχους κατάστασης και του άγχους ως χαρακτηριστικού του ατόμου προβλέπουν αύξηση του φόβου των ασθενών για τις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της επέμβασης. Αντίστοιχα, το αν έχουν υποβληθεί ξανά οι ασθενείς σε επέμβαση μειώνει το φόβο τους για τις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της επέμβασης, ενώ οι άντρες έχουν σημαντικά μικρότερο φόβο για τις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της επέμβασης.

Πίνακας 15. Αποτελέσματα γραμμικής παλινδρόμησης (forward selection) με εξαρτημένη μεταβλητή το φόβο για βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της επέμβασης και ανεξάρτητες το άγχος, την ενσυναίσθηση των ιατρών και τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
5	0,76	0,58	0,55	6,70

	Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
1	Regression	5678,919	5	1135,784	25,286	<0,001
	Residual	4177,404	93	44,918		
	Σύνολο	9856,323	98			

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p,
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	-9,556	5,386		-1,774	0,079
Άγχος ως κατάσταση	0,244	0,069	0,380	3,537	<0,001
Άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου	0,384	0,123	0,328	3,114	0,002
Προηγούμενη επέμβαση	-4,701	1,523	-0,220	-3,086	0,003
Φύλο	4,983	1,728	0,217	2,884	0,005
Ζω με	-1,909	0,926	-0,151	-2,062	0,042

Στον Πίνακα 16 δίνονται τα αποτελέσματα της γραμμικής παλινδρόμησης (forward selection) με εξαρτημένη μεταβλητή τον φόβο για μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της επέμβασης και ανεξάρτητες το άγχος, την ενσυναίσθηση των ιατρών και τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως το τελικό μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης προέκυψε πως είναι στατιστικά σημαντικό, $F(4, 94) = 19,622$, $p < 0,001$.

Το σύνολο των μεταβλητών προβλέπει το 46% της μεταβλητότητας του φόβου για τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της επέμβασης.

Από την ανάλυση προέκυψε πως στατιστικά σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες του φόβου για τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της επέμβασης είναι το άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου ($B = 0,710$, $\beta = 0,441$, $p < 0,001$), το φύλο ($B = 9,918$, $\beta = 0,314$, $p < 0,001$) και το επάγγελμα ($B = 2,015$, $\beta = 0,158$, $p = 0,050$). Τα ευρήματα δείχνουν πως η αύξηση του άγχους ως χαρακτηριστικού του ατόμου προβλέπει αύξηση του φόβου των ασθενών για τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της επέμβασης. Ενώ οι άντρες έχουν σημαντικά μικρότερο φόβο για τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της επέμβασης. Τέλος, το επάγγελμα προβλέπει σημαντικά το φόβο των ασθενών για τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της επέμβασης.

Πίνακας 15. Αποτελέσματα γραμμικής παλινδρόμησης (forward selection) με εξαρτημένη μεταβλητή το φόβο για μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της επέμβασης και ανεξάρτητες το άγχος, την ενσυναίσθηση των ιατρών και τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	0,76	0,58	0,55	6,70

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
1 Regression	8504,493	4	2126,123	19,622	<0,001
Residual	10185,345	94	108,355		
Σύνολο	18689,838	98			

		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
Model		B	Std, Error	Beta	t	p,
4	(Constant)	-38,199	8,346		-4,577	<0,001
	Άγχος ως κατάσταση	0,155	0,104	0,175	1,485	0,141
	Άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου	0,710	0,183	0,441	3,888	<0,001
	Φύλο	9,918	2,697	0,314	3,678	<0,001
	Επάγγελμα	2,015	1,014	0,158	1,989	0,050

Σύνοψη αποτελεσμάτων

- Μέτριο επίπεδο άγχους κατάστασης και άγχους ως χαρακτηριστικού.
- Μέτριο επίπεδο φόβου για τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις/συνέπειες της επέμβασης.
- Οι ασθενείς με βάση την εμπειρία τους αντιλαμβάνονται πως οι ιατροί επέδειξαν ένα μέτριο επίπεδο ενσυναίσθησης.
- Ως προς το φύλο: οι γυναίκες εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερο επίπεδο άγχους ως κατάσταση, καθώς και σημαντικά υψηλότερο φόβο για τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου. Αντίθετα, οι άντρες αναγνώρισαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό την ενσυναίσθηση των ιατρών.
- Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο άγχος ως κατάσταση, στο άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου και στον φόβο για τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου. Οι ασθενείς με εκπαίδευση Πανεπιστημίου/ΤΕΙ εμφάνισαν υψηλότερο άγχος ως κατάσταση και υψηλότερο φόβο για τις βραχυπρόθεσμες συνέπειες, ενώ οι ασθενείς με εκπαίδευση γυμνασίου εμφάνισαν υψηλότερο άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου και υψηλότερο φόβο για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες.
- Ως προς το επάγγελμα, στατιστικά σημαντική διαφορά προέκυψε μόνο στην ενσυναίσθηση των ιατρών. Οι συνταξιούχοι αναγνώρισαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό την ενσυναίσθηση των ιατρών, ενώ χαμηλότερος μέσος όρος καταγράφηκε στους δημόσιους υπαλλήλους.
- Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου και στον φόβο για τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου. Οι άγαμοι/ες ασθενείς εμφάνισαν υψηλότερο άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου, ενώ οι διαζευγμένοι/ες ασθενείς εμφάνισαν υψηλότερο φόβο για τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες της επέμβασης.
- Ως προς το με ποιον ζουν οι ασθενείς, προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο στην ενσυναίσθηση των ιατρών. Οι ασθενείς που ζουν με σύντροφο αναγνώρισαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό την ενσυναίσθηση των ιατρών.

- Ως προς το αν είχαν υποβληθεί ξανά σε επέμβαση δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.
- Ως προς το αν οι ασθενείς γνώριζαν από τι πάσχουν, οι ασθενείς που δεν γνώριζαν από τι πάσχουν εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερο άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου και σημαντικά υψηλότερο φόβο για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου. Αντίθετα, οι ασθενείς που γνώριζαν από τι πάσχουν αναγνώρισαν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό την ενσυναίσθηση των ιατρών.
- Το άγχος ως κατάσταση σχετίστηκε σημαντικά και θετικά με το άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου. Επίσης, ο φόβος για τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες του χειρουργείου σχετίστηκε σημαντικά και θετικά με τις δύο διαστάσεις του άγχους. Αντίθετα, η ενσυναίσθηση των ιατρών σχετίστηκε σημαντικά και αρνητικά με το άγχος και με τον φόβο για τις συνέπειες του χειρουργείου.
- Από τη γραμμική παλινδρόμηση για τον φόβο για τις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της επέμβασης προέκυψε πως σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες ήταν το άγχος κατάστασης, το άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου, η προηγούμενη επέμβαση, το φύλο και το με ποιον ζουν οι ασθενείς.
- Από τη γραμμική παλινδρόμηση για τον φόβο για τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της επέμβασης προέκυψε πως σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες ήταν το άγχος ως χαρακτηριστικό του ατόμου, το φύλο και το επάγγελμα.

Κεφάλαιο πέμπτο

Συζήτηση

5.1 Συζήτηση

Το άγχος αποτελεί μια σύνθετη ψυχοφυσιολογική αντίδραση που εμφανίζεται όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με ερεθίσματα τα οποία υπερβαίνουν τους μηχανισμούς προσαρμογής του, επηρεάζοντας τη σκέψη, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του. Στον χώρο της υγείας, το προεγχειρητικό άγχος συνιστά μια ιδιαίτερα συχνή και αναμενόμενη κατάσταση, η οποία σχετίζεται με την αβεβαιότητα της χειρουργικής επέμβασης, την αναισθησία, τον φόβο του πόνου, των επιπλοκών και της έκβασης της υγείας του ασθενούς (Kok et al., 2023; Perks, Chakravarti & Manninen, 2009; Pokharel et al., 2011).

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν σε σημαντικό βαθμό τα ευρήματα άλλων ερευνών της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, καθώς οι ασθενείς της Ορθοπαιδικής Κλινικής της Μονάδας Νάουσας του Γενικού Νοσοκομείου Ημαθίας, εμφάνισαν συνολικά μέτρια επίπεδα άγχους, γεγονός που υποδηλώνει ότι το προεγχειρητικό άγχος αποτελεί μια αναμενόμενη αλλά όχι ακραία ψυχολογική αντίδραση στον συγκεκριμένο πληθυσμό. Παράλληλα, καταγράφηκε μέτριο επίπεδο φόβου για τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες της επέμβασης, εύρημα που συνδέεται άμεσα με τη βιβλιογραφία, η οποία τονίζει ότι η αβεβαιότητα για το χειρουργικό αποτέλεσμα και τη μετεγχειρητική πορεία αποτελεί βασικό πυρήνα της ψυχολογικής επιβάρυνσης των ασθενών (Garcia et al., 2018; Suriano et al., 2009; Best et al., 2015).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται μέτριο επίπεδο ενσυναίσθησης από τους ιατρούς, το οποίο ωστόσο του βοηθάει. Αυτό συνδέεται με τη θεωρία που υποστηρίζει ότι η ενσυναίσθηση των επαγγελματιών υγείας λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας έναντι του άγχους, ενισχύοντας το αίσθημα ασφάλειας, κατανόησης και εμπιστοσύνης του ασθενούς (Keshtkar et al., 2024).

Στην παρούσα έρευνα επιβεβαιώθηκε ότι η ενσυναίσθηση σχετίζεται αρνητικά τόσο με το άγχος όσο και με τον φόβο για τις συνέπειες της επέμβασης, γεγονός που συμφωνεί με τη διεθνή βιβλιογραφία ότι η ποιοτική επικοινωνία και η υποστηρικτική

προσέγγιση μειώνουν το προεγχειρητικό στρες (Holzer et al., 2024; Riedel & Jack, 2024; Sullivan et al., 2009).

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών φαίνεται επίσης να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, όπως έχει αναφερθεί και στη βιβλιογραφία. Οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και φόβου, εύρημα που συμφωνεί με τη μελέτη των Moser et al. (2003), η οποία αναφέρει αυξημένη προεγχειρητική συναισθηματική επιβάρυνση στο γυναικείο φύλο. Αντίθετα, οι άνδρες ανέφεραν υψηλότερη αντίληψη ενσυναίσθησης από τους ιατρούς, εύρημα που μπορεί να ερμηνευθεί μέσα από τη διαφορετική εμπειρική αξιολόγηση της επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας, όπως περιγράφεται και από τους Berg et al. (2013). Το μορφωτικό επίπεδο επηρέασε επίσης σημαντικά τις ψυχολογικές μεταβλητές. Οι πιο μορφωμένοι ασθενείς εμφάνισαν υψηλότερο άγχος κατάστασης και φόβο για τις άμεσες συνέπειες της επέμβασης, πιθανόν λόγω μεγαλύτερης πληροφόρησης και επίγνωσης των κινδύνων. Αντίθετα, οι λιγότερο μορφωμένοι εμφάνισαν υψηλότερο άγχος ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας και φόβο για τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις, κάτι που μπορεί να συνδέεται με χαμηλότερη πρόσβαση σε έγκυρη πληροφόρηση, όπως υποστηρίζεται και από τους Hawighorst et al. (2004) και Walker (2007), όπου η ενημέρωση αναδεικνύεται ως κρίσιμος παράγοντας μείωσης της αβεβαιότητας. Η οικογενειακή κατάσταση και το κοινωνικό πλαίσιο διαβίωσης φαίνεται επίσης να επηρεάζουν το άγχος και την αντίληψη της ενσυναίσθησης. Οι άγαμοι και οι διαζευγμένοι ασθενείς παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και φόβου, γεγονός που συνάδει με τη βιβλιογραφική θέση ότι η κοινωνική υποστήριξη δρα προστατευτικά έναντι του προεγχειρητικού στρες (Garcia et al., 2018; Suriano et al., 2009). Παράλληλα, οι ασθενείς που ζούσαν με σύντροφο αξιολόγησαν πιο θετικά την ενσυναίσθηση των ιατρών, πιθανόν λόγω μεγαλύτερης συναισθηματικής υποστήριξης.

Άλλο ένα σημαντικό εύρημα αποτελεί η επίδραση της γνώσης της διάγνωσης. Οι ασθενείς που γνώριζαν από τι πάσχουν εμφάνισαν χαμηλότερο άγχος και υψηλότερη αντίληψη ενσυναίσθησης, γεγονός που αναδεικνύει τον καθοριστικό ρόλο της ενημέρωσης και της σαφούς επικοινωνίας στην ψυχολογική προετοιμασία πριν τη χειρουργική επέμβαση (Hughes, 2002; Kruzik, 2009; Gustafsson, 2011; Varadhan et al., 2010).

Τέλος, οι αναλύσεις παλινδρόμησης επιβεβαίωσαν ότι το άγχος κατάστασης, το άγχος ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας, το φύλο και η κοινωνική υποστήριξη αποτελούν σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες του φόβου για τις συνέπειες της επέμβασης. Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύουν τη θεωρητική παραδοχή ότι το προεγχειρητικό άγχος είναι πολυπαραγοντικό φαινόμενο, όπως αναδεικνύεται και από τους Caumo et al. (2001) και Carr et al. (2006).

5.2 Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Αρχικά, πρόκειται για μελέτη εγκάρσιας σχεδίασης, γεγονός που δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιωδών συμπερασμάτων μεταξύ των μεταβλητών, αλλά μόνο συσχετίσεων. Συνεπώς, δεν είναι δυνατό να προσδιοριστεί με βεβαιότητα η κατεύθυνση των σχέσεων μεταξύ άγχους, φόβου και ενσυναίσθησης.

Επιπλέον, το δείγμα της έρευνας ενδέχεται να μην είναι πλήρως αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού των χειρουργικών ασθενών, καθώς περιορίζεται σε συγκεκριμένο νοσοκομειακό πλαίσιο και χρονική περίοδο συλλογής δεδομένων. Αυτό ενδέχεται να περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων σε άλλους πληθυσμούς, υγειονομικές δομές ή διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα.

Ένας ακόμη σημαντικός περιορισμός αφορά τη σχετικά ομοιογενή ηλικιακή κατανομή του δείγματος, με μέσο όρο ηλικίας περίπου τα 60,1 έτη. Η συγκέντρωση των συμμετεχόντων σε ένα στενό ηλικιακό εύρος περιορίζει τη δυνατότητα διερεύνησης διαφορών που σχετίζονται με την ηλικία, η οποία στη βιβλιογραφία έχει αναγνωριστεί ως παράγοντας που επηρεάζει τόσο την ένταση του προεγχειρητικού άγχους όσο και την αντίληψη της ιατρικής επικοινωνίας και ενσυναίσθησης.

Επιπρόσθετα, η συλλογή δεδομένων βασίστηκε σε αυτοαναφερόμενα ερωτηματολόγια, τα οποία ενδέχεται να επηρεάζονται από υποκειμενικότητα, σφάλματα ανάκλησης ή κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις. Ιδίως σε ένα κλινικό περιβάλλον αυξημένου στρες, όπως το προεγχειρητικό στάδιο, οι απαντήσεις των ασθενών ενδέχεται

να αντανακλούν περισσότερο τη στιγμιαία συναισθηματική τους κατάσταση παρά μια σταθερή ψυχολογική εκτίμηση. Επιπλέον, δεν ελέγχθηκαν επαρκώς πιθανές συγχυτικές μεταβλητές, όπως προϋπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές, επίπεδο γενικευμένου άγχους πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο, χρήση αγχολυτικής φαρμακευτικής αγωγής ή η ποιότητα της προηγούμενης εμπειρίας με το σύστημα υγείας, οι οποίες θα μπορούσαν να επηρεάσουν σημαντικά τα επίπεδα άγχους και φόβου.

Παρά τους παραπάνω περιορισμούς, η παρούσα έρευνα συμβάλλει ουσιαστικά στην κατανόηση της σχέσης μεταξύ προεγχειρητικού άγχους, φόβου και αντιλαμβανόμενης ενσυναίσθησης των ιατρών από ασθενές που πρόκειται να υποβληθούν σε ορθοπαιδική χειρουργική επέμβαση. Τα ευρήματα αναδεικνύουν τη σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας και της ενσυναίσθησης ως προστατευτικών παραγόντων έναντι της ψυχολογικής επιβάρυνσης των ασθενών, ενώ ταυτόχρονα ενισχύουν τη βιβλιογραφία σε έναν κλινικά σημαντικό τομέα που επηρεάζει άμεσα την εμπειρία νοσηλείας και την μετεγχειρητική πορεία των ασθενών.

Κεφάλαιο έκτο

Συμπεράσματα

6.1 Συμπεράσματα

Όσον αφορά τα γενικά συμπεράσματα, η παρούσα έρευνα στην Ορθοπαιδική Κλινική της Μονάδας Νάουσας του Γενικού Νοσοκομείου Ημαθίας καταδεικνύει ότι το προεγχειρητικό άγχος και ο φόβος αποτελούν υπαρκτές ψυχολογικές καταστάσεις στους ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε ορθοπαιδικής φύσης εγχείρηση, οι οποίες εμφανίζονται σε μέτρια επίπεδα. Η ενσυναίσθηση των ιατρών αξιολογείται επίσης σε μέτρια επίπεδα και αναδεικνύεται ως σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με τη μείωση του άγχους και του φόβου. Τα ευρήματα δείχνουν ότι η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς πριν το χειρουργείο επηρεάζεται από ένα σύνολο αλληλοεπιδρώντων παραγόντων και δεν μπορεί να αποδοθεί σε μία μόνο αιτία.

Όσον αφορά τα ειδικά συμπεράσματα, οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα προεγχειρητικού άγχους και φόβου σε σύγκριση με τους άνδρες, ενώ οι άνδρες αξιολογούν υψηλότερα την ενσυναίσθηση των ιατρών. Το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών σχετίζεται με διαφοροποιήσεις στο άγχος και τον φόβο, χωρίς ενιαία κατεύθυνση, γεγονός που υποδηλώνει διαφορετικούς τρόπους αντίληψης και αξιολόγησης της ιατρικής πληροφόρησης. Η οικογενειακή κατάσταση και η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζουν τα επίπεδα άγχους και φόβου, με τους ασθενείς χωρίς σταθερό υποστηρικτικό περιβάλλον να εμφανίζουν μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση. Η γνώση της διάγνωσης συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα άγχους και καλύτερη αντίληψη της ενσυναίσθησης των ιατρών, υπογραμμίζοντας τη σημασία της ενημέρωσης.

Τέλος, το άγχος ως κατάσταση και ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας αποτελεί βασικό παράγοντα πρόβλεψης του φόβου για τις συνέπειες της επέμβασης, ενώ η ενσυναίσθηση των ιατρών δρα προστατευτικά μειώνοντας την ψυχολογική επιβάρυνση.

6.2 Προτάσεις

Με βάση τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, προκύπτουν ορισμένες σημαντικές προτάσεις για την κλινική πράξη. Καθώς η ενσυναίσθηση των ιατρών σχετίζεται αρνητικά

με το προεγχειρητικό άγχος και τον φόβο των ασθενών, κρίνεται απαραίτητη η ενίσχυση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σε δεξιότητες επικοινωνίας, ενεργητικής ακρόασης και ενσυναίσθητικής προσέγγισης, μέσω οργανωμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων και σεμιναρίων. Παράλληλα, δεδομένου ότι η επαρκής ενημέρωση και η γνώση της διάγνωσης φαίνεται να συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα άγχους και υψηλότερη αντίληψη ενσυναίσθησης, προτείνεται η ανάπτυξη πιο δομημένων και εξατομικευμένων πρωτοκόλλων προεγχειρητικής ενημέρωσης, τα οποία θα παρέχουν σαφείς και κατανοητές πληροφορίες σχετικά με τη χειρουργική διαδικασία, τις πιθανές επιπλοκές και τη μετεγχειρητική πορεία. Επιπλέον, λόγω των διαφοροποιήσεων που καταγράφηκαν ως προς το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και την οικογενειακή κατάσταση, είναι σημαντική η υιοθέτηση εξατομικευμένης προσέγγισης των ασθενών, με ιδιαίτερη έμφαση σε ομάδες που εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα άγχους, όπως οι γυναίκες, οι άγαμοι και οι διαζευγμένοι ασθενείς, καθώς και όσοι παρουσιάζουν υψηλότερη ευαλωτότητα λόγω προσωπικών χαρακτηριστικών. Επιπρόσθετα, προτείνεται η ενίσχυση της κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης των ασθενών μέσω της δημιουργίας διεπιστημονικών ομάδων φροντίδας, στις οποίες θα συμμετέχουν ιατροί, νοσηλευτές και ψυχολόγοι, με στόχο την έγκαιρη αναγνώριση και διαχείριση του προεγχειρητικού άγχους.

Όσον αφορά τις μελλοντικές έρευνες, με βάση τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, αυτές θα μπορούσαν να υιοθετήσουν διαχρονικό σχεδιασμό, ώστε να παρακολουθούνται τα επίπεδα άγχους πριν και μετά την επέμβαση, επιτρέποντας έτσι την κατανόηση της εξέλιξής τους και την πιθανή αιτιώδη συσχέτιση με παρεμβάσεις. Επιπλέον, θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμη η διερεύνηση παρεμβατικών προγραμμάτων με στόχο τη μείωση του προεγχειρητικού άγχους, όπως δομημένη ενημέρωση, ψυχοεκπαίδευση και προγράμματα ενίσχυσης της ενσυναίσθησης των επαγγελματιών υγείας μέσω εκπαίδευσης στην επικοινωνία.

Επίσης, μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να εξετάσουν πιο εξειδικευμένους πληθυσμούς ασθενών στις ορθοπαιδικές χειρουργικές επεμβάσεις, ώστε να εντοπιστούν πιθανές διαφοροποιήσεις στο επίπεδο άγχους και στους παράγοντες που το επηρεάζουν.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Alattas, S. A., Smith, T., Bhatti, M., Wilson-Nunn, D., & Donell, S. (2017). Greater pre-operative anxiety, pain and poorer function predict a worse outcome of a Σύνολο knee arthroplasty. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 25, 3403–3410.

Bailey, L. (2010). Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN Journal*, 92(4), 445–457.

Barel, P. S., Sousa, C. S., Poveda, V. de B., & Turrini, R. N. T. (2018). Anxiety and knowledge of patients before being subjected to orthognathic surgery. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2081–2086.

Bayrak, A., Sagioglu, G., & Copuroglu, E. (2019). Effects of preoperative anxiety on intraoperative hemodynamics and postoperative pain. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 29, 868–873.

Berg, K., Kaspersen, R., Unby, C., & Frisman, G. H. (2013). The interaction between the patient and nurse anesthetist immediately before elective coronary artery bypass surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 28(5), 283–290.

Best, M., Aldridge, L., Butow, P., Olver, I., Price, M., & Webster, F. (2015). Assessment of spiritual suffering in the cancer context: A systematic literature review. *Palliative & Supportive Care*, 13, 1335–1361.

Bloor, M., & Horobin, G. (1975). Conflict and conflict resolution in doctor-patient interactions. In C. Cox & A. Mead (Eds.), *A sociology of medical practice*. London: Collier Macmillan.

Bowling, A., Rowe, G., & McKee, M. (2013). Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: A population survey. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(4), 143–149.

Brokalaki, E. I., Sotiropoulos, G. C., Tsaras, K., & Brokalaki, H. (2005). Awareness of diagnosis and information-seeking behavior of hospitalized cancer patients in Greece. *Supportive Care in Cancer*, 13, 938–942.

Busby, A., & Gilchrist, B. (1992). The role of the nurse in the medical ward round. *Journal of Advanced Nursing*, 17(3), 339–346.

Cainzos, M. A., & González-Vinagre, S. (2014). Informed consent in surgery. *World Journal of Surgery*, 38(7), 1587–1593.

Cao, J. J., Yin, C. L., Li, X. M., Sha, X. J., Li, L., Sun, C. Y., Zhang, L. L. (2025). Effects of preoperative psychological stress on selected parameters in older patients undergoing Σύνολο hip arthroplasty. *World Journal of Psychiatry*, 15.

Carr, E., Brockbank, K., Allen, S., & Strike, P. (2006). Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 341–352.

Carter, L., & Evans, T. (1996). Preoperative visiting: A role for theatre nurses. *British Journal of Nursing*, 5(4), 204–207.

Caumo, W., Schmidt, A. P., Schneider, C. N., Bergmann, J., Iwamoto, C. W., & Bandeira, D. (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 45, 298–307.

Cserép, Z., et al. (2012). The impact of preoperative anxiety and education level on long-term mortality after cardiac surgery. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 7, 86.

Davis, C. M. (1990). What is empathy, and can empathy be taught? *Physical Therapy*, 70(11), 707–711.

DiMatteo, M. R., & Martin, L. R. (2011). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: Πεδίο.

Ebirim, L., & Tobin, M. (2010). Factors responsible for pre-operative anxiety in elective surgical patients. *Internet Journal of Anesthesiology*, 29.

Fields, S. K., Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Kane, G., & Magee, M. (2004). Comparisons of nurses and physicians on empathy. *Evaluation & the Health Professions*, 27, 80–94.

Fountoulakis K.N., Papadopoulou M., Kleanthous S., Papadopoulou A., Bizeli V., Nimatoudis, I., Iacovides A., Kaprinis, G.S. (2006). Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the State-Trait Anxiety Inventory form Y: preliminary data. *Ann Gen Psychiatry*. 2006 Jan 31; 5:2.

- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine*. New York: Dodd, Mead.
- Garcia, A. C. M., et al. (2018). Therapeutic listening and anxiety reduction. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3027.
- Goebel, S., Kaup, L., & Mehdorn, H. (2011). Measuring preoperative anxiety in patients with intracranial tumors. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, 23(4), 297–303.
- Griffiths, P., et al. (2016). Nurse staffing and patient outcomes. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 213–225.
- Gustafsson, U. O. (2011). Adherence to the Enhanced Recovery After Surgery Protocol and Outcomes After Colorectal Cancer Surgery. *Archives of Surgery*, 146(5), 571.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of General Internal Medicine*, 18, 670–674.
- Hojat, M., et al. (2002). Empathy in medical students. *Medical Education*, 36, 522–527.
- Hughes, S. (2002). Pre-operative information and patient outcomes. *Nursing Standard*, 16(28), 33–37.
- Kane, G.C., Gotto, J.L., Mangione, S., West, S., Hojat, M. (2007). Jefferson scale of patient's perceptions of physician empathy: preliminary psychometric data. *Croat Med J*, 48, 81–86.
- Keshtkar, L., et al. (2024). Practitioner empathy and patient satisfaction. *Systematic Review*.
- Kjølhede, P., et al. (2012). Stress coping and recovery. *BJOG*, 119(8), 998–1006.
- Kok, X. L. F., et al. (2023). Social support and pre-operative anxiety. *Systematic Review*.
- Kruzik, N. (2009). Benefits of preoperative education. *AORN Journal*, 90(3), 381–387.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234–247.

Martin, E. B., et al. (2015). Communication of emotions in healthcare. *Patient Education and Counseling*, 98, 1248–1254.

Meyer, L., et al. (2022). Self-hypnosis and surgical recovery. *Gynecologic Oncology*, 116.

Moser, D. K., et al. (2003). Anxiety management in critical care. *Intensive & Critical Care Nursing*, 19, 276–288.

Nigussie, S., et al. (2014). Predictors of preoperative anxiety. *BMC Surgery*, 14, 67.

Olson, J. K. (1995). Nurse empathy and patient distress. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 27, 317–322.

Ozaras, G., & Abaan, S. (2018). Trust in nurse–patient relationship. *Nursing Ethics*, 25(5), 628–639.

Perks, A., et al. (2009). Preoperative anxiety in neurosurgical patients. *Journal of Neurosurgical Anesthesiology*, 21, 127–130.

Powell, R., et al. (2016). Psychological preparation and surgery outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Rosen, S., Svensson, M., & Nilsson, U. (2008). Anxiety in peri-anesthesia patients. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 23, 237–246.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., and Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2006). Patient information in surgery. *Patient Education and Counseling*, 61, 5–15.

Syed, A., et al. (2026). Preoperative stress mechanisms. *Brain Sciences*, 16(2), 219.

Theunissen, M., Peters, M. L., Schouten, E. G. W., Fiddelaers, A. A. A., Willemsen, M. G. A., Pinto, P. R., Marcus, M. A. E. (2014). Validation of the Surgical Fear Questionnaire in Adult Patients Waiting for Elective Surgery. *PLoS ONE*, 9(6), e100225.

Tomás, C. C., Oliveira, E., Sousa, D., Uba-Chupel, M., Furtado, G., Rocha, C., Rama, L. (2016). Proceedings of the 3rd IPLeiria's International Health Congress: Leiria, Portugal. 6-7 May 2016. *BMC Health Services Research*, 16 Suppl 3(Suppl 3), 200.

Varadhan, K. K., Lobo, D. N., & Ljungqvist, O. (2010). Enhanced Recovery After Surgery: The Future of Improving Surgical Care. *Critical Care Clinics*, 26(3), 527–547.

Wang, R., et al. (2022). Non-pharmacologic anxiety approaches. *Frontiers in Public Health*, 10, 854673.

Weng, H. C. (2008). Physician emotional intelligence. *Healthcare Management Review*, 33(4), 280–288.

Whitworth, J., et al. (1998). Complementary therapy in cardiac surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(4), 87–94.

Williams, J. B., et al. (2013). Preoperative anxiety and cardiac surgery outcomes. *American Journal of Cardiology*, 111, 137–142.

Zhang, X., et al. (2023). Physician empathy systematic review. *Systematic Review*.

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

Αθανασίου, Π. (2020). Διερεύνηση προεγχειρητικού άγχους ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε προγραμματισμένη ορθοπαιδική επέμβαση σε σύγκριση με την ενημέρωσή τους, Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πάτρα.

Αναγνωστοπούλου, Ι., Σίσκου, Ο., & Γαλάνης, Π. (2012). Ικανοποίηση ασθενών. *Νοσηλευτική*, 51, 216–226.

Βενιού, Α., & Τεντολούρης, Ν. (2013). Επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30, 613–618.

Γαλάνης, Π. (2012). Χρησιμοποιώντας το κατάλληλο ερωτηματολόγιο στις επιδημιολογικές μελέτες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29, 744-755.

Καλλέργης, Γ. (2003). *Οδηγός ενημέρωσης και επικοινωνίας με τον ασθενή*. Αθήνα: Medical Graphics.

Κουργιουντάκη, Α., Φασόη, Γ., Κελέση, Μ., Καμπά, Ε. & Στανοπούλου, Α. (2017), «Ενημέρωση του ασθενή και προεγχειρητικό άγχος», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, τχ. 16, αρ. 1. Ιανουάριος – Μάρτιος, 2017, 15-32.

Λιάκος, Α., & Γιαννίτση, Σ. (1984). «Κλίμακα άγχους Spielberger», *Εγκέφαλος*, 21(1), 71–76.

- Μαντή, Π., & Τσελεπή, Χ. (2000). Κοινωνικές και πολιτιστικές πτυχές της υγείας. Αθήνα: ΕΑΠ.
- Μούσσας, Γ. Ι., Καρκάνιας, Α. Π., & Παπαδοπούλου, Α. Γ. (2010). Επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. *Ψυχιατρική*, 21, 148–157.
- Ναούμ, Σ. (2019). *Διερεύνηση των αντιλήψεων των χρηστών υπηρεσιών υγείας για την ενσυναίσθηση των ιατρών και αξιολόγηση της ικανοποίησής τους από τις προσφερόμενες υπηρεσίες σε στρατιωτική μονάδα Πολεμικής Αεροπορίας*, Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πάτρα.
- Παπά, Γ. (2018). *Προεγχειρητικό άγχος ασθενών που υποβάλλονται σε προγραμματισμένες επεμβάσεις και συσχέτιση με την ικανοποίηση από την ενημέρωση χειρουργών και αναισθησιολόγων σε Γενικό Νοσοκομείο της 2^{ης} ΥΠΕ*, Διπλωματική Εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πάτρα.
- Πατελάρου, Α., Μπελέση, Π., & Τσίου, Χ. (2015). Προεγχειρητικό άγχος. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32, 45–53.
- Ραφτόπουλος, Β. (2002). Ικανοποίηση ηλικιωμένων ασθενών. Διδακτορική διατριβή, ΕΚΠΑ.
- Σαχίνη-Καρδάση, Ά. (2000). *Μεθοδολογία έρευνας: Εφαρμογές στο χώρο της υγείας*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.
- Τσουνής, Α., & Σαράφης, Π. (2014). Επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31, 534–540.
- Τσιμτσίου, Ζ. (2006). Σχέση ιατρού-ασθενούς. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 13, 28–43.
- Τυριτίδου, Α. (2018). Συσχέτιση μεταξύ της ενσυναίσθησης στη σχέση γιατρού ασθενή και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής του ασθενή. Διπλωματική εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πάτρα.

Παράρτημα 1 Έντυπο συναίνεσης

	ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
---	--

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Τίτλος: Διερεύνηση του προεγχειρητικού άγχους ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε ορθοπαιδική επέμβαση και της επίδρασης της αντιλαμβανόμενης από αυτούς ενσυναίσθησης των ιατρών.

Κύριος ερευνητής: Βασιάδης Ιωάννης, Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Μεταπτυχιακός Φοιτητής Προγράμματος «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα αντίστοιχα τετραγωνίδια για να δηλώσετε συναίνεση

Έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει το περιεχόμενο του Εντύπου Πληροφόρησης	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Μου δόθηκε αρκετός χρόνος για να αποφασίσω, αν θέλω να συμμετέχω σε αυτή την έρευνα	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Έχω λάβει ικανοποιητικές εξηγήσεις για τη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Καταλαβαίνω ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και μπορώ να αποχωρήσω οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς να δώσω εξηγήσεις και χωρίς καμία συνέπεια	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Κατανοώ ότι αν αποχωρήσω από την έρευνα τα δεδομένα μου θα καταστραφούν	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Γνωρίζω με ποιον μπορώ να επικοινωνήσω, αν επιθυμώ περισσότερες πληροφορίες για την έρευνα	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Γνωρίζω σε ποιον μπορώ να απευθυνθώ για παράπονα ή καταγγελίες	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
Γνωρίζω σε ποιον μπορώ να απευθυνθώ για να ασκήσω τα δικαιώματά μου	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐

Εχω ενημερωθεί για χρήση ιατρικού φακέλου.	ΝΑΙ ☐	ΟΧΙ ☐
--	-------------------------------------	-------------------------------------

Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντος:	
Υπογραφή	Ημερομηνία
Ονοματεπώνυμο ερευνητή:	
Υπογραφή	Ημερομηνία

Παράρτημα 2 Έντυπο ενημέρωσης



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Έντυπο πληροφόρησης

Τίτλος έρευνας: Διερεύνηση του προεγχειρητικού άγχους ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε ορθοπαιδική επέμβαση και της επίδρασης της αντιλαμβανόμενης από αυτούς ενσυναίσθησης των ιατρών.

Κύριος
ερευνητής: Βασιάδης Ιωάννης

Αγαπητέ κύριε/κυρία

Πρόκειται να ζητηθεί η συμμετοχή σας σε μια έρευνα που διεξάγεται από τον Βασιάδη Ιωάννη, ορθοπαιδικό χειρουργό και μεταπτυχιακό φοιτητή του Προγράμματος «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου. Οι ακόλουθες πληροφορίες παρέχονται προς ενημέρωσή σας, προκειμένου να αποφασίσετε αν επιθυμείτε να συμμετέχετε σε αυτή.

Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση προεγχειρητικού άγχους των ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε ορθοπαιδική επέμβαση αλλά και να εξαχθούν αποτελέσματα αναφορικά με την επίδραση που ασκεί η αντιλαμβανόμενη από αυτούς ενσυναίσθηση των ιατρών στη διαχείρισή του.

Άτομα που μπορούν να συμμετέχουν στην έρευνα

Στην έρευνα μπορούν να συμμετέχουν ασθενείς της Ορθοπαιδικής Κλινικής της Μονάδας Νάουσας του Γενικού Νοσοκομείου Ημαθίας, οι οποίοι προσέρχονται για προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση και γνωρίζουν να διαβάζουν και να κατανοούν την ελληνική γλώσσα.

Ποια θα είναι η συμμετοχή μου στην έρευνα. Ποιες διαδικασίες θα ακολουθηθούν;

Εφόσον δεχθείτε να λάβετε μέρος στην παρούσα έρευνα, θα χρειαστεί να συμπληρώσετε τα ακόλουθα ερωτηματολόγια: α) Ορισμένα κοινωνικο-δημογραφικά σας στοιχεία (π.χ. ηλικία, φύλο), β) το ερωτηματολόγιο άγχους (STAI-State-Trait Anxiety Inventory), γ) το ερωτηματολόγιο φόβου χειρουργικής επέμβασης (SFQ-Surgical Fear Questionnaire) και δ) το ερωτηματολόγιο Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy (JSPPE) για την ενσυναίσθηση.

Το χρονικό διάστημα συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων υπολογίζεται συνολικά περίπου στα 15 λεπτά.

Έχω κάποια οφέλη από τη συμμετοχή μου στην έρευνα;

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι χωρίς κόστος και δεν έχει άμεσα οφέλη για εσάς. Ωστόσο, θεωρούμε ότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θα μας παρέχει χρήσιμα στοιχεία για τη διαχείριση του προεγχειρητικού άγχους.

Ποια είναι τα πιθανά μειονεκτήματα και οι κίνδυνοι συμμετοχής στη μελέτη αυτή;

Δεν προβλέπεται κάποιο κόστος ή κίνδυνος από τη συμμετοχή σας στη μελέτη αυτή.

Μπορώ να αρνηθώ να συμμετάσχω στην έρευνα;

Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι σε εθελοντική βάση και έχετε το δικαίωμα να αρνηθείτε να συμμετάσχετε, χωρίς καμία επίπτωση.

Έχετε επίσης το δικαίωμα να διακόψετε τη συμμετοχή σας στην έρευνα, ενώ αρχικά είχατε συμφωνήσει και να ζητήσετε οι όποιες πληροφορίες έχετε ήδη δώσει να διαγραφούν.

Τι πρέπει να γνωρίζω για τα θέματα ιδιωτικότητας / εμπιστευτικότητας;

Η έρευνα είναι ανώνυμη και οι απαντήσεις σας θα είναι κωδικοποιημένες και μη αναγνωρίσιμες. Οι πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιονδήποτε συμμετέχοντα δεν θα δημοσιευτεί, παρά μόνο συνολικά τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία και το προσωπικό απόρρητο των συμμετεχόντων στην έρευνα, θα τηρηθούν στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, δεσμευομένων όλων των μελών της ερευνητικής ομάδας.

Τα δεδομένα θα αποθηκευτούν, αναλυθούν και αναφερθούν με βάση τη νομοθεσία για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων.

Τα αρχεία της έρευνας θα φυλαχθούν για διάστημα ενός έτους μετά την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας και στη συνέχεια θα καταστραφούν.

Η έρευνα χρηματοδοτείται από κάποιο ιατρικό κέντρο, φαρμακευτική εταιρία ή άλλο οργανισμό;

Η παρούσα έρευνα δεν χρηματοδοτείται από κάποιο φορέα.

Η έρευνα αυτή έχει εγκριθεί από κάποιο φορέα;

Το θέμα της έρευνας έχει εγκριθεί από το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου και το Επιστημονικό Συμβούλιο της Μονάδας Νάουσας του Γενικού Νοσοκομείου Ημαθίας.

Ποια είναι τα στοιχεία του κύριου ερευνητή;

Ο κύριος ερευνητής είναι ο Βασιάδης Ιωάννης, ορθοπαιδικός χειρουργός και μεταπτυχιακός φοιτητής και τα στοιχεία του είναι, email: jiannis.vasiadis@gmail.com και τηλέφωνο: 6982366383. Σε αυτόν μπορείτε να ζητήσετε περισσότερες πληροφορίες για την παρούσα έρευνα ή να διαμαρτυρηθείτε εάν έχετε κάποιο παράπονο. Επιβλέπων καθηγητής της διπλωματικής εργασίας είναι ο κ. Κωνσταντινίδης Θεοχάρης (konstantinidis.theocharis@ac.eap.gr).

Ολοκληρώνοντας την ανάγνωση του εντύπου και έχοντας λύσει ο ερευνητής και πιθανές άλλες απορίες σας, αν συμφωνείτε να συμμετάσχετε στην έρευνα, παρακαλώ υπογράψτε το έντυπο συναίνεσης πριν την έναρξη συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.

Ευχαριστώ
Ο ερευνητής

Βασιάδης Ιωάννης

Παράρτημα 3 Ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Η έρευνα είναι ανώνυμη, οι απαντήσεις σας θα είναι κωδικοποιημένες, εμπιστευτικές και αφού τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας, θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με θέμα «Διερεύνηση του προεγχειρητικού άγχους ασθενών που πρόκειται να υποβληθούν σε ορθοπαιδική επέμβαση και της επίδρασης της αντιλαμβανόμενης από αυτούς ενσυναίσθησης των ιατρών.».

Παρακαλείσθε, για την ακρίβεια των αποτελεσμάτων της έρευνας, να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια.

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση ή απορία μπορείτε να επικοινωνήσετε στο e-mail: jiannis.vasiadis@gmail.com.

Ευχαριστώ πολύ για τη συμμετοχή και τον χρόνο σας.

Βασιάδης Ιωάννης

Ορθοπαιδικός χειρουργός

Μεταπτυχιακός φοιτητής

Πρόγραμμα «Διοίκηση Μονάδων Υγείας»

Σχολή Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου

Μέρος 1^ο

Κοινωνικά - Δημογραφικά στοιχεία

1. Φύλο:

α) Γυναίκα ☐ β) Άνδρας ☐ γ) Άλλο ☐

2. Ηλικία (σε έτη):

3. Εθνικότητα:

α) Ελληνική ☐ β) Άλλη ☐ Παρακαλώ δηλώστε ποια.....

4. Τόπος μόνιμης κατοικίας:

α) Ημαθία ☐ β) Άλλος ☐ Παρακαλώ δηλώστε ποιος.....

5. Εκπαίδευση:

α) έως Δημοτικό ☐ β) Γυμνάσιο ☐ γ) Λύκειο ☐ δ) ΑΕΙ-ΤΕΙ ☐
ε) Άλλο.....

6. Επάγγελμα:

α) Οικιακά ☐ β) Δημόσιος υπάλληλος ☐ γ) Ιδιωτικός υπάλληλος ☐
δ) Συνταξιούχος ☐ ε) Άλλο.....

7. Οικογενειακή κατάσταση:

α) Άγαμος/η ☐ β) Έγγαμος/η ☐ γ) Χήρος/α ☐ δ) Διαζευγμένος/η ☐

8. Ζω με:

α) Σύζυγο ☐ β) Σύζυγο και παιδιά ☐ γ) Μόνος/η μου ☐ δ) Με σύντροφο ☐
ε) Άλλο.....

9. Προηγούμενη επέμβαση: Ναι ☐ Όχι ☐. Αν ναι, τι είδους επέμβαση:

Ορθοπαιδική ☐ Άλλη ☐

10. Γνωρίζετε από τι πάσχετε; Ναι ☐ Όχι ☐

11. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις πληροφορίες που λάβατε πριν την επέμβαση;

α) Πολύ ικανοποιημένος/η ☐
β) Ικανοποιημένος/η ☐

γ) Κανένα από τα δυο ☐

δ) Δυσανεστημένος/η ☐

ε) Πολύ δυσανεστημένος/η ☐

Μέρος 2^ο

1.1 Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης STAI – X-1

Οδηγίες: Παρακάτω υπάρχει ένας αριθμός προτάσεων που άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια επιλέξτε μια από τις επιλογές που ακολουθούν, σημειώνοντας τον αντίστοιχο αριθμό, για να δείξετε πως αισθάνεστε αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μην ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε πρόταση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει καλύτερα αυτό που αισθάνεστε ΤΩΡΑ.

Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ
1	2	3	4

1.	Αισθάνομαι ήρεμος/η.	1	2	3	4
2.	Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
3.	Νιώθω μια εσωτερική ένταση.	1	2	3	4
4.	Έχω αγωνία	1	2	3	4
5.	Αισθάνομαι άνετα.	1	2	3	4
6.	Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	1	2	3	4
7.	Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες.	1	2	3	4
8.	Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
9.	Αισθάνομαι άγχος.	1	2	3	4
10.	Αισθάνομαι βολικά.	1	2	3	4
11.	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
12.	Αισθάνομαι νευρικότητα.	1	2	3	4
13.	Αισθάνομαι ήσυχος/η.	1	2	3	4
14.	Βρίσκομαι σε διέγερση.	1	2	3	4

15.	Είμαι χαλαρωμένος/η.	1	2	3	4
16.	Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
17.	Ανησυχώ.	1	2	3	4
18.	Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή.	1	2	3	4
19.	Αισθάνομαι υπερένταση	1	2	3	4
20.	Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4

1.2 Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης STAI – X-2

Οδηγίες: Παρακάτω υπάρχει ένας αριθμός προτάσεων που άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια επιλέξτε μια από τις επιλογές που ακολουθούν, σημειώνοντας τον αντίστοιχο αριθμό, για να δείξετε πως αισθάνεστε αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μην ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε πρόταση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει καλύτερα **αυτό που αισθάνεστε ΤΩΡΑ.**

Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ
1	2	3	4

21.	Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4
22.	Κουράζομαι εύκολα.	1	2	3	4
23.	Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	1	2	3	4
24.	Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνονται να είναι οι άλλοι.	1	2	3	4
25.	Μένω πίσω στις δουλειές μου γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	1	2	3	4
26.	Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
27.	Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η, και συγκεντρωμένος/η.	1	2	3	4
28.	Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω.	1	2	3	4
29.	Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	1	2	3	4
30.	Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	1	2	3	4
31.	Έχω την τάση να βλέπω να πράγματα δύσκολα.	1	2	3	4

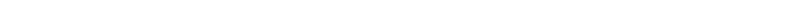
32.	Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
33.	Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
34.	Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή δυσκολίας.	1	2	3	4
35.	Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	1	2	3	4
36.	Είμαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
37.	Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και μ' ενοχλεί.	1	2	3	4
38.	Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	1	2	3	4
39.	Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	1	2	3	4
40.	Έρχομαι σε κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1	2	3	4

2. Ερωτηματολόγιο SFQ Φόβου Χειρουργικής Επέμβασης

Οδηγίες: Το παρόν ερωτηματολόγιο εκτιμά το πόσο φοβάστε διάφορες πτυχές που σχετίζονται με τη χειρουργική επέμβαση στην οποία πρόκειται να υποβληθείτε. Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό που αντανακλά καλύτερα το πώς αισθάνεσθε αυτή τη στιγμή.

Η βαθμολογία των απαντήσεων είναι η εξής:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Δεν φοβάμαι καθόλου  Φοβάμαι πολύ

	Κατάσταση		Απάντηση									
41.	Φοβάμαι τη χειρουργική επέμβαση.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42.	Φοβάμαι την αναισθησία.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43.	Φοβάμαι τον πόνο μετά τη χειρουργική επέμβαση.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

51. ____ Ο ιατρός μπορεί να δει τα πράγματα από τη δική μου οπτική (βλέπει τα πράγματα όπως τα βλέπω εγώ).
52. ____ Ο ιατρός ρωτάει σχετικά με το τι συμβαίνει στην καθημερινή μου ζωή.
53. ____ Ο ιατρός δείχνει να νοιάζεται για μένα και την οικογένειά μου.
54. ____ Ο ιατρός κατανοεί τα συναισθήματα, τα αισθήματα και τις ανησυχίες μου.
55. ____ Είναι ιατρός με κατανόηση.
-

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.