

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Εκπαίδευση ενδυνάμωσης ασθενών που υποβάλλονται σε ολική αρθροπλαστική γόνατος ή ισχίου

ΣΚΟΠΟΣ Η γήρανση του πληθυσμού οδηγεί σε αύξηση της συχνότητας εμφάνισης νόσων φθοράς, όπως η αρθρίτιδα, και συνεπακόλουθα σε αύξηση του αριθμού των προγραμματισμένων επεμβάσεων, όπως η ολική αρθροπλαστική (ΟΑ). Παράλληλα, η εκπαίδευση των ασθενών αποτελεί απαραίτητη παράμετρο της νοσηλευτικής φροντίδας και έχει συσχετιστεί με θετικές εκβάσεις υγείας. Σκοπό της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση των γνώσεων που προσδοκούν να λάβουν οι ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε ΟΑ ισχίου ή γόνατος και των γνώσεων που τελικά λαμβάνουν. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Περιγραφική μελέτη επισκόπησης και συσχέτισης, με διαχρονική παρακολούθηση σε τρεις χρονικές στιγμές: Πριν από την επέμβαση, κατά την έξοδο από το νοσοκομείο και 6 μήνες μετά. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ΟΑ σε τρία γενικά νοσοκομεία της Αττικής. Το εργαλείο συλλογής των δεδομένων ήταν το ερωτηματολόγιο προσδοκώμενης και προσληφθείσας γνώσης του ασθενούς. Σε όλη τη διάρκεια της μελέτης ακολουθήθηκαν οι αρχές της Διακήρυξης του Helsinki (2008). Διενεργήθηκε ανάλυση των δεδομένων με παραμετρικές δοκιμασίες. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Η μέση ηλικία των ασθενών του δείγματος ήταν τα 72,32 έτη. Στην πλειονότητά τους οι ασθενείς ήταν γυναίκες (71,3%), απόφοιτοι του δημοτικού (76,1%) και χωρίς επαγγελματική εκπαίδευση (80,4%). Οι ασθενείς παρουσίασαν υψηλές προσδοκίες για γνώσεις, ιδιαίτερα στη λειτουργική και στη βιοσωματική διάσταση της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης. Οι προσδοκίες, όμως, των ασθενών για γνώση, όπως μετρήθηκαν με την κλίμακα προσληφθείσας γνώσης κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο και στο διάστημα των 6 μηνών μετά την επέμβαση, δεν καλύφθηκαν επαρκώς. Περισσότερο καλύφθηκαν οι προσδοκίες των ασθενών στη λειτουργική και στη βιοσωματική διάσταση. Η ηλικία των ασθενών δεν συσχετίστηκε με την προσδοκώμενη και την προσληφθείσα γνώση. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Οι ασθενείς έδειξαν ότι είχαν μεγάλες προσδοκίες για την εκπαίδευσή τους και ότι οι προσδοκίες αυτές δεν καλύφθηκαν πλήρως, γεγονός που δυσχεραίνει την ενδυνάμωσή τους. Παράλληλα, η εκπαίδευση του ασθενούς αποτελεί σημαντική και ανεξάρτητη νοσηλευτική παρέμβαση και οι προσπάθειες για προαγωγή της θα συμβάλλουν στην αναβάθμιση του ρόλου της Νοσηλευτικής στην ελληνική κοινωνία. Στο μέλλον, είναι σημαντικό να προσφέρονται στους ασθενείς πολλές επιλογές σ' ό,τι αφορά στην εκπαίδευση και η πρωτοβουλία πρέπει να αρχίσει από τους νοσηλευτές.

Η γήρανση του πληθυσμού οδηγεί σε αύξηση του ποσοστού εμφάνισης αρθρίτιδας και, κατ' επέκταση, σε αύξηση της συχνότητας των ολικών αρθροπλαστικών (ΟΑ). Υπολογίζεται ότι το 2006 15.584 εισαγωγές στα ελληνικά νοσοκομεία αφορούσαν σε ΟΑ ισχίου.¹ Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι η ΟΑ είναι μια ευρέως διαδεδομένη και αξιόπιστη χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση της αρθρίτιδας και επιτρέπει την επιστροφή των ασθενών

στη λειτουργικότητα^{2,3} και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους,⁴ αποτελεί μεγάλη χειρουργική επέμβαση, η οποία είναι στρεσογόνος για τους ασθενείς.⁵

Η εκπαίδευση των ασθενών διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο με διαρκώς αυξανόμενη σημασία για την προαγωγή της υγείας, την προετοιμασία και την εφαρμογή των διαδικασιών, την ανάρρωση και την πρόληψη των επιπλοκών.^{6,7}

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2016, 33(3):386-398
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2016, 33(3):386-398

Π. Κοπανιτσάνου,¹
Π. Σουρτζή,²
Κ. Valkearaa,³
Χ. Λεμονίδου²

¹Γενικό Νοσοκομείο Πειραιώς «Τζάνειο», Πειραιάς

²Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

³Department of Nursing Science, University of Turku, Turku, Φινλανδία

Empowering education of patients undergoing total hip or knee arthroplasty

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Εκπαίδευση ασθενούς
Εκπαίδευση ενδυνάμωσης
Ολική αρθροπλαστική

Υποβλήθηκε 29.10.2015

Εγκρίθηκε 16.11.2015

Η βράχυνση του χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο και οι σύγχρονες τάσεις για εστίαση στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας αυξάνουν και εντατικοποιούν περαιτέρω τις εκπαιδευτικές ανάγκες των ασθενών.⁸⁻¹⁰ Επί πλέον, σήμερα η νοσηλευτική φροντίδα εστιάζει στον ασθενή, στην αυτοδιαχείριση της νόσου και στην ενδυνάμωση, προκειμένου να χρησιμοποιείται τα προσωπικά θετικά στοιχεία και την εμπειρία του για τη διατήρηση της υγείας και της ευεξίας του.¹¹⁻¹³ Απώτερος στόχος είναι η αυτονομία και η ανεξαρτησία του ασθενούς, ώστε να λαμβάνει υπεύθυνα αποφάσεις για την υγεία του.^{12,14}

Ο όρος «ενδυνάμωση» αναφέρεται συχνά στη βιβλιογραφία,^{15,16} είναι έννοια πολυδιάστατη, καθώς περιλαμβάνει τις διαφορετικές οπτικές γωνίες των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών και των συγγενών τους και χρησιμοποιείται στην παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας υγείας.¹⁶⁻¹⁸ Με την εκπαίδευση μέσω της ενδυνάμωσης οι ασθενείς μπορούν να υποστηριχθούν ώστε να ελέγχουν και να αυτοδιαχειρίζονται την κατάστασή τους σε έξι διαστάσεις: Τη βιοσωματική, τη λειτουργική, την εμπειρική, την ηθική, την κοινωνική και την οικονομική.^{17,19} Η βιοσωματική διάσταση περιλαμβάνει τις γνώσεις τις σχετικές με τα σημεία και τα συμπτώματα, την ασθένεια, τις διαγνωστικές εξετάσεις, τις εναλλακτικές επιλογές θεραπείας και τη φροντίδα. Η λειτουργική διάσταση σχετίζεται με την ενδυνάμωση στην καθημερινή ζωή, όπως τη συμμετοχή του ασθενούς στη φροντίδα και στην κινητοποίηση, ενώ η κοινωνική σχετίζεται με την επικοινωνία με την οικογένεια και τους φίλους. Η εμπειρική διάσταση αφορά σε γνώσεις σχετικές με τα συναισθήματα, τις προσδοκίες και τις ελπίδες. Η ηθική διάσταση περιλαμβάνει γνώσεις σχετικές με τα δικαιώματα του ασθενούς και το απόρρητο των πληροφοριών και, τέλος, η οικονομική αναφέρεται στο κόστος της θεραπείας και των φαρμάκων, τα επιδόματα ασθένειας και τα ασφαλιστικά ζητήματα.^{17,19} Σημαντική προϋπόθεση είναι ο ασθενής να βρίσκεται στο επίκεντρο της εκπαιδευτικής διαδικασίας, ώστε να διατυπώνει ερωτήσεις,²⁰⁻²² να επιλέγει τη γνώση που τον ενδιαφέρει^{11,17,23} και να θέτει προσωπικούς στόχους.²⁴ Η γνώση σχετικά με τις προσδοκίες των ασθενών για την εκπαίδευση που θα λάβουν είναι απαραίτητη για την ενδυνάμωσή τους.^{11,17,25}

Σκοπό της μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση των γνώσεων και των πληροφοριών που αναμένουν να λάβουν οι ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε ΟΑ γόνατος ή ισχίου, καθώς και των γνώσεων και των πληροφοριών που τελικά λαμβάνουν.

Τα επί μέρους ερευνητικά ερωτήματα ήταν: (α) Ποια γνώση αναμένουν να λάβουν οι ορθοπαιδικοί ασθενείς σχετικά με τη χειρουργική επέμβαση; (β) Ποια γνώση λαμβάνουν οι ορθοπαιδικοί ασθενείς σχετικά με τη χειρουργική

επέμβαση; (γ) Ποια η σχέση μεταξύ προσδοκώμενης και προσληφθείσας γνώσης; (δ) Υπάρχει σχέση ανάμεσα στην προσδοκώμενη και στην προσληφθείσα γνώση και σε διάφορους δημογραφικούς παράγοντες;

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Ερευνητικός σχεδιασμός – δείγμα

Πρόκειται για περιγραφική μελέτη επισκόπησης και συσχέτισης, με διαχρονική παρακολούθηση σε τρεις χρονικές στιγμές, από ασθενείς με αρθρίτιδα που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση ΟΑ γόνατος ή ισχίου σε τρία γενικά νοσοκομεία της Αττικής από τον Μάρτιο του 2009 μέχρι τον Απρίλιο του 2011. Τα κριτήρια εισαγωγής των ασθενών περιελάμβαναν τη δυνατότητα επικοινωνίας στην ελληνική γλώσσα, την ικανότητα συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, την ηλικία των ασθενών η οποία θα έπρεπε να είναι >18 ετών, την απουσία γνωσιακών διαταραχών, την υποβολή του ασθενούς σε ΟΑ ισχίου ή γόνατος και την εθελοντική συμμετοχή.

Συλλογή δεδομένων

Τα εμπειρικά δεδομένα συλλέχθηκαν κατά την εισαγωγή του ασθενούς στο νοσοκομείο και πριν από οποιαδήποτε διδασκαλία, μετά τη χειρουργική επέμβαση και πριν από την έξοδό του από το νοσοκομείο, και σε διάστημα 6 μηνών μετά από τη χειρουργική επέμβαση, με τηλεφωνική επικοινωνία.

Εργαλεία

Πριν από την έναρξη συλλογής των δεδομένων πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την εύρεση άρθρων και μελετών σχετικά με τη θεωρία της ενδυνάμωσης, καθώς και για τον εντοπισμό των κατάλληλων εργαλείων. Από τα εργαλεία που προέκυψαν, δεν χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη εκείνα που οι ερωτήσεις τους περιέχονταν ήδη σε εργαλεία τα οποία οπωσδήποτε θα χρησιμοποιούνταν στη μελέτη, έτσι ώστε να μην υπάρχουν ερωτήσεις που να επαναλαμβάνονται.

Τα εργαλεία συλλογής των δεδομένων που επιλέχθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη ήταν τα ερωτηματολόγια προσδοκώμενης (Hospital Patients' Knowledge Expectations Scale, HPKE) και προσληφθείσας γνώσης του ασθενούς (Hospital Patients' Received Knowledge Scale, HPRK).^{17,18} Τα ερωτηματολόγια αποτελούνται από 40 ερωτήσεις σχετικές με την εκπαίδευση ενδυνάμωσης και αξιολογούν, αντίστοιχα, την προσδοκώμενη γνώση και την προσληφθείσα γνώση. Έχουν την ίδια δομή, ενώ οι ερωτήσεις καλύπτουν και τις έξι διαστάσεις της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης. Συγκεκριμένα, 8 ερωτήσεις αφορούν στη βιοσωματική διάσταση, 8 ερωτήσεις στη λειτουργική διάσταση, 3 ερωτήσεις στην εμπειρική διάσταση, 9 ερωτήσεις στην ηθική διάσταση, 6 ερωτήσεις στην κοινωνική διάσταση και 6 ερωτήσεις στην οικονομική διάσταση. Οι απαντήσεις των ασθενών δίνονται σε μια τετράβαθμη κλίμακα Likert, από τον βαθμό 1 (=συμφωνώ απόλυτα) έως τον βαθμό 4

(=διαφωνών απόλυτα), ενώ ο βαθμός 0 αντιστοιχεί στην επιλογή «δεν ισχύει στην περίπτωσή μου». Επί πλέον, στο τέλος των ερωτηματολογίων αυτών υπάρχουν δύο ερωτήσεις (ερωτηματολογία για τα «συμπτώματα» και τα «συναισθήματα») σχετικά με τα συμπτώματα και τα συναισθήματα των ασθενών που περιγράφουν καλύτερα την κατάστασή τους σε σχέση με άλλα προβλήματα της υγείας τους (1=πολύ συχνά, 4=ποτέ).

Για την προσαρμογή των εργαλείων στην ελληνική γλώσσα εφαρμόστηκε η διεθνής πρακτική,^{26,27} δηλαδή πραγματοποιήθηκε μετάφραση των εργαλείων στην ελληνική γλώσσα και κατόπιν αντίστροφα από την ελληνική στην αγγλική γλώσσα (back translation), ενώ στη συνέχεια η μετάφραση εγκρίθηκε από ομάδα ειδικών (panel of experts). Τέλος, για τη μετάφραση, την προσαρμογή στην ελληνική γλώσσα και τη χρήση των εργαλείων ζητήθηκε η άδεια των συγγραφέων.

Τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών περιελάμβαναν την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο βασικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης, την επαγγελματική κατάσταση, το εάν ο ασθενής είχε εργαστεί σε υπηρεσία υγείας, την ύπαρξη ή όχι χρόνιων νοσημάτων (εκτός της αρθρίτιδας), το εάν θα υποβαλλόταν σε ΟΑ γόνατος ή ισχίου, τον αριθμό των προηγούμενων ΟΑ, και το εάν είχε νοσηλευτεί προηγούμενη φορά στο εκάστοτε νοσοκομείο. Τα ερωτηματολόγια παρουσίασαν υψηλό δείκτη αξιοπιστίας, καθώς ο δείκτης Cronbach's α κυμαινόταν από 0,946 (ερωτηματολόγιο ΗΡΚΕ) έως 0,993 (ερωτηματολόγιο ΗΡΚ).

Η πιλοτική μελέτη ολοκληρώθηκε με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από 30 ασθενείς σε τρεις μετρήσεις: Κατά την εισαγωγή του ασθενούς και πριν από τη χειρουργική επέμβαση, μετά τη χειρουργική επέμβαση και πριν από την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο και στο διάστημα των 6 μηνών μετά τη χειρουργική επέμβαση. Κατά τη συμπλήρωση και ανάλυση των δεδομένων δεν παρατηρήθηκαν προβλήματα και, επομένως, δεν απαιτήθηκαν τροποποιήσεις των εργαλείων προκειμένου να χρησιμοποιηθούν για την κύρια μελέτη.

Ηθικά ζητήματα

Σε όλη τη διάρκεια της μελέτης ακολουθήθηκαν οι αρχές της Διακήρυξης του Helsinki (2008). Οι ασθενείς ενημερώθηκαν κατάλληλα, γραπτά και προφορικά, σχετικά με τον σκοπό της μελέτης και τον τρόπο συλλογής των δεδομένων και έδωσαν τη συναίνεσή τους μετά από προφορική και γραπτή ενημέρωση. Η συμμετοχή σε όλα τα στάδια ήταν εθελοντική και οι ασθενείς είχαν τη δυνατότητα να αποχωρήσουν σε οποιοδήποτε στάδιο της μελέτης.

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων διενεργήθηκε με τις μεθόδους περιγραφικής στατιστικής και τις κατάλληλες παραμετρικές δοκιμασίες (ANOVA, t-test). Στις στατιστικές αναλύσεις περιελήφθησαν μόνο τα ερωτηματολόγια στα οποία είχαν απαντηθεί τουλάχιστον το 50% των ερωτήσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά, 214 ασθενείς συμμετείχαν στην πρώτη μέτρηση της μελέτης (πριν από την επέμβαση). Από τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν, 209 ήταν πλήρως συμπληρωμένα και σε αυτά βασίζεται η ανάλυση που ακολουθεί. Η μέση ηλικία των ασθενών του δείγματος ήταν τα 72,32 έτη (46–91, τυπική απόκλιση [TA]=7,81). Στην πλειονότητά τους, οι ασθενείς ήταν γυναίκες (71,3%), απόφοιτοι του δημοτικού ή λιγότερο (76,1%), χωρίς επαγγελματική εκπαίδευση (80,4%), συνταξιούχοι (57,9%), και με τουλάχιστον ένα χρόνιο νόσημα (65,1%). Επίσης, οι περισσότεροι ασθενείς υποβάλλονταν σε ΟΑ γόνατος κυρίως (60,3%) και μάλιστα αυτή ήταν η πρώτη τους ΟΑ (67,5%).

Αποτελέσματα στην πρώτη μέτρηση της μελέτης (προεγχειρητικά)

Στο ερωτηματολόγιο ΗΡΚΕ, όσο πιο μικρός ο μέσος όρος τόσο υψηλότερες είναι οι προσδοκίες των ασθενών για γνώση. Στην πρώτη μέτρηση (πριν από τη χειρουργική επέμβαση), ο μέσος όρος των ασθενών για τη βιοσωματική διάσταση της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης ήταν 1,10, για τη λειτουργική διάσταση 1,07, για την εμπειρική διάσταση 1,19, για την ηθική διάσταση 1,11, για την κοινωνική διάσταση 1,14 και για την οικονομική 1,17, ενώ, συνολικά, για την κλίμακα ο συνοπτικός δείκτης ήταν 1,14 (πίν. 1). Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς ενδιαφέρονταν περισσότερο να αποκτήσουν γνώσεις σχετικά με τη βιοσωματική και τη λειτουργική διάσταση και λιγότερο για την οικονομική και την εμπειρική διάσταση.

Τα ευρήματα έδειξαν ότι στη βιοσωματική διάσταση οι τομείς που ενδιέφεραν περισσότερο τους ασθενείς ήταν το πώς θα ενημερώνονταν για τα αποτελέσματα των εξετάσεων (92,3%), τις εξετάσεις στις οποίες θα υποβάλλονταν (92,8%) και τις πιθανές επιπλοκές από τη θεραπεία (91,4%), και λιγότερο για τις διαφορετικές θεραπείες που ήταν διαθέσιμες (86,1%). Για τη λειτουργική διάσταση, οι τομείς στους οποίους οι ασθενείς επιθυμούσαν να εκπαιδευτούν περισσότερο περιελάμβαναν την καταλληλότερη διαίτα (93,8%), τη διαρρύθμιση στο σπίτι (89,5%) και το πώς η ασθένεια θα επηρέαζε τις σωματικές τους λειτουργίες (91,4%), ενώ λιγότερο για το πού θα έβρισκαν τα βοηθήματα τα οποία θα χρειαζόνταν για τη μετακίνηση, τη φροντίδα του τραύματος κ.λπ. (88%). Στην εμπειρική διάσταση, οι ασθενείς ενδιαφέρονταν περισσότερο να μάθουν για τα συναισθήματα που θα τους προκαλούσε η ασθένεια και η θεραπεία (82,3%), καθώς και για το πώς μπορούσαν να αξιοποιήσουν τις προηγούμενες εμπειρίες τους από νοσηλείες στην τωρινή τους κατάσταση (78,9%), και λιγότερο σχετικά με το σε ποιον μπορούσαν να μιλήσουν για τα

Πίνακας 1. Προσδοκώμενη γνώση (ερωτηματολόγιο ΗΡΚΕ) των ασθενών σε κάθε διάσταση της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης κατά την πρώτη μέτρηση της μελέτης (προεγχειρητικά, κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο).

Διαστάσεις της κλίμακας προσδοκώμενης γνώσης	n	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστη-μέγιστη
Βιοσωματική	207	1,10	0,37	1–4
Λειτουργική	206	1,07	0,28	1–4
Εμπειρική	195	1,19	0,52	1–4
Ηθική	202	1,11	0,32	1–4
Κοινωνική	203	1,14	0,37	1–4
Οικονομική	196	1,17	0,55	1–4
Συνολική βαθμολογία ή συνοπτικός δείκτης	207	1,14	0,38	1–4

ΗΡΚΕ: Hospital Patients' Knowledge Expectations Scale (ερωτηματολόγιο προσδοκώμενης γνώσης του ασθενούς)

συναισθήματά τους (78%). Στην *ηθική διάσταση*, οι τομείς στους οποίους οι ασθενείς επιθυμούσαν να εκπαιδευτούν περισσότερο αφορούσαν στα δικαιώματα που είχαν στο νοσοκομείο (89%) και ποια ήταν η ευθύνη τους για την επιτυχία της θεραπείας (90,4%), ενώ λιγότερο ενδιαφέρονταν για το πώς μπορούσαν να έχουν πρόσβαση στον φάκελο με τα προσωπικά τους δεδομένα (84,7%). Στην *κοινωνική διάσταση*, οι ασθενείς ενδιαφέρονταν περισσότερο για το πώς μπορούσαν οι συγγενείς τους να συμμετέχουν στη φροντίδα (90%) και λιγότερο για το πώς μπορούσαν να επικοινωνήσουν με τον ιερέα του νοσοκομείου (79,4%). Τέλος, για την *οικονομική διάσταση*, οι τομείς που ενδιέφεραν περισσότερο τους ασθενείς ήταν το πόσο κόστιζαν τα προγράμματα φυσικοθεραπείας και αποκατάστασης, τα επιδόματα ασθένειας και το κόστος της περαιτέρω θεραπείας στο σπίτι (83,7%), ενώ λιγότερο για το πόσο κόστιζε η νοσηλεία στο νοσοκομείο (82,3%).

Ανεξάρτητες μεταβλητές, όπως π.χ. η ηλικία, δεν συσχετίστηκαν με τις προσδοκίες γνώσεων των ασθενών, συνολικά, για την κλίμακα προσδοκώμενης γνώσης (ΗΡΚΕ) ($p=0,769$), αλλά και ξεχωριστά για κάθε διάσταση της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης (βιοσωματική διάσταση: $p=0,810$, λειτουργική: $p=0,446$, εμπειρική: $p=0,889$, ηθική: $p=0,810$, κοινωνική: $p=0,603$, οικονομική: $p=0,748$). Επίσης, το φύλο δεν συσχετίστηκε με τις προσδοκίες σχετικά με τη γνώση, αν και ο συνοπτικός δείκτης των προσδοκιών των γυναικών ήταν 1,12 και των ανδρών 1,19, δηλαδή οι γυναίκες επιθυμούσαν περισσότερη εκπαίδευση σε σύγκριση με τους άνδρες, αλλά η εν λόγω διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p \geq 0,392$). Η βασική εκπαίδευση (έλεγχος ANOVA, $p > 0,258$), η επαγγελματική εκπαίδευση (έλεγχος ANOVA, $p > 0,259$), η εργασιακή κατάσταση (έλεγχος ANOVA, $p > 0,362$), το εάν ο ασθενής είχε εργαστεί σε υπηρεσία υγείας ή σε κοινωνική υπηρεσία στο παρελθόν ($p > 0,315$), η ύπαρξη άλλων χρόνιων νοσημάτων (εκτός από οστεοαρθρίτιδα) (έλεγχος t-test, $p=0,236$) και το εάν ο ασθενής υποβαλλόταν

σε δεύτερη ή παραπάνω ΟΑ (έλεγχος t-test, $p=0,072$) δεν συσχετίστηκαν με τις προσδοκίες γνώσης στις επί μέρους διαστάσεις και στην κλίμακα ΗΡΚΕ συνολικά. Τέλος, το εάν ο ασθενής είχε προσέλθει και πάλι στο συγκεκριμένο νοσοκομείο δεν συσχετίστηκε με τις προσδοκίες γνώσης (έλεγχος t-test, $p > 0,169$).

Αποτελέσματα στη δεύτερη μέτρηση της μελέτης (μετά από την επέμβαση και πριν την έξοδο από το νοσοκομείο)

Οι ασθενείς κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο ανέφεραν μέση διάρκεια νοσηλείας ίση με 8,86 ημέρες (εύρος: 5–24 ημέρες, ΤΑ: 3,05 ημέρες). Οι ασθενείς μετά την έξοδο από το νοσοκομείο επέστρεψαν στην οικία τους στη συντριπτική πλειονότητα (98,9%). Επίσης, το 92,6% των ασθενών απάντησε ότι η νοσηλεία τους στο νοσοκομείο ήταν όπως την ανέμεναν, ενώ το 6,4% ότι δεν ήταν όπως αναμενόταν.

Ο μέσος όρος των απαντήσεων των ασθενών στην κλίμακα προσληφθείσας γνώσης ήταν 2,05, μεγαλύτερος δηλαδή του αντίστοιχου προεγχειρητικού ($=1,14$), εύρημα το οποίο σημαίνει ότι οι προσδοκίες των ασθενών για γνώση δεν καλύφθηκαν επαρκώς (πίν. 2). Συγκεκριμένα, ο μέσος όρος της προσληφθείσας γνώσης για τη βιοσωματική διάσταση ήταν 1,89, για τη λειτουργική 1,65, για την εμπειρική 2,38, για την ηθική 2,23, για την κοινωνική 2,15 και για την οικονομική 2,35.

Επομένως, φάνηκε ότι στη *βιοσωματική διάσταση* οι τομείς στους οποίους οι ασθενείς απάντησαν ότι καλύφθηκαν περισσότερο με την εκπαίδευση ήταν σχετικά με τα συμπτώματα για την ασθένεια (63,3%) και τις εξετάσεις στις οποίες υποβλήθηκαν (61,2%), και λιγότερο για τις διαφορετικές θεραπείες που ήταν διαθέσιμες (47,3%). Για τη *λειτουργική διάσταση*, οι τομείς στους οποίους οι ασθενείς εκπαιδεύτηκαν περισσότερο αφορούσαν στο

Πίνακας 2. Προσληφθείσα γνώση (ερωτηματολόγιο HPRK) των ασθενών σε κάθε διάσταση της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης κατά τη δεύτερη μέτρηση της μελέτης (μετεγχειρητικά και πριν την έξοδο από το νοσοκομείο).

Διαστάσεις της κλίμακας προσδοκώμενης γνώσης	n	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστη-μέγιστη
Βιοσωματική	180	1,89	1,07	1-4
Λειτουργική	180	1,65	0,82	1-4
Εμπειρική	174	2,38	1,33	1-4
Ηθική	179	2,23	1,24	1-4
Κοινωνική	178	2,15	1,17	1-4
Οικονομική	177	2,35	1,33	1-4
Συνολική βαθμολογία ή συνοπτικός δείκτης	180	2,05	1,06	1-4

HPRK: Hospital Patients' Received Knowledge Scale (ερωτηματολόγιο προσληφθείσας γνώσης του ασθενούς)

είδος της φυσικής άσκησης (73,9%) και το πόσο έπρεπε να αναπαύονται (71,3%), ενώ λιγότερο για το πώς μπορούσαν οι ίδιοι να βεβαιωθούν ότι οι προσωπικές τους ανάγκες λαμβάνονταν υπ' όψη στο νοσοκομείο (51,1%). Στην εμπειρική διάσταση, οι ασθενείς εκπαιδεύτηκαν περισσότερο στο πώς μπορούσαν να αξιοποιήσουν τις προηγούμενες εμπειρίες τους από νοσηλείες στην τωρινή τους κατάσταση (46,8%) και λιγότερο σχετικά με το τι είδους συναισθήματα θα τους προκαλούσε η ασθένεια ή η θεραπεία της (42%). Στην ηθική διάσταση, οι τομείς στους οποίους οι ασθενείς εκπαιδεύτηκαν περισσότερο αφορούσαν στο ποια ήταν η ευθύνη τους για την επιτυχία της θεραπείας (58%), ενώ λιγότερο για το ποιος ήταν ο υπεύθυνος προστασίας των δικαιωμάτων του ασθενούς (42,6%) ή τα δικαιώματα των ασθενών στο νοσοκομείο (42%). Στην κοινωνική διάσταση, οι ασθενείς εκπαιδεύτηκαν περισσότερο για το ποιος θα πληροφορούσε τους συγγενείς τους για θέματα της φροντίδας (58%) και για το πώς μπορούσαν οι συγγενείς τους να συμμετέχουν στη φροντίδα (57,4%) και λιγότερο για τις οργανώσεις ασθενών και τον ρόλο τους (39,9%) ή για το πώς μπορούσαν να επικοινωνήσουν με τον ιερέα του νοσοκομείου (38,3%). Τέλος, για την οικονομική διάσταση, οι τομείς που εκπαιδεύτηκαν περισσότερο οι ασθενείς ήταν το κόστος της νοσηλείας στο νοσοκομείο (45,2%), ενώ λιγότερο για τα επιδόματα ασθένειας (41,5%) και το κόστος των φαρμάκων (41,5%).

Η ηλικία δεν συσχετίστηκε με τις προσληφθείσες γνώσεις των ασθενών συνολικά ($p=0,058$), αλλά και επί μέρους στις διαστάσεις της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης (βιοσωματική διάσταση: $p=0,740$, λειτουργική: $p=0,198$, εμπειρική: $p=0,066$, ηθική: $p=0,059$, κοινωνική: $p=0,058$, οικονομική: $p=0,052$). Επίσης, οι προσληφθείσες γνώσεις των ασθενών δεν συσχετίστηκαν με το φύλο ($p>0,216$), αν και οι γυναίκες παρουσίασαν μεγαλύτερους μέσους όρους γνώσεων σε σύγκριση με τους άνδρες σε όλες τις διαστάσεις της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης, δηλαδή θεωρούσαν ότι έλαβαν

λιγότερη γνώση. Αυτά τα αποτελέσματα προσομοίαζαν με τα αντίστοιχα της πρώτης μέτρησης της μελέτης, στην οποία, επίσης, οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερες προσδοκίες για εκπαίδευση, αλλά η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Οι προσληφθείσες γνώσεις των ασθενών δεν συσχετίστηκαν με το επίπεδο της βασικής τους εκπαίδευσης (έλεγχος ANOVA, $p>0,165$), με το επίπεδο επαγγελματικής εκπαίδευσης (έλεγχος ANOVA, $p>0,374$), με την εργασιακή κατάσταση (έλεγχος ANOVA, $p>0,763$) και με την ύπαρξη άλλων χρόνιων νοσημάτων (εκτός από την οστεοαρθρίτιδα) ($p=0,092$).

Αποτελέσματα της τρίτης μέτρησης της μελέτης (6 μήνες μετά από την επέμβαση)

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι της προσληφθείσας γνώσης των ασθενών σε κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου προσληφθείσας γνώσης ανά διάσταση εκπαίδευσης ενδυνάμωσης, καθώς και τα ποσοστά των απαντήσεων των ασθενών για όλες τις διαστάσεις της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης στην τρίτη μέτρηση της μελέτης, δηλαδή στο διάστημα των 6 μηνών μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Ο συνοπτικός δείκτης, συνολικά, για την κλίμακα HPRK ήταν 2,16, δηλαδή ακόμη μεγαλύτερος του αντίστοιχου της δεύτερης μέτρησης, εύρημα το οποίο υποδήλωνε ότι οι ασθενείς δεν έλαβαν επαρκείς γνώσεις.

Παρατηρήθηκε, επομένως, ότι στη βιοσωματική διάσταση οι τομείς στους οποίους οι ασθενείς απάντησαν ότι καλύφθηκαν περισσότερο με την εκπαίδευση ήταν σχετικά με τα συμπτώματα για την ασθένεια (57,5%), το πόσο έπρεπε να έλθουν σε επαφή με το νοσοκομείο σε περίπτωση επιδείνωσης των συμπτωμάτων (54,3%), τις εξετάσεις στις οποίες υποβλήθηκαν (54,3%) και το πώς οι ίδιοι μπορούσαν να βοηθήσουν στην πρόληψη των επιπλοκών (54,3%), ενώ λιγότερο καλύφθηκαν για τις διαφορετικές θεραπείες που ήταν διαθέσιμες (40,9%). Για τη λειτουργική διάσταση,

Πίνακας 3. Προσληφθείσα γνώση (ερωτηματολόγιο HPRK) των ασθενών σε κάθε διάσταση της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης κατά την τρίτη μέτρηση της μελέτης (στο διάστημα των 6 μηνών μετά από την έξοδο).

Διαστάσεις της κλίμακας προσληφθείσας γνώσης	n	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ελάχιστη-μέγιστη
Βιοσωματική	126	1,93	1,02	1-4
Λειτουργική	126	1,61	0,84	1-4
Εμπειρική	123	2,48	1,31	1-4
Ηθική	126	2,38	1,20	1-4
Κοινωνική	126	2,32	1,18	1-4
Οικονομική	125	2,53	1,35	1-4
Συνολική βαθμολογία ή συνοπτικός δείκτης	126	2,16	1,01	1-4

HPRK: Hospital Patients' Received Knowledge Scale (ερωτηματολόγιο προσληφθείσας γνώσης του ασθενούς)

οι τομείς στους οποίους οι ασθενείς εκπαιδεύτηκαν περισσότερο περιλάμβαναν το είδος της φυσικής άσκησης (74,8%) και το πόσο έπρεπε να αναπαύονται (68,5%), ενώ λιγότερο εκπαιδεύτηκαν για το πώς μπορούσαν οι ίδιοι να βεβαιωθούν ότι οι προσωπικές τους ανάγκες λαμβάνονταν υπ' όψη στο νοσοκομείο (54,3%). Στην εμπειρική διάσταση, οι ασθενείς εκπαιδεύτηκαν το ίδιο για το πώς μπορούσαν να αξιοποιήσουν τις προηγούμενες εμπειρίες τους από νοσηλείες σε νοσοκομείο στην τωρινή τους κατάσταση, το είδος των συναισθημάτων που θα προκαλούσε η ασθένεια και η θεραπεία τους και για το σε ποιον μπορούσαν να επικοινωνήσουν τα συναισθήματά τους (35,4%). Στην ηθική διάσταση, ο τομέας στον οποίο οι ασθενείς εκπαιδεύτηκαν περισσότερο ήταν σχετικά με το πώς να συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων για τη φροντίδα και τη θεραπεία (43,3%), πώς να καθιστούν γνωστές τις απόψεις τους (43,3%), καθώς και για την ευθύνη τους σχετικά με την επιτυχία της θεραπείας (44%), ενώ λιγότερο εκπαιδεύτηκαν για το ποιος ήταν ο υπεύθυνος προστασίας των δικαιωμάτων του ασθενούς (34,6%). Στην κοινωνική διάσταση, οι ασθενείς εκπαιδεύτηκαν περισσότερο για το πώς μπορούσαν οι συγγενείς τους να συμμετέχουν στη φροντίδα (50,4%) και λιγότερο για τις οργανώσεις ασθενών και τον ρόλο τους (35,4%) και για το πώς μπορούσαν να επικοινωνήσουν με τον ιερέα του νοσοκομείου (35,4%). Τέλος, για την οικονομική διάσταση, οι τομείς που εκπαιδεύτηκαν περισσότερο οι ασθενείς ήταν τα προγράμματα φυσικοθεραπείας και αποκατάστασης, καθώς και το κόστος τους (37,8%), ενώ λιγότερο εκπαιδεύτηκαν για τα επιδόματα ασθένειας, το κόστος των φαρμάκων και το κόστος της νοσηλείας στο νοσοκομείο (37%).

Οι προσληφθείσες γνώσεις των ασθενών (κλίμακα HPRK) μετά τους 6 μήνες από την επέμβαση δεν συσχετίστηκαν με την ηλικία των ασθενών, συνολικά, για την κλίμακα ($p=0,189$) αλλά και για τις επί μέρους διαστάσεις (βιοσωματική διάσταση: $p=0,176$, λειτουργική: $p=0,271$, εμπειρική:

$p=0,409$, ηθική: $p=0,291$, κοινωνική: $p=0,150$, οικονομική: $p=0,214$). Οι γυναίκες εμφάνισαν καλύτερους συνοπτικούς δείκτες σε σύγκριση με τους άνδρες, δηλαδή απάντησαν ότι έλαβαν περισσότερες γνώσεις, η διαφορά όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντική, τόσο για τις επί μέρους διαστάσεις όσο και για την κλίμακα συνολικά ($p>0,458$). Αυτά τα αποτελέσματα ήλθαν σε αντίθεση με τα αντίστοιχα της δεύτερης μέτρησης, στην οποία οι γυναίκες είχαν δηλώσει ότι έλαβαν λιγότερες γνώσεις σε σύγκριση με τους άνδρες, χωρίς, ωστόσο, στατιστικά σημαντική διαφορά. Τέλος, οι προσληφθείσες γνώσεις των ασθενών στη λειτουργική διάσταση της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης στο διάστημα των 6 μηνών μετά από την επέμβαση συσχετίστηκαν με το επίπεδο βασικής εκπαίδευσης των ασθενών ($p>0,027$), αλλά δεν συσχετίστηκαν με την επαγγελματική εκπαίδευση ($p>0,147$) και την εργασιακή κατάσταση ($p>0,592$).

Διαφορές προσδοκώμενης-προσληφθείσας γνώσης στις τρεις μετρήσεις της μελέτης

Στον πίνακα 4 φαίνεται ότι υπήρξε σημαντική διαφορά ανάμεσα στην προσδοκώμενη και στην προσληφθείσα γνώση των ασθενών, όπως έχει προαναφερθεί, η οποία μάλιστα αυξήθηκε στο διάστημα των 6 μηνών μετά από τη χειρουργική επέμβαση. Συγκεκριμένα, ανάμεσα στην πρώτη και στη δεύτερη μέτρηση συνολικά (για τις 40 ερωτήσεις του ΗΡΚΕ-ΗΡΚ) υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,000$) ανάμεσα στην προσδοκώμενη και στην προσληφθείσα γνώση. Περισσότερο καλύφθηκαν οι προσδοκίες των ασθενών στη λειτουργική (-0,58) και στη βιοσωματική (-0,79) διάσταση, ενώ λιγότερο καλύφθηκαν οι προσδοκίες τους για γνώση στην οικονομική (-1,18) και στην εμπειρική διάσταση (-1,19).

Η διαφορά ανάμεσα στην προσδοκώμενη και στην προσληφθείσα γνώση των ασθενών αυξήθηκε στο διάστημα των 6 μηνών μετά από την επέμβαση. Συγκεκριμένα, ανάμεσα

Πίνακας 4. Συγκρίσεις ανάμεσα στη διαφορά προσδοκώμενης και προσληφθείσας γνώσης των ασθενών (πρώτη, δεύτερη και τρίτη μέτρηση της μελέτης). Κλίμακες ΗΡΚΕ και ΗΡΚ (1=συμφωνώ απόλυτα έως 4=διαφωνώ απόλυτα, 0=δεν ισχύει στην περίπτωση μου).

Διάσταση εκπαίδευσης ενδυνάμωσης	Μέσος όρος προσδοκώμενης και ΤΑ	Μέσος όρος προσληφθείσας (μέτρηση 2) και ΤΑ	Διαφορά μέσων Μ1-Μ2	Τιμή p	Μέσος όρος προσληφθείσας (μέτρηση 3) και ΤΑ	Διαφορά μέσων Μ1-Μ3	Τιμή p	Διαφορά μέσων Μ2-Μ3	Τιμή p
Βιοσωματική	1,10 (0,37)	1,89 (1,07)	-0,79 (1,14)	0,000	1,93 (1,02)	-0,83 (1,13)	<0,001	-0,04 (1,31)	0,72
Λειτουργική	1,07 (0,28)	1,65 (0,82)	-0,58 (0,88)	0,000	1,61 (0,84)	-0,54 (0,88)	<0,001	0,04 (0,88)	0,46
Εμπειρική	1,19 (0,52)	2,38 (1,33)	-1,19 (1,46)	0,000	2,48 (1,31)	-1,29 (1,49)	<0,001	-0,10 (1,56)	0,31
Ηθική	1,11 (0,32)	2,23 (1,24)	-1,12 (1,29)	0,000	2,38 (1,20)	-1,27 (1,29)	<0,001	-0,15 (1,48)	0,24
Κοινωνική	1,14 (0,37)	2,15 (1,17)	-1,01 (1,22)	0,000	2,32 (1,18)	-1,18 (1,30)	<0,001	-0,17 (1,45)	0,11
Οικονομική	1,17 (0,55)	2,35 (1,33)	-1,18 (1,43)	0,000	2,53 (1,35)	-1,36 (1,49)	<0,001	-0,18 (1,60)	0,12
Σύνολο	1,14 (0,38)	2,05 (1,06)	-0,91 (1,15)	0,000	2,16 (1,01)	-1,02 (1,13)	<0,001	-0,11 (1,31)	0,72

ΗΡΚΕ: Hospital Patients' Knowledge Expectations Scale (ερωτηματολόγιο προσδοκώμενης γνώσης του ασθενούς), ΗΡΚ: Hospital Patients' Received Knowledge Scale (ερωτηματολόγιο προσληφθείσας γνώσης του ασθενούς), ΤΑ: Τυπική απόκλιση, Μ1: Πρώτη μέτρηση, Μ2: Δεύτερη μέτρηση, Μ3: Τρίτη μέτρηση

στην πρώτη και στην τρίτη μέτρηση συνολικά (για τις 40 ερωτήσεις του ΗΡΚΕ-ΗΡΚ) υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,001$) μεταξύ της προσδοκώμενης και της προσληφθείσας γνώσης των ασθενών. Οι μεγαλύτερες διαφορές παρατηρήθηκαν στην οικονομική (-1,36) και στην εμπειρική (-1,29) διάσταση, ενώ οι μικρότερες στη λειτουργική (-0,54) και στη βιοσωματική (-0,83) διάσταση. Μάλιστα, στη λειτουργική διάσταση η διαφορά μειώθηκε σε σύγκριση με τη διαφορά μεταξύ πρώτης και δεύτερης μέτρησης.

Τέλος, υπήρξε μικρή διαφορά, η οποία ωστόσο δεν ήταν στατιστικά σημαντική, ανάμεσα στη γνώση που προσέλαβαν οι ασθενείς (για τις 40 ερωτήσεις του ΗΡΚ) κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και πριν από την έξοδό τους (δεύτερη μέτρηση) και σε αυτή που ανέφεραν ότι είχαν 6 μήνες μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (τρίτη μέτρηση). Εντυπωσιακό ήταν το γεγονός ότι οι ασθενείς στην τρίτη μέτρηση της μελέτης ανέφεραν ότι έλαβαν περισσότερες γνώσεις στη λειτουργική διάσταση της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης σε σύγκριση με τη δεύτερη μέτρηση της μελέτης, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά. Η μικρότερη διαφορά μεταξύ των γνώσεων στη δεύτερη και στην τρίτη μέτρηση παρατηρήθηκε στη βιοσωματική διάσταση (-0,04), ενώ οι μεγαλύτερες διαφορές παρατηρήθηκαν στην κοινωνική (-0,17) και στην οικονομική (-0,18) διάσταση.

Η διαφορά προσδοκώμενης-προσληφθείσας γνώσης (μετρήσεις 1 και 2) συσχετίστηκε με την ηλικία στην ηθική ($p = 0,045$) και στην κοινωνική διάσταση της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης ($p = 0,044$) μόνο. Ωστόσο, δεν συσχετίστηκε με το φύλο ($p = 0,125$), το επίπεδο βασικής ($p = 0,558$) ή επαγγελματικής εκπαίδευσης ($p = 0,631$) και με την εργασιακή

κατάσταση ($p = 0,826$). Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είχαν μεγαλύτερη διαφορά ανάμεσα στην προσδοκώμενη και στην προσληφθείσα γνώση σε σύγκριση με τα νεότερα άτομα. Επίσης, οι γυναίκες εμφάνισαν μεγαλύτερη διαφορά (συνοπτικός δείκτης: -0,99 έναντι -0,69 των ανδρών), αλλά η σχετική διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Η διαφορά προσληφθείσας γνώσης στη δεύτερη και στην τρίτη μέτρηση δεν συσχετίστηκε με την ηλικία ($p = 0,885$). Οι γυναίκες παρουσίασαν μικρότερη διαφορά (-0,06 έναντι -0,25 των ανδρών), αλλά η συγκεκριμένη διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p = 0,504$). Η διαφορά προσδοκώμενης-προσληφθείσας γνώσης δεν συσχετίστηκε με τη βασική εκπαίδευση ($p = 0,289$), την επαγγελματική εκπαίδευση ($p = 0,277$) και την εργασιακή κατάσταση ($p = 0,745$).

Η διαφορά προσδοκώμενης-προσληφθείσας γνώσης (τρίτη μέτρηση) δεν συσχετίστηκε με την ηλικία ($p = 0,203$), τη βασική εκπαίδευση ($p = 0,525$), την επαγγελματική εκπαίδευση ($p = 0,869$) και την εργασιακή κατάσταση των ασθενών ($p = 0,825$). Αν και οι γυναίκες παρουσίασαν μικρότερη διαφορά ανάμεσα στην προσδοκώμενη και στην προσληφθείσα γνώση (συνοπτικός δείκτης: -0,99 έναντι -0,13 των ανδρών), η εν λόγω διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p = 0,551$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη είχε ως σκοπό τη διερεύνηση των γνώσεων και των πληροφοριών που αναμένουν να λάβουν οι ασθενείς οι οποίοι υποβάλλονται σε ΟΑ γόνατος ή ισχίου,

καθώς και των γνώσεων και των πληροφοριών που τελικά λαμβάνουν, καθώς επίσης της σχέσης μεταξύ της προσδοκώμενης και της προσληφθείσας γνώσης. Η πλειονότητα του δείγματος ήταν γυναίκες, ηλικιωμένοι και συνταξιούχοι ασθενείς, όπως και σε άλλες μελέτες που έχουν δημοσιευτεί στο παρελθόν.²⁸ Ωστόσο, η μέση ηλικία των ασθενών του παρόντος δείγματος ήταν μεγαλύτερη από εκείνη άλλων μελετών, καθώς η Ελλάδα παραμένει μια από τις χώρες με πολύ μεγάλο προσδόκιμο ζωής.¹ Σε διεθνείς μελέτες, η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ασθενών ήταν μικρότερη, π.χ. 60–67 έτη.^{28–30}

Η μέση τιμή των απαντήσεων των ασθενών στο ερωτηματολόγιο της προσδοκώμενης γνώσης ήταν 1,14, εύρημα το οποίο σημαίνει ότι οι ασθενείς είχαν υψηλές προσδοκίες για γνώση, καθώς όσο πιο μικρός ο μέσος όρος των απαντήσεων τόσο μεγαλύτερες ήταν οι προσδοκίες των ασθενών για γνώση. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς ενδιαφέρονταν περισσότερο να αποκτήσουν γνώσεις σχετικά με τη λειτουργική και τη βιοσωματική διάσταση της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης και λιγότερο σχετικά με την οικονομική και την εμπειρική, γεγονός μάλλον αναμενόμενο, καθώς αφ' ενός οι ασθενείς υποβάλλονται σε ΟΑ για να βελτιώσουν τη λειτουργικότητά τους και αφ' ετέρου οι ανάγκες τους άμεσα κατά τη μετεγχειρητική περίοδο αφορούν σε πρακτικά θέματα, όπως το πώς μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, ποια συμπτώματα πρέπει να αναγνωρίζουν και να αναφέρουν κ.λπ.

Οι ασθενείς κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο ενδιαφέρονταν περισσότερο για τα πρακτικά θέματα της φροντίδας τους, όπως για τα αποτελέσματα των εξετάσεων και τις πιθανές επιπλοκές, και λιγότερο για το πώς θα χρησιμοποιούσαν την εμπειρία τους από τη νοσηλεία στο νοσοκομείο στη φροντίδα στο σπίτι ή για το κόστος της θεραπείας. Αυτό μπορεί ενδεχομένως να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι ασθενείς όσο παραμένουν στο νοσοκομείο αισθάνονται ότι βρίσκονται κοντά στους επαγγελματίες υγείας, και επομένως έχουν ανθρώπους που τους φροντίζουν, ενώ η φροντίδα και η αποκατάσταση στην οικία φαίνονται –ενδεχομένως– ως γεγονότα που αφορούν στο μακρινό μέλλον. Επί πλέον, ενδέχεται να λαμβάνουν τη φροντίδα παθητικά, όπως έχει δειχθεί και σε άλλες μελέτες.^{9,31}

Ειδικότερα σ' ό,τι αφορά στα οικονομικά θέματα, το μεγαλύτερο ποσοστό του κόστους εξακολουθεί να καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, οπότε οι ασθενείς δεν φαίνεται να απασχολούνται ιδιαίτερα με το θέμα αυτό. Συνολικά, σε όλα τα θέματα της οικονομικής διάστασης οι ασθενείς έδωσαν τα υψηλότερα ποσοστά στην απάντηση «διαφωνώ απόλυτα» σε σύγκριση με κάθε άλλη διάσταση της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης. Συγκεκριμένα, διαφω-

νούσαν περισσότερο στο να εκπαιδευτούν σχετικά με τα θέματα του οικονομικού κόστους, ενώ δεν συνέβαινε το ίδιο στο να εκπαιδευτούν, για παράδειγμα, σχετικά με τα θέματα της λειτουργικής διάστασης. Εντύπωση, ωστόσο, προκαλεί το γεγονός ότι οι ασθενείς δεν φάνηκε να ενδιαφέρονταν για τα ηθικά θέματα της φροντίδας, όπως π.χ. το πώς φυλάσσεται ο ατομικός τους φάκελος. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι δεν έχουν ακόμη ευαισθητοποιηθεί σε θέματα της διαχείρισης των προσωπικών δεδομένων τους ή στο ότι δεν γνωρίζουν ότι υπάρχει σχετική νομοθεσία και ποια ακριβώς είναι τα δικαιώματά τους όσον αφορά στα εν λόγω ζητήματα. Επομένως, πρόκειται για ένα θέμα που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Ακόμη, το αυξημένο ενδιαφέρον των ασθενών σχετικά με το πώς μπορούν οι συγγενείς τους να συμμετέχουν στη φροντίδα και τη θεραπεία μπορεί να οφείλεται στην ανεπαρκή στελέχωση με νοσηλευτικό προσωπικό. Αυτό οδηγεί στην αναγκαιότητα προσφοράς φροντίδας από έναν συγγενή του ασθενούς, γεγονός που σημαίνει ότι συχνά οι συγγενείς των ασθενών αναλαμβάνουν μεγάλο μέρος της φροντίδας.³² Επίσης, είναι πιθανό οι ασθενείς να επιθυμούν να μάθουν οι συγγενείς τους τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να συνεχίσουν τη φροντίδα στην οικία μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, αφού ένα μεγάλο τμήμα της φροντίδας και κυρίως της αποκατάστασης μεταφέρεται στους συγγενείς μετά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο. Σε μια μελέτη σχετικά με την εκπαίδευση των συγγενών των ασθενών για τη μετάβαση από το νοσοκομείο στο σπίτι, η εκπαίδευση δεν αποτελούσε προτυποποιημένη διαδικασία, αλλά εξαρτιόταν από τις αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στους ασθενείς, τους συγγενείς και τους επαγγελματίες υγείας και μάλιστα συσχετιζόταν με καλύτερο συντονισμό της φροντίδας και καλύτερη παρεχόμενη φροντίδα.³³

Το γεγονός ότι οι ασθενείς ενδιαφέρονταν περισσότερο για τα πρακτικά θέματα της φροντίδας αποτελεί κοινό εύρημα με προηγούμενες μελέτες.^{29,34,35} Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται αφ' ενός στο ότι οι ασθενείς υποβάλλονται σε μια μεγάλη χειρουργική επέμβαση, όπως η ΟΑ, για να επιστρέψουν σε καλή λειτουργικότητα, και επομένως τα θέματα που τους αφορούν περισσότερο ανήκουν σε αυτή την κατηγορία, και αφ' ετέρου λόγω της σχετικής ακινητοποίησης, άμεσα μετά την επέμβαση ενδιαφέρονται να μάθουν περισσότερα για το πώς μπορούν να αυτοδιαχειριστούν την κατάστασή τους στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο.³⁶ Για παράδειγμα, σε μια μελέτη οι ασθενείς ενδιαφέρονταν περισσότερο να μάθουν για το πώς καθορίζεται ο κατάλογος αναμονής για τη χειρουργική επέμβαση, για το ποιοι επαγγελματίες υγείας θα συμμετέχουν στη θεραπεία, τις αιτίες της αρθρίτιδας και τη διαχείριση των συμπτωμάτων, την

προεγχειρητική προετοιμασία, τις εξετάσεις, τη διάρκεια νοσηλείας, τη διάρκεια μετεγχειρητικής παρακολούθησης και τις ασκήσεις που θα μπορούν να εκτελούν. Στην ίδια μελέτη, οι ασθενείς παραδέχονταν ότι δεν είχαν επαρκείς γνώσεις προεγχειρητικά σχετικά με την επέμβαση, ενώ ο φόβος αναφορικά με τη χειρουργική επέμβαση, οι εκπαιδευτικές ανάγκες των συγγενών τους σχετικά με την επέμβαση, καθώς και οι απόψεις των ίδιων των ασθενών όσον αφορά στην επιτυχία της επέμβασης και τις δικές τους ευθύνες για την επιτυχία καθόριζαν και τις προσδοκίες τους για γνώσεις.³⁶

Επομένως, αν και δεν μπορεί να προταθεί συγκεκριμένος τομέας γνώσης ως κυριότερος και περισσότερο αναγκαίος για την ενδυνάμωση των ασθενών, καθώς πάντα η εκπαίδευση πρέπει να λαμβάνει χώρα εξατομικευμένα, σύμφωνα με τις ανάγκες του κάθε ασθενούς, οι νοσηλευτές κατά τον σχεδιασμό της φροντίδας μπορούν να λαμβάνουν υπ' όψη ότι οι ασθενείς ενδιαφέρονται περισσότερο για τα πρακτικά ζητήματα της φροντίδας. Η ανάπτυξη περισσότερων εκπαιδευτικών εργαλείων καθώς και εργαλείων αξιολόγησης, τόσο των προσδοκιών όσο και των αποτελεσμάτων της εκπαίδευσης, αποτελεί αναγκαιότητα, ώστε να καλύπτονται εξατομικευμένα οι προσδοκίες των ασθενών για γνώση^{37,38} και, κατά συνέπεια, να βελτιώνεται η ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών.³⁹

Οι ασθενείς είχαν υψηλές προσδοκίες σχετικά με τις γνώσεις που επιθυμούσαν να λάβουν από τους επαγγελματίες υγείας και οι προσδοκίες αυτές δεν σχετίζονταν με δημογραφικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, η ηλικία, η εκπαίδευση και η εργασιακή κατάσταση των ασθενών δεν συσχετίστηκαν με τις προσδοκίες για απόκτηση γνώσεων. Επίσης, το φύλο δεν συσχετίστηκε με τις προσδοκίες αναφορικά με τη γνώση, αν και οι γυναίκες επιθυμούσαν περισσότερη εκπαίδευση σε σύγκριση με τους άνδρες. Και σε άλλες μελέτες οι γυναίκες παρουσίαζαν μεγαλύτερες ανάγκες για γνώση,^{28,35} αλλά και οι πιο ηλικιωμένοι ασθενείς σε σύγκριση με τους νεότερους, με στατιστικά όμως σημαντικές διαφορές,^{28,35} ενώ παρατηρήθηκαν και διαφορές σε ό,τι αφορά στις εκπαιδευτικές ανάγκες σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, με τους ασθενείς χαμηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης να αναφέρουν μεγαλύτερες ανάγκες για μάθηση και πληροφόρηση,^{28,35,40} εύρημα που δεν παρατηρήθηκε στην παρούσα μελέτη.

Συσχετίσεις ανάμεσα σε δημογραφικά χαρακτηριστικά και στις προσδοκίες για γνώση δεν προέκυψαν από την ανάλυση των ελληνικών δεδομένων, ενδεχομένως γιατί το δείγμα περιλάμβανε περισσότερες γυναίκες, ηλικιωμένους και αφυπηρητήσαντες ασθενείς. Επίσης, οι γυναίκες ασθενείς μπορεί να εμφάνισαν υψηλότερες προσδοκίες για γνώση

και μεγαλύτερη διαφορά ανάμεσα στην προσδοκώμενη και στην προσληφθείσα γνώση – αν και όχι στατιστικώς σημαντικά– επειδή βιώνουν περισσότερο stress, δυσκολίες και περιορισμούς στην καθημερινή τους ζωή σε σύγκριση με τους άνδρες και, ενδεχομένως, θεωρούν ότι με την εκπαίδευση θα είναι σε θέση να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους.

Η προσληφθείσα γνώση των ασθενών στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκε σε δύο μετρήσεις: Στη δεύτερη μέτρηση (κατά την έξοδο από το νοσοκομείο) και στην τρίτη μέτρηση (6 μήνες μετά από την επέμβαση). Οι ασθενείς δεν έλαβαν τη γνώση που επιθυμούσαν να έχουν κατά τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο, αφού στη δεύτερη μέτρηση της μελέτης ο μέσος όρος των απαντήσεών τους στο ερωτηματολόγιο προσληφθείσας γνώσης ήταν 2,05 και στην τρίτη μέτρηση ήταν 2,16, με μέγιστο το 4.

Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι, αν και οι προσδοκίες τους για εκπαίδευση δεν καλύπτονταν επαρκώς σε καμιά από τις διαστάσεις της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης, οι ασθενείς ανέφεραν ότι οι προσδοκίες τους καλύπτονταν καλύτερα σ' ό,τι αφορά στη βιοσωματική και στη λειτουργική διάσταση, ακριβώς δηλαδή στις διαστάσεις στις οποίες επιθυμούσαν εξ αρχής περισσότερη γνώση. Επίσης, η εμπειρική και η οικονομική διάσταση ήταν αυτές που καλύπτονταν λιγότερο με την εκπαίδευση, ακολουθώντας δηλαδή το μοτίβο των προσδοκιών γνώσεων των ασθενών. Ενδεχομένως αυτό το εύρημα να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς κατεύθυναν με ερωτήσεις τους το προσωπικό προς τα θέματα που τους αφορούσαν περισσότερο, αλλά και στο ότι ενδεχομένως το προσωπικό γνωρίζει καλύτερα –και άρα είναι σε θέση να απαντήσει– σχετικά με τα θέματα της βιοσωματικής διάστασης π.χ. παρά όσον αφορά στα οικονομικά ζητήματα.

Στην τρίτη μέτρηση της μελέτης, οι ασθενείς ανέφεραν ότι είχαν λάβει ακόμη λιγότερες γνώσεις σε σύγκριση με τη δεύτερη μέτρηση, ενδεχομένως λόγω του χρονικού διαστήματος που μεσολάβησε. Είναι ήδη γνωστό ότι τα αποτελέσματα της εκπαίδευσης στην αύξηση των γνώσεων διατηρούνται μόνο έως έναν βαθμό μακροπρόθεσμα.⁴¹ Επί πλέον, τα θέματα που οι ασθενείς εξακολουθούσαν να υποστηρίζουν ότι καλύφθηκαν περισσότερο με την εκπαίδευση αφορούσαν στη λειτουργική και στη βιοσωματική διάσταση, ενώ λιγότερο στην οικονομική και στην κοινωνική διάσταση. Αυτό καταδεικνύει ότι οι ανάγκες των ασθενών για εκπαίδευση δεν καλύπτονται ολιστικά και η φροντίδα παραμένει εστιασμένη στο οργανικό πρόβλημα και στην επίλυση των συμπτωμάτων.

Εντυπωσιακό, ωστόσο, είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς στην τρίτη μέτρηση της μελέτης ανέφεραν ότι έλαβαν

περισσότερες γνώσεις στη λειτουργική διάσταση της εκπαίδευσης ενδυνάμωσης σε σύγκριση με τη δεύτερη μέτρηση της μελέτης. Αυτό ίσως να οφείλεται στη συμβουλευτική που έλαβαν οι ασθενείς κατά την επαφή τους με επαγγελματίες υγείας μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο (π.χ. ιατρό χειρουργό, ιατρό κέντρου υγείας, φυσικοθεραπευτή κ.λπ.), κατά την οποία ενδεχομένως τούς δόθηκε η ευκαιρία να εκφράσουν απορίες σχετικά με καθημερινά πρακτικά προβλήματα, π.χ. τη μετακίνηση κ.λπ.

Αξίζει σε αυτό το σημείο να σημειωθεί ότι σε προηγούμενη ελληνική μελέτη έχει αναφερθεί διαφορά ανάμεσα στις προσδοκίες των ασθενών για τη φροντίδα τους και στις απόψεις των επαγγελματιών υγείας.⁴² Επίσης, σε μια διεθνή μελέτη, στην οποία συμμετείχαν και Έλληνες ασθενείς, αναφέρθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα στον τρόπο με τον οποίο ασθενείς και νοσηλευτές αξιολογούσαν πλευρές της φροντίδας, όπως η πληροφορημένη συναίνεση, η αυτονομία του ασθενούς και η ιδιωτικότητα, κατά την παροχή της φροντίδας. Μάλιστα, ενώ οι νοσηλευτές εκτιμούσαν ότι προσφέρουν τις εν λόγω δυνατότητες στους ασθενείς τους συνήθως ή συχνά, οι ασθενείς εκτιμούσαν ότι οι συγκεκριμένες δυνατότητες τούς προσφέρονται σπάνια. Στην ίδια μελέτη επισημαίνεται ότι συχνά οι νοσηλευτές θεωρούσαν ότι προσφέρουν περισσότερες πληροφορίες στους ασθενείς από όσες οι ίδιοι οι ασθενείς αντιλαμβάνονταν ότι προσλαμβάνουν. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι ακόμη και στις ημέρες μας η φροντίδα προσφέρεται με πατερναλιστικό τρόπο από τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και οι ασθενείς τείνουν να λαμβάνουν τη φροντίδα παθητικά, ώστε τελικά δεν δίνεται επαρκής προσοχή στην αυτονομία τους. Άλλα προβλήματα που οπωσδήποτε συνυπάρχουν στα ελληνικά νοσοκομεία, όπως η έλλειψη προσωπικού, επιδεινώνουν το πρόβλημα.³²

Στη δεύτερη μέτρηση της μελέτης, σχετικά με τα αποτελέσματα στην κλίμακα προσληφθείσας γνώσης, η ηλικία δεν συσχετίστηκε με την προσληφθείσα γνώση των ασθενών. Ωστόσο, στην ηθική, στην κοινωνική και στην οικονομική διάσταση, αν και δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση, το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας κυμάνθηκε σε οριακές τιμές. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας έτειναν να αναφέρουν ότι έλαβαν λιγότερες γνώσεις σε σύγκριση με τους νεότερους στην ηθική, στην κοινωνική και στην οικονομική διάσταση, χωρίς όμως στατιστικά σημαντικές διαφορές. Επίσης, η προσληφθείσα γνώση των ασθενών στη δεύτερη μέτρηση δεν συσχετίστηκε με το φύλο, αν και οι γυναίκες θεωρούσαν ότι έλαβαν λιγότερη γνώση σε σύγκριση με τους άνδρες. Αυτά τα αποτελέσματα είναι αντίστοιχα με την πρώτη μέτρηση της μελέτης, στην οποία, επίσης, οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερες προσδοκίες για εκπαίδευση και για γνώση. Επί πλέον, αν και οι γυναίκες

δήλωσαν ότι είχαν μικρότερη πρόσβαση στη γνώση, η εν λόγω διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Τέλος, οι προσληφθείσες γνώσεις των ασθενών δεν συσχετίστηκαν με το επίπεδο της εκπαίδευσης και με την εργασιακή κατάσταση των ασθενών. Τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών δεν συσχετίστηκαν με την πρόσβαση στη γνώση.

Σε διεθνείς μελέτες έχει επισημανθεί ότι οι απόψεις αναφορικά με την προσληφθείσα γνώση σχετίζονται με τη βασική εκπαίδευση των ασθενών, με τους ασθενείς με το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης να λαμβάνουν περισσότερες γνώσεις (40), την ηλικία (με τους πιο ηλικιωμένους ασθενείς να αναφέρουν ότι έλαβαν περισσότερες γνώσεις), και το φύλο, με τους άνδρες να αναφέρουν ότι έλαβαν περισσότερες γνώσεις σε σύγκριση με τις γυναίκες,³⁵ ευρήματα που, όπως προαναφέρθηκε, δεν υποστηρίζονται στην παρούσα μελέτη.

Σε άλλες μελέτες έχει επίσης επισημανθεί ότι οι ασθενείς δεν λαμβάνουν τη γνώση που επιθυμούν,^{35,40,43} η οποία κατά κύριο λόγο αφορά, κατά σειρά, στις επιπλοκές, στα συμπτώματα και στα φαρμακευτικά προϊόντα.²⁸ Σε προηγούμενη μελέτη, επίσης, φάνηκε ότι οι ασθενείς δεν εκπαιδεύονται αρκετά κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, ειδικά σε θέματα που αφορούν στις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες της αγωγής και στη μελλοντική φροντίδα, αν και αξιολόγησαν συνολικά την εκπαίδευσή τους ως επαρκή. Σε γενικές γραμμές, οι ορθοπαιδικοί ασθενείς δεν λαμβάνουν τις γνώσεις που προσδοκούν κατά την είσοδό τους στο νοσοκομείο σε όλες τις γνωστικές διαστάσεις της ενδυνάμωσης, εκτός από τη βιοσωματική^{35,40,44} και τη λειτουργική διάσταση, ενώ η κοινωνική, η εμπειρική, η ηθική και η οικονομική διάσταση της ενδυνάμωσης δεν καλύπτονται επαρκώς,^{35,44} ένα εύρημα που αντιστοιχεί πλήρως στα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Επομένως, αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς δεν μπορούν να ενδυναμωθούν,⁴⁰ ώστε να αυτοδιαχειριστούν την κατάσταση της υγείας τους και ενδεχομένως δεν θα έχουν τα καλύτερα δυνατά επίπεδα υγείας.

Στο παρελθόν έχει επισημανθεί ότι η ανεπάρκεια παροχής εκπαίδευσης ενδεχομένως να είναι ακόμη εντονότερη σε ασθενείς που υποβάλλονται σε έκτακτες επεμβάσεις, καθώς οι ασθενείς που υποβάλλονται σε προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση έχουν, δυνητικά, περισσότερες δυνατότητες για συμμετοχή στη φροντίδα και στη λήψη των αποφάσεων, αλλά και μεγαλύτερη λήψη πληροφοριών πριν από την επέμβαση, π.χ. από τον υπεύθυνο χειρουργό,³² συμπέρασμα που ισχύει και στην παρούσα μελέτη.

Ο σημαντικότερος περιορισμός της παρούσας μελέτης αφορούσε στο ερωτηματολόγιο προσδοκώμενης και προσληφθείσας γνώσης, καθώς το ερωτηματολόγιο αυτό

έχει χρησιμοποιηθεί σε ευρωπαϊκές μελέτες, αλλά όχι στην αγγλική του εκδοχή από την οποία και μεταφράστηκε, ούτε βέβαια και στα Ελληνικά. Σε κάθε περίπτωση, η παρούσα μελέτη αποτέλεσε μια πρώτη προσπάθεια διερεύνησης της ενδυνάμωσης των ασθενών μέσω της εκπαίδευσης και τα ευρήματά της πρέπει να ληφθούν υπ' όψη για μελλοντικές έρευνες ή ακόμη και για βελτίωση ορισμένων διαδικασιών, όπως είναι και η εκπαίδευση ενδυνάμωσης.

Συνοψίζοντας, σύμφωνα με τη θεωρία της ενδυνάμωσης, οι ασθενείς που είναι περισσότερο πληροφορημένοι σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους είναι σε θέση να λαμβάνουν καλύτερες αποφάσεις, να συμμετέχουν πιο ενεργά στη φροντίδα και, τελικά, να απολαμβάνουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς στην παρούσα μελέτη έδειξαν ότι είχαν μεγάλες προσδοκίες για την εκπαίδευσή τους και ότι οι ανάγκες τους αυτές δεν καλύπτονταν πλήρως, εύρημα

που σημαίνει ότι δεν ήταν σε θέση να ενδυναμωθούν. Οι ασθενείς εκπαιδεύονταν περισσότερο στη βιοσωματική και στη λειτουργική διάσταση, δηλαδή στις διαστάσεις στις οποίες επιθυμούσαν εξ αρχής περισσότερη γνώση. Κατά τον ίδιο τρόπο, οι ασθενείς ανέφεραν ότι εκπαιδεύτηκαν λιγότερο στα θέματα που εκ των προτέρων δεν τους ενδιέφεραν πάρα πολύ (π.χ. οικονομική διάσταση).

Παράλληλα, η εκπαίδευση του ασθενούς αποτελεί σημαντική, ανεξάρτητη και εξατομικευμένη νοσηλευτική παρέμβαση, ενώ οι προσπάθειες για προαγωγή της είναι βέβαιο ότι θα συμβάλλουν στην αναβάθμιση του ρόλου της Νοσηλευτικής στην ελληνική κοινωνία. Στο μέλλον, είναι σημαντικό να προσφέρονται στους ασθενείς πολλές επιλογές σ' ό,τι αφορά στην εκπαίδευση και η πρωτοβουλία πρέπει να αρχίσει από τους νοσηλευτές.

ABSTRACT

Empowering education of patients undergoing total hip or knee arthroplasty

P. COPANITSANOU,¹ P. SOURTZI,² K. VALKEAPAA,³ C. LEMONIDOU²

¹"Tzaneio" General Hospital, Piraeus, ²Department of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece, ³Department of Nursing Science, University of Turku, Turku, Finland

Archives of Hellenic Medicine 2016, 33(3):386–398

OBJECTIVE The aging of the population leads to an increase in the incidence of "wear and tear" diseases such as arthritis and, consequently, to an increase in the number of planned orthopedic surgical procedures, including total joint arthroplasty (TJA). The empowering education of patients, which is an essential aspect of nursing care, has been associated with positive health outcomes. The purpose of the present study was to investigate the knowledge, expectations and the received knowledge of patients undergoing TJA of the hip or knee. **METHOD** A longitudinal, descriptive, correlational study was conducted, with measurements prior to surgery, at hospital discharge, and at six months after the surgery. Data were collected from patients who were undergoing knee or hip TJA in three general hospitals in Attica. The instruments used for data collection were the Hospital Patients' Knowledge Expectations and Received Knowledge Scales. The principles of the Declaration of Helsinki (2008) were followed throughout the study. Data analysis was performed using parametric tests. **RESULTS** The mean age of the patients was 72.32 years. The majority of patients were women (71.3%), graduates of elementary school (76.1%) and most were without vocational education (80.4%). The patients had high expectations for knowledge, particularly in the functional and biophysiological dimensions of empowering education. The patients' expectations for knowledge, as assessed by the Hospital Patients' Received Knowledge Scale at discharge from the hospital and at six months after the surgery, were not sufficiently addressed. The patients' expectations were mostly covered in the functional and biophysiological dimensions. Age was not associated with the patients' expected and received knowledge. **CONCLUSIONS** Patients reported that they had high expectations for their education and that these expectations were not fully covered, which hinders their empowerment. Patient education by nurses constitutes an important individualized nursing intervention and efforts for its promotion will contribute to the upgrading of the role of nursing in Greek society. In the future, it is important to offer several educational options to the patients and the initiative must be on the part of the nurses.

Key words: Empowering education, Patient education, Total joint arthroplasty

Βιβλιογραφία

1. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Social Policy Division – Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. OECD Family Database, 2011. Available at: <http://www.oecd.org/general/searchresults/?q=lifexpe ctancy&cx=012432601748511391518:xzeadub0b0a&cof=F ORID:11&ie=UTF-8>
2. NELISSEN RG. The impact of total joint replacement in rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003, 17:831–846
3. ETHGEN O, BRUYÈRE O, RICHY F, DARDENNES C, REGINSTER JY. Health-related quality of life in total hip and total knee arthroplasty. A qualitative and systematic review of the literature. *J Bone Joint Surg Am* 2004, 86-A:963–974
4. MARCH LM, CROSS MJ, LAPSLEY H, BRNABIC AJ, TRIBE KL, BACHMEIER CJ ET AL. Outcomes after hip or knee replacement surgery for osteoarthritis. A prospective cohort study comparing patients' quality of life before and after surgery with age-related population norms. *Med J Aust* 1999, 171:235–238
5. McDONALD S, HETRICK S, GREEN S. Pre-operative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database Syst Rev* 2004, 1:CD003526
6. CHUNG F, MEZEI G. Factors contributing to a prolonged stay after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1999, 89:1352–1359
7. COLEY KC, WILLIAMS BA, DaPOS SV, CHEN C, SMITH RB. Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. *J Clin Anesth* 2002, 14:349–353
8. KESSELS RP. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med* 2003, 96:219–222
9. LOFT M, McWILLIAM C, WARD-GRIFFIN C. Patient empowerment after total hip and knee replacement. *Orthop Nurs* 2003, 22:42–47
10. KOJIMA Y, NARITA M. Postoperative outcome among elderly patients after general anesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006, 50:19–25
11. DEBONO M, CACHIA E. The impact of diabetes on psychological well being and quality of life. The role of patient education. *Psychol Health Med* 2007, 12:545–555
12. MERRIMAN ML. Pre-hospital discharge planning: Empowering elderly patients through choice. *Crit Care Nurs Q* 2008, 31:52–58
13. ROTEGÅRD AK, MOORE SM, FAGERMOEN MS, RULAND CM. Health assets: A concept analysis. *Int J Nurs Stud* 2010, 47:513–525
14. SUHONEN R, VÄLIMÄKI M, DASSEN T, GASULL M, LEMONIDOU C, SCOTT PA ET AL. Patients' autonomy in surgical care: A comparison of nurses' perceptions in five European countries. *Int Nurs Rev* 2003, 50:85–94
15. GIBSON CH. A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs* 1991, 16:354–361
16. JOHANSSON K, SALANTERÄ S, KATAJISTO J. Empowering orthopaedic patients through preadmission education: Results from a clinical study. *Patient Educ Couns* 2007, 66:84–91
17. LEINO-KILPI H, LUOTO E, KATAJISTO J. Elements of empowerment and MS patients. *J Neurosci Nurs* 1998, 30:116–123
18. LEINO-KILPI H, MÄENPÄÄ I, KATAJISTO J. Nursing study of the significance of rheumatoid arthritis as perceived by patients using the concept of empowerment. *J Orthop Nurs* 1999, 3:138–145
19. LEINO-KILPI H, JOHANSSON K, HEIKKINEN K, KALJONEN A, VIR- TANEN H, SALANTERÄ S. Patient education and health-related quality of life: Surgical hospital patients as a case in point. *J Nurs Care Qual* 2005, 20:307–316
20. KETTUNEN T, POSKIPARTA M, LIIMATAINEN L. Empowering counselling – a case study: Nurse-patient encounter in a hospital. *Health Educ Res* 2001, 16:227–238
21. POSKIPARTA M, LIIMATAINEN L, KETTUNEN T, KARHILA P. From nurse-centered health counseling to empowerment health counseling. *Patient Educ Couns* 2001, 45:69–79
22. KETTUNEN T, POSKIPARTA M, GERLANDER M. Nurse-patient power relationship: Preliminary evidence of patients' power messages. *Patient Educ Couns* 2002, 47:101–113
23. ANDERSON RM, FUNNELL MM. Patient empowerment: Reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Educ Couns* 2005, 57:153–157
24. ARNOLD MS, BUTLER PM, ANDERSON RM, FUNNELL MM, FESTE C. Guidelines for facilitating a patient empowerment program. *Diabetes Educ* 1995, 21:308–312
25. ANDERSON RM, FUNNELL MM, BUTLER PM, ARNOLD MS, FITZGERALD JT, FESTE CC. Patient empowerment. Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 1995, 18:943–949
26. JONES E. Translation of quantitative measures for use in cross-cultural research. *Nurs Res* 1987, 36:324–327
27. CHEN HS, HORNER SD, PERCY MS. Cross-cultural validation of the stages of the tobacco acquisition questionnaire and the decisional balance scale. *Res Nurs Health* 2003, 26:233–243
28. JOHANSSON K, HUPLI M, SALANTERÄ S. Patients' learning needs after hip arthroplasty. *J Clin Nurs* 2002, 11:634–639
29. MORAN M, KHAN A, SOCHART DH, ANDREW G. Evaluation of patient concerns before total knee and hip arthroplasty. *J Arthroplasty* 2003, 18:442–445
30. BAUMANN C, RAT AC, MAINARD D, CUNY C, GUILLEMIN F. Importance of patient satisfaction with care in predicting osteoarthritis-specific health-related quality of life one year after total joint arthroplasty. *Qual Life Res* 2011, 20:1581–1588
31. COULTER A, ENTWISTLE V, GILBERT D. Sharing decisions with patients: Is the information good enough? *Br Med J* 1999, 318:318–322
32. LEMONIDOU C, MERKOURIS A, LEINO-KILPI H, VALIMÄKI M, DASSEN T, GASULL M ET AL. A comparison of surgical patients' and nurses' perceptions of patients' autonomy, privacy and informed consent in nursing interventions. *Clinical Effectiveness in Nursing Care* 2003, 7:73–83
33. TOLES M, BARROSO J, COLÓN-EMERIC C, CORAZZINI K, McCONNELL E, ANDERSON RA. Staff interaction strategies that optimize delivery of transitional care in a skilled nursing facility: A multiple case study. *Fam Community Health* 2012, 35:334–344
34. HEIKKINEN H, LEINO-KILPI H, NUMMELA T, KALJONEN A, SALANTERÄ S. A comparison of two educational interventions for the cognitive empowerment of ambulatory orthopaedic surgery patients. *Patient Educ Couns* 2008, 73:272–279
35. RANKINEN S, SALANTERÄ S, HEIKKINEN K, JOHANSSON K, KALJONEN A, VIRTANEN H ET AL. Expectations and received knowledge by surgical patients. *Int J Qual Health Care* 2007, 19:113–119
36. SOEVER LJ, MACKAY C, SARYEDDINET, DAVIS AM, FLANNERY JF, JAG-

- LAL SB ET AL. Educational needs of patients undergoing total joint arthroplasty. *Physiother Can* 2010, 62:206–214
37. CULLITON SE, BRYANT DM, OVEREND TJ, MACDONALD SJ, CHESWORTH BM. The relationship between expectations and satisfaction in patients undergoing primary total knee arthroplasty. *J Arthroplasty* 2012, 27:490–492
38. HOVING C, VISSER A, MULLEN PD, VAN DEN BORNE B. A history of patient education by health professionals in Europe and North America: From authority to shared decision making education. *Patient Educ Couns* 2010, 78:275–281
39. JANZEN JA, SILVIUS J, JACOBS S, SLAUGHTER S, DALZIEL W, DRUMMOND N. What is a health expectation? Developing a pragmatic conceptual model from psychological theory. *Health Expect* 2006, 9:37–48
40. HEIKKINEN K, LEINO-KILPI H, HILTUNEN A, JOHANSSON K, KALJONEN A, RANKINEN S ET AL. Ambulatory orthopaedic surgery patients' knowledge expectations and perceptions of received knowledge. *J Adv Nurs* 2007, 60:270–278
41. NIEDERMANN K, FRANSEN J, KNOLS R, UEBELHART D. Gap between short- and long-term effects of patient education in rheumatoid arthritis patients: A systematic review. *Arthritis Rheum* 2004, 51:388–398
42. PAPANIKOLAOU V, ZYGIARIS S. Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. *Health Expect* 2014, 17:197–207
43. JOHANSSON K, LEINO-KILPI H, SALANterÄ S, LEHTIKUNNAS T, AHONEN P, ELOMAA L ET AL. Need for change in patient education: A Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Educ Couns* 2003, 51:239–245
44. JOHANSSON K, SALANterÄ S, KATAJISTO J, LEINO-KILPI H. Written orthopedic patient education materials from the point of view of empowerment by education. *Patient Educ Couns* 2004, 52:175–181

Corresponding author:

P. Copanitsanou, 19 Petropoulaki street, GR-104 45 Athens, Greece
e-mail: giwta_c@hotmail.com

.....